

O CORPO FEMININO INVADIDO: RECORTES DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UM CORPO PÚBLICO/OBJETIFICADO

Taís Prass Cardoso¹

Anelise Mallmann²

Margarete Fagundes Nunes³

Jacinta Sidegum Renner⁴

Abstract: This is an interdisciplinary study, based on a bibliographical research, based on books, scientific articles and empirical research, to establish the interrelationship between the perspectives of Health and Law, when discussing the female body in a socio-historical context. The aim of this research is to analyze how some historical representations and images about the female body last over time and update themselves in contemporary Brazilian society, reproducing old violent conceptions and practices against women. And from this, understand the somatized reflexes in the identity and sexuality of this body that has become the target of invasions, which cause wounds that left deep marks, such as sexual dysfunctions. Among the privileged authors in the theoretical contribution of this work are Colling (2015), Corso (2016), Labronici (2010) and (Faundes, 2007).

Keywords: Feminine body; corporeity; sexual violence; objectification.

Considerações iniciais

O corpo feminino, ao longo dos anos, tornou-se um objeto de desejo, sexualidade e exposição, porém, sem voz. Michelle Perrot, historiadora e professora francesa, escreveu, certa vez, que o corpo exposto continua opaco. Objeto do olhar

¹ Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social pela Universidade Feevale, na linha de pesquisa de Inclusão Social e Políticas Públicas, Bacharel em Direito pela Universidade Feevale, Advogada, Presidente da Comissão da Mulher Advogada da OAB/RS Subseção Taquara

² Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social pela Universidade Feevale, na linha de pesquisa de Saúde e Inclusão Social, Pós-Graduada em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar, Pós-Graduada em Cinesiologia pela UFRGS, Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Feevale

³ Doutora em Antropologia Social pela UFSC (2009), corpo docente do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social e do Mestrado em Indústria Criativa, ambos da Universidade Feevale/RS

⁴ Doutora em Engenharia de Produção com ênfase em Ergonomia, Professora/Pesquisadora do PPG em Diversidade Cultural e Inclusão Social, Graduada em Fisioterapia.

e do desejo, fala-se desse corpo, mas ele é calado - as mulheres não devem falar dele. O pudor que encobre seus membros ou lhes cerra os lábios é a própria marca da feminilidade (Perrot, 2003).

Diante disso, é importante compreender aspectos históricos e culturais que remontam uma espécie de “trajetória da construção do papel social do corpo feminino” nas sociedades ocidentais. Analisando algumas representações e imagens históricas acerca do corpo feminino, é possível nos depararmos com a reprodução de velhas concepções e práticas violentas contra as mulheres na sociedade brasileira contemporânea, as quais causam importantes reflexos na identidade e na sexualidade deste corpo que se tornou alvo de invasões, as quais causam feridas que deixam marcas profundas, como as disfunções sexuais.

Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter interdisciplinar, fundamentado em livros, artigos científicos e relatórios de pesquisas, visando estabelecer uma interrelação entre as perspectivas da Saúde e do Direito, ao discutir o corpo feminino em um contexto sociohistórico. Entre os autores privilegiados no aporte teórico deste trabalho estão Colling (2015), Corso (2016), Labronici (2010) e Faundes (2007).

1. O corpo feminino na história: do invisível ao público

O corpo feminino foi, ao longo da história, ora anulado e silenciado, ora explorado e objetificado, despertando diversos olhares e perspectivas diferenciadas. Não há como falar sobre o corpo feminino sem trazer, ainda, um pincelar sobre a construção social do corpo masculino, já que por muito tempo perdurou a ideia de que existia um único sexo, e a mulher seria um homem que deu errado, ou, ainda, um homem com o órgão sexual internalizado, ou seja, um corpo incompleto e inferior (Colling, 2015).

Simone de Beauvoir (1970) traz, no prólogo de sua obra “O Segundo Sexo”, dizeres de Pitágoras, que evidenciam o olhar inferiorizador em relação à mulher: “Há um princípio bom, que criou a ordem, a luz e o homem, e um princípio mau, que criou o caos, as trevas e a mulher”. O corpo feminino deveria ver no

corpo masculino a sua alteridade, isto porque o homem se percebe no mundo como o tipo humano absoluto. Assim, “a mulher determina-se e diferencia-se em relação ao homem e não este em relação a ela; a fêmea é o inessencial perante o essencial. O homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro” (Beauvoir, 1970).

Para Colling (2015), há uma “desqualificação histórica através das práticas discursivas e das práticas não discursivas” em relação ao corpo feminino, diretamente interligada a uma construção social, já que o corpo masculino é privilegiado “nas relações de poder e saber e nas práticas, inclusive jurídicas”.

