

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Carolina Amado Vareta Leal Monteiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Mestre Ana Margarida Leitão Moreira
Coorientador: Mestre Vítor Hugo Santos

março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Carolina Amado Vareta Leal Monteiro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39670 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 26/03/2024

Carolina Monteiro

Agradecimentos

A presente dissertação representa o encerrar de um ciclo alcançado graças ao apoio inabalável de pessoas muito especiais. A todas elas, e embebida num sentimento agridoce, endereço um enorme agradecimento.

Aos meus pais, pelo colo que me acolhe todos os dias, pela crença contínua nas minhas capacidades e pelo amor incondicional que ambos demonstram de forma tão única. Obrigada por me terem permitido parar, respirar fundo e reavaliar o meu caminho. Esse período de autorreflexão e autocuidado foi fundamental para que eu pudesse continuar a lutar pelos meus sonhos, agora com mais clareza de propósito e uma perspetiva renovada. Devo-vos tudo.

Aos meus avós por me ajudarem a valorizar as pequenas coisas, relativizar os obstáculos e encontrar a alegria na simplicidade. Desde os primeiros dias de escola me incentivaram a ser perseverante, respeitadora e muito curiosa. A vossa sabedoria e experiência de vida foram uma fonte inestimável de inspiração. Espero poder retribuir tudo o que fizeram por mim e continuar a orgulhar-vos.

Ao Alex, o meu porto seguro e abraço favorito. Aquele que me compreende sem eu ter de falar e me completa sem eu me aperceber. És a luz ao fundo do túnel que me faz acreditar que vai correr tudo bem, a força que me ajuda a superar o insuperável, o sorriso mais genuíno na celebração das minhas conquistas e o carinho que mais aconchega as minhas frustrações. És vivacidade, determinação, criatividade, otimismo e entusiasmo mas também a tranquilidade, introspeção, paciência e compaixão. Obrigada por nunca largares a minha mão. Sem ti, isto teria sido infinitamente mais difícil.

Aos “Coletes Amarelos”, por terem sido família. Foi convosco que aprendi a não ter medo de ser quem sou e a transformar a Covilhã num lugar que guardarei para sempre com carinho no meu coração. Obrigada por partilharem esta aventura comigo, por alinharem nos meus desvaneios, aturarem os dilemas diários, serem ombro amigo, serem casa. Só ao vosso lado é que esta jornada fez sentido. E que bonita foi.

À minha amiga Sara, pela inquietação e sentido urgente de mudança que desperta em mim. Obrigada pela autenticidade, pela forma de ver a vida. És uma alma bonita e um espírito livre que me inspira a lutar para ser aquilo que desejo ver no mundo.

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

À Doutora Andreia, por nunca me ter deixado desistir e ter feito de mim quem eu sou hoje. Ser-lhe-ei eternamente grata.

Aos meus orientadores, Doutora Ana Margarida Leitão Moreira e Doutor Vítor Hugo Santos, pelo apoio, disponibilidade e orientação que se revelaram cruciais na elaboração deste trabalho.

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior agradeço a formação exemplar e os valores profissionais incutidos neste percurso, que acredito veemente traduzirem uma enorme diferença no meu futuro.

Resumo

O abuso sexual infantil (ASI) refere-se a um espectro de ações ou comportamentos que vão desde o toque físico inapropriado até relações sexuais entre um adulto e uma criança menor ou com imaturidade mental para dar consentimento. Esta experiência traumática pode deixar marcas profundas nas várias esferas da vida adulta das vítimas, incluindo a sua saúde sexual.

As disfunções sexuais são um grupo heterogéneo caracterizado por dificuldade do indivíduo em experienciar prazer sexual ou responder sexualmente, questões que causam um mal-estar clinicamente significativo. Estas podem ser genericamente divididas em perturbações relacionados com o desejo sexual, a excitação sexual, o orgasmo e a dor.

A presente dissertação pretende proceder ao levantamento dos mecanismos propostos para explicar a relação entre o ASI e as disfunções sexuais e explorar as possíveis estratégias de prevenção e intervenção neste perfil de vítimas.

Através da consulta de bases de dados como a PubMed e a B-on, bem como de teses e livros da área, recolher-se-á de forma estruturada os estudos mais relevantes deste âmbito, utilizando termos como *child sexual abuse*, *psychosexual disorder* e *female*.

Palavras-chave

Child Sexual Abuse; Psychosexual Disorder; Female

Abstract

Child sexual abuse (CSA) refers to a spectrum of actions or behaviors ranging from inappropriate physical touch to sexual intercourse between an adult and a child who is either younger or mentally immature to give consent. This traumatic experience can leave profound marks on various spheres of the victims' adult lives, including their sexual health.

Sexual dysfunctions comprise a heterogeneous group characterized by an individual's difficulty in experiencing sexual pleasure or responding sexually, issues that cause clinically significant distress. These can be broadly divided into disorders related to sexual desire, sexual arousal, orgasm, and pain.

This thesis aims to conduct a survey of the proposed mechanisms to explain the relationship between CSA and sexual dysfunctions and to explore possible prevention and intervention strategies in this profile of victims. By consulting databases such as PubMed and B-on, as well as theses and books in the field, the most relevant studies in this area will be systematically collected, using terms such as child sexual abuse, psychosexual disorder, and female.

Keywords

Child Sexual Abuse; Psychosexual Disorder; Female

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Índice

Introdução	1
Pertinência do tema	1
Abuso sexual	2
Disfunções sexuais	4
Perturbação do Orgasmo Feminino	5
Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino	7
Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração	10
Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo	13
Métodos	15
Resultados	17
Relação entre abuso sexual infantil e disfunções sexuais femininas	21
Fatores que mitigam os impactos negativos do abuso sexual infantil na vida adulta	24
Mecanismos que moderam a relação entre abuso sexual infantil e disfunções sexuais femininas	26
Autoconceito sexual	26
Dissociação.....	31
Perturbação do Stress Pós-Traumático.....	32
Maior suscetibilidade a stressores diários.....	33
Tratamento das disfunções sexuais femininas	35
Terapia sexual tradicional.....	36
Farmacoterapia	36
Terapia ao parceiro da vítima.....	37
Terapia da atenção plena	38
Escritoterapia	40
Terapia focada nas emoções	42
Terapia da sexualidade positiva.....	42
Mapeamento corporal	43
Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares	44
Tratamento de comorbilidades	44
Conclusão e perspetivas futuras	47
Bibliografia	49

