

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
TATIANA TEIXEIRA DE SIQUEIRA BILEMJIAN RIBEIRO**

**MODERNIDADE, TRABALHO, VIOLÊNCIA E
SEXUALIDADE DA MULHER NA MATURIDADE.**

**CAMPO GRANDE – MS
2016**

TATIANA TEIXEIRA DE SIQUEIRA BILEMJIAN RIBEIRO

**MODERNIDADE, TRABALHO, VIOLÊNCIA E
SEXUALIDADE DA MULHER NA MATURIDADE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Barciela Veras.

**CAMPO GRANDE – MS
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

CUTTER Teixeira de Siqueira Bilemjian Ribeiro, Tatiana.
Modernidade, Trabalho, Violência e Sexualidade da
mulher na maturidade / Tatiana Teixeira de Siqueira Bilemjian
Ribeiro; orientação, André Barciela Veras. 2016
73 f + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2016

1. Trabalho. 2. Menopausa. 3. Violência. 4. Título.

CDD -

A dissertação apresentada por TATIANA TEIXEIRA DE SIQUEIRA BILEMJIAN RIBEIRO, intitulada, “MODERNIDADE, TRABALHO, VIOLÊNCIA E SEXUALIDADE DA MULHER NA MATURIDADE”, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) foi

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. André Barciela Veras.

(Orientador/UCDB)

Professor Dr. Alessandro Diogo De Carli.

(UFMS)

Professora Dra. Heloisa Bruna Grubits.

(UCDB)

Professora Dra. Sonia Grubits.

(UCDB)

Campo Grande, MS, / /2016.

Ao meu marido, Júlio, grande companheiro, meu amor e maior incentivador, que sempre me fez acreditar em mim e na minha vocação profissional. Amo você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, André Veras, extremamente comprometido como pesquisador e docente, sempre muito acessível, disponível para orientações ou contribuições, muito paciente e incentivador.

Ao Centro de Atendimento a mulher - CEAM de Campo Grande e seus funcionários, pela permissão e cooperação na realização de minha pesquisa.

Às pacientes que participaram da pesquisa, pela colaboração e confiança que se dispuseram a relatar um assunto tão delicado quanto a sexualidade.

Aos colegas de mestrado e aos participantes do Grupo Translacional de Saúde Mental, que tanto contribuíram com meu trabalho e me apoiaram no meu percurso.

Aos professores do Programa de Mestrado da Universidade Católica Dom Bosco, fonte de inspiração e conhecimento.

A minha mãe por seu amor incondicional e apoio irrestrito.

E aos meus filhos, pela compreensão e carinho com minhas falhas e ausências, no curso do mestrado.

“Não me venha falar na malícia
De toda mulher
Cada um sabe a dor e a delícia
De ser o que é
Não me olhe
Como se a polícia andasse atrás de mim
Cale a boca e não cale na boca
Notícia ruim
Você sabe explicar
Você sabe entender tudo bem
Você está, você é
Você faz, você quer, você tem
Você diz a verdade
A verdade é o seu dom de iludir
Como pode querer
Que a mulher vá viver sem mentir”
(Caetano Veloso)

RESUMO

Dissertação composta de artigos e capítulo de livro versando sobre a mulher, trabalho, violência, sexualidade e disfunção sexual. O primeiro deles consiste em um capítulo de livro que aborda o trabalho para a mulher, as dificuldades e a excelência que o mercado impõe a ela para conseguir cargos e salários similares ao do homem, aborda também a discriminação e preconceito contra a mulher como uma forma de violência por ela vivenciada. Nesse capítulo discutimos ainda, o imperativo imposto à mulher de mesmo trabalhando fora necessita cuidar dos afazeres domésticos. O segundo artigo trata-se de um Relato de caso que descreve um caso clínico atendido pela autora pesquisadora, no decorrer do curso do mestrado. A paciente é uma mulher que sofreu violência na infância e, posteriormente, também na relação conjugal, possibilitando analisar os reflexos da violência sobre a sexualidade e as mudanças psicológicas com a passagem pela menopausa. No último artigo é apresentado o resultado da pesquisa realizada com a amostra selecionada durante o curso do mestrado. Nele, apresentamos as correlações observadas entre traumas e a possível disfunção ou dificuldade da mulher na pós-menopausa, e também buscamos entender a relação entre traumas precoces e recentes influenciando a qualidade da vida sexual dessas mulheres. Foram identificadas correlações entre a ocorrência de traumas recentes e a disfunção sexual na pós-menopausa, de maneira que tais traumas repercutem negativamente na sexualidade. Também foi verificada a relação entre traumas precoces e recentes, sendo que os traumas recentes se afiguram como uma repetição dos primeiros, de maneira que a violência experimentada na infância ressoa na escolha amorosa e na sexualidade depois do climatério. Os sintomas da mulher na menopausa, entre eles a disfunção sexual, são multicausais, sendo que violência experimentada recentemente atua também como um agente causador. Os resultados indicam que as adversidades ambientais na infância estão associadas com o risco envolvimento de uma relação violenta com o parceiro amoroso no futuro. Acreditamos que esse estudo pode contribuir para o tratamento e prevenção de disfunção sexual em mulheres nessa condição.

Palavras-chave: violência, sexualidade; menopausa.

ABSTRACT

A thesis composed by articles and book chapters versed about women, work, violence, sexuality and sexual dysfunction. The first one of them consists in a book chapter that approaches work for women, the difficulties and the excellence that the market imposes on them to get roles and salaries similar to men's, it also approaches discrimination and prejudice against women as a form of violence experienced by them. The second article handles a report that describes a clinical case served by the researcher/author, in the course of her master's degree program. The patient is a woman who suffered violence in childhood and, subsequently, also in her marital relationship, enabling us to analyse violence reflexes on sexuality and the psychological changes throughout menopause. In the last article it is presented the result of the research done with the sample selected during the master's degree program. In such, we present the correlations observed between traumas and the possible dysfunction or difficulties of women in postmenopausal, and we also seek to understand the relation between early and recent trauma influencing quality of sexual life in these women. Correlations between the occurrence of early trauma and sexual dysfunction in postmenopausal were identified, in a way that such traumas can affect sexuality negatively. It was also verified a relation between early and recent traumas, so that recent traumas appear to be like a repetition of the first ones, in a way that the violence experienced in childhood resonates in romantic choices and in sexuality after the climacteric period. Women's menopause symptoms, such as sexual dysfunction, are multicausal, considering that violence recently experienced acts also as a causing agent. The results indicate that the environmental adversities in childhood are associated with the risk of involvement of a violent relationship with a romantic partner in the future. We believe that this study can contribute to the treatment and prevention of sexual dysfunction in women who are in such condition.

Key-words: violence; sexuality; menopause.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis Sociodemográficas	52
Tabela 2. Resultados	53
Tabela 3. Correlação traumas e funções sexuais.....	54
Tabela 4. Correlação Traumas Recentes e Função Sexual.....	56
Tabela 5. Comparação entre grupos com disfunção sexual moderada ou grave (G1) e disfunção sexual leve ou ausente (G2) e eventos traumáticos.	57
Tabela 6. Correlação entre traumas precoces e recentes	58

LISTA DE SIGLAS

GPTranSMe-UCDB – Grupo de Pesquisa Translacional em Saúde Mental;

CBELA – Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano;

IFSF – Índice de Funcionamento Sexual Feminino;

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão;

ETISR-SF11 – Inventário de Autoavaliação de Traumas Precoces

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	14
2 ARTIGO – MULHER, TRABALHO E SAÚDE MENTAL.....	20
Resumo	21
Introdução	21
A importância do trabalho para a mulher	24
Quando o trabalho deixa de ser fonte de saúde e independência para se tornar um agente de adoecimento.....	25
Referências	32
3 ARTIGO – A VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER E SEUS REFLEXOS SOBRE A SEXUALIDADE NA PÓS-MENOPAUSA.....	36
Resumo	37
Introdução	37
Relato de Caso.....	39
Discussão.....	41
Conclusões	44
Referências	44
4 ARTIGO – EVENTOS TRAUMÁTICOS E A DISFUNÇÃO SEXUAL NA PÓS-MENOPAUSA	47
Resumo	48
Introdução	48
Metodologia.....	50
Resultado	52
Discussão.....	59
Conclusão	61
Referências	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67

ANEXOS	74
ANEXO A – Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (ETISR-SF).....	75
ANEXO B – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	76
ANEXO C - Índice de Funcionamento Sexual Feminino-IFSF.....	77

No decorrer da história, o machismo e o preconceito contra a mulher sempre foram uma constante. Autores dos séculos XVIII e XIX consideravam a mulher inferior ao homem, como, por exemplo, Hegel que buscava na natureza o fundamento de atribuir ao homem o caráter animal e à mulher o vegetal (Poli, 2007). O simples fato de nascer mulher já era um fator de risco para sofrer algum tipo de violência, fruto de uma cultura eminentemente machista. Historicamente a mulher sempre sofreu algum tipo de preconceito, além disso, também com violência física, sexual e psicológica, sendo vivenciada muitas vezes dentro da própria residência por pessoas próximas ou mesmo familiares.

Todo esse contexto de violência à mulher gera impactos em diversas áreas e tendo como formações acadêmicas direito e psicologia, percebi a relevância do problema. Assim, motivada por essas duas profissões, resolvi estudar e me aprofundar nesse estudo, buscando investigar como a violência, seja ela, física, emocional ou sexual produz consequências, repercutindo em toda sua vida, inclusive na menopausa.

No Brasil, a violência exercida sobre a mulher no âmbito doméstico e familiar impacta grandemente as estatísticas de homicídios. Segundo o DataSenado (2013), em um ranking contendo 84 países, o Brasil ocupa o 7º lugar dentre os que mais matam mulheres. Em Mato Grosso do Sul a violência contra a mulher também é preocupante, segundo dados do Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano [CBELA], citado por Waiselfisz (2013), entre 2001 e 2011 a taxa de homicídios de mulheres no Estado cresceu 22,2%. Além disso, os casos de violência contra a mulher ocorrem em sua maioria no âmbito doméstico. Em 2001, ainda segundo Waiselfisz (2013) Mato Grosso do Sul registrou 63 casos de mortes de mulheres, já em 2011 esse número aumentou para 77 mortes, tendo como ápice o ano de 2002 com 79 casos. No que diz respeito à taxa de homicídios femininos, por 100 mil habitantes, Mato Grosso do Sul ocupa o sétimo lugar, com 6,2%, superior à média nacional que é de 4,6%.

A legislação brasileira, buscando coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher implantou a Lei n. 11.340/06, conhecida como a lei Maria da Penha. Essa Lei estabelece o conceito de violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação, ou omissão, baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, que ocorra no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; ou no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa e que se tenha qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Lei n. 11.340., 2006)

A referida lei ainda define formas de violência contra a mulher que, além da física, podem se manifestar como violência psicológica, sexual, patrimonial ou violência moral (Lei n. 11.340., 2006). Assim como descrito na legislação, o preconceito e a violência contra a mulher possuem diversas formas, não se manifestando de maneira exclusiva pela força física.

Historicamente a cultura brasileira como eminentemente patriarcal, atribui à mulher os deveres domésticos e de cuidados com os filhos, cerceando o direito feminino ao trabalho. As transformações sociais e culturais inseriram a mulher no mercado de trabalho e, na realidade atual, o trabalho é exercido massivamente por ambos os sexos. A mulher com a aquisição de um novo papel social, ainda acumula as responsabilidades familiares que na grande maioria dos casos ficam ao seu encargo, também convivem com inúmeras discriminações no mercado de trabalho, com salários e cargos inferiores (Cardoso, Santos, Nascimento, Paula & Figueiredo, 2014).

A experiência de violência, em suas diversas maneiras, causa danos físicos, sociais e psicológicos, sendo, portanto, um problema de saúde pública. Além de não afetar apenas a

vítima da violência, e sim a sociedade como um todo, que também sofre o impacto dessa violência de forma direta ou não, a violência contra a mulher é uma manifestação multicausal, que ocorre em diversos níveis sociais e educacionais. Ademais, assinala a necessidade de uma conjugação de esforços em diferentes áreas da sociedade para combater suas causas e minimizar seus impactos (Silva, Gilliat & Filho, 2009).

Em nossa pesquisa, buscamos considerar os aspectos traumáticos ocorridos na infância e na vida adulta, eventos esses que não se constituem apenas como violência, e sim aqueles que impactaram de maneira negativa a vida das mulheres.