O corpo é produto de uma construção cultural, social e histórica sobre o qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas econômicas, grupos sociais, étnicos etc. Ou seja, não é algo dado a priori, nem mesmo é universal: é provisório, mutável e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, bem como suas leis, seus códigos morais e sua linguagem, visto que ele é construído também a partir daquilo que dele se diz. (...) Educa-se o corpo na escola e fora dela: na religião, na mídia, na medicina, nas normas jurídicas, enfim, em todos os espaços de socialização nos quais circulamos cotidianamente. (GOELLNER, 2005)

Os discursos e as práticas vão produzindo o corpo na cultura. Conforme Colling (2015), o discurso utilizado para realizar a designação dos papéis sexuais e sociais, vinculados ao corpo masculino e feminino, tem matriz filosófica grega. Tal discurso caminha com o religioso, trazendo a história bíblica da criação, na qual da extração de um osso de Adão se origina Eva, simbolizando a humanidade como primariamente masculina, ainda que todas as demais gerações teriam sido gestadas pelas mulheres. Com a expulsão de Adão e Eva do paraíso, em razão do pecado originado pela mulher (morder a maçã), o Velho Testamento vai sendo utilizado para fundamentar o que os gregos criariam para a designação dos papéis femininos, com uma “Eva pecadora” e a uma “Virgem Maria assexuada” (COLLING, 2015), símbolos que causariam efeitos ao longo da história, resistentes até a contemporaneidade.

Nesse passo, Platão (427-347 AC) procurou, em seu livro “Timeu”, reformular a teoria médica, alinhada à filosofia, a fim de definir as diferenças sexuais e a “natureza feminina” (Colling, 2015):

Eis porque nos machos os órgãos genitais são naturalmente insubmissos e autoritários, como animais surdos à voz da razão e, dominados por apetites furiosos, querem comandar tudo.

Nas mulheres também e pelas mesmas razões, o que se chama a matriz ou útero é um animal que vive nelas com o desejo de procriar. Quando ele fica muito tempo estéril depois do período da puberdade, ele tem dificuldade em suportar isso, indigna-se, erra por todo o corpo, bloqueia os canais do sopro, impede a respiração, causa um grande incômodo e origina doenças de toda a espécie, até que, o desejo e o amor unindo os dois sexos, eles possam colher um fruto, como numa árvore, e semear na matriz, como num sulco(...) Tal é a origem das mulheres e de todo o sexo feminino.⁵

Mais adiante, Hipócrates (460/377 A.C.) acrescentaria que “a semente macha é mais forte que a semente fêmea”⁶, fomentando a ideia de que “o homem é a semente, o produtor, a mulher é a reprodutora”(Colling, 2015), e Aristóteles⁷ diria que o cérebro do homem seria maior do que o da mulher, o que justificaria o homem ser mais inteligente do que a mulher.

Por outro lado, Galeno (130 d.C), médico grego, compreende a fisiologia da mulher como o inverso do homem, pois seus genitais não teriam descido em razão de uma falta de calor, acabando por ficarem internalizados. Assim, a “teoria do ventre errante” assemelha a sexualidade feminina a um “animal faminto que somente descansa quando a mulher está grávida” (Colling, 2015).

Os discursos trazidos a respeito da alteridade do corpo feminino e masculino pelos teóricos referidos passam a embasar, na Idade Média, conceitos religiosos que seriam amplamente difundidos pela Igreja, especialmente apregoando normas de comportamento baseadas numa total inferiorização da mulher e, sobretudo, uma moral sexual pautada na castidade feminina.

Além de inferiorizada em relação ao homem, colocada como “o Outro”, ou seja, um homem que não deu certo, e anulada enquanto ser humano até em sua intelectualidade, a sexualidade feminina e o corpo da mulher passam a ser silenciados. O uso da simbologia da Virgem Maria propõe a mulher como um ser

⁵ PLATÃO. Diálogos: Timeu, Critias, o Segundo Alcebiades, Hípias Menor. Belém: UPPA.GEU, 1986, p. 154 *apud* COLLING, Ana Maria. A construção do Corpo Feminino. Uberlândia, MG: Caderno Espaço Feminino, nº 2, jul/dez., 2015.

⁶ Hipócrates *apud* JOAQUIM, Teresa. Menina e Moça. A construção social da feminilidade. Lisboa: Fim de Século, 1997. p. 81 *apud* COLLING, Ana Maria. A construção do Corpo Feminino. Uberlândia, MG: Caderno Espaço Feminino, nº 2, jul/dez., 2015.

⁷ ARISTÓTELES. Les parties des animaux. Paris: Les Belles Lettres, 1957, p. 41. Tradução livre. *apud* COLLING, Ana Maria. A construção do Corpo Feminino. Uberlândia, MG: Caderno Espaço Feminino, nº 2, jul/dez., 2015.

doméstico/do lar, no intento de reforçar o controle da sua castidade e da moralidade.

A origem do conceito de histeria – doença mental feminina que ocasiona ataques histéricos ocorridos em mulheres provocados por “um vapor venenoso produzido pela matriz e que, ao passar pelas artérias e pelos poros do corpo, lesa todo o organismo, até ao cérebro” (Colling, 2015) – retoma a teoria do ventre errante a partir do século XVIII, sendo estudada por Sigmund Freud (1856-1939), pai da psicanálise.

Entretanto, apesar de reconhecer a importância da sexualidade feminina para a constituição da sua personalidade, no início de suas teorizações Freud não se afastou das delimitações patriarcais em relação ao papel social do corpo feminino:

Segundo ele, a sexualidade feminina é desenhada a partir do confronto com a “perfeição” masculina e marcada por uma insatisfação da mulher, de sua consciência da falta do pênis e na inveja dele. O feminino é definido como falta, privação, impotência – a mulher é um homem “incompleto” (Colling 2015).