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da Perturbação do Orgasmo Feminino, segundo o DSM-5-TR

Tabela 2 - Critérios de diagnóstico da Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino, segundo o DSM-5-TR

Tabela 3 - Critérios de diagnóstico da Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração, segundo o DSM-5-TR

Tabela 4 – Tabela de resumo dos artigos seleccionados

Lista de Acrónimos

ASI	Abuso sexual infantil
DSF	Disfunção sexual feminina
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais 5 ^a edição
DSM-5-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais 5 ^a edição – Texto Revisto
ET	Escritoterapia
MC	Mapeamento corporal
PCSC	Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo
PDGPP	Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração
PIES	Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino
POF	Perturbação do Orgasmo Feminino
PSPT	Perturbação do Stress Pós-Traumático
TAP	Terapia da Atenção Plena
TFE	Terapia Focada nas Emoções
TDRMO Oculares	Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares
TSP	Terapia da Sexualidade Positiva

Introdução

Pertinência do tema

O abuso sexual infantil (ASI) é, histórica e sistematicamente, um grande problema de saúde pública que acomete mais frequentemente o sexo feminino (1–5). Além de lesões físicas axiomáticas, está associado a distúrbios de saúde mental, sexual e reprodutiva a curto e a longo prazo, nomeadamente depressão, perturbação do stress pós-traumático, perturbação de personalidade *borderline*, perturbação de abuso de álcool, ideação suicida, dissociação e disfunção sexual (1–9).

Os meios de comunicação e diversas organizações públicas expressam veementemente a sua oposição ao ASI. Contudo, e apesar dos esforços, este problema traz consequências negativas a um número crescente de crianças, evidenciando-se formas cada vez mais graves desta problemática. Estudos indicam que, sobretudo nos países ocidentais, a prevalência deste fenómeno está a aumentar a uma taxa alarmante, sendo quer as vítimas como os perpetradores cada vez mais jovens (8).

Um relatório datado de 2018, de origem americana, indicou um aumento substancial no número de crianças vítimas de abuso sexual infantil nesse mesmo ano, ultrapassando os 63.000 casos e representando um aumento de 6% em comparação com 2017. A discrepância entre as taxas de incidência anuais e a prevalência de relatos retrospectivos de adultos vítimas de ASI sugere a existência de um número considerável de casos de abuso que nunca são relatados às autoridades, permanecendo sem tratamento adequado. As implicações financeiras do ASI, abrangendo perdas de produtividade e custos associados à saúde, educação e sistema judicial, são estimadas em mais de 9,3 mil milhões de dólares ao longo da vida das vítimas (10).

Vislumbrado o impacto deste trauma nas vertentes médica, social e económica, sabe-se também que o ASI tende a ter mais repercussões na idade adulta do que outras formas de experiências adversas na infância, sobretudo no que diz respeito ao seu impacto na disfunção sexual (2,11).

Apesar da relativamente elevada prevalência da coleção de patologias característica da disfunção sexual na população adulta feminina, os profissionais de saúde parecem carecer de formação e confiança para as abordar (2). Estratégias para lidar e auxiliar mulheres vítimas de abuso sexual que sofrem, concomitantemente, de disfunção sexual, foram documentadas e descobertas por outros através da experiência

clínica. Descobriu-se que não existe um modelo “*one size fits all*”, sendo importante modificar intervenções destinadas à população geral, bem como incluir uma nova variedade de abordagens e ferramentas, de forma a ir mais de encontro aos objetivos de tratamento deste grupo tão único, o de mulheres que sofreram de ASI (2,12–15).

Abuso sexual

Definições gerais de ASI centram-se, sobretudo, na criação de categorias que permitem identificar um conjunto de comportamentos demonstrados em relação às crianças enquanto atos de abuso sexual. Durante a análise da literatura de referência podem, portanto, ser encontradas várias definições desta problemática. Porém, a definição de ASI pela Organização Mundial de Saúde é uma das mais utilizadas e completas: “*O abuso sexual infantil engloba o envolvimento de uma criança numa atividade sexual que ele ou ela não compreende plenamente, não consegue dar consentimento informado, ou para a qual a criança não está preparada do ponto de vista do desenvolvimento e não pode dar consentimento, ou que viola as leis ou tabus sociais da sociedade*”. O ASI é, então, evidenciado pela atividade sexual entre uma criança e um adulto ou outra criança que, devido à idade ou desenvolvimento, está numa relação de responsabilidade, confiança ou poder perante a primeira. Isto pode incluir, mas não limita, a indução ou coação de uma criança a participar em qualquer atividade sexual, o uso exploratório de uma criança na prostituição ou outras práticas sexuais, ou o uso exploratório de crianças na pornografia (3,5,6,8,10).

Uma revisão sistemática de 2018 demonstrou que nos três continentes (Américo do Norte, Ásia e Europa), a prevalência de ASI foi de 20,4%, 9% e 14,3% para o sexo feminino e 14,1%, 6,7% e 6,2% para o sexo masculino, respetivamente (2). Também uma meta-análise de 2009, que incluiu 65 estudos com amostras da comunidade e de estudantes universitários de 22 países, revelou uma prevalência média de ASI de 19,7% em mulheres e de 7,9% em homens (1). Já uma meta-análise de 2013, que contou com dados de 24 regiões, mostrou que das crianças vítimas de abuso sexual, 9% das raparigas e 3% dos rapazes foram inclusivamente forçados a ter relações sexuais (2). Perante estes dados, poderiam postular-se duas questões: “*Porque é que existe uma diferença na prevalência de ASI em diferentes áreas geográficas?*” e “*O que determina a discrepância de percentagens de ASI relativamente ao género das vítimas?*”.

Se, por um lado, poderíamos ser levados a pensar que esta diferença intercontinental se baseia apenas em questões de divulgação do ASI, por outro, estudos revelam que também a disparidade de realidades socioeconómicas e culturais alberga

uma quota-parte importante desta dissonância (2). Por exemplo, um inquérito realizado na Tanzânia e no Quênia mostrou que as principais razões que levaram a um aumento da prevalência do ASI residiam na perda de valores tradicionais, na pobreza que obrigou meninas a entrar na prostituição e no papel subjugado das mulheres na sociedade. Foi igualmente demonstrado que, no continente africano, as adolescentes podem ser encorajadas a ter relações sexuais com adultos mais velhos, à medida que transitam para a idade adulta (2).