A psicanálise surge com o estudo do feminino. Foi ouvindo as mulheres, que eram até então totalmente desprestigiadas e sem assistência, que o criador da psicanálise formulou sua teoria. Através delas, o inconsciente foi descoberto e a partir de então toda a teoria psicanalítica. Quando Freud direciona seus estudos ao que é dito pelas mulheres, ele autentica o desejo dessas pessoas, que até aquele momento ocupavam apenas a posição de objeto do desejo masculino (Poli, 2007).

A menopausa como toda a sexualidade feminina é enigmática e cercada de tabus. O feminino era mistério e questão na época de Freud, e ainda o é na atualidade. Hoje, mais de um século depois ainda convivemos com as várias espécies de violência contra as mulheres, e os assuntos que remetem a sexualidade feminina são cercados de pudor e hipocrisia.

Os sintomas da mulher na menopausa são estudados com maior frequência sob a ótica fisiológica. Para a psicanálise, no entanto, interessam os fatores psicológicos que constituem esses sintomas. Mucida (2006) salienta que a medicina se preocupa com as alterações biológicas do corpo, mas nos interessa por qual corpo se trata, nesse sentido, cada mulher passa pela menopausa de maneira singular, pois cada sujeito lida com as suas questões a sua maneira.

Assim, com a pesquisa, procuramos evidenciar a importância do cuidado emocional ou psicológico no tratamento ginecológico, bem como buscamos relacionar a disfunção sexual da mulher na menopausa com episódios de violência ocorridos na infância e vida adulta, ressaltando a importância da escuta no atendimento à saúde da mulher.

Nossa investigação está inserida no Grupo de Pesquisa Translacional em Saúde Mental (GPTranSMe-UCDB), tendo como linha de estudos: “ Uma abordagem translacional das alterações sexuais, cognitivas e do humor em mulheres na pós-menopausa com Síndrome de Insuficiência Androgênica”. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob protocolo CEP/UCDB/49526115.1.0000.5162 e, após a aprovação, iniciamos as coletas de dados.

Avaliamos 53 mulheres que se encontravam em atendimento no Centro de Especialidades Médicas, especificamente no Centro de atendimento à mulher (CEAM), no município de Campo Grande MS, no período de Julho de 2015 a Março de 2016. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e colaborar com o estudo, posteriormente encaminhadas para entrevista, na qual coletamos os dados sociodemográficos da amostra, tais como estado civil, escolaridade, número de filhos, renda, religião e outros.

Os seguintes instrumentos também foram utilizados durante o processo de pesquisa: Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) (Anexo C), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo B) e o Inventário de Autoavaliação de Traumas Precoces (ETISR-SF11), (Anexo A). Considerando-se as particularidades da pesquisa, realizamos a aplicação dessa última escala, com os mesmos parâmetros também para investigação de traumas recentes, ocorridos nos últimos dois anos.

Todas as participantes avaliadas leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e colaboraram espontaneamente com a pesquisa. Os requisitos para a participação no estudo foram a idade, entre 45 e 65 anos, e a mulher se encontrar na menopausa. Foram

excluídas da amostra mulheres com transtornos mentais maiores, ou as que não tiveram condições de compreender o termo de consentimento ou o conteúdo dos instrumentos.

Com os dados obtidos, produzimos esta dissertação, que está organizada em três artigos que resultaram ou resultarão em publicações, todos versando sobre a mulher e o feminino. O primeiro artigo, já aceito para publicação, aborda o trabalho da mulher, suas dificuldades e a exigência de uma excelência que o mercado impõe a esta para conseguir cargos e salários similares ao do homem. Aborda, também, o preconceito e discriminação contra a mulher como uma forma de violência por ela vivenciada. Discutimos, ainda, a necessidade imposta à mulher, que mesmo trabalhando fora, necessita cuidar dos afazeres domésticos.

O segundo artigo trata de um Relato de Caso Clínico atendido pela autora-pesquisadora, no decorrer do curso do mestrado. A entrevistada foi selecionada para o atendimento psicológico por sua história ser paradigmática para a pesquisa. A paciente é uma mulher que sofreu violência na infância e, posteriormente, também na sua relação conjugal, possibilitando analisar os reflexos da violência sobre a sexualidade e as influências psicológicas na passagem para a menopausa.

O terceiro artigo é apresentado o resultado da pesquisa realizada com a amostra selecionada durante o curso de mestrado. Além de apresentarem correlações observadas entre traumas e a possível disfunção ou dificuldade sexual na mulher depois da menopausa o trabalho busca compreender a relação entre traumas precoces e recentes, influenciando a qualidade da vida sexual dessas mulheres.

Com esta pesquisa é possível destacar as dificuldades das mulheres no mercado de trabalho, bem como relacionar os episódios de violência vivenciados com a dificuldade sexual depois da menopausa. Além disso, discutir e enfatizar a importância da escuta para a clínica ginecológica e a necessidade do atendimento psicológico no cuidado a saúde da mulher.

Mulher, Trabalho e Saúde Mental

Resumo

A forte presença da mulher no mercado de trabalho atual esconde um passado recente no qual a mulher era impedida de trabalhar fora do âmbito doméstico. A mulher até pouco tempo não tinha voz social e nem mesmo uma história própria, uma vez que a história até então havia sido escrita e contada por homens. Contudo, o advento da industrialização propiciou a entrada da mulher no mercado formal de trabalho e fez com que, gradualmente, pudesse ganhar espaço social. Assim, vemos o trabalho como um agente transformador da história da mulher, pois lhe deu voz social e propiciou a sua emancipação. Apesar disso, embora a mulher tenha ganhado espaço no mercado de trabalho, não conseguiu da mesma forma dividir os afazeres domésticos com os homens, ficando assim submetida na à pressão social para ter uma profissão, mas sem deixar de ser uma boa mãe, esposa e dona de casa. A relação da mulher com o trabalho é gratificante quando supre as suas necessidades de auto-sustento e realização pessoal; porém, esta realidade se torna fonte de adoecimento quando as demandas advindas da dupla jornada de trabalho, das desigualdades salariais, de carreira e de condições de trabalho são além da sua capacidade de assimilação. A conscientização dos seus limites e das inatingíveis exigências internas e externas são pontos fundamentais para a redução do sofrimento psicológico proveniente dos tempos atuais.

Introdução

Quando entramos em empresas, comércios, órgãos públicos, escolas, universidades ou qualquer outra instituição onde o trabalho acontece, a presença da mulher é tão forte que até parece lenda o fato de que durante a maior parte da história humana a mulher foi cerceada do direito ao trabalhar fora do âmbito doméstico. É ainda mais estranho quando percebemos que

esta é uma realidade extremamente recente em termos de história, haja vista que, até poucas décadas, era uma exceção uma mulher ter um trabalho formal, no Brasil.

Ao longo da história a mulher já ocupou papéis exóticos, degradantes e até desumanos, sendo tratada como objeto de domínio do homem, moeda de troca dos pais e símbolo de ostentação de poderosos (Silva, Santos, Teixeira, Lustosa, Couto, Vicente & Pagotto, 2005). Durante milênios, para diversas civilizações, a principal razão da existência feminina era a reprodução, de modo que quando ela era incapaz de conceber um filho, se achava em desgraça social.

Sob a ótica da religião, especialmente as judaico-cristãs, a mulher foi tratada através dos tempos como um ser de importância inferior ao homem, que deveria em todo tempo se submeter à vontade do sexo dominante. Segundo a tradição cristã foi a mulher a responsável pela entrada do pecado ao mundo, sendo a responsável pela corrupção humana e por isso cabia à mulher reservar-se à vida modesta, ao cuidado do esposo e dos filhos e a sua vida social deveria, via de regra, ser reduzida a prática da caridade e a ir a igreja, do contrário a figura feminina, tida como mais suscetível a ser enganada pelo diabo, poderia colocar em perigo a ordem social (Silva et al., 2005). Sob o prisma socioreligioso, a mulher crescia sendo educada para ser boa filha, esposa, mãe e dona de casa, internalizando a ideia de fragilidade e sendo obrigada a viver em constante tutela de um homem, quer fosse o pai, o esposo, um filho adulto ou irmão sem poder participar de decisões relacionadas à sociedade, política e religião. Ou seja, sem possuir representatividade ou voz social (Luz & Fuchina, 2009).

Com as mudanças sociais e com a redução da influência da igreja e especialmente o advento da industrialização nos séculos XVIII e XIX, a mulher começou a enfim ser inserida no mercado de trabalho. Porém, essa inserção não foi ocasionada necessariamente pela valorização da mulher, mas sim pela necessidade de mão de obra abundante e barata evocada pelas indústrias em franca expansão. Assim, mesmo inserida no mercado de trabalho a mulher

continuou sendo inferiorizada, seu trabalho era considerado de menor qualidade e o seu salário era menor do que o do homem, ainda que ocupasse a mesma posição. Essa diferença salarial era justificada pelo fato de que a mulher já era sustentada por um homem, assim não havia necessidade de que o pagamento pelo seu trabalho fosse equivalente ao do homem (Probst & Ramos, 2003).

Com o passar do tempo as mulheres foram demarcando o seu espaço no mercado de trabalho, especialmente em profissões cujo trabalho se assemelhava de certa forma às atividades desempenhadas em seus lares, assim se tornavam enfermeiras, professoras e secretárias. Elias e Navarro (2006, p.519) pontuam que:

As profissionais de enfermagem, como grande parte das mulheres, ao buscar o trabalho fora de casa levam consigo a referência identificadora da maternidade e todos os signos que lhe designam o que é ser mulher, tentando realizá-los a partir do modelo tradicional que lhes foi ensinado.

Entretanto, especialmente no século XX e XXI, esse paradigma parece ser quebrado, uma vez que as mulheres começaram a adentrar atividades até então consideradas exclusivamente masculinas como profissionais da construção civil, forças armadas, polícias, motoristas de caminhão e até comandante de aviões comerciais, colocando em questão a teoria do sexo frágil (Luz & Fuchina, 2009).

A forte presença da mulher no mercado de trabalho atual e a luta de movimentos feministas por igualdade de direitos, além da inata capacidade da mulher, que outrora subjazia na cultura patriarcal, têm permitido que ela se destaque cada vez mais em praticamente todos os seguimentos profissionais e feito com que conquiste cargos de maior responsabilidade (Oliveira, Oliveira & Dalfior, 2000). Dessa forma, as mulheres vêm ganhando reconhecimento em razão de suas competências e sensibilidade, sendo capazes de formarem equipes heterogêneas, sinérgicas e trazendo soluções criativas e práticas (Probst & Ramos,

2005). A prova disso é que uma pesquisa mostrou que “as mulheres conquistam cargos de direção mais cedo. Tornam-se diretoras, em média, aos 36 anos de idade. Os homens chegam lá depois dos 40” (Probst & Ramos, 2005, p.03). Esses elementos apontam a drástica mudança na relação entre a mulher e o trabalho ao longo dos anos.

A importância do trabalho para a mulher

O trabalho para a mulher, outrora subjugada e tutelada pelo homem, representa não apenas um meio de subsistência, mas a sua emancipação e a possibilidade da construção de uma identidade social. É por meio do trabalho que a mulher pode ser reconhecida como pessoa e lutar por igualdade em relação ao sexo masculino. Foi por meio do trabalho que a mulher deixou de ser conhecida apenas como a “mulher de alguém” e passou a ser reconhecida como alguém. Podemos entender, então, que o trabalho para a mulher deve ser visto, acima de tudo, como um agente de transformação de sua história. Antes do trabalho, o casamento era a única forma socialmente aceita de se conseguir o sustento para a mulher. Contudo, o trabalho passou a abrir um leque de possibilidades que fez com que a formação da família fosse gradualmente perdendo espaço entre as prioridades femininas ao ponto de hoje ser comum mulheres que optam por dedicar-se exclusivamente às suas carreiras profissionais em detrimento da formação familiar.

Entretanto, o antigo modelo de vida não deixou de existir completamente, ele persiste no contexto brasileiro, onde a mulher dedica-se exclusivamente ao cuidado do lar e da família. Obviamente ressaltando as exceções, esse modelo continua sendo propício à manutenção do modo de vida subjugado da mulher, levando a situações onde mesmo não desejando mais estar com o cônjuge, se submetem a situações de violência e humilhação por medo de não poder sustentar a si e aos filhos. Isso nos permite entender que é a independência advinda do trabalho que proporciona à mulher o direito de decidir entre estar ou não em um

relacionamento. Por esta razão Barros (1995), citado por Luz e Fuchina (2009, p.07) acredita que:

... as mulheres que podem buscar a ocupação fora do lar têm mais recursos para proteger, dentro dele, sua integridade corporal diante das agressões, pois a independência econômica é uma forte arma que poderá contribuir para vencer essa humilhação.