Para Freud (2016), a falta do pênis nas mulheres só seria resolvida se estas dessem a luz a um filho, como maneira substituir o falo e resolver seu sentimento de inveja. Mais uma vez, reforça-se o sentimento da superioridade masculina com uma justificativa bio-psicológica, pautada pela inferioridade natural do corpo feminino, imputando-lhe menos valor e dignidade.

Assim, percebe-se que este discurso machista e patriarcal firmado na diferença biológica entre os sexos se arraiga no imaginário através do tempo, atravessando as relações sociais por diversos setores como a Religião, Filosofia, Medicina, Psicanálise e, inclusive, o Direito, que o legitima.

No Brasil, a ideologia patriarcal é inserida desde a chegada da colônia portuguesa, sob regência do Código Filipino, que normatiza a autoridade dos homens sobre as mulheres, como se essas fossem suas posses, autorizando as agressões contra elas. Outrossim, “as mulheres não podiam trabalhar, votar ou sequer ter vontades e expressar suas opiniões. Sua única tarefa era ‘procriar’ e cuidar da casa, dos filhos e do marido, submetendo-se a eles”. E, assim, “os filhos cresciam com o exemplo de um pai autoritário e uma mãe submissa, fazendo disso sua concepção de sociedade”. (Silva, 2010: 217)

A dicotomia entre os corpos construída séculos antes comprovaria sua perpetuação também em 1955 nos jornais brasileiros, que orientavam as mulheres em relação aos papéis sociais que deveriam ocupar: “A mulher tem uma missão a cumprir no mundo: a de completar o homem. [...] a arte de ser mulher exige muita perspicácia, muita bondade. Um permanente sentido de prontidão e alerta para satisfazer às necessidades dos entes queridos”⁸.

Desta forma, alinham-se os conceitos da moral e da castidade feminina com uma objetificação do seu corpo, já que a mulher deveria estar à disposição do seu cônjuge e da sua família a qualquer tempo, ou seja, ser “prendada, recatada, mas, ao mesmo tempo, esmerada em sua aparência” (Sacramento e Del Priore, 2006), para que seu marido não se sinta atraído por outras mulheres na rua, ou, em outras palavras, a mulher deve ser “bela, recatada e do lar”.

A partir das colocações até aqui expostas, pode-se perceber que vozes se levantam para dizer onde é o lugar da mulher no Brasil, qual espaço deve ocupar este corpo e, ainda, para ditar o valor do corpo feminino. Assim, passam a regular socialmente o que este corpo deve ou não fazer; quais roupas deve usar; qual quantidade de pelos deve ter; quando é adequado engravidar ou manter uma gestação (ainda que indesejada pela mulher); de que forma parir; e como tratar sua sexualidade. Dessa forma, o corpo da mulher se torna uma temática de ordem pública, deixa de ser dela e passa a ser da sociedade.

Portanto, assim como um objeto, o corpo feminino, visto e regido pelos conceitos de posse e propriedade do homem, deve ser usado e pode ser descartado quando não for mais útil. Numa relação de poder e dominação, o homem se sente autorizado a utilizar este “seu objeto” – o corpo feminino – com uma forma violenta, que cristaliza um sentimento misógeno.

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014), acerca da Tolerância Social à Violência contra as Mulheres, constatou-se o quanto a estrutura patriarcal-machista da sociedade brasileira tem reforçado no imaginário social a ideia de um corpo feminino público/objetificado.

⁸ Trecho extraído do Jornal das Moças in SACRAMENTO, Sandra. DEL PRIORE, Mary. História do amor no Brasil. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 319, jan. 2006. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2006000100022/7620>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

De acordo com a pesquisa, que foi realizada em 3.809 domicílios brasileiros, em 212 municípios de todas as unidades da federação, 64% dos entrevistados concordam, total ou parcialmente, que “os homens devem ser a cabeça do lar”; 79% concordaram que “toda mulher sonha em casar”; 55% dos respondentes concordaram que “tem mulher que é pra casar, tem mulher que é pra cama”; e 65% concordaram que “mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar”.

Os dados acima demonstram como os pensamentos e conceitos sobre o corpo feminino, construídos historicamente, e reforçados por uma legislação autorizadora da violência contra o gênero feminino, tomam uma dimensão onde violentar ou assassinar esposas - e mulheres de forma geral - é algo aceitável. Consolidou-se a ideia de que a dignidade, a vontade e o corpo da mulher tem pouco ou nenhum valor.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 1 milhão de mulheres sofrem agressão física a cada ano no Brasil (IBGE, 2009). Outrossim, segundo a pesquisa “Estupro no Brasil”, realizada pelo IPEA, tem-se que, entre os anos 2011 e 2014, teriam sido registradas 47.646 ocorrências policiais de estupro no país (IPEA, 2017).