Relativamente à segunda questão, presume-se que a principal razão para a prevalência de ASI no sexo masculino ser inferior à do sexo feminino se fundamente no facto de os homens poderem ser mais relutantes em revelar as suas experiências de ASI (2,16). De facto, na maioria dos estudos relevantes, o número de participantes do sexo feminino superou o do masculino, pelo que o rácio entre homens e mulheres pode não ser representativo; esta pode ser uma indicação de que os homens tendem a adiar a divulgação da sua realidade, quer por temerem serem vistos como homossexuais quando agredidos por homens, quer por temerem serem vistos como abusadores quando agredidos por mulheres ou ainda por sentirem a necessidade de esconder os seus medos, dúvidas e fraquezas devido ao ambiente social patriarcal onde se inserem (2).

Já que o ASI inclui crescentes níveis de abuso, importa realçar que “*tocar de forma sexual*” foi relatado como o único tipo de abuso em 36,5% das vítimas, 16,8% foram forçadas a tocar mas também a ser tocadas de forma sexual por um adulto, até 20,6% sofreram uma tentativa de relação sexual sem consentimento e 26,1% foram vítimas de relação sexual consumada não consentida (1). Os dois primeiros níveis foram mais frequentes em raparigas com menos de 13 anos, enquanto a tentativa ou consumação da relação sexual penetrativa se verificou manifestamente em raparigas entre os 13 e os 17 anos. As duas últimas categorias de abuso e a segunda faixa etária referida estão igualmente associadas a maiores taxas de recorrência deste tipo de eventos durante a infância ou a adolescência; de facto, 52,6% foram abusadas em diversas ocasiões (1).

Porque são mais os homens, mas não apenas estes, que não revelam o abuso após o primeiro incidente ou mesmo durante a infância, dados sobre a divulgação das experiências sexuais traumáticas das vítimas, bem como as respetivas justificações e implicações, adquirem especial relevância (1,2). De entre o *pool* de vítimas de ASI, apenas 31,9% o divulgaram a alguém, 46,4% destas receberam apoio familiar e 4,6% receberam ajuda profissional. Fatores que afetam estas baixas percentagens centram-se no facto do abuso ser perpetuado por um familiar, na falta de apoio dos pais, no medo

das consequências negativas da revelação e na percepção de responsabilidade (na verdade, em 17,3% dos casos, as mulheres que revelaram o abuso foram efetivamente responsabilizadas por isso) (1,4).

A dinâmica familiar de mulheres que sofreram de ASI também é um alvo recorrente de estudo, sendo o divórcio dos pais, a falta de supervisão durante a infância e a inadequação de fronteiras sexuais no seio familiar os principais fatores apontados. Stressores familiares como pobreza, conflitos interpessoais com pais ou irmãos, abuso de substâncias por parte dos progenitores e perturbações de humor dos pais podem ser perspectivados ora como causas ou como consequências deste trauma (4).

O abuso enfrentado pelas mulheres manifesta-se através de uma variedade de dinâmicas coercivas. Incluem-se situações em que foram silenciadas, coagidas através de substâncias ou punidas fisicamente quando não cediam às exigências. Algumas descreveram ainda ter sido influenciadas por gestos aparentemente bondosos, como presentes ou apoio emocional, enquanto os agressores justificavam o seu comportamento abusivo como uma expressão de afeto ou forma de demonstrar amor (4).

Disfunções sexuais

As disfunções sexuais incluem a Ejaculação Retardada, a Disfunção Erétil, a Perturbação do Orgasmo Feminino (POF), a Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino (PIES), a Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração (PDGPP), a Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo Masculino, a Ejaculação Precoce, a Disfunção Sexual induzida por Substância/Medicamento, as Disfunções Sexuais com Outra Especificação e as Disfunções Sexuais Não Especificadas (2,17).

Assim, as disfunções sexuais podem ser entendidas como um grupo heterogéneo de perturbações caracterizado pela dificuldade clinicamente significativa do indivíduo em experienciar prazer sexual ou responder sexualmente. Deve-se, igualmente, fazer uso do juízo clínico para determinar se estas dificuldades sexuais são o resultado de uma estimulação sexual inadequada, uma vez que nestes casos poderá ainda haver necessidade e espaço para terapêuticas farmacológicas, mas não deverá ser feito um diagnóstico formal de disfunção sexual. Também é crucial considerar os aspetos culturais ao estabelecer este diagnóstico, já que os mesmos podem influenciar as expectativas e ditar as restrições acerca do prazer sexual (17).

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Aproximadamente 46% das mulheres e 33% dos homens na população em geral relatam dificuldades sexuais, sendo a disfunção sexual clinicamente significativa relatada por 12% dos entrevistados (2). Para as mulheres, a forma mais comum de disfunção sexual é a PIES, enquanto nos homens se destacam a Ejaculação Precoce e a Disfunção Erétil (2).

Perturbação do Orgasmo Feminino

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais 5^a edição – Texto Revisto (DSM-5-TR), e como pode ser mais pormenorizadamente observado na tabela 1, a POF é caracterizada pela dificuldade e/ou marcada diminuição da intensidade das sensações orgásticas.

Importa referir que as mulheres apresentam uma imensa variabilidade quanto ao tipo e à intensidade da estimulação que desencadeia o orgasmo, bem como uma subjetividade na descrição do mesmo. Para melhor explicitar e restringir este critério, definiu-se que estes sintomas deverão ser experienciados em pelo menos 75% das ocasiões de atividade sexual. Além disto, a sintomatologia deve ter uma duração mínima de aproximadamente 6 meses e causar mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo (17).

As taxas de prevalência relatadas para dificuldades em alcançar o orgasmo feminino variam consideravelmente, situando-se entre 10 e 42% (17). No entanto, estas percentagens não abordam o desconforto emocional associado a esta condição, dado que apenas uma reduzida parcela das mulheres que enfrentam desafios orgásticos reporta um mal-estar correlacionado (17). De facto, é importante salientar que a satisfação sexual global não apresenta uma associação determinante com a experiência específica do orgasmo, visto que muitas mulheres manifestam elevados índices de satisfação sexual, mesmo quando raramente ou nunca atingem o clímax orgástico. Adicionalmente, variações na forma como os sintomas são autorrelatados (particularmente a duração dos mesmos ou o período de evocação) também interferem nas taxas de prevalência (17).