O trabalho, quando bem administrado com a vida pessoal permite que a pessoa se sinta valorizada e reconhecida. Elias e Navarro (2006) verificaram junto a profissionais de enfermagem que a satisfação em ajudar o próximo (pertinente de seu trabalho) é fonte de gratificação e reconhecimento social. Machado (1999) apud Oliveira, Oliveira e Dalfior (2000) acredita que o senso de responsabilidade das mulheres é o fator essencial que colabora para suas realizações no trabalho, resultando em uma maior satisfação pessoal. O trabalho é fonte de referência do ser humano na sociedade e o acesso ao trabalho permite a formação de uma identidade social para a mulher, bem como a possibilidade de que ela se relacione socialmente de uma forma diferente daquela que se dedica apenas ao cuidado do lar.

Quando o trabalho deixa de ser fonte de saúde e independência para se tornar um agente de adoecimento.

Se por um lado o trabalho é fonte de saúde quando permite que a mulher se torne um ser visível no mundo. Por outro lado o trabalho também pode se tornar um elemento negativo quando as pressões relacionadas a ele e as exigências na vida pessoal da mulher estão acima de sua capacidade de suportar, não por serem mulheres, mas por serem humanas. Ao pensarmos na saúde psíquica da mulher no trabalho, temos que refletir sobre o espaço que ela conquistou e tem conquistado, mas também sobre o espaço que ela deveria, mas ainda não conseguiu dividir com o homem.

Retomando a origem da psicanálise vemos que Freud a construiu estudando as mulheres, em especial as histéricas. Foi ouvindo a quem até então não era ouvida que o criador da psicanálise formulou sua teoria. Por meio delas o inconsciente foi descoberto e, a partir daí, toda a teoria psicanalítica. Quando Freud passa a direcionar seus estudos ao que é dito pela mulher, ele autentica o desejo dessas pessoas que até então ocupavam apenas a posição de objeto do desejo masculino (Poli, 2007).

A primeira mulher estudada pelo pai da psicanálise, Ana O., além dos sintomas clássicos da histeria, ela apresentava a existência de duas mulheres dentro de si, duas mulheres completamente diferentes conforme salienta Soler (2005, p.9):

... havia Anna, a enferma, triste e angustiada, mas normal, e havia também a Outra, a sonâmbula, em estado de ausência auto-hipnótica, louca, má e alucinada. A clivagem é espetacular. Uma não conhecia a outra e cada qual tinha seu horário. Uma teria o dia, outra, a noite... Às vezes as duas sequer tinham uma língua comum, pois a segunda esquecera o alemão em prol do Inglês.

Em certo aspecto Ana O., ilustra muito bem o que acontece com as mulheres na atualidade, não de forma inconsciente e tão neurótica como no caso da paciente de Freud, mas sem dúvida, com algum (ou muito) sofrimento emocional. A vida moderna exige que duas mulheres existam dentro de cada mulher, uma de dia e outra à noite. Durante o dia, inserida em um mercado de trabalho onde o homem é a referência, especialmente quando se trata de funções de comando, a mulher é exigida a mostrar toda a sua competência para que possa ter oportunidades iguais às do homem. Enquanto ao homem algumas vezes pode ser exigido apenas um diploma ou certificado, a mulher tem sempre que mostrar na prática o seu potencial, pois a mesma, especialmente em algumas profissões tradicionalmente masculinas, é sempre vista com o olhar da desconfiança, tendo que cobrar de si mesma a perfeição, pois cada erro pode ser atribuído ao seu gênero. Durante o dia ela é profissional exigida pelo

outros, mas principalmente exigida por si mesma. Já à noite é a mãe, esposa e dona do lar, cobrada a manter a boa educação dos filhos, a organização doméstica, a beleza estética e o desempenho sexual. Essa cisão, por mais dura que seja, parece ser o modo que a mulher encontrou para ser alguém no mundo sem deixar de ser a mulher que ainda hoje ela tem sido criada para ser.

Segundo o senso de 2010, 37,2% das mulheres no Brasil são responsáveis por prover as finanças dos seus lares (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2010). Apesar do grande número de mulheres que vem assumindo a responsabilidade pelo provimento do sustento das suas famílias, as mesmas em sua maioria continuam sendo as únicas responsáveis pelos afazeres domésticos. Para Izabel Borsoi (1994, p. 124):

Historicamente, a condição de trabalho da mulher se apresenta distinta da do homem.

A mulher reivindicou para si os mesmos direitos em relação ao homem do ponto de vista profissional, porém ainda não conseguiu libertar-se, embora tenha dado passos largos nesse sentido, do papel de "administradora do lar" enquanto o homem continua exercendo (ou pelo menos reivindicando) o papel de "chefe do lar".

Assim como no caso de Ana O., a dicotomia da mulher moderna faz com que as duas mulheres que coabitam dentro dela mesma não falem nem a mesma língua. Durante o dia ela fala o idioma profissional, quer seja nas multinacionais, nas classes de aula ou clínicas psicológicas, quer seja na construção civil, a frente de máquinas agrícolas ou mesmo cuidando do lar de outra pessoa. Esse idioma que muitas vezes acaba por ser duro e impessoal precisa ser trocado a noite pela linguagem amável e próxima da mãe e esposa. Enquanto de dia ela usa a linguagem da profissão tratando de metas, cobranças e resultados, à noite a linguagem é outra, totalmente diferente, os assuntos se referem à rotina da casa e cuidado com os filhos.

A modernidade exige muito da mulher. Ao contrário de antigamente, atualmente há uma constante pressão social para que as mulheres sejam profissionalmente ativas, contudo sem deixar de ser a mulher que cumpre seus afazeres do lar, o que sem dúvida alguma é algo demasiadamente desgastante e pode ser uma fonte de adoecimento mental.

A intensidade e propensão ao desgaste variam de acordo com o status social da mulher. A camada social que apresenta o formato mais agressivo de funcionamento é a mais baixa, pois a mulher trabalha pela necessidade de subsistência da família e, geralmente, vivencia conflitos familiares, parte pela dificuldade de relacionamento com os homens que tem sofrido com o enfraquecimento do papel dominador no ambiente familiar, parte devido ao sentimento de culpa pela ausência do lar (Sullerot, 1998). Costa, Menezes, Olindo, Gigante, Macedo, Britto e Fuchs (2002), verificaram em um estudo transversal que a prevalência de transtornos psiquiátricos também foi maior entre as pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos e do sexo feminino.

Dentro da classe média existem variações menos agressivas do cenário apresentado na parcela da população com perfil socioeconômico mais baixo, visto que a mulher trabalha em grande parte para prover melhor condição de vida para seus filhos, não se atendo as obrigações de sustentar aspectos básicos como alimentação e moradia. Em grande parte, o objetivo principal não é ascender profissionalmente, mas apenas oferecer maior segurança para a família.

Já em famílias de maior poder aquisitivo, o trabalho torna-se voltado para a auto-realização. A mulher se sente capaz de ocupar cargos importantes e está disposta a ter maior foco na carreira profissional. Para estas, o maior fator de desgaste é, provavelmente, a constante luta por igualdade de condições ao sexo masculino. Fatores como menor ganho salarial em comparação aos homens que desempenham a mesma função e maior taxa de desemprego, são fontes de estresse emocional para as mulheres (Instituto Brasileiro de

Geografia Estatística, 2011). Mesmo que o trabalho remunerado produza efeitos benéficos à saúde mental e ajude a melhor definir o papel social da mulher, a exposição contínua a desigualdades tende a transformar o trabalho em uma fonte de problemas de cunho físico e psíquico (Ludermir, 2000).

Fato é que independente do nível socioeconômico existem pesquisas que apontam que mulheres sofrem mais com estresse e transtornos ansiosos do que os homens. A faixa etária atingida tende a ser durante seu período profissionalmente produtivo, dos 23 aos 45 anos, onde seus níveis de estresse e propensão a transtornos ansiosos são quase o dobro que o de homens da mesma idade. (Centro Psicológico de Controle do Stress, 1996).

Apesar desses dados, devemos ressaltar que a literatura sobre as diferenças de gênero e transtornos mentais relacionados ao trabalho é quase inexistente, mas alguns estudos consideram a falta de um trabalho formal ou a dedicação apenas aos trabalhos domésticos, e a consequente falta de reconhecimento proveniente desta atividade, sejam fatores de maior importância na geração de transtornos mentais do que o trabalho em si (Almeida-Filho, 1981; Warr, 1987; Jenkins, Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill & Meltzer, 1997; Ludermir, 2000). Contudo a dupla jornada de trabalho, especialmente quando se leva em consideração a quantidade de atividades domésticas que ficam a cargo da mulher, parece ser um dos principais responsáveis e geradores de transtornos mentais. Pinho e Araújo (2012) salientam também que, associado à dupla jornada, fatores do ciclo da vida tais como idade, situação conjugal, número de filhos, chefia da família e lazer, associados aos componentes emocionais podem intensificar o sofrimento psíquico na população feminina.

Estudos mostram que as mulheres parecem ser mais sintomáticas em termos de angústia psicológica, sintomas ansiosos, humor depressivo, insônia e transtornos alimentares em comparação aos homens (Lennon, 1995; Costa et al, 2002). Embora estes fatores não possam ser atribuídos especificamente ao trabalho, devemos levar em consideração que o

estilo de vida atual da mulher tornou-se ainda mais desgastante e sujeito ao estresse crônico. A mulher de hoje precisa lidar, além das preocupações que sempre lhe couberam, com as incertezas do mercado de trabalho, falta de estabilidade profissional, a necessidade de prover o próprio sustento e de toda a família, inclusive dos homens.

Segundo Menetti e Marziale (2007), os profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental são aqueles que interagem a maior parte do tempo com indivíduos que necessitam de sua ajuda, como as enfermeiras, os professores, as assistentes sociais, entre outras profissões (Baba, Galaperin & Lutuchy, 1999). Como ainda hoje majoritariamente as mulheres têm escolhido (ou sendo escolhidas para) profissões ligadas ao cuidar do outro, esta pode ser uma das explicações para a maior prevalência de angústia psicológica e transtornos depressivos entre as mulheres.

Fato é que, além da rotina de trabalho dentro e fora de casa, a mulher tem que administrar a culpa e conflitos. Como ser a profissional exemplar e a mãe zelosa que se idealiza? Como trabalhar tantas horas por dia e ainda arranjar tempo para ser uma mulher desejada? O homem é bem sucedido quando tem sucesso profissional, já a mulher é bem sucedida quando é casada, com filhos, trabalha e ainda tem uma beleza estética, conforme salienta Grant (2002):

Ser uma profissional e, eventualmente, bem sucedida é frequentemente vivido como um paradoxo: de um lado permite-se reconhecer como um sujeito com características valorizadas pelo Outro, encarnado, por exemplo, nas chefias; de outro lado, teme afastar os homens que não se apaixonariam por uma mulher poderosa - vive perseguida pelo fantasma de ter se masculinizado. Talvez daí possamos entender a diferença entre a concepção de sucesso profissional entre homens e mulheres – entre aqueles, o tempo de sua vida é literalmente doado aos afazeres profissionais; primeiro o trabalho, se houver tempo, podem ajudar nas tarefas domésticas e na atenção

específica aos filhos. No caso das mulheres, sua concepção de êxito perpassa por uma distribuição de atenção entre a vida profissional, o marido, os filhos, o lazer, os cuidados estéticos... Em duas palavras: uma "supermulher". É isto, para sentir-se bem sucedida, a mulher tem que levar em conta, mais além do campo profissional, a vida afetiva e conjugal. Muitas mulheres fazem isto, e pagam pela independência conquistada com "um sem limite" daquilo que são capazes de fazer para aqueles que ama, muitas vezes vivenciando uma aproximação da loucura, da falta de limites, por não saberem como bem dizer um "basta". Lacan nos fala desta característica... "não há limites às concessões que cada uma faz por um homem: do seu corpo, da sua alma, dos seus bens." Embora Lacan tenha se referido à relação da mulher com o homem amado, acreditamos que os filhos também são destinatários privilegiados destes cuidados sem limites – muitas vezes cuidam tanto do outro, que se esquecem. Estamos pontuando um gozo masoquista, um gozo em ser escrava do Outro e que, muitas vezes, pode passar por um sentimento de estranhamento, num desses momentos que denominamos de tropeço com o real - momento privilegiado que nos confronta com uma verdade que até então teimávamos em recobrir – este poderia ser um caminho de mudança.

Ao manter uma constante negociação entre os aspectos familiares e profissionais a mulher tende a enfrentar níveis elevados de estresse, e, em muitas situações, prefere sacrificar suas próprias vontades para manter ambos cenários funcionando em harmonia (Eichenbaum & Orbach, 1983).