Nesse passo, temos a interligação direta entre a dita “cultura do estupro” e a objetificação do corpo feminino. O que mais impressiona, nos relatos da pesquisa “Estupro no Brasil” (2017), é que os casos de violação sexual do corpo feminino acontece nos mais “variados ambientes, desde o temido beco escuro onde todas as mães instruem suas filhas a não transitarem”, e até mesmo “dentro da ‘pretensa casa segura’ da vítima” (Sousa, 2017). Ou seja, a invasão ao corpo feminino é uma constante ameaça, que não escolhe lugar ou idade. Trata-se de um corpo que foi desumanizado e objetificado a ponto de se tornar de “uso público”, e que, ora violado, restará com marcas profundas.

2. O corpo feminino invadido: a violência sexual como resultado da objetificação

O conceito de corpo e corporeidade descrita pelo filósofo existencialista Merleau-Ponty, compreende o corpo como o concreto da existência, como consciência encarnada, veículo do ser no mundo, conjunto de significações vividas, espaço e tempo, que manifesta sua essência mediante o corpo que vê e é visto, toca e é tocado, sente e é sentido, porque é sensível (Merleau-Ponty, 1999).

Mulheres, ao vivenciarem situações de violência sexual, passam a ter interferências na expressão do corpo, isto é, na corporeidade, porque o corpo é o primeiro e único lugar da experiência humana. Ele é produtor e portador de significados (Lambronice, 2002). As mulheres armazenam em seu corpo a violência sexual sofrida que deixa marcas visíveis e invisíveis, e expressam na corporeidade seus sentimentos por meio de condutas e reações no seu dia a dia. Essas marcas podem ser captadas não apenas pelo olhar clínico, mas pelo olhar sensível, atento, revestido do humano (Lambronice, 2002).

Os problemas de saúde acarretados pela violência sexual são diversos, e podem se manifestar logo após a agressão, ou a médio e longo prazo. Queixas físicas como cefaleia crônica, alterações gastrointestinais, dor pélvica entre outras; sintomas psicológicos e comportamentais como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e uso abusivo de drogas são encontrados nas vítimas desse tipo de violência (Villela e Lago, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2011) delinea os impactos que a violência sexual acarreta para as vítimas. Entre as principais consequências estão lesões físicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, bem como os impactos psicológico, morais e físicos. Mattar et al. (2007), acrescentam outros aspectos, como sentimentos de medo da morte, sensação de solidão, vergonha e culpa. Van Berlo e Ensink (2000) relataram em sua meta-análise realizada de 1979-1999, que a violência sexual produzia impacto na frequência e satisfação sexual. Na mesma direção, Drezett et al (2001) relata que podem ocorrer transtornos da sexualidade, que serão descritos a seguir. Oliveira et al (2007), por sua vez, identificam em suas pesquisas efeitos que a violência pode causar na mulher, como alterações na saúde física, saúde reprodutiva e sexual e saúde mental.

Nas alterações morais após a violência sexual, destacam-se os efeitos, isolamento social, dificuldade nos relacionamentos familiares, abandono da casa, dos estudos, do emprego, sentimento de insegurança e medo constante, separação conjugal, compromete a capacidade de relacionar-se com pessoas do sexo oposto ou inibir a satisfação sexual da mulher em razão da inibição da libido. "Invisibilidade social" por meio de ganho de peso, do desleixo pessoal e da remoção de elementos que possam torná-las sexualmente atraentes. Essas tentativas de desvalorização da imagem pessoal e de anulação da feminilidade intensificam a diminuição da autoestima da mulher e dificultam a sua reorganização emocional (Mattar et al., 2007; Martins e Jorge, 2011).

Já nas alterações psicológicas, observa-se reações mais imediatas, como tristeza, pesadelos e insônia, sentimentos de humilhação e de solidão, são comuns nos períodos iniciais. Muitas mulheres sentem-se sujas e procuram tomar banho na tentativa de se livrarem da sensação de sujeira e dos "vestígios" do agressor que simbolicamente permanecem em seus corpos (Facuri et al, 2013; Martins e Martin, 2011; Sousa, 2017).

As alterações físicas, ainda que atravessadas também pelas alterações morais e psicológicas, por sua vez, podem se dar a partir de disfunções ou transtornos sexuais, como ocorrer dificuldades na masturbação na adolescência, total fobia ao sexo e problemas de relacionamento sexual no futuro, transtornos da sexualidade, incluindo vaginismo, dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal e perda do orgasmo, que podem evoluir para a completa aversão ao sexo (Drezett et al., 2001) depressão, nervosismo e ansiedade crônica. Por fim, importante destacar os casos em que o reflexo da violação sexual se expressa da forma mais extrema, que é o suicídio da vítima.

Os traumas físicos decorrentes da violência sexual também assumem um caráter multivariado quanto as localizações, sendo classificados, por muitos autores, em lesões não genitais e lesões genitais (Hampton, 1995).

As lesões genitais foram notadas em 5% a 68% das mulheres sexualmente vitimadas (Cartwright, 1997; Slaughter e Brown, 1992). A localização mais comum de lesões em um estudo de (Slaughter et al., 1997) foram: fúrcula vaginal 70%,

pequenos lábios 53%, hímen 29% e fossa navicular 25%. Mulheres que sofreram intercurso anal tiveram lesões em 56% das vezes. A maioria das lesões genitais, mais de 90%, foi leve, do tipo escoriação ou fissura; cerca de 1% dos traumas foram graves, do tipo lacerações com sangramento profuso, requerendo internação e reparos cirúrgicos (Hampton, 1995). Cerca de 0,1% dos traumas genitais e não genitais decorrentes da violência sexual foram fatais (ACOG, 1998).