Existe, idoneamente, um leque de fatores que devem ser tidos em consideração aquando da avaliação e diagnóstico da POF, quer por traduzirem contribuições distintas para a sua sintomatologia, quer pela relevância que podem adquirir no tratamento do quadro: fatores do parceiro (que incluem as questões relacionadas com os problemas sexuais e estado de saúde do mesmo), fatores da relação (que envolvem dificuldades de comunicação ou discrepâncias no desejo sexual entre os parceiros), fatores de

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

vulnerabilidade individual (que compreendem questões como a autoimagem corporal, o histórico de abuso físico ou emocional, a presença de condições como a ansiedade e a depressão e eventos stressantes como a perda de emprego ou o luto de um familiar), fatores culturais e religiosos (atitudes face à sexualidade, restrições religiosas relativas à prática e/ou prazer sexual, expectativas quanto aos papéis de género) e fatores médicos (na medida em que condições como a esclerose lateral amiotrófica, a lesão de nervos pélvicos após histerectomia radical, a lesão da espinal medula ou medicamentos como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina podem influenciar negativamente o funcionamento orgástico da mulher) (17).

Mulheres com POF podem ter dificuldade concomitante no interesse/excitação sexual e também a diminuição do interesse/excitação pode aumentar indiretamente a probabilidade de haver dificuldade orgástica (17).

	Critérios de Diagnóstico
A	Presença de 1 dos seguintes sintomas experienciado em quase todas ou todas (aproximadamente 75%-100%) as ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos): <ol style="list-style-type: none">1. Atraso marcado, marcada infrequência ou ausência de orgasmo.2. Redução marcada da intensidade das sensações orgásticas.
B	Os sintomas do critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
C	Os sintomas do critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.
D	A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.
Especificar se:	- Ao longo da vida: a perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo - Adquirida: a perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal - Generalizada: não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros

	<ul style="list-style-type: none">- Situacional: ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros- Nunca experienciou um orgasmo em qualquer situação- Ligeira: evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do critério A- Moderada: evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do critério A- Grave: evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do critério A
--	---

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da Perturbação do Orgasmo Feminino. Adaptado de DSM-5-TR (17).

Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino

De acordo com a DSM-5-TR e como pode ser mais pormenorizadamente observado na tabela 2, de forma a preencher os critérios de diagnóstico de PIES, 3 dos 6 indicadores do critério A devem estar ausentes ou verem a sua frequência e/ou intensidade diminuídas (17). Para uma melhor compreensão deste critério devem ser aprofundados e enquadrados alguns pontos:

1. A ausência ou redução significativa na frequência ou intensidade da atividade sexual (Critério A1) era outrora conhecida como perturbação do desejo sexual hipoativo (17).
2. Quando se avalia o critério A2, torna-se premente considerar o declínio normativo de pensamentos eróticos ou fantasias sexuais à medida que se envelhece (17).
3. A falta de iniciativa para a atividade sexual ou a limitada abertura a convites sexuais do parceiro (Critério A3) foca-se no comportamento, sendo relevante a consideração das crenças e preferências do casal quanto aos padrões de iniciativa sexual para avaliar este critério (17).
4. A diminuição ou ausência de excitação ou prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou todos os encontros sexuais (Critério A4) é comum em mulheres com diminuição do desejo sexual (17).
5. A avaliação da adequação dos estímulos sexuais é crucial para determinar a existência de uma dificuldade no desejo sexual responsivo (Critério A5) (17).
6. Pode haver redução ou ausência de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual (Critério A6), devido, por exemplo, a diminuição da lubrificação ou vasocongestão vaginal. No entanto, as avaliações fisiológicas não permitem

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

distinguir entre mulheres que relatam efetivamente preocupações com a excitação sexual daquelas que não as referem, portanto, é suficiente o relato subjetivo de sensações genitais ou não genitais reduzidas ou ausentes para preencher integralmente o critério A6 (17).

Para o diagnóstico de PIES, os sintomas descritos no Critério A devem estar associados a um desconforto clinicamente significativo que interfere substancialmente na vida e bem-estar da mulher, e perdurar durante aproximadamente 6 meses. Com isto se infere que flutuações temporárias no interesse ou excitação sexual são frequentes e podem representar reações adaptativas a eventos da vida da mulher, não indicando necessariamente uma disfunção sexual (17).

A prevalência desta perturbação permanece desconhecida. Contudo, esta torna-se notavelmente mais complexa quando, ao reduzido desejo sexual, se adiciona a componente de mal-estar associado. Por exemplo, apesar da diminuição da libido ocupar uma maior parcela nas faixas etárias mais avançadas, as mulheres mais velhas reportam menos incômodo e constrangimento relacionado com a diminuição do desejo sexual comparativamente às mulheres mais jovens. Já sob a perspectiva das mulheres mais jovens, a PIES está intimamente relacionada com a diminuição da satisfação sexual, a qual se pode repercutir em dificuldades no orgasmo, desconforto durante a atividade sexual, frequência reduzida da mesma, diferenças no desejo entre parceiros, dificuldades na relação e distúrbios do humor entre ambos os parceiros. Evidentemente, as expectativas irrealistas relativamente ao nível “apropriado” de interesse ou excitação sexual, técnicas de estimulação sexual pobres e/ou inadequadas e a desinformação face à sua própria sexualidade coadjuvam este diagnóstico (17).

A coexistência de problemas relacionados ao interesse/excitação sexual e outras dificuldades sexuais é bastante prevalente. A presença de reduzido desejo sexual acompanhado de mal-estar está adicionalmente associada a condições médicas como depressão, distúrbios da tiroide, ansiedade, incontinência urinária, artrite, doença inflamatória intestinal e síndrome do cólon irritável. O desejo sexual hipotivo também parece ser pautado por experiências de abuso sexual e físico na idade adulta, mau funcionamento mental global e consumo de álcool (17).