Conclusão

O trabalho para a mulher é de extrema importância, pois foi através dele que ela adquiriu expressão social, sendo, portanto, um agente transformador de sua história. Com as exigências profissionais e pessoais da atualidade, o trabalho passou também a ser fonte de

adoecimento feminino. Hoje a mulher vive em um sem limite, como equilibrista, tentando satisfazer as necessidades do trabalho, da vida doméstica, dos filhos, do padrão de beleza, se desdobrando em muitos papéis, muitas vezes sem conseguir dizer não, sem conseguir dar um basta, tentando suprir as expectativas que surgiram do outro e que acabou sendo internalizadas por ela. A falta de consciência em relação a estas exigências, e especialmente o quanto tais exigências são inalcançáveis certamente é um dos principais responsáveis pela transformação do trabalho de um elemento de saúde em um elemento de adoecimento psíquico.

A saúde psíquica da mulher não é produto apenas de sua rotina e cobranças externas, mas também do seu nível de autoexigência por alcançar o padrão social idealizado, mas imperfeito e inalcançável. Por isso, talvez o caminho seja tomar consciência de tais cobranças e não apenas cumprir de maneira “automática”. É preciso entender e aceitar seus limites e continuar buscando igualdades fora, mas agora também dentro dos lares. É necessário, portanto, compreender que muitas vezes irão falhar, pois todos falham independente do gênero.

Referências

- Almeida-Filho, N. (1981). Força de trabalho e saúde mental em um setor urbano de Salvador, Bahia. *J Bras Psiquiatr*, 30(6), 463-470.
- Baba, V.V., Galaperin, B.L., & Lutuchy, T.R. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud*, 36(2), 163-169.
- Borsoi, I. (1995). A saúde da mulher trabalhadora. In. Codo, W. & Sampaio, J. (orgs). *Sofrimento Psíquico nas Organizações*. Petrópolis, RJ: Vozes, 121-34.

- Costa, J.S.D. da, Menezes, A.M.B., Olinto, M.T.A., Gigante, D.P., Macedo, S., Britto, M.A.P.de, & Fuchs, S.C. (2002). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, 5(2), 164-173.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000200004>
- Centro Psicológico de Controle do Stress. (2014). *Página Web*. Recuperado em 20 de dez. 2014, de <http://www.estresse.com.br/01-CPCS/01.06-franquias.html>.
- Eichenbaum, L., & Orbach, S. (1983). *Understanding Women: a feminist psychoanalytic approach*. London: Penguin.
- Elias, M.A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(4), Aug, 517-25.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>
- Grant, W.H. (2001). A maternidade, o trabalho e a mulher. In: *Proceedings online*, Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 3. Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 05 de abr. 2015, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300008&lng=en&nrm=abn.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Censo Demográfico 2010: Resultados do universo*. Rio de Janeiro, Centro de Documentação e Disseminação de Informação. Recuperado em: 02 de mar. 2015, de <http://www.ibge.gov.br>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: Síntese de Indicadores de 2011*. Rio de Janeiro, Centro de Documentação e Disseminação de Informação. Recuperado em 06 de abr. 2015, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default_sintese.shtm.

- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., & Meltzer, H. (1997). The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain: initial findings from the household survey. *Psychol Med*, 27(4), 775-89.
- Lennon, M.C. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev.*, 17(1), 120-127.
- Ludermir, A.B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), Sept., 647-659. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300013>.
- Luz, A.F. & Fuchina, R. (2009). A evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho. In *Anais do II Seminário Nacional de Ciência Política da UFRGS*. Porto Alegre, RS. Recuperado em 20 de fev. 2015, de <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigoalex.pdf>.
- Manetti, M.L., & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estud. de Psicol.* (Natal), 12(1), 79-85. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>
- Oliveira, N., Oliveira, R. & Dalfior, S. (2000). Gênero e novas perspectivas de trabalho: um estilo junto a mulheres gerentes de atendimento no Banco do Brasil. In *Anais do 24º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração*, Florianópolis, SC. Recuperado em 22 de fev. 2015, de <http://saogabriel.pucminas.br/administracao/wp-content/uploads/2013/08/G%C3%AAnero-e-as-novas-perspectivas-no-trabalho.pdf>
- Pinho, P.S., & Araujo, T.M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.*, 15(3), 560-572. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
- Poli, M. C. (2007). *Feminino/Masculino* (vol.76). (Passo-a-Passo). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Probst, E.R. & Ramos, P. (2003). *A evolução da mulher no mercado de trabalho*. Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós-Graduação. Recuperado em 20 de fev. 2015, de <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>.
- Silva, G.C.C., Santos, L.M., Teixeira, L.A., Lustosa, M.A., Couto, S.C.R., Vicente, T.A., & Pagotto, V.P.F. (2005). A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. *Rev. SBPH*, 8(2), 65-76. Recuperado em 04 de abr. 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200006&lng=pt&nrm=iso.
- Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sullerot, E. (1998). *História e Sociologia do Trabalho Feminino*. São Paulo: Atlas.
- Warr, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press, pp.361.

**3 ARTIGO – A VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER E SEUS REFLEXOS
SOBRE A SEXUALIDADE NA PÓS-MENOPAUSA**

A violência sofrida pela mulher e seus reflexos sobre a sexualidade na pós-menopausa

Resumo

Objetivo: Neste Artigo apresentaremos um Estudo de Caso de uma paciente que sofreu violência na infância, praticado por sua mãe e, posteriormente, em sua relação conjugal. Analisaremos os reflexos da violência vivenciada sobre a sexualidade e suas influências psicológicas na passagem para a menopausa. Além disso, ressaltaremos a importância da escuta na clínica ginecológica e no atendimento à saúde da Mulher. **Método:** Descrição do Caso de uma paciente com queixa de disfunção sexual e que se encontrava em acompanhamento em um ambulatório médico especializado para sintomas da menopausa. **Conclusão:** A relação violenta experimentada com a mãe durante a infância e a adolescência influencia na escolha do parceiro amoroso, bem como na exposição à violência com o companheiro, gerando reflexos importantes sobre a sexualidade. O Climatério é vivido de maneira singular pela mulher, assim, apesar das queixas de disfunção por insatisfação sexual, neste caso, a menopausa foi experimentada como uma fase de modificações para a realização de desejos eróticos e amorosos.

Palavras-chave: Mulher, Violência; Sexualidade; Menopausa.

Introdução

A violência exercida sobre a mulher tem reflexos em toda sua vida, causando danos físicos psicológicos e sexuais (Oliveira, 2015). Ocorre que a relação entre a violência e os danos físicos, psicológicos e sexuais é frequentemente, ignorada pelos órgãos de saúde, pois com muita frequência a mulher omite a violência experimentada, principalmente se tal violência decorre de uma união consensual. Oliveira e col. (2015) constaram que o medo de

denunciar o agressor torna-se uma barreira, independente do nível sócio cultural das mulheres.

Faúndes, Hardy, Osis e Duarte (2000) entrevistaram 1.838 mulheres de 15 a 45 anos e que haviam passado pelo menos por uma gravidez. Foi utilizado um questionário estruturado e pré- testado, com o qual permitiu constatar a história de violência sexual experimentada pelas mulheres, a existência de disfunção sexual e queixas ginecológicas. O resultado do estudo confirma a relação entre violência sexual e algumas queixas ginecológicas. Tal estudo indicou um dado interessante que consiste em que, mesmo quando a violência sexual é exercida de maneira mais sutil, não podendo ser considerada como um estupro há aumento de queixas de disfunção sexual. Além disso, a incidência de disfunção sexual é maior quando a violência é exercida dentro de uma união conjugal.

Conforme salienta Caires (2015), há alguns aspectos relevantes na sexualidade feminina que não são levados em consideração, tais como as condições subjetivas que foram construídas e a identidade dessa mulher que está na menopausa. Em sua maioria o que essa mulher vivenciou foram repressão social e sexual, cerceamento e domesticidade. Assim, a chegada da menopausa, e com ela o estigma social do envelhecimento, dificultaria ainda mais a vivencia da sexualidade de maneira prazerosa.

Os sintomas da menopausa não são sentidos de maneira universal, ficando difícil precisar o quanto deles estaria ligado à menopausa, com queda de estrogênio ou a fatores pessoais, experiências anteriores e etc. conforme estudo de Papalia, Olds e Feldman, 2010. Por outro lado, a menopausa muitas vezes é experimentada como um momento de transição, mas não necessariamente para um estado pior. Conforme salienta Mucida (2006), as respostas são particulares, há mulheres que experimentam essa fase com desconforto e sofrimento, enquanto para outras esse período passa praticamente despercebido. A vivência da menopausa é algo particular, relativa a cada indivíduo e sua singularidade. Apresentaremos

neste relato de caso uma forma de transição, vivenciada depois da menopausa, de uma vida de submissão e violência para a busca de satisfação e afirmação sexual.

Relato de Caso

Silvana (nome fictício), casada, vendedora, mãe de 5 filhos, 46 anos de idade. Está na menopausa desde os 40 anos e, atualmente, recebe atendimento em um ambulatório especializado para sintomas ligados a essa condição. Sua queixa principal era de ausência de desejo sexual, ou prazer na relação sexual. Definiu-se como muito insatisfeita sexualmente, relatando dores durante a penetração. Além disso, narrou que já havia sido “estuprada” e que sofreu agressões na infância.

Dirigida para acompanhamento psicológico, narrou que quando criança “apanhava muito” e sua mãe cuidava sozinha dos filhos, lavando roupas e fazendo faxinas, sem a presença da figura paterna. Narrou ter a lembrança de ver a mãe “somente de costas”, pois a genetriz “vivia no tanque”. Desta maneira, grande parte dos serviços domésticos ficava ao seu encargo e, caso desagradasse à genitora, sofria castigos físicos diversos, chegando até mesmo a urinar nas roupas e desmaiar devido às punições.

Relatou que com 14 anos de idade, após sofrer nova agressão de sua mãe, decidiu sair de casa e se casar. Assim, mudou-se para outro Estado, mas afirmou que a vida matrimonial não foi satisfatória, já que o marido constantemente a “traía e usava drogas ilícitas”.

Apesar do histórico de violência Silvana batizou sua primeira filha com o nome da mãe e, através da criança, se reaproximou daquela. Hoje, considera que tem um bom relacionamento com a genitora, a qual avalia como uma avó “dedicada”.

Em razão dos problemas conjugais, separou-se do companheiro e voltou a residir com a mãe. Passados 2 anos, o seu ex-companheiro a procurou para reconciliação e, pressionada

pela família, reatou o relacionamento, tendo engravidado e dado a luz a sua segunda filha. Entretanto, como seu marido continuou infiel e a usar drogas, separou-se novamente.

Depois de 1 ano, aos 22 conheceu Fernando (nome fictício), seu atual marido, com quem foi morar e engravidou após 6 meses. Descreveu Fernando como um homem “muito novo e imaturo” e que não desejava inicialmente a criança. Apesar disso, quando o filho nasceu, Silvana o batizou com o mesmo nome do pai. Um ano depois Silvana engravidou de seu quarto filho e neste período o relacionamento conjugal se deteriorou, com atritos frequentes que culminavam em agressões físicas recíprocas. Relatou que nessa época começou a desejar e provocar as brigas e agressões.

Aos 32 anos Silvana engravidou da quinta filha. Após o nascimento desta, as brigas ficaram cada vez mais frequentes. Descreveu ter suportado “muita humilhação e violência” e que o marido dizia “que era uma mulher velha e cheia de filhos”. Como os conflitos se intensificaram, o casal se separou. Mas a separação durou pouco, em aproximadamente 6 meses o casal reatou, por iniciativa do marido. Relatou que na verdade nunca foi plenamente satisfeita sexualmente, pois Fernando não costumava procurá-la para manter relações. Acrescentou que “todos a elogiavam, menos ele” e que “era como se não existisse para ele”.

Silvana, aos 40 anos entra na menopausa, período que coincide com sua reconciliação com o marido. Neste momento, conta que sua vida sexual passou por uma breve melhora, tendo experimentado sua primeira experiência de orgasmo. Disse que “nunca teve voz ativa”, mas em determinado momento da entrevista, sorrindo, afirmou que “hoje tem” e que “depois da menopausa tudo mudou na sua vida”. Para a paciente a menopausa foi sentida como um momento de transição, no qual ela passou a se respeitar mais, a tentar fazer suas vontades e desejos.

Relatou que atualmente sente desejo, mas tem apresentado dificuldade para atingir o orgasmo. Relaciona isto com os episódios de violência na relação. Conta que quando

reclamava da ausência sexual de Fernando, ele reagia com irritação e “fazia sexo com violência”, pedindo desculpas em seguida. Afirmou que por “possuir mais desejo sexual que o marido”, sentia-se “errada”, necessitando fazer uso de fluoxetina “para acalmar”.