A noção de sexualidade abrange extenso leque de significados parciais, englobando o exercício do sexo –comportamentos e práticas– a vivência de desejos e sentimentos eróticos e a experimentação das relações concretas que lhes dão suporte (Villela e Lago, 2007). Desta forma, após uma experiência traumática como a violência sexual é de se esperar, pelo menos, por algum tempo, sequelas na esfera da sexualidade (Pereira, 2007).

Segundo Levine e Frederick (1999), a violência sexual pode trazer diversas consequências por meio de transtornos, mas também nas relações cotidianas. Para Mattar et al. (2007), é comum ocorrerem problemas familiares e sociais, abandono dos estudos, perda do emprego, separação conjugal, abandono da casa e prostituição, como parte dos problemas psicossociais relacionados a essa dinâmica. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam a se expressar de forma patológica, como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos alimentares, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais (Levine e Frederick, 1999).

A TEPT é dividida em duas fases. A fase aguda corresponde ao período de desorganização psíquica acompanhada de sintomas como o medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão, insônia que dura alguns dias, geralmente de uma a duas semanas. A fase de reorganização é longa, tem um período de tempo indeterminado, onde se impõe psicoterapia de apoio, podendo a paciente apresentar transtornos da sexualidade, disfunções sexuais como vaginismo, perda do controle de esfíncteres, bulimia, anorexia e depressão. Essas consequências em sua maioria aparecem logo após o abuso e podem desaparecer ou piorar com o tempo, depende de cada situação, de cada tipo abuso e a forma de como o sujeito reagiu com esse acontecimento trágico e marcante em sua vida (Pereira, 2007).

Faravelli et al. (2004) avaliaram as consequências de episódio único de estupro em 40 mulheres, ocorrido havia pelo menos quatro meses, e compararam com agressões a 32 mulheres submetidas a outros tipos de evento estressor, como acidente de carro, ataque físico ou assalto. O grupo formado por mulheres que sofreram estupro apresentou índices mais significativos de TEPT e transtornos alimentares, sexuais e de humor comparado com os outros traumas (Faravelli et al., 2004).

Os dois principais sintomas associados ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) são evitação e repetição, que podem levar a mulher a evitar contato sexual ou colocar-se em situações nas quais pode ser revitimizada (Early, 1993). O mesmo autor descreve que há um certo tom de fatalidade em relação ao futuro de uma pessoa que sofre violência sexual, especialmente se foi crônica ou se ocorreu na infância. É como se a sobrevivente do trauma estivesse inclinada a ocupar a posição de vítima de novas traumatizações, impossibilitada de obter conscientemente o controle da própria vida.

Em estudo recente, Cook et al. (2011) analisaram as consequências da agressão física e sexual a mulheres com 55 anos ou mais e as compararam com mulheres da mesma idade sem antecedentes de violência. Aquelas que sofreram violência apresentaram maior frequência de abuso de substâncias psicoativas, de depressão e de TEPT. Foram observados piores indicadores de saúde e maior uso de comprimidos. Além disso, os autores encontraram índices significativos de TEPT para mulheres cuja violência ocorreu havia muitos anos (Cook et al., 2011).

2.1 disfunções sexuais no corpo feminino como reflexo da invasão

Milhares de mulheres são vítimas de violência todos os anos no Brasil. Conforme define a Convenção de Belém do Pará (1996), em seu artigo 1º, a violência contra a mulher se define como “qualquer ato ou conduta, baseado no gênero feminino, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Nesse sentido, a prática da violência que invade sexualmente o corpo feminino pode ser identificado com

uma das mais cruéis, pois deixa marcas profundas, provocando abalos físicos, psicológicos e morais.

Como reflexo da invasão do corpo feminino, a disfunção sexual gera problemas durante algumas fases do ciclo de resposta sexual da mulher, que a impedem de chegar ao prazer durante a relação sexual. Dentre algumas das disfunções sexuais levantou-se no presente estudo o Desejo Sexual Hipoativo (DSH), a Anorgasmia, a Dispareunia, o Transtorno da Excitação e o Vaginismo.

As disfunções sexuais femininas eram denominadas pelo termo englobante “frigidez”, até à década de 1970. O cunho pejorativo associado a esta “categoria diagnóstica” e, conseqüentemente, à vivência da sua sexualidade, alimentaram uma visão distorcida da mulher nos séculos passados.

A revolução ocorrida com os trabalhos pioneiros de Masters e Johnson vieram possibilitar o reenquadramento da “patologia” sexual feminina. A investigação conseqüente e os modelos teóricos posteriores permitiram criar uma base sólida para a compreensão do funcionamento sexual adequado e patológico a partir do estabelecimento das fases do ciclo de resposta sexual humana: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução. A disfunção sexual ocorreria perante a perturbação num destes estádios ou ainda por dor associada à relação sexual (Pablo e Soares, 2004), ou seja, disfunção sexual feminina são problemas durante algumas fases do ciclo de resposta sexual da mulher, que a impedem de chegar ao prazer durante a relação sexual (Faubion e Rullo, 2015).