	Critérios de Diagnóstico
A	Ausência ou redução significativa do interesse/excitação sexual, manifestadas por pelo menos 3 das seguintes:

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência/redução do interesse na atividade sexual. 2. Ausência/redução de pensamentos sexuais/eróticos ou de fantasias. 3. Ausência/redução da iniciativa para a atividade sexual e tipicamente não recetiva às tentativas do parceiro para iniciar a atividade sexual. 4. Ausência/redução da excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%-100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos). 5. Ausência/redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer estímulos sexuais/eróticos internos ou externos (por exemplo, escritos, verbais, visuais). 6. Ausência/redução das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%-100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos).
B	Os sintomas do critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
C	Os sintomas do critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.
D	A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.
Especificar se:	<ul style="list-style-type: none"> - Ao longo da vida: a perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo - Adquirida: a perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal - Generalizada: não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros - Situacional: ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros - Ligeira: evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do critério A

	<ul style="list-style-type: none">- Moderada: evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do critério A- Grave: evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do critério A
--	--

Tabela 2 – Critérios de diagnóstico da Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino. Adaptado de DSM-5-TR (17).

Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração

Os diagnósticos de vaginismo e dispareunia, utilizados há quase um século e meio, foram combinados na categoria de Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração (PDGPP) no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais 5ª edição (DSM-5), pela *American Psychiatric Association*. Esta revisão é justificada pela falta de evidência empírica que suporte as diferenças entre os dois diagnósticos supracitados (18).

A principal crítica apontada ao DSM-5 prende-se com a duração mínima dos sintomas. De acordo com os critérios de diagnóstico deste manual, os sintomas devem durar pelo menos 6 meses e causar sofrimento clinicamente significativo. Contudo, a dor crónica é definida com uma duração mínima de apenas 3 meses, pelo que o critério atual do DSM-5 pode atrasar o diagnóstico e tratamento desta perturbação e ter efeitos deletérios nos resultados (18).

Conforme as indicações mais recentes patentes na DSM5-TR e como pode ser mais pormenorizadamente observado na tabela 3, a PDGPP engloba 4 dimensões de sintomas frequentemente correlacionadas: dificuldade em ter relações sexuais, dor na área vulvovaginal ou genitopélvica durante as relações sexuais, medo da penetração ou da dor consequente e tensão dos músculos do pavimento pélvico. Se existir dificuldade persistente ou recorrente em qualquer uma destas dimensões, gera-se um desconforto clinicamente significativo global, pelo que, na teoria, se permite diagnosticar esta perturbação observando a presença de unicamente um dos sintomas. Todavia, é crucial avaliar todos eles (17). Apesar da inexistência de medidas fisiológicas validadas para qualquer componente sintomático da PDGPP, podem ser utilizados questionários psicométricos como forma de avaliação formal das componentes da dor e ansiedade incluídas nesta perturbação (17).

Embora as taxas de incidência da PDGPP, particularmente do vaginismo, serem baixas na América do Norte e na Europa, estas variam entre 6,2% e 43% em países

muçulmanos (18), sendo o vaginismo a queixa mais relatada pelos doentes internados em clínicas de tratamento sexual na Turquia (17,18). Este diferencial na incidência intercultural pode ser explicado pela educação sexual inadequada e ortodoxia religiosa enraizadas nestes grupos (17,18). Estudos indicaram que mulheres com vaginismo apresentam pontuações mais baixas em valores liberais e pontuações mais altas em valores conservadores e explicaram que a causa primária do vaginismo é uma educação que afirma que o sexo é errado (18). Se, por um lado, 65,6% das mães turcas nunca falaram com as filhas sobre sexualidade, por outro, um outro estudo que incluía 404 mulheres mostrou que as atitudes parentais negativas em relação ao sexo estão associadas a disfunções sexuais femininas (18).

Em termos de consequências funcionais da PDGPP, esta está intimamente relacionada com a interferência na satisfação da relação (17,18). Embora Ward e Ogden, em 1994, tenham descoberto que mulheres com vaginismo que desfrutavam de sexo sem penetração avaliaram o seu relacionamento com o parceiro como satisfatório, os resultados de um estudo de 2020 indicam que a satisfação do relacionamento do grupo com vaginismo é pior do que o grupo de comparação; contudo, neste mesmo estudo, não houve diferenças significativas nos dois grupos nas dimensões da comunicação e da sensualidade (18).

Frequentemente, a PDGPP caminha lado a lado com a POF e a PIES: um estudo com 54 doentes do sexo feminino indicou que o vaginismo apresenta comorbidade com a POF em 22,2% dos casos e com o PIES em 16,6% (18); um outro estudo com 36 doentes diagnosticados com vaginismo revelou que 29,5% dos casos apresentam POF, 27,3% apresentam um distúrbio no interesse sexual e 9,1% apresentam um distúrbio na excitação sexual (18). No entanto, mesmo em mulheres com PDGPP que referem interesse e motivação sexual, é bastante comum serem observados comportamentos de evitamento perante situações/oportunidades sexuais ou exames ginecológicos. Adicionalmente, embora, em regra, as mulheres só procurem ajuda médica especializada depois de iniciarem a sua atividade sexual ou, no limite, apenas quando desejam engravidar, na maioria dos casos existem sinais clínicos precoces, como a dificuldade na inserção ou a escusa da utilização de tampões, que predizem problemas posteriores (17).

Em diversos casos, mulheres que sofrem de PDGPP também recebem diagnósticos de outras condições médicas, como líquen escleroso, endometriose, doença inflamatória pélvica ou atrofia vulvovaginal, por exemplo. Embora em algumas situações o tratamento da condição médica possa proporcionar alívio para a PDGPP, frequentemente isso não se verifica. A falta de ferramentas ou métodos de diagnóstico

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

confiáveis dificulta aos profissionais de saúde determinar se a condição primária é a condição médica ou a perturbação psiquiátrica. Enquanto exemplo paradigmático, aponta-se o aumento da dor durante o coito no período pós-menopausa, que pode ou não ser atribuído à secura vaginal ou à atrofia vulvovaginal, relacionadas a níveis mais baixos de estrogénio (17).