Como parte deste processo de mudança, vivenciados depois da menopausa, há um ano e meio, efetuou contato com um antigo namorado, com o qual havia tido sua primeira relação sexual, ainda na adolescência. Refere que resolveu manter um relacionamento extraconjugal com este outro homem, porque tinha medo “de não segurar mais o desejo”, e de “se entregar para qualquer um que passasse na sua frente”. Assim, passou a se encontrar com o ex-namorado, mas revelou que a relação sexual não é satisfatória, pois não se sente atraída por ele, apenas gosta da companhia, especialmente pela “conversa e carinho”.

Discussão

Observa-se no caso clínico que a violência sempre permeou as relações afetivas da paciente. Desde a infância, a genitora não a tratava de forma carinhosa, sendo constantemente agredida e humilhada. Da mesma maneira, o marido respondia à sua demanda de amparo e satisfação sexual com raiva e violência. Desta forma, discutiremos o modo como a violência sofrida por Silvana pode acarretar prejuízos na escolha do seu parceiro conjugal e na sua sexualidade. De acordo com a teoria psicanalítica, a relação devastadora e marcante vivenciada com a mãe na infância e adolescência pode ter influenciado na escolha de seu relacionamento amoroso violento, o qual se afigura como meio de repetição daquele sofrimento. Roudinesco e Plon (1997/1998, pag. 656) definem compulsão a repetição “processo inconsciente, e como tal impossível de dominar, que obriga o sujeito a reproduzir seqüência (atos, ideias, pensamentos ou sonhos) que, em sua origem foram geradoras de sofrimento e que conservam esse caráter doloroso”.

Freud, em seu artigo *Sexualidade Feminina*, explica, a partir da fase pré-edípica, a complexa formação sexual na mulher. Para a psicanálise, a mulher não nasce mulher, mas se torna mulher. Neste texto, Freud esclarece a importância da relação materna para o desenvolvimento sexual humano, tanto em homens quanto em mulheres (Freud, 1931/2006). Ainda no texto sobre sexualidade feminina, Freud afirma que, em muitos casos, as mulheres repetem “em sua vida conjugal, seus maus relacionamentos com as mães”. E acrescenta: “com muitas mulheres, temos a impressão de que seus anos de maturidade são ocupados por uma luta com os maridos, tal como suas juventudes se dissiparam numa luta com suas mães” (Freud, 1931/2006, p.239). Assim, a relação materna é fundamental para todo o ser humano, e a qualidade desse relacionamento vai influenciar na vida desse sujeito como um todo, inclusive na sua escolha amorosa.

Ainda segundo Freud, (1919/2006), no artigo “Uma criança é espancada” muitos adultos afirmam que tinham a fantasia da visão de uma criança sendo espancada e que isso acarretaria prazer e satisfação autoerótica na infância. Tal satisfação autoerótica é tida por Freud como um componente da perversão, mas que não necessariamente persiste na vida adulta. Podendo ser recalçado, ou até mesmo sublimado, mas caso isso não ocorra há perversão na vida adulta (sadismo ou masoquismo). Silvana, no caso em tela, vivencia relação sexual permeada por violência, o espancamento faz parte da vida erótica da paciente. Além disso, há, nesse caso, um componente interessante, a relação entre a violência física na infância e um aumento da libido e interesse sexual na vida adulta, especialmente depois da passagem pela menopausa.

Estudos de Logan-Greene, Green, Nurius e Longhi (2014), analisaram a ocorrência de circunstâncias adversas na infância e sua relação com a saúde física e mental na vida adulta. O estudo foi realizado no Estado de Washington (WA Departamento de Saúde, 2010) com uma amostra de 19.333 pessoas incluindo todos os indivíduos que receberam perguntas sobre

experiências adversas na infância entre 2009 e 2010. Os autores concluíram que maus tratos na infância podem acarretar vários comportamentos no futuro, desde risco à saúde até ocorrência de divórcio. Da mesma forma, observamos no caso clínico a relação entre a violência na infância e a relação conjugal na vida adulta.

Silvana passou a vida em um relacionamento conjugal abusivo, com agressões físicas e emocionais. A entrada na menopausa foi vivenciada de maneira intensa. Os sintomas físicos como fogachos e alterações de humor estavam presentes, mas, além disso, houve uma mudança de atitude em relação a sua vida. Passou a se respeitar mais e conseguiu barrar a violência que sofria do companheiro.

Os sintomas da mulher na menopausa são estudados com maior frequência na ótica fisiológica. Entretanto, os aspectos emocionais são pouco analisados na prática ginecológica. Estudo de Veras, Rassi, Yukizaki, Novo, Franco e Nardi (2007) que investigaram o impacto dos diagnósticos psiquiátricos sobre os sintomas da menopausa e constatou um aumento em número e intensidade das queixas dos sintomas físicos e psíquicos em pacientes com transtornos depressivos ou ansiosos.

Feltrin e Velho (2016), estudando a representação do corpo feminino na menopausa, enfatizam a importância da narrativa da mulher sobre o climatério e a influência do discurso médico sobre essa narrativa. Os autores acrescentam que o conhecimento científico sobre o corpo da mulher sofreu inúmeras modificações com o passar do tempo, assim a menopausa deixou de ser uma etapa da vida para se tornar uma doença, passível de intervenção médica e farmacológica. No estudo em tela, evidenciou-se a importância da escuta no atendimento de mulheres nessa fase da vida.

Mucida (2006) analisa os sintomas da menopausa ressaltando seu caráter singular. A maneira como cada mulher passa por esse período diz muito sobre a sua singularidade. Além disso, traça um paralelo entre o aumento do desejo sexual e o climatério. Para a autora

algumas mulheres, depois da menopausa, experimentam um aumento de desejo e excitação sexual. Acrescenta que, como na adolescência, também na menopausa, há mudanças no corpo que interferem diretamente na libido, todavia há um envelhecimento, ao contrário do adolescente que encontra um amparo na cultura.

Paralelamente ao aumento da libido, há uma questão simbólica da experiência da menopausa como “final de vida”, a mulher percebe que a vida está passando e procura satisfação e felicidade. No caso em estudo, após a menopausa Silvana passou a respeitar mais suas vontades, a buscar seus desejos, a ter mais voz ativa e a tentar se realizar sexualmente.

Conclusões

No caso clínico analisado, a violência sofrida por Silvana na infância foi repetida em relações abusivas durante a fase adulta, com maus tratos físicos, abusos emocionais e sexuais. A paciente passou a maior parte de sua vida suportando violência, mas conseguindo se proteger e dirigir a libido depois da menopausa. A menopausa parece ser vivenciada de maneira contraditória, pois apesar de ter experimentado sintomas físicos, como alteração de humor e fogachos, sentiu-se desimpedida para buscar os seus desejos pessoais e sexuais. Deixou de se submeter a situações de violência e passou a reorganizar suas expectativas e busca satisfação sexual. Pretendemos como este relato de caso ressaltar a importância da proteção da infância como forma de prevenção da violência doméstica. Além disso, valorizar a escuta na clínica ginecológica, ressaltando que a mulher possui um saber sobre seu sintoma e seu corpo. Observamos a necessidade de um atendimento em conjunto entre a ginecologia e a psicologia na atenção em saúde das mulheres nesta fase da vida.

Referências

- Caires, C.S., Oliveira, A.C.F. de, & Araújo, E.N.P. de. (2015). Pós-Menopausa, Disfunção sexual, e Personalidade: Explorando alguns conceitos. *UNOPAR Ciênc. Biol. Saúde*, 17(3), 206-210. Recuperado em 21 de abr. 2016, de <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3071/2892>
- Feltrin, Rebeca Buzzo, & Velho, Lea. (2016). Representações do Corpo Feminino na Menopausa: Estudo Etnográfico em um Hospital-Escola Brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (22), 148-174. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.07.a>
- Freud, S. (2006). Sexualidade feminina [1931]. In Freud, S. (2006). O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos (Vol. 21) (1927 – 1931). (Coleção Standart Brasileira.). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S.(2006). Uma criança é espancada – Uma contribuição para o estudo das perversões sexuais [1919]. In Freud, S. (2006). História de uma neurose infantil e outros trabalhos (Vol. 17) (1917 – 1919). (Coleção Standart Brasileira.). Rio de Janeiro: Imago.
- Logan-Greene, P., Green, S., Nurius, P.S., & Longhi, D. (2014). Distinct Contributions of Adverse Childhood Experiences and Resilience Resources: A Cohort Analysis of Adult Physical and Mental Health. *Social Work in Health Care*, 53(8), 776–797. <http://doi.org/10.1080/00981389.2014.944251>
- Mucida, A. (2006). Menopausa excesso de libido e gozo. *Revista Styllus, Rev. de Psicanálise*, 13(1), 91-101. Recuperado em 22 de abr. 2016, de https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_13
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman R. D. (2010). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar. (Traduzido de *Dictionnaire de la psychanalyse*, Ed., 1997, Paris, França: Librairie Arthème Fayard)
- Veras, A.B., Rassi, A., Yukizaki, L.M.G., Novo, L.D., Franco, F.S., & Nardi, A.E. (2007). Impacto dos transtornos depressivos e ansiosos sobre as manifestações da menopausa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 315-320. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300011>

Faúndes, Anibal, Hardy, Ellen, Osis, Maria José, & Duarte, Graciana. (2000). O Risco para Queixas Ginecológicas e Disfunções Sexuais Segundo História de Violência Sexual. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 22(3), 153-157. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032000000300006>

Oliveira, C.S. de. (2015). Violência sexual: mulheres atendidas em uma rede de atenção integral em uma capital do sul do Brasil (dissertação de mestrado). Recuperado do Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 02 de jul. 2016, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/156527?show=full>

Eventos traumáticos e a disfunção sexual na pós-menopausa

Resumo

Objetivo: Determinar a relação entre traumas precoces (antes dos 18 anos) e recentes (nos últimos 2 anos) e a disfunção sexual de mulheres atendidas em um ambulatório especializado para queixas ligadas à menopausa. **Metodologia:** Avaliamos 53 mulheres em atendimento em um centro médico especializado para queixas ligadas à menopausa através dos instrumentos: Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Inventário de Autoavaliação de Traumas Precoces (ETI), no período de Julho de 2015 a Março 2016. **Resultados:** A quase totalidade das mulheres apresentava pontuação sugestiva de disfunção sexual (94,4%). As principais correlações observadas com a disfunção sexual foram os episódios de traumas (episódios de violência e demais traumas) ocorridos nos últimos dois anos, bem como a relação entre eventos traumáticos precoces e recentes.

Conclusão: Os sintomas da menopausa são vivenciados de maneira singular, e diversos fatores podem agravá-los ou amenizá-los. Observamos em nosso estudo uma correlação entre eventos traumáticos recentes, nos últimos 2 anos, e a disfunção sexual. Constatamos que os eventos traumáticos recentes estão relacionados com eventos traumáticos vivenciados de maneira precoce (antes dos 18 anos). Assim, os eventos recentes se afiguram como repetição dos primeiros traumas. A incidência de tal impacto não é valorizada no diagnóstico e tratamento da disfunção sexual. Acreditamos que esse estudo pode contribuir para o tratamento de mulheres que se encontram nesta condição.

Palavras-chaves: Disfunção sexual, traumas precoces e recentes, menopausa.

Introdução

A menopausa é uma fase da vida da mulher que marca o fim da atividade reprodutiva, exercendo também influência na vida sexual. Para muitas mulheres há diminuição da

frequência de práticas sexuais decorrentes de diminuição de libido, dificuldade na lubrificação vaginal, irritabilidade, entre outros sintomas. A sexualidade humana é complexa, portanto é influenciada não só por aspectos fisiológicos, mas, também, por fatores psicológicos e sociais (Aderme & Araújo, 2016).

Por outro lado, a violência contra a mulher é uma realidade frequente, além de ser um problema de saúde pública que atinge inúmeras brasileiras. Dados fornecidos pelo DataSenado evidenciam que até 2013, 19% da população feminina no Brasil já havia sofrido algum tipo de agressão (13 milhões e 500 mil mulheres). Destas mulheres agredidas, 31% ainda convivem com o agressor. Entre estas últimas, 14% ainda sofrem com algum tipo de violência. Além disso, a maioria delas (65%) sofre violência originada de seus parceiros afetivos (namorado, companheiro ou marido).

Em muitos casos, situações de abusos são vivenciadas desde a infância, interferindo grandemente em todo desenvolvimento da criança, causando alterações comportamentais, emocionais, transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas no futuro. Igualmente, a violência precoce se caracteriza como responsável por crescente demanda de atendimento nos serviços públicos de saúde (Frota, Lima, Paiva Oliveira, Nobre, Couto & Noronha. 2016).