A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente. Pode ser de causa primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceria) e situacional (presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias) (Abdo, 2006). Vários estudos têm mostrado, que mulheres com história de violência sexual têm maior incidência de alterações menstruais, dor pélvica crônica, dispareunia e disfunções sexuais que aquelas que nunca sofreram esse tipo de violência (Faúndes et al., 2006; OMS, 2003). A Associação Psiquiátrica Americana (2002) assim classifica as disfunções sexuais:

a) Transtornos sexuais do desejo sexual ou desejo sexual hipotativo (TDSH)

–De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição, Texto Revisado (DSM-IV-TR, 2002), o TDSH é uma disfunção sexual caracterizada pela deficiência ou a ausência persistente ou recorrente de desejo ou fantasia sexual para a atividade sexual conduzindo a acentuado sofrimento, dificuldades interpessoais, baixa autoestima e depressão. Sabe-se que há várias etiologias para esse problema, entre as quais se destacam fatores do desenvolvimento como, por exemplo, um trauma ou coerção sexual na infância ou na adolescência marcadas pela privação emocional, física, verbal ou afetiva (Leiblum, 2010), uso de contraceptivos orais, estados pós-parto e de lactação, menopausa e problemas psiquiátricos como depressão, principalmente, se tratados com antidepressivos inibidores de recaptção de serotonina (Frohlich e Meston, 2005). A experiência de uma relação sexual forçada pode, por mecanismo ainda não esclarecido, inibir o desejo sexual (Warnock, 2002). Mais de quatro vezes maior entre aquelas com história de estupro, em comparação com as mulheres sem história de violência sexual (Faúndes et al., 2006).

b) Anorgasmia, que se dá pelo atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. Em um estudo feito por Pereira (2007), dois terços das mulheres entrevistadas apresentavam orgasmo sempre ou quase sempre antes da agressão, e essa percentagem desceu para 28% após a violência sexual (Pereira, 2007).

c) Dispareunia, que é a dor persistente na zona genital ou pélvica durante as relações sexuais. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após a relação sexual; dor genital associada com intercurso sexual (Abdo, 2004) foi duas vezes maior em mulheres com histórico de violência sexual, comparado com mulheres que não passaram por violência (Faundes, 2007).

d) Transtorno da excitação, consistente na dificuldade em adquirir ou manter um estado de excitação sexual adequada até a consumação da atividade sexual, frequentemente expressa pela ausência ou diminuição da lubrificação vaginal;

e) Vaginismo é uma Disfunção sexual definida como “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, recorrente ou persistente, que interfere no ato sexual” (DSM, 2010). Essa contração involuntária ocorre nos músculos perineais e elevadores do anus ao tentar qualquer tipo de penetração vaginal, seja com o pênis, dedo ou objetos de introdução vaginal (Abdo, 2004). Acomete 1 a 6% das mulheres em vida sexual ativa (Moreira, 2013). Considera-se o vaginismo como decorrente de traumas sexuais, principalmente infantis (Aveiro et al., 2009; Binik et al., 2007; Kaplan e Sadock, 1976). Existe relação significativa de histórico de abusos sexuais na infância e estupro em qualquer fase da vida prévia ao vaginismo (Masters e Johnson, 1976). É comum também passado de “lua de mel” traumática: primeira relação sexual insatisfatória, dolorosa e/ou forçada. Incluem-se também na etiologia lesões prévias sobre a vulva e a vagina, história de infecções repetidas causadoras de dores e irritações crônicas, ou seja, a dispareunia que evolui para o vaginismo (Binik et al., 2007; Masters e Johnson, 1976; Kaplan e Sadock, 1990). O vaginismo, assim como os demais transtornos, podem ser uma resposta condicionada a uma experiência ruim, tal como abuso sexual no passado (Grosse e Sengler, 2002).

f) Transtorno de aversão sexual: aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.

Além das disfunções sexuais, alterações na menstruação, ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e gravidez indesejada também ocorrem como possível consequência da violência sexual. Em torno de um terço das mulheres relatam irregularidades menstruais, moléstia que foi cerca de 10 pontos percentuais mais prevalente entre aquelas com história de estupro que entre as sem história de violência sexual (Faúndes et al., 2006).

A disfunção sexual pode ser multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais. Patologias como a diabetes *mellitus* ou algumas doenças neurológicas e neoplásicas, podem, de forma direta ou indireta, afetar a função sexual. O próprio envelhecimento, fármacos e a menopausa (Santos e Oliveira, 2015).

Fatores psicológicos como a depressão, a ansiedade, imagem corporal negativa, abuso sexual e a negligência emocional. Os fatores socioculturais como problemas de relacionamento, a disfunção sexual do parceiro, eventos de vida geradores de *stress* (reforma, saída dos filhos de casa) e contextos culturais ou religiosos inibidores da sexualidade (Santos e Oliveira, 2015).

É consensual na literatura a existência de determinados fatores etiológicos comuns às disfunções sexuais femininas: a presença de estados emocionais negativos como a raiva, depressão, ansiedade ou medo; fatores individuais como a baixa autoestima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, com dor ou de violência sexual (Pablo e Soares, 2004).