	Critérios de Diagnóstico
A	Dificuldades persistentes ou recorrentes com 1 (ou mais) das seguintes situações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Penetração vaginal durante a relação sexual. 2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou tentativas de penetração vaginal. 3. Medo ou ansiedade marcados acerca de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração vaginal. 4. Tensão e compressão marcadas dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal.
B	Os sintomas do critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
C	Os sintomas do critério A causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo.
D	A disfunção sexual não é mais bem explicada por uma perturbação mental não sexual ou como uma consequência de dificuldades relacionais graves (por exemplo, violência do parceiro) ou de outros fatores de stress significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica.
Especificar se:	<ul style="list-style-type: none"> - Ao longo da vida: a perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo - Adquirida: a perturbação iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal - Ligeira: evidência de mal-estar ligeiro devido aos sintomas do critério A - Moderada: evidência de mal-estar moderado devido aos sintomas do critério A - Grave: evidência de mal-estar grave ou extremo devido aos sintomas do critério A

Tabela 3 – Critérios de diagnóstico da Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração. Adaptado de DSM-5-TR (17).

Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo

Quando a 11^a revisão da Classificação Internacional de Doenças foi oficialmente adotada na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019, a Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo (PCSC) foi incluído na categoria das Perturbações de Controlo de Impulsos. No entanto, persistem ainda questões relativas à sua adequada classificação, já que partilha muitas das características subjacentes à adição. Esta perturbação é, então, caracterizada pela dificuldade persistente em controlar impulsos ou desejos sexuais intensos e repetitivos. Comportamentos como a masturbação, o uso de pornografia ou as relações sexuais com múltiplos parceiros podem ser considerados socialmente aceites ou normofílicos, sendo que para efetivamente constituírem diagnóstico de PCSC devem ser extremos em frequência e/ou intensidade, interferindo com as atividades pessoais, interpessoais ou profissionais do sujeito (5).

Níveis clinicamente relevantes de desconforto ou prejuízo associados à dificuldade em controlar sentimentos ou comportamentos sexuais foram estimados em 8,6% dos adultos americanos (5). Numa outra amostra, também representativa nacional de adultos dos EUA, a impulsividade sexual foi reconhecida por 14,7% das pessoas (18,9% dos homens e 10,9% das mulheres) (5).

A relevância da inclusão deste tema no presente trabalho prende-se com o facto do PCSC estar associado a uma série de comportamentos e resultados problemáticos, como sejam as gravidezes indesejadas, as infeções sexualmente transmissíveis ou agressões físicas; a vitimização sexual, nomeadamente o ASI, tem sido apontado como um dos possíveis precursores do PCSC (5).

Métodos

O planeamento desta revisão de literatura teve início com uma pesquisa do estado de arte desta temática nos repositórios das universidades portuguesas que incluem o Mestrado Integrado em Medicina. A ausência de resultados reforçou a relevância em abordar este tema, já que existe uma lacuna significativa na produção académica sobre este assunto.

As principais bases de dados utilizadas para a pesquisa bibliográfica foram a B-on e a Pubmed. Aplicou-se uma seleção de artigos redigidos unicamente em português e inglês, no período entre 2013 e 2023, utilizando-se as palavras-chave *child sexual abuse*, *psychosexual disorder* e *female*. Todos os artigos foram escolhidos de acordo com a sua qualidade metodológica e a adequação dos resultados ao tema.

Foi, também, utilizada literatura especializada nas áreas da Psiquiatria da Infância e da Adolescência e da Psiquiatria.

Resultados

Do método de pesquisa aplicado, encontrei 239 artigos, dos quais 26 foram selecionados para uma revisão narrativa da literatura.

Nome do Artigo	Autor (es)	Ano de Publicação	Tipo de Estudo
<i>Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse</i>	Bird ER, Seehuus M, Clifton J, Rellini AH	2013	Observacional transversal
<i>Experiences of mothers who are child sexual abuse survivors: A qualitative exploration</i>	Cavanaugh CE, Harper B, Classen CC, Palesh O, Koopman C, Spiegel D	2015	Qualitativo
<i>Treating Sexual Dysfunctions Among Survivors of Child Sexual Abuse: An Overview of Empirical Research</i>	Gewirtz-Meydan A	2022	Revisão sistemática
<i>Addressing Sexual Dysfunction After Childhood Sexual Abuse: A Clinical Approach from an Attachment Perspective</i>	Gewirtz-Meydan A, Ofir-Lavee S	2021	Revisão de literatura
<i>Childhood Interpersonal Trauma and Sexual Satisfaction in Patients Seeing Sex Therapy: Examining Mindfulness and Psychological Distress as Mediators</i>	Godbout N, Bakhos G, Dussault É, Hébert M	2020	Observacional transversal
<i>Who am I as a Sexual Being? The Role of Sexual Self-Concept Between Dispositional Mindfulness and Sexual Satisfaction among Child Sexual Abuse Survivors</i>	Guyon R, Fernet M, Girard M, Cousineau MM, Tardif M, Godbout N	2023	Observacional transversal

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

<i>Pain Characteristics, Psychosocial Wellbeing, and Sexual Wellbeing of Women Diagnosed With Provoked Vestibulodynia and a History of Sexual Abuse</i>	Jackowich RA, Smith KB, Brotto LA	2020	Ensaio clínico não randomizado
<i>Role of Body Esteem in the Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With and Without a History of Childhood Sexual Abuse</i>	Kiminik CD, Meston CM	2016	Observacional transversal
<i>Adult Profiles of Child Sexual Abuse Survivors: Attachment Insecurity, Sexual Compulsivity, and Sexual Avoidance</i>	Labadie C, Godbout N, Vaillancourt-Morel MP, Sabourin S	2018	Observacional transversal
<i>Child and Adolescent Sexual Abuse in Women Seeking Help for Sexual and Reproductive Mental Health Problems: Prevalence, Characteristics, and Disclosure</i>	López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Avecilla-Palau À, Martínez C, Cobo J, Fernández MI	2017	Observacional transversal
<i>Changes in Sympathetic Nervous System Activity are Associated with Changes in Sexual Wellbeing in Women with a History of Childhood Sexual Abuse</i>	Lorenz TK, Harte CB, Meston CM	2015	Inclui um estudo observacional transversal e outro observacional longitudinal
<i>Where are We Now? A Consolidation of the Research on Long-term Impact of Child Sexual Abuse</i>	MacIntosh HB, Ménard AD	2021	Revisão de literatura