Morais, Fonseca, Bagnoli, Soares Júnior, Moraes, e colegas (2010) relacionaram as comorbidades clínicas na menopausa e a violência. Avaliaram 124 pessoas que já haviam passado pelo climatério e sofrido violência física ou sexual em alguma fase da vida. Segundo eles, as mulheres que não sofreram violência em nenhuma fase da vida apresentaram índice de comorbidade muito inferior ao daquelas que foram agredidas.

Os dados relacionando à violência e disfunção sexual feminina na pós-menopausa da população brasileira são escassos. Com nosso trabalho, pretendemos determinar a prevalência da ocorrência da disfunção entre as mulheres atendidas em um ambulatório de menopausa e correlacionar a experiência de violência precoce e recente vivenciada. Pretendemos também,

dar ênfase à escuta na clínica ginecológica, ressaltando a importância da ação conjunta entre a ginecologia, psiquiatria e psicologia no atendimento à saúde da mulher.

Metodologia

Foram avaliadas 53 mulheres que se encontravam em tratamento no Centro de Especialidades Médicas, no Centro de Atendimento a Mulher, no município de Campo Grande, MS, no período de Julho de 2015 a Março de 2016. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, posteriormente, encaminhadas para entrevista, na qual foram colhidos os dados sociodemográficos da amostra, como estado civil, renda, escolaridade, religião e número de filhos.

Realizamos também a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF), no qual as participantes responderam questões sobre as diversas funções sexuais, divididas em 6 domínios: desejo (questões 1 e 2), excitação (perguntas 3, 4, 5 e 6), lubrificação (questões 7, 8, 9 e 10), orgasmo (perguntas 11, 12 e 13), satisfação (questões 14, 15 e 16) e dor (questões 17, 18 e 19). As mulheres que obtiveram pontuação menor que 3,9 em uma das funções do IFSF são consideradas com disfunção sexual (SAFARINEJAD, 2006). Quanto à pontuação total, classificamos a função sexual feminina em quatro grupos: função sexual feminina normal (pontuação total igual ou maior que 23); disfunção sexual leve (pontuação total entre 18-23); moderada (pontuação total entre 11-17) e grave (pontuação total igual ou menor a 10) (Safarinejad, 2006).

Com a intenção de dividir a amostra em dois grupos de comparação e considerando a significativa prevalência de disfunção sexual, reunimos as pacientes da seguinte forma: Grupo 1: disfunção sexual moderada ou grave: com pontuação total igual ou inferior a 10 (total de 31 mulheres); Grupo 2: disfunção leve ou ausente: como pontuação total acima de 18 (total de 22 mulheres).

Com o intuito de controlar a influência das variáveis ansiedade e depressão aplicamos a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Tal instrumento possui 14 itens, sendo 7 referentes à avaliação de ansiedade (HAD-ansiedade) e 7 para a depressão (HAD-depressão), cada um dos itens pode ser pontuado de 0 a 3, podendo chegar a uma pontuação máxima de 21 para cada subescala. No presente estudo adotamos os pontos de cortes de Zigmond e Snaith (1983), recomendados para ambas as subescalas. HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade maior ou igual a 9; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão maior ou igual a 9.

Inventário de Autoavaliação de Traumas Precoces (ETISR-SF11), que contém 27 itens distribuídos em quatro dimensões (trauma geral, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual), pontuado em uma escala dicotômica (sim / não), e avalia a ocorrência de eventos precoces, antes dos 18 anos. Considerando-se as particularidades da pesquisa, realizamos a aplicação da mesma escala, com os mesmos parâmetros também para investigação de traumas recentes, ocorridos nos últimos dois anos. Assim, as participantes respondiam primeiramente a escala levando em consideração eventos anteriores aos 18 anos de idade e depois aqueles que ocorreram nos últimos 2 anos.

Nosso estudo foi aprovado pelo comitê de ética local e todas as avaliadas leram e assinaram o termo de livre consentimento esclarecido, colaborando espontaneamente com a pesquisa. Os requisitos para a participação no estudo foram a idade, entre 45 e 65 anos, e a mulher se encontrar na menopausa. Foram excluídas da amostra mulheres com transtornos mentais maiores, ou que não tiveram condições de compreender o termo de consentimento ou o conteúdo dos instrumentos.

Análise Estatística

Foram examinados as médias e o desvio padrão das variáveis contínuas e as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Pacientes com disfunção moderada ou grave e disfunção sexual leve ou ausente foram comparados em relação às suas características clínicas. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar as variáveis categóricas e o teste de Student para comparar variáveis contínuas entre os grupos. A relação entre as variáveis foi observada com base no coeficiente de correlação de Pearson. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. Também controlamos as variáveis ansiedade e depressão na correlação entre traumas recentes e disfunção sexual da amostra.

Resultado

As avaliadas possuíam idade média de 55,8 anos, eram predominantemente casadas (62,3%), sendo que 35,8% estavam trabalhando, com renda média de 0,83 salários mínimos. Eram na maioria católicas (49,1%) e evangélicas (37,7%), com baixa escolaridade (43,4% com ensino fundamental incompleto e 7,4 anos de estudo), e com 2,7 filhos em média, conforme os dados constantes na tabela 1.

Tabela 1. Variáveis Sociodemográficas	N (%)
Estudante/dona de casa	20 (37,7%)
Desempregada	2 (3,8%)
Afastada	4 (7,5%)
Trabalhando	19 (35,8%)
Aposentada	8 (15,1%)
Escolaridade Média em anos de estudo (+- DP)	7,4 (4,286)
	N(porcentagem)
Analfabetas	1 (1,9%)
Fundamental Incompleto	23 (43,4%)
Fundamental Completo	5 (9,4%)
Médio Completo	13 (24,5%)
	*Salários mínimos
	*dólares

Renda individual média (+- DP)	0,83	214,94
	2,13	550,25

* cálculos baseados nas cotações de 21/06/2016

Para a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, observamos uma média de ansiedade de 8,28 (DP: 3,461) e de depressão de 7,26 (DP: 4,086), com a média total de 15,5 (DP:6,524), dados na tabela 02.

Os menores índices de função sexual encontrados no IFSF foram observados para excitação, seguidos por orgasmo, lubrificação, desejo, dor e satisfação (Tabela 2). Dentro da nossa amostra, apenas 3 mulheres (5,6%) tiveram pontuação igual ou maior que 23, ou seja, 94,4% das mulheres se encontravam com algum grau que indicava uma possível disfunção sexual.

Quanto aos traumas precoces (Tabela 2), a amostra obteve um resultado de traumas gerais de 2,06 de média, (DP: 1,708); castigos físicos com 1,12 de média, (DP:1,263); abusos emocionais com 2,08 de média (DP: 1,998); eventos sexuais com 0,87 de média (DP: 1,387); sentimento de pavor e de estar fora do corpo com 0,46 de média (DP: 0,727); e total de 6,12 de média (DP: 4,922). Os resultados dos traumas recentes (Tabela 2) foram de traumas gerais de 2,37 de média (DP: 2,197); castigos físicos de 0,63 de média (DP: 1,189); abusos emocionais com 1,35 de média (DP: 1,898); eventos sexuais com 0,46 de média (DP: 0,939); sentimento de pavor e de estar fora do corpo com 0,38 de média (DP: 0,745); e total de 4,81 de média (DP: 4,606).

Tabela 2. Resultados	Média	Desvio Padrão
HAD A	8,28	3,461
HAD D	7,26	4,086
HAD TOTAL	15,55	6,524

Traumas gerais precoces	0,308	0,025	0,096	0,492	0,12	0,935	-0,021	0,87	0,7	0,619	0,057	0,686	0,057	0,686
Castigos fisicos precoces	0,249	0,072	0,189	0,176	0,142	0,31	0,126	0,37	0,105	0,454	0,102	0,466	0,164	0,241
Abusos emocionais precoces	0,005	0,97	-0,264	0,056	-0,264	0,056	-0,243	0,079	-0,203	0,145	-0,236	0,088	-0,25	0,071
Eventos sexuais precoces	-0,012	0,931	-0,033	0,814	-0,037	0,794	-0,138	0,324	-0,04	0,775	-0,188	0,178	-0,098	0,487
Total precoce	0,171	0,22	-0,027	0,849	-0,069	0,621	-0,105	0,455	-0,036	0,797	-0,126	0,369	-0,059	0,674
Sentimentos de pavor e de estar fora do corpo	0,038	0,789	-0,048	0,734	-0,079	0,575	-0,113	0,422	-0,106	0,45	-0,179	0,199	-0,11	0,435
Traumas Gerais recentes	-0,114	0,417	-0,07	0,619	-0,079	0,576	-0,115	0,411	-0,167	0,233	0,099	0,481	-0,074	0,598
Castigos fisicos recentes	-0,081	0,566	-0,33	0,016	-0,378	0,005	-0,396	0,003	-0,33	0,016	-0,26	0,6	-0,357	0,009
Abusos emocionais recentes	-0,077	0,586	-0,094	502	-0,133	0,344	-0,128	0,326	-0,021	0,882	-0,013	0,927	-0,086	0,542
Eventos sexuais recentes	-0,125	0,372	-0,159	0,257	-0,129	0,359	-0,193	0,166	-0,255	0,065	-0,121	0,389	-0,19	0,172
Total Recente	-0,132	0,347	-0,188	0,177	-0,215	0,123	-0,248	0,078	-0,224	0,107	-0,049	0,727	-0,2	0,15
Sentimentos de pavor e de estar fora do corpo	-0,005	0,973	-0,083	0,554	-0,161	0,249	-0,104	0,457	-0,088	0,533	-0,102	0,469	-0,113	0,421

*Valor grifado p valor <0,01

Os traumas gerais precoces (Tabela 3) tiveram uma relação de significância estatística positiva, ainda que leve, com a função desejo. O que evidencia um dado surpreendente, no qual a ocorrência de traumas gerais antes dos 18 anos como um fator que exerce uma pequena influência no aumento de desejo sexual das mulheres da amostra.

A ocorrência de castigos físicos nos últimos dois anos apresentou uma correlação estatística negativa leve com as funções excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e escore total. Evidenciando que, para a nossa amostra, os castigos físicos sofridos nos últimos dois anos exerceram uma influencia na qualidade sexual. Além disso, algumas correlações não são estatisticamente relevantes, mas estão muito próximas disso (valor menor que 0,01), como funções excitação, lubrificação, orgasmos, dor e total, relacionando-se com traumas gerais precoces; castigo físico precoce e desejo; eventos sexuais recentes e satisfação e por último total recente e orgasmo.

Como a função sexual foi influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão, controlamos tais variáveis ao correlacionarmos os traumas recentes com cada função sexual. Constatamos que os traumas recentes, sobretudo a violência física, continuaram significativamente e negativamente correlacionados com a maioria das funções sexuais (Tabela 4). Assim, para a nossa amostra, a ocorrência de violência física recente repercute negativamente de foram leve na excitação, lubrificação, orgasmo e escore total.

Tabela 4. Correlação Traumas Recentes e Função Sexual

		Controlando Ansiedade e Depressão					Sentimento de Pavor e estar forca do corpo
		Traumas Gerais	Castigos Físicos	Abusos Emocionais	Eventos Sexuais	Total	
Desejo	CC	-0,07	-0,07	-0,03	-0,04	-0,07	0,05
	SIG	0,62	0,63	0,85	0,79	0,62	0,75
Excitação	CC	-0,06	-0,33	-0,08	-0,15	-0,18	-0,07
	SIG	0,67	0,02	0,55	0,31	0,21	0,60
Lubrificação	CC	-0,08	-0,38	-0,13	-0,13	-0,22	-0,16
	SIG	0,58	0,01	0,35	0,35	0,12	0,25

Orgasmo	CC	-0,12	-0,40	-0,13	-0,20	-0,25	-0,10
	SIG	0,42	0,00	0,37	0,16	0,07	0,46
Satisfação	CC	-0,16	-0,33	-0,01	-0,24	-0,21	-0,08
	SIG	0,27	0,02	0,97	0,09	0,13	0,60
Dor	CC	0,09	-0,27	-0,03	-0,16	-0,07	-0,12
	SIG	0,55	0,06	0,83	0,27	0,61	0,40
Total	CC	-0,07	-0,36	-0,08	-0,19	-0,20	-0,11
	SIG	0,63	0,01	0,58	0,19	0,16	0,45

*P valor grifado < 0,01

Na correlação entre os grupos (Tabela 5) G1 (disfunção sexual moderada ou grave) e G2 (disfunção sexual leve ou ausente), obtiveram dados estatisticamente relevantes (p valor <0,05) para castigos físicos precoces, castigos físicos recentes, abusos emocionais recentes, eventos sexuais recentes e total recentes.