Experiência sexual prévia negativa e traumas por violência sexual, como abuso sexual na infância e estupro, têm alto impacto negativo na função sexual. No Brasil, embora os dados estatísticos sejam subnotificados, calcula-se que sejam altas as cifras de abuso sexual contra criança, o que significa que este precedente deve ser sempre considerado frente a uma paciente com queixa sexual (Beutel et al., 2008).

Em geral, as disfunções sexuais não ligadas a conflitos profundos (mágoa, vingança, estado depressivo, abuso sexual, estupro, outros) melhoram com a orientação sexual apropriada. Se as queixas permanecem, o ginecologista deverá encaminhar a paciente a um serviço especializado (Lara, 2008).

Diante disso, é importante frisar que sexo é saúde, e saúde também é sexo. Tanto é que esse conceito já foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, a sexualidade está oficialmente entre os critérios para se avaliar a qualidade de vida de um indivíduo.

Considerações finais

Verificou-se, através deste trabalho, que o corpo feminino foi, ao longo da história, ora anulado e silenciado, ora explorado e desumanizado, despertando diversos olhares e perspectivas diferenciadas, tornando-se um objeto de desejo, sexualidade e exposição.

Por muito tempo perdurou a ideia de que existia um único sexo, e a mulher seria um homem que deu errado, ou, ainda, um homem com o órgão sexual internalizado, ou seja, um corpo incompleto e “malformado”. Os discursos de filósofos e estudiosos sobre o tema foram produzindo o corpo feminino na história, designando ao gênero feminino papéis sexuais e sociais inferiorizadores.

Símbolos ou simbologias como a “eva pecadora” e a “virgem maria assexuada”, a “teoria do ventre errante” de Galeno e o conceito de “histeria” por Freud causariam efeitos duradouros na sociedade, auxiliando na consolidação da alteridade entre o corpo feminino e masculino.

Assim, o discurso sobre o corpo da mulher, embasado em pensamentos machistas e patriarcais, firmados na diferença biológica entre os sexos, atravessa o tempo e se incorpora na sociedade contemporânea, que irá traduzir, em números, os reflexos violentos dessa construção social.

As disfunções sexuais, como resultado da invasão dos corpos femininos, geram inúmeros problemas à vida da mulher, incluindo fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais. Dentre algumas das disfunções sexuais estão o DSH (Desejo Sexual Hipoativo), a Anorgasmia, a Dispareunia, o Transtorno da Excitação e o Vaginismo, que dificultam ou impedem a mulher de chegar ao prazer durante a relação sexual e, portanto, acarretam sérios prejuízos à sua identidade e sexualidade.

Conclui-se, portanto, que analisar aspectos históricos e culturais da trajetória da construção do papel social do corpo feminino é de suma importância para compreender o motivo de nos depararmos com a reprodução de velhas concepções e práticas violentas contra as mulheres na sociedade brasileira contemporânea.

A consequência sociocultural desta construção histórica se traduz na objetificação e na invasão do corpo feminino, acarretando em números alarmantes de ocorrências policiais no país nesse sentido. Trata-se de um corpo que foi desumanizado e objetificado a ponto de se tornar de “uso público”, e que, ora violado, restará com marcas profundas.

Referências bibliográficas

- Abdo, Carmita (2004), Estudo da vida sexual do brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Ed. Bregantini.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (1998), ACOG educational bulletin: Sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*, 60, 297-304.
- Aveiro, Mariana Chaves et al. (2009), Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. *Fisioter. Pesq.* 16(3), 279-83.
- Beauvoir, Simone de (1970), *O Segundo Sexo*. 4º ed. São Paulo, SP: Difusão Europeia do Livro.
- Beutel, Manfred et al. (2008), Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU Int*, 101(1), 76-82.
- Binik, Yitzchak et al. (2007), Dyspareunia e vaginismus, So called sexual pain. In: Leiblum, Sandra Risa. *Principles and practice of sex therapy*. New York: The Guilford Press, 124-56.
- Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Estupro no Brasil: vítima, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Página consultada a 23.03.2019, em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf.
- _____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Tolerância Social à Violência contra as Mulheres. Página consultada a 23.03.2019, em http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf.
- Cartwright, Peter S. (1997), Sexual assault study group-factor that correlate with injury sustained by survivors of sexual assault. *Obstet Gynecol*, 70, 44(6).
- Colling, Ana Maria (2015), *A Construção Histórica do Corpo Feminino*. Caderno Espaço Feminino.

Corso, Diana (2016), O Insuportável do Corpo Feminino. Café Filosófico CPFL, 4 de dezembro. Página consultada a 14.05.2019, em <https://www.youtube.com/watch?v=oHiLo8nTyT0>.

Cook, Joan Manuel et al. (2011), Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature J Womens Health (Larchmt), 20, 1075-1081. Página consultada a 19.05.2019, em <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2279>.

Drezett, Jefferson et al. (2001), Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J. Pediatric, 77(5), 413-419: Rio de Janeiro.

Early, Emmet (1993), The raven's return: the influence of psychological trauma on individuals and culture Chiron Publications, Wilmette.

Facuri, Cláudia de Oliveira et al. (2013), Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 29(5), 889-898. ISSN 0102-311X. Página consultada a 22.05.2019, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>.