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

<i>Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial</i>	Meston CM, Lorenz TA, Stephenson KR	2013	Ensaio clínico randomizado
<i>Persistent Complications of Child Sexual Abuse: Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions</i>	Meyer D, Cohn A, Robinson B, Muse F, Hughes R	2017	Observacional transversal
<i>Sexual abuse in childhood – Outcomes and psychological help</i>	Naszydłowska K, Kossak D	2016	Qualitativo
<i>“I Am Not A Victim. I Am A Survivor”: Resilience as a Journey for Female Survivors of Child Sexual Abuse</i>	Newsom K, Myers-Bowman K	2017	Qualitativo
<i>Sexual Self-Concept and Psychological Functioning of Women With a History of Childhood Sexual Abuse in Hong Kong</i>	Ng AHN, Boey KW, Kwan CW, Ho RYF, Ho DYL	2022	Observacional transversal
<i>Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms</i>	Noll JG	2021	Revisão de literatura
<i>Linguistic Changes in Expressive Writing Predict Psychological Outcomes in Women With History of Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Dysfunction</i>	Pulverman CS, Lorenz TA, Meston CM	2015	Observacional longitudinal prospetivo

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

<i>Childhood Sexual Abuse Following Expressive Writing Treatment</i>	Pulverman CS, Boyd RL, Stanton AM, Meston CM	2017	Observacional longitudinal prospectivo
<i>Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior: A Systematic Literature Review</i>	Slavin MN, Scoglio AAJ, Blycker GR, Potenza MN, Kraus SW	2020	Revisão sistemática
<i>Assessing the Association Between Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Experiences in Women with Sexual Difficulties</i>	Stephenson KR, Pulverman CS, Meston CM	2014	Observacional transversal
<i>The Role of Anxiety and Childhood Trauma on Vaginismus and Its Comorbidity with Other Female Sexual Dysfunctions</i>	Tetik S, Unlubilgin E, Kayikcioglu F, Meric NB, Boran N, Tekin OM	2020	Observacional longitudinal retrospectivo
<i>The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis</i>	Wang SJ, Chang JJ, Cao LL, Li YH, Yuan MY, Wang GF, Su PY	2023	Meta-análise
<i>Betrayal of the Body: Group Approaches to Hypo-Sexuality for Adult Female Sufferers of Childhood Sexual Abuse</i>	Wohl A, Kirsche GW	2018	Revisão de literatura
<i>The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse</i>	Zollman G, Rellini A, Desrocher D	2013	Observacional longitudinal

Tabela 4 – Tabela de resumo dos artigos selecionados

Discussão

Relação entre abuso sexual infantil e disfunções sexuais femininas

A disfunção sexual verificada em mulheres que foram abusadas sexualmente durante a sua infância e adolescência inclui uma constelação de sintomas comum mas muitas vezes esquecida: anorgasmia, hipossexualidade, hiperssexualidade, vulvodinia, vaginismo e dispareunia (12).

A experiência de ASI tem sido identificada como um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual na idade adulta (6,10,14,15,19). Numa revisão recente, 25 a 59% das mulheres relataram disfunção sexual, em comparação com as 63 a 94% das mulheres com histórico de ASI (6); já numa revisão sistemática datada de 2018, 32 a 94% das mulheres que sofreram de ASI apresentam disfunção sexual feminina (DSF) (13).

No que concerne particularmente à PIES, Laumann et al. concluíram que as mulheres com história de ASI tinham duas vezes mais probabilidade de sofrer de distúrbios de excitação comparativamente às mulheres que não tinham tido esta experiência (3,6,13). Outros estudos epidemiológicos concluíram que entre 49% e 84% das mulheres com histórico de ASI exibiram distúrbios de excitação sexual (3).

Os primeiros estudos que investigaram a ligação entre ASI e PCSC consistiram em relatos de experiências de vitimização sexual entre pessoas que estavam a receber tratamento devido à dependência sexual. Num dos seus trabalhos, Carnes identificou que, entre os indivíduos em tratamento para dependência sexual, 39% dos homens e 63% das mulheres relataram ter sido vítimas de ASI, enquanto nos grupos de controlo saudáveis, apenas 8% dos homens e 20% das mulheres reportaram este histórico. Outro estudo conduzido por Carnes e Delmonico, que incluiu 290 indivíduos em tratamento para dependência sexual, revelou que 78% destes relataram experiências de ASI. Já num outro contexto, um estudo descritivo com 19 homens e 21 mulheres que procuravam tratamento psiquiátrico devido a problemas com cibersexo, mostrou que 57,9% dos homens e 76,2% das mulheres tinham vivenciado ASI (5). Também uma meta-análise de 8 estudos demonstrou que o ASI estava associado a comportamentos sexuais de risco quer em mulheres (OR=2,72) como em homens (OR=1,69). Widom e Widom mostraram que o ASI estava associado a uma maior periodicidade de infeções sexualmente

transmissíveis (OR = 1,94) e, no mesmo ano, Noll et al. relataram que 4,5 em cada 10 adolescentes grávidas teriam um passado marcado por ASI (6,10).

Neste ponto, é relevante destacar que investigações que se concentram exclusivamente na autoperceção de falta de controlo associado ao comportamento sexual podem não estar a avaliar efetivamente o PCSC, especialmente quando falamos de vítimas de ASI, já que estas podem sofrer de um autoconceito sexual distorcido que influencia a forma como percebem e interpretam a sua sexualidade. Por exemplo, num estudo com 383 estudantes universitárias, ter um histórico de ASI foi associado a mulheres que se descreviam como "promíscuas"; contudo, não se verificou uma relação entre o ASI e a idade do primeiro relacionamento sexual (consensual), a frequência do comportamento sexual ou o número de parceiros sexuais (5).

De acordo com a literatura, outros potenciais fatores de risco, como abuso físico, emocional ou negligência, explicaram uma maior variação no PCSC ou tiveram um impacto cumulativo na PCSC juntamente com o ASI; na verdade, Ferree descreveu que 81% dos homens e mulheres em tratamento para dependência sexual relataram ter sido vítimas de ASI mas 72% refere abuso físico de natureza não sexual e 97% alega abuso emocional (5). Estes dados alinham-se com o que a literatura sobre trauma indica, sugerindo que a exposição a múltiplas formas de abuso está associada a consequências mais duradouras e prejudiciais do que a experiência isolada de um único tipo de abuso (20).