Tabela 5. Comparação entre grupos com disfunção sexual moderada ou grave (G1) e disfunção sexual leve ou ausente (G2) e eventos traumáticos.

	G1 (n 31)	G2 (n=22)	P
Traumas Gerais precoces	2,19	2,14	0,3670
Castigos Físicos precoces	1,00	1,45	0,0130
Abusos Emocionais precoces	2,48	1,64	0,8250
Eventos Sexuais precoces	1,03	0,77	0,7270
Sentimentos de pavor intenso e de estar fora do corpo	0,58	0,36	0,3010
Total precoce	6,71	6,00	0,3800
Traumas Gerais recentes	2,61	1,91	0,1200
Castigos Físicos recentes	0,94	0,18	0,0000

Abusos Emocionais recentes	1,42	1,18	0,0090
Eventos Sexuais recentes	0,65	0,18	0,0010
Sentimentos de pavor intenso e de estar fora do corpo	0,42	0,32	0,4220
Total recente	5,61	3,45	0,0050

*P valor grifado ,< 0,05

Também correlacionamos os traumas precoces com os recentes e obtivemos dados estatisticamente relevantes, (p valor < 0,05), em traumas gerais precoces se relacionando com: traumas gerais recentes; abusos emocionais recentes, e com total recentes, e sentimento de pavor ou de estar fora do corpo precoce, quando relacionado com traumas gerais recentes; abusos emocionais recentes; totais recentes e sentimento de pavor e fora do corpo recente.

Tabela 6. Correlação entre traumas precoces e recentes

		Traumas gerais precoces	Castigos físicos precoces	Abusos emocionais precoces	Eventos sexuais precoces	Total precoce	Pavor e sentimento de estar fora do corpo
Traumas gerais recentes	CC	0,396	0,217	0,081	0,087	0,249	0,427
	SIG.	0,003	0,118	0,563	0,537	0,072	0,001
Castigos físicos recentes	CC	0,255	0,057	0,029	0,062	0,132	0,213
	SIG.	0,065	0,684	0,835	0,658	0,346	0,125
Abusos emocionais recentes	CC	0,288	0,268	0,236	0,221	0,318	0,348
	SIG.	0,037	0,052	0,089	0,111	0,02	0,011
Eventos sexuais recentes	CC	0,076	0,25	0,131	0,098	0,166	0,226
	SIG.	0,588	0,071	0,349	0,486	0,234	0,103

Total recentes	CC	0,388	0,388	0,169	0,168	0,317	0,447
	SIG.	0,04	0,004	0,225	0,23	0,021	0,001
P e FC recentes	CC	0,133	0,133	0,198	0,19	0,218	0,527
	SIG.	0,343	0,343	0,156	0,173	0,118	0

*Grifado p valor < 0,05

Discussão

Os sintomas apresentados pela mulher na menopausa têm causas diversas, conforme salienta o estudo de Oliveira (2015). Nessa fase da vida ocorrem inúmeras mudanças, tais como: filhos adultos, aposentadoria própria ou do companheiro, alterações físicas, fatores hormonais e biológicas, alterações vividas de forma singular por cada mulher e afetando sua sexualidade de alguma forma. Observamos na nossa amostra correlações significativas entre os traumas recentes e a função sexual feminina na menopausa. Os traumas recentes, principalmente a modalidade de castigos físicos parecem apresentar leve impacto na vida sexual feminina nessa fase. Percebemos que a disfunção sexual na menopausa não ocorre exclusivamente pelos eventos traumáticos recentes, mas que tais eventos influenciam, ainda que de maneira leve, a função sexual feminina estudada.

Os sintomas da menopausa não são sentidos de maneira universal, ficando difícil precisar o quanto deles estaria ligado à menopausa, como queda de estrogênio ou a fatores pessoais, experiências anteriores e etc. conforme estudo de Papalia, Olds e Feldman, 2010. Evidenciando-se assim a importância de uma relação de confiança e com a possibilidade de uma escuta ampla no atendimento à saúde da mulher, como a integração dos trabalhos de ginecologia com a psicologia. Feltrin e Velho (2016) estudando a representação do corpo feminino na menopausa, enfatizam a importância da narrativa da mulher sobre o climatério e a influência do discurso médico sobre essa narrativa. As autores acrescentam que o

conhecimento científico sobre o corpo da mulher sofreu inúmeras modificações com o passar do tempo, assim a menopausa deixou de ser uma etapa da vida para se tornar uma doença, passível de intervenção médica e farmacológica.

Estudo realizado sobre a violência contra a mulher e a qualidade de vida, no qual foram avaliadas 427 mulheres, constatou que a violência, sendo exercida de forma sutil ou declarada, afeta de maneira direta a qualidade de vida das vítimas em diversos aspectos, interferindo na saúde física e psíquica, repercutindo nas suas relações sociais e sexuais, comprometendo sua saúde como um todo (Lucena, 2011). Com a análise dos dados obtidos em nossa amostra, evidenciamos a relação negativa entre violência em suas formas de castigos físicos, abusos emocionais e eventos sexuais e a qualidade das funções sexuais das entrevistadas. Assim, tais eventos traumáticos e violentos repercutem, ainda que de maneira leve, na sexualidade das avaliadas.

Os traumas precoces não se correlacionaram significativamente com as funções sexuais, mas sim com ocorrência de traumas recentes. Assim, especulamos que os eventos traumáticos ocorridos precocemente podem ter reflexos na incidência de eventos traumáticos e ou violentos da vida adulta, que se configuram como uma repetição dos primeiros traumas. Freud, (1914, 2006) em Recordar, Repetir e Elaborar esclarece que a compulsão à repetição é um mecanismo inconsciente, no qual o sujeito reproduz um evento traumático como ação. Repete um evento doloroso, sendo essa repetição uma reedição de experiências antigas.

Um estudo (Colossi, Marasca & Falcke, 2015) com 300 pessoas, sendo 150 homens e 150 mulheres, casadas ou em união estável, concluiu que há associação entre experiências como vítimas ou testemunhas de violência familiar na infância e a posterior relação amorosa também violenta. Ou seja, a experiência traumática vivenciada na infância influenciará na maneira de se relacionar com o parceiro conjugal no futuro. De igual modo, observamos na nossa amostra que os traumas gerais ocorridos precocemente influenciaram a ocorrência de

traumas gerais recentes; abusos emocionais recentes, e com total recente. Os sentimentos de pavor ou de estar fora do corpo, vivenciados precocemente, também tiveram relação com a ocorrência com traumas gerais recentes; abusos emocionais recentes; total recentes e sentimento de pavor e fora do corpo recente.

Quanto à ansiedade e depressão, obtivemos uma pontuação média de 8,28 para ansiedade e 7,26 para depressão. Assim, os resultados obtidos revelam que a presente amostra se encontra no limite fronteiro, com a indicação de quadros de ansiedade e depressão. Estudo de Veras, Rassi, Valença, e Nardi, (2006) evidencia que a incidência de transtornos ansiosos e de humor entre mulheres na menopausa podem ser decorrentes de múltiplos fatores, dentre eles alterações hormonais, aspectos emocionais e sociais. O estudo sugere para o melhor atendimento das mulheres nessa fase que a atuação seja feita em conjunto, abrangendo a psiquiatria e a ginecologia. Assim, seria possível a ampliação do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais que influenciam significativamente a qualidade de vida das mulheres na menopausa.

Conclusão

Percebemos que a ocorrência de traumas precoces (antes dos 18 anos), tais como: castigos físicos, abusos emocionais e eventos sexuais, podem exercer influência na repetição desses mesmos traumas recentemente (nos últimos 2 anos). Além disso, os traumas recentes repercutem negativamente, ainda que de forma leve, na função sexual da mulher na menopausa. A incidência de tal impacto não é valorizada no diagnóstico e tratamento da disfunção sexual na menopausa. Acreditamos que este estudo pode contribuir para o tratamento de mulheres que se encontram nesta condição. Observamos a necessidade de uma maior atenção à violência precoce, como maneira de prevenção da incidência intergeral da violência. Igualmente, vislumbramos a necessidade de atendimento psicológico para as

vítimas de violência recente, com o objetivo de detecção e oferta de tratamento de disfunções sexuais na menopausa que são altamente comprometedores da satisfação sexual da mulher.

Referências

- Aderne, F.O., & Araújo, R.T. (2007). Influência da menopausa no padrão sexual: opinião de mulheres. *Rev. Saúde.com*, 3(2), 48-60.
- Colossi, P. M., Marasca, A. R., & Falcke, D. (2015). De Geração em Geração: A Violência Conjugal e as Experiências na Família de Origem. *Psico*, 46(4), 493-502.
- Feltrin, Rebeca Buzzo, & Velho, Lea. (2016). Representações do Corpo Feminino na Menopausa: Estudo Etnográfico em um Hospital-Escola Brasileiro. *Sexualidad, Salud*
- Freud, S. (2006). O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (Vol.14) (1911 – 1913). (Coleção Standart Brasileira), Rio de Janeiro: Imago.
- Frota, M.A., Lima, L.B. de, Paiva Oliveira, M. G. de, Nobre, C.S., Couto, C. S. do, & Noronha, C.V. (2016). Perspectiva materna acerca da repercussão da violência doméstica infantil no desenvolvimento humano. *Rev.de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2180-2189. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.976>
- Lucena K.D.T. (2011). Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa-PB [Dissertação de Mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman R. D. (2010). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Moraes, S.D.T. de A., Fonseca, A.M. da, Bagnoli, V.R., Soares Júnior, J.M., Moraes, E.M. de, Neves, E.M. das, Rosa, M. de A., Portella, C.F.S., & Baracat, E.C.. (2012). Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 22(2), 253-258. Recuperado em 01 de julho de 2016, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200019&lng=pt&tlng=pt.

- Oliveira, C.S. de. (2015). Violência sexual: mulheres atendidas em uma rede de atenção integral em uma capital do sul do Brasil (dissertação de mestrado). Recuperado do Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 02 de jul. 2016, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/156527?show=full>
- Safarinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*, 18(4), 382-395.
doi:10.1038/sj.ijir.3901440
- Veras, A.B., Rassi, A., Valença, A.M., & Nardi, A.E.. (2006). Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 130-134.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000200005>
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

O presente estudo foi desenvolvido em consonância com a sequência dos artigos que o compõem, neste sentido, cada material científico produzido no curso do mestrado contribuiu para a definição da pesquisa, bem como para a sustentação teórica da dissertação. A composição dos artigos orientou-se em três bases fundamentais: as dificuldades da mulher com relação ao trabalho, dentro e fora de casa, e como isso afeta sua saúde mental, sendo discutidas no primeiro artigo. No relato de caso apresentamos uma visão psicológica, e eminentemente clínica da violência doméstica como forma de repetição da vivenciada na infância, e a influência dessas na sexualidade depois do climatério. Por fim, analisamos os eventos traumáticos ou violentos experimentados, precoce e recentemente como situações concorrentes da disfunção sexual na menopausa.

A conclusão da pesquisa mostrou que a mulher ainda hoje sofre com discriminação na relação de trabalho e com dificuldades em conciliar os afazeres domésticos, os quais em grande número dos casos ainda são de sua responsabilidade, causando sofrimento e adoecimento mental.

No tocante a disfunção sexual depois da menopausa, constatamos que este é um evento multicausal, sendo as situações traumáticas, tais como: castigos físicos, abusos emocionais e eventos sexuais, concorrentes para problema. Especialmente os traumas recentes, experimentados nos últimos dois anos, afetam a vida da mulher como um todo, refletindo inclusive na relação amorosa e qualidade da vida sexual na pós-menopausa. Assinalamos que muitas vezes tal relação não é considerada no tratamento e prevenção das dificuldades sexuais nessa fase da vida.

Percebemos que para as mulheres na pós-menopausa, a violência experimentada precocemente, ou seja, antes dos 18 anos de idade, tem estreita relação com a vivenciada recentemente. Assim, há uma repetição nas relações atuais das situações de violência sofridas

na infância. Desse modo, a prevenção da violência precoce seria de grande valia para evitar o prolongamento das relações abusivas e violentas.

Uma das contribuições realizadas por esta pesquisa é salientar a necessidade de proporcionar um atendimento mais amplo para os sintomas da menopausa, dentre eles a disfunção sexual, já que tal fase da vida é vivida de maneira singular pela mulher. Os fatores biológicos ou hormonais são de extrema importância e tem que ser considerados, mas para um tratamento mais eficaz é necessário também se atentar aos fatores emocionais e sociais que colaboram como causas ou atuam com agravantes dos problemas.