Faravelli, Carlo et al. (2004). Psychopathology after rape. J. Psychiatry, (161), 1483-85.

Faubion, Stephanie S.; Rullo, Jordan E. (2015), Sexual dysfunction in women: a practical approach. Am Fam Physician, 92(4):281-8.

Faúndes, Aníbal et al. (2006), Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28(2), 126-135.

Freud, Sigmund (2016), Estudos sobre a histeria (1893-1895), Coautoria com Josef Breuer. Obras completas, 2, trad. Laura Barreto; revisão da tradução Paulo César de Souza. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Frohlich, Penny; Meston, Cindy May (2005), Fluoxetine-induced changes in tactile sensation and sexual functioning among clinically depressed women. J. Sex Marital ther, 31(2), 113-28.

- Goellner, Silvana Vilodre (2015), *Corpo*. In: *Dicionário Crítico de Gênero*.
Dourados: UFGD.
- Grosse, Dominique; Sengler, Jean (2002), *Reeducação Perineal*. São Paulo:
Manole, 143.
- Hampton, Harriette L. (1995), *Care of the woman who has been raped*. *N Eng J
Med*, 234(7), 1995.
- Kaplan, Harold Irwin; Sadock, Jamie Benjamin (1990), *Compêndio de psiquiatria*.
Porto Alegre: Artes Médicas [2ª ed.].
- Labronici, Liliana Maria (2002), *Eros propiciando a compreensão da sexualidade
das enfermeiras*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Labronici, Liliana Maria (2010), *Significado da violência sexual na manifestação
da corporeidade: um estudo fenomenológico*. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(2), 401-6.
Página consultada a 22.05.2019, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.
- Lara, Lúcia Alves da Silva et al. (2008), *Abordagem das disfunções sexuais
femininas*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 30(6), 312-321. Página consultada a
14.09.2019, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-
72032008000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008&lng=en&nrm=iso).
- Leiblum, Sandra Risa (2010), *Treating Sexual Desire Disorders: A Clinical
Casebook*. The Guilford Press. New York: NY.
- Levine, Petter A.; Frederick, Ann (1999), *O Despertar do Tigre: curando o trauma*.
São Paulo: Summus Editorial [4ª ed.].
- Martins, Christine Baccarat de Godoy; Jorge, Maria Helena Prado de Mello (2011),
*Abuso Sexual na infância e na adolescência: perfil das vítimas e agressores em
municípios do sul do Brasil*. *Texto & Contexto*, 19(2), 246-55.
- Martins, Rosimeiri de Carvalho; Martin, Gyzelly C. (2011), *Estupro: violência e
sofrimento*. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 19(2), 169-181.
- Masters, William Howell; Johnson, Virginia Eshelman (1976), *A incompetência
sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira [2ª ed.].
- Mattar, Roseane et al. (2007), *Assistência multiprofissional à vítima de violência
sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo*. *Cad. Saúde Pública*,
Rio de Janeiro, 23(2), 459-464.

Merleau-Ponty, Maurice (1999), Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes [2ª ed.].

Moreira, Ramon Luiz Braga Dias (2013), Vaginismo. Revista de Medicina de Minas Gerais. Minas Gerais, 23(3), 336-342.

Oliveira, Eliany Nazaré et al. (2007), Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. Fortaleza, 8(2), 93-100, maio/ago.2007-93-100. ISSN: 1517-3852. Consultado a 23.09.2019 em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027958012>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993), Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pablo, Cristina; Soares, Catarina (2004), As disfunções sexuais femininas. Dossier problemas sexuais. Ver. Port. Clin. Geral, 20, 357-70.

Pereira, Ana Paula (2007), Sexualidade em mulheres vítimas de violência sexual. Dissertação de Mestrado, Unicamp. Campinas, SP.

Perrot, Michele (2003), Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda S de; SOIHET, Raquel (Orgs.) O corpo feminino em debate. São Paulo: Editora Unesp, 13-28.

Sacramento, Sandra; Del Priore, Mary (2006), História do amor no Brasil. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 14(1). ISSN 1806-9584. Página consultada a 10.09.2019, em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2006000100022/7620>.

Santos, Sara Robalo; Oliveira, Catarina Magalhães (2015), Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. Rev Port Med Geral Fam, 31(5), 351-353. Página consultada a 10.09.2019, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000500011&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2182-5173.

Slaughter, Laura; Brow, Carl (1992), Colposcopy to establish physical findings in rape victims. Am J Obstet Gynecol, 83(6).

Slaughter, Laura et al. (1997), Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol*, 176, 609(16).

Sousa, Renata Floriano de (2017), Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, 25(1), 9-29.

Página consultada a 10.06.2019, em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000100009&lng=en&nrm=iso.

Van Berlo, Willy; Ensick, B. (2000), Problems with sexuality after sexual assault. *Ann Rev Sex Res.*, 11, 235-57.

Viana, Luis Carlos et al. (2000), *Ginecologia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 261-75.

Villela, Wilza V.; Lago, Tânia (2007), Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*, 2007;23(2), 471-5.

Warnock, Julia K. (2002), Female hypoactive sexual desire disorder. *Epidemiology, diagnosis and treatment. CNS Drugs*, 16 (11), 745-53