Um dos grandes desafios dessa pesquisa foi a delicadeza do tema. Sexualidade é um tema complexo de ser abordado, pois nos deparamos com tabus e resistências. Igualmente, a busca de satisfação ou realização sexual da mulher ainda é motivo de vergonha ou pudor. Tais obstáculos se engrandecem quando se trata da vida sexual pós-climatério, fase na qual há o fim da atividade reprodutiva e, com isso, para muitas pessoas também a atividade sexual.

Outro aspecto importante do estudo foi a violência que na maioria dos casos é exercida por familiares, como por exemplo, pais, companheiros ou maridos. Dificultando o acesso às informações, pois quando o assunto é abordado causa sofrimento e sentimento de vergonha nas vítimas. Salientamos a importância de estudarmos tal tema que impacta a vida de milhares de mulheres. Igualmente, a violência é um problema de saúde pública, gerando custos e patologias físicas e mentais.

- Aderne, F.O., & Araújo, R.T. (2007). Influência da menopausa no padrão sexual: opinião de mulheres. *Rev. Saúde.com*, 3(2), 48-60.
- Almeida-Filho, N. (1981). Força de trabalho e saúde mental em um setor urbano de Salvador, Bahia. *J Bras Psiquiatr*, 30(6), 463-470.
- Baba, V.V., Galaperin, B.L., & Lutuchy, T.R. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud*, 36(2), 163-169.
- Borsoi, I. (1995). A saúde da mulher trabalhadora. In. Codo, W. & Sampaio, J. (orgs). *Sofrimento Psíquico nas Organizações*. Petrópolis, RJ: Vozes, 121-34.
- Caires, C.S., Oliveira, A.C.F. de, & Araújo, E.N.P. de. (2015). Pós-Menopausa, Disfunção sexual, e Personalidade: Explorando alguns conceitos. *UNOPAR Ciênc. Biol. Saúde*, 17(3), 206-210. Recuperado em 21 de abr. 2016, de <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3071/2892>
- Cardoso, A.F.C., Santos, J.V.P. dos, Nascimento, L.C. do, Paula, A.C. de, Figueiredo, V.C. de. (2014). Trabalho e gênero: a opinião masculina sobre a inserção da mulher no setor da construção civil. In *Anais do Encontro da ANPAD*, 38, Rio de Janeiro.
- Centro Psicológico de Controle do Stress. (2014). *Página Web*. Recuperado em 20 de dez. 2014, de <http://www.estresse.com.br/01-CPCS/01.06-franquias.html>.
- Colossi, P. M., Marasca, A. R., & Falcke, D. (2015). De Geração em Geração: A Violência Conjugal e as Experiências na Família de Origem. *Psico*, 46(4), 493-502.
- Costa, J.S.D. da, Menezes, A.M.B., Olinto, M.T.A., Gigante, D.P., Macedo, S., Britto, M.A.P.de, & Fuchs, S.C. (2002). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, 5(2), 164-173. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000200004>

- Eichenbaum, L., & Orbach, S. (1983). *Understanding Women: a feminist psychoanalytic approach*. London: Penguin.
- Elias, M.A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(4), Aug, 517-25.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>
- Faúndes, Anibal, Hardy, Ellen, Osis, Maria José, & Duarte, Graciana. (2000). O Risco para Queixas Ginecológicas e Disfunções Sexuais Segundo História de Violência Sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(3), 153-157. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032000000300006>
- Feltrin, Rebeca Buzzo, & Velho, Lea. (2016). Representações do Corpo Feminino na Menopausa: Estudo Etnográfico em um Hospital-Escola Brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (22), 148-174. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.07.a>
- Freud, S. (2006). O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (Vol.14) (1911 – 1913). (Coleção Standart Brasileira), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006). Uma neurose infantil e outros trabalhos (Vol. 17) (1917 – 1918). (Coleção Standart Brasileira.). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006). Sexualidade feminina [1931]. In: Freud, S. (2006). O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos (Vol. 21) (1927 – 1931). (Coleção Standart Brasileira.). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S.(2006). Uma criança é espancada – Uma contribuição para o estudo das perversões sexuais [1919]. In Freud, S. (2006). História de uma neurose infantil e outros trabalhos (Vol. 17) (1917 – 1919). (Coleção Standart Brasileira.). Rio de Janeiro: Imago.
- Frota, M.A., Lima, L.B. de, Paiva Oliveira, M. G. de, Nobre, C.S., Couto, C. S. do, & Noronha, C.V. (2016). Perspectiva materna acerca da repercussão da violência

doméstica infantil no desenvolvimento humano. *Rev.de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2180-2189. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.976>

Grant, W.H. (2001). A maternidade, o trabalho e a mulher. In: *Proceedings online*, Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 3. Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 05 de abr. 2015, de

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300008&lng=en&nrm=abn.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Censo Demográfico 2010: Resultados do universo*. Rio de Janeiro, Centro de Documentação e Disseminação de Informação. Recuperado em: 02 de mar. 2015, de <http://www.ibge.gov.br>.

Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., & Meltzer, H. (1997). The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain: initial findings from the household survey. *Psychol Med*, 27(4), 775-89.

Lennon, M.C. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev.*, 17(1), 120-127.

Lei n. Lei n.11.340. (2006, 7 de Agosto). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF – Brasil: Diário Oficial da União de 08 de Agos. 2006.

Logan-Greene, P., Green, S., Nurius, P.S., & Longhi, D. (2014). Distinct Contributions of Adverse Childhood Experiences and Resilience Resources: A Cohort Analysis of Adult Physical and

Mental Health. *Social Work in Health Care*, 53(8), 776–797.

<http://doi.org/10.1080/00981389.2014.944251>

Lucena K.D.T. (2011). Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa-PB [Dissertação de Mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.

Ludermir, A.B. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), Sept., 647-659. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300013>.

Luz, A.F. & Fuchina, R. (2009). A evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho. In *Anais do II Seminário Nacional de Ciência Política da UFRGS*. Porto Alegre, RS. Recuperado em 20 de fev. 2015, de <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigoalex.pdf>.

Manetti, M.L., & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estud. de Psicol.* (Natal), 12(1), 79-85. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>.

Moraes, S.D.T. de A., Fonseca, A.M. da, Bagnoli, V.R., Soares Júnior, J.M., Moraes, E.M. de, Neves, E.M. das, Rosa, M. de A., Portella, C.F.S., & Baracat, E.C.. (2012).

Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 22(2), 253-258. Recuperado em 01 de julho de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200019&lng=pt&tlng=pt.

Mucida, A. (2006). Menopausa excesso de libido e gozo. *Revista Styllus, Rev. de Psicanálise*, 13(1), 91-101. Recuperado em 22 de abr. 2016, de https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_13

Oliveira, C.S. de. (2015). Violência sexual: mulheres atendidas em uma rede de atenção integral em uma capital do sul do Brasil (dissertação de mestrado). Recuperado do

- Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 02 de jul. 2016, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/156527?show=full>
- Oliveira, N., Oliveira, R. & Dalfior, S. (2000). Gênero e novas perspectivas de trabalho: um estilo junto a mulheres gerentes de atendimento no Banco do Brasil. In *Anais do 24º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração*, Florianópolis, SC. Recuperado em 22 de fev. 2015, de <http://saogabriel.pucminas.br/administracao/wp-content/uploads/2013/08/G%C3%AAAnero-e-as-novas-perspectivas-no-trabalho.pdf>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman R. D. (2010). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Pinho, P.S., & Araujo, T.M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.*, 15(3), 560-572.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
- Poli, M. C. (2007). *Feminino/Masculino* (vol.76). (Passo-a-Passo). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Probst, E.R. & Ramos, P. (2003). *A evolução da mulher no mercado de trabalho*. Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós-Graduação. Recuperado em 20 de fev. 2015, de <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar. (Traduzido de *Dictionnaire de la psychanalyse*, Ed., 1997, Paris, França: Librairie Arthème Fayard)
- Safarinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*, 18(4), 382-395.
doi:10.1038/sj.ijir.3901440
- Silva, G.C.C., Santos, L.M., Teixeira, L.A., Lustosa, M.A., Couto, S.C.R., Vicente, T.A., & Pagotto, V.P.F. (2005). A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias

atuais. *Rev. SBPH*, 8(2), 65-76. Recuperado em 04 de abr. 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200006&lng=pt&nrm=iso.

Silvia, M.A., Gilliat, H.F.N., & Filho, J.E.C. (2009). Maus tratos na infância em mulheres vítimas de violência. *Maringá: Psicologia em Estudo* 14(1), 121-27.

Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sullerot, E. (1998). *História e Sociologia do Trabalho Feminino*. São Paulo: Atlas.

Veras, A.B., Rassi, A., Valença, A.M., & Nardi, A.E.. (2006). Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 130-134.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000200005>

Warr, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press, pp.361.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67(6), 361-370.

Waiselfisz, J.J.. (2013). *Mapa da Violência 2013*. Brasília, DF: Secretaria-Geral da Presidência da República.

ANEXO A – Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (ETISR-SF)

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (ETISR-SF)

COPYRIGHT: J. Douglas Bremner (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ila Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Sousa, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____ Idade: _____ Data da avaliação: _____

Parte 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM NÃO
2.	Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM NÃO
3.	Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM NÃO
4.	Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM NÃO
5.	Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM NÃO
6.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM NÃO
7.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM NÃO
8.	Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM NÃO
9.	Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM NÃO
10.	Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM NÃO
11.	Você já viu alguém assassinado?	SIM NÃO
Parte 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM NÃO
2.	Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM NÃO
3.	Você já recebeu socos ou chutes?	SIM NÃO
4.	Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM NÃO
5.	Você já foi empurrado?	SIM NÃO
Parte 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM NÃO
2.	Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM NÃO
3.	Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM NÃO
4.	Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM NÃO
5.	Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM NÃO
Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM NÃO
2.	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM NÃO
3.	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM NÃO
4.	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM NÃO
5.	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM NÃO
6.	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM NÃO

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

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

ANEXO B – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- | | |
|--|---|
| <p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:
 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca</p> | <p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
 0 () Nunca
 1 () De vez em quando
 2 () Muitas vezes
 3 () Quase sempre</p> |
| <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 1 () Não tanto quanto antes
 2 () Só um pouco
 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> | <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> |
| <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
 3 () Sim, e de um jeito muito forte
 2 () Sim, mas não tão forte
 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 0 () Não sinto nada disso</p> | <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim</p> |
| <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Atualmente um pouco menos
 2 () Atualmente bem menos
 3 () Não consigo mais</p> | <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca</p> |
| <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:
 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Raramente</p> | <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso</p> |
| <p>D 6) Eu me sinto alegre:
 3 () Nunca
 2 () Poucas vezes
 1 () Muitas vezes
 0 () A maior parte do tempo</p> | <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:
 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca</p> |
| <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
 0 () Sim, quase sempre
 1 () Muitas vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Nunca</p> | |
| <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca</p> | |

ANEXO C - Índice de Funcionamento Sexual Feminino-IFSF

Índice de Funcionamento Sexual Feminino-IFSF

INSTRUÇÕES: Essas questões perguntam sobre suas respostas e sensações sexuais durante as últimas quatro semanas. Por favor, responda às perguntas seguintes tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas completamente em sigilo. Ao responder às questões, as seguintes definições se aplicam:

Atividade sexual pode incluir carícias, preliminares, masturbação e intercurso vaginal.

Intercurso sexual é definido como penetração peniana (entrada) na vagina.

Estimulação sexual inclui situações como preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação), ou fantasia sexual.

MARQUE SOMENTE UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo sexual ou interesse é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a uma iniciação sexual do parceiro, e pensar ou fantasiar sobre fazer sexo.

1. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Estímulo sexual é uma sensação que inclui ambos aspectos físico e mental da excitação sexual. Pode incluir sensação de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você se sentiu sexualmente estimulada (“ligada”) durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)

- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de estímulo sexual durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividades sexuais
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas quatro semanas, o quanto confiante você estava sobre ficar sexualmente estimulada durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Muito baixa ou sem confiança

6. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu estímulo (excitação) durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou lubrificada (“úmida”) durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas quatro semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (“úmida”) durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

9. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação (“umidade”) até completar a atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas quatro semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação (“umidade”) até completar a atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

11. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou intercurso, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou intercurso, o quanto foi difícil para você atingir o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Não foi difícil

13. Nas últimas quatro semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante atividade ou intercurso sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com a quantidade de ligação emocional durante a atividade sexual entre você e o seu parceiro?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com sua relação sexual com seu parceiro?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com sua vida sexual?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não tentei intercurso
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- Não tentei intercurso
- Quase sempre ou sempre
- Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei intercurso
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Obrigado(a), por completar este questionário.