Já relativamente à PDGPP, um estudo comparativo verificou que doentes com vaginismo têm também duas vezes mais de probabilidade de ter histórico de ASI. No entanto, quer Fadul et al., em 2019, como Konkan et al., em 2012, ou Basson, em 1996, dirigiram estudos debruçados sobre mulheres com vaginismo e nenhum deles encontrou uma relação significativa entre o vaginismo e a história de ASI. Ademais, um estudo qualitativo argumentou que os doentes com vaginismo geralmente classificam o abuso sexual como a causa menos importante do mesmo (18).

Ainda no âmbito das dores crónicas genitopélvicas, e segundo um estudo que incidiu sobre o tratamento multidisciplinar de 404 mulheres diagnosticadas com vestibulodinia provocada, aproximadamente 10% das mesmas relataram ter sofrido de abuso sexual; contudo, não foram encontradas diferenças significativas nas características iniciais da dor nem no funcionamento sexual entre mulheres com e sem histórico de ASI. Este resultado é inconsistente com pesquisas anteriores sobre mulheres com outras formas de dor crónica genitopélvica e história de abuso sexual, apesar desses

estudos não se debruçarem especificamente sobre a vestibulodinia provocada e utilizarem definições mais abrangentes quer de “*dor vulvar*” como de “*abuso*” relativamente ao presente estudo (21).

Leclerc et al. descobriram que mulheres com dispareunia e histórico de abuso sexual penetrativo apresentavam uma angústia psicológica significativamente mais elevada e um funcionamento sexual mais pobre do que mulheres sem histórico de abuso sexual (21).

Afere-se, assim, que a relação entre o ASI e as DSF tem sido consistentemente abordada na literatura. No entanto, e embora o *Índice de Função Sexual Feminina* e a *Escala de Satisfação Sexual para Mulheres*, instrumentos da avaliação da função e satisfação sexual femininas na maioria dos estudos sobre estas temáticas, tenham sido empregues em mulheres com histórico de ASI, ainda não foi claramente confirmado que estas medidas avaliam com precisão a função e satisfação sexual nesta população específica (15).

Desta forma, após validar o uso destas escalas numa amostra que incluiu vítimas de ASI com disfunções sexuais, Stephenson, Pulverman e Meston procederam à avaliação dos efeitos do ASI na função e satisfação sexual de mulheres com história de ASI, observando médios a grandes efeitos no impacto desta experiência traumática nestas variáveis, respetivamente. Estudos anteriores indicaram, na sua globalidade, pequenos a médios efeitos na relação entre ASI e saúde mental e sexual. Estes achados sugerem que a ligação entre o ASI e a sexualidade na idade adulta pode ser ainda mais robusta do que anteriormente se julgava (15).

Como pôde ser constatado anteriormente, as mulheres que sofreram de ASI relatam uma gama de dificuldades sexuais. Não obstante, e embora estes sintomas físicos se possam assemelhar aos encontrados em mulheres que também sofrem de DSF mas não foram vítimas de ASI, as primeiras manifestam adicionalmente elevados níveis de ansiedade e angústia sexual, medo e sentimentos de culpa associados ao ato sexual, questões relacionadas ao toque e insatisfação sexual ou flashbacks, crises de pânico e fenómenos dissociativos durante a relação sexual. Além disto, se a mulher se lembrar do prazer ou de uma resposta física positiva relacionada com o abuso sexual, incluindo o orgasmo, poderá sentir autodesprezo e confusão. Desta forma se infere que a etiologia destes perturbações entre as mulheres que sofreram de ASI pode evoluir a partir da experiência traumática de abuso, condicionando quotidianamente o modo como estas vivenciam o prazer sexual (6,13,22).

Importa também notar que, apesar da maior prevalência de problemas sexuais em mulheres que sofreram de ASI, nem todas as mulheres que sofrem abuso desenvolvem uma DSF. Assim, é possível que algumas vulnerabilidades cognitivas e emocionais características do indivíduo possam interagir com o abuso de forma a motivar uma disfunção sexual (3).

Fatores que mitigam os impactos negativos do abuso sexual infantil na vida adulta

De facto, apesar da esmagadora maioria da literatura se focar nas consequências negativas do ASI, nomeadamente no que respeita ao funcionamento e satisfação sexual, muitas vítimas alcançam resultados positivos de *coping* e demonstram resiliência no contexto das suas relações íntimas. Torna-se, então, premente, definir resiliência e explorar os processos cognitivos e emocionais através dos quais as vítimas de ASI conquistam este estado (7,9).

A resiliência é um tópico que tem sido investigado por académicos de diversas disciplinas, podendo corresponder quer à competência intrínseca de recuperar com sucesso de traumas graves quer aos *outcomes* positivos relativos ao desenvolvimento de crianças provenientes de ambientes de alto risco. Desta forma, pode-se entender este conceito como uma capacidade pessoal ou, dicotomicamente, como algo a ser alcançado e do qual se pode beneficiar. No estudo qualitativo e fenomenológico desenvolvido por Newsom e Myers-Bowman, as participantes enfatizaram a resiliência como um processo, já que a recuperação do trauma, a reconceptualização do “eu” e o desenvolvimento de uma sexualidade saudável após o ASI exigiram esforços deliberados ao longo do tempo.

Como supramencionado, a resiliência caminha de mãos dadas com a reconceptualização do “eu”, uma vez que dimensões como o grau de romantismo, a disposição para experimentar, o conhecimento sobre erotismo, o encontro da dominância/passividade sexual ou até mesmo a forma como as vítimas de ASI se percebem enquanto seres sexuais, impactam significativamente o autoconceito sexual e, portanto, a capacidade para estabelecer relacionamentos íntimos saudáveis. Neste sentido, foram explorados padrões semelhantes de processos e resultados que emergiram como significativos no desenvolvimento de resiliência e saúde sexual (9).

Primeiramente, constatou-se que as mulheres vítimas de ASI tiveram de alcançar um nível de autoconsciência que as fizesse compreender que o ASI não é uma identidade nem algo que as define, deslocando a sua autopercepção para fora do trauma e permitindo-se perdoar a elas mesmas e aos seus agressores. Segundo Leonard e Follette,

rejeitar os pensamentos e sentimentos relacionados com o abuso pode levar a comportamentos disfuncionais e mal adaptativos que detêm um grande peso na vivência de uma sexualidade saudável. Assim, o caminho para a cura e a base para a reestruturação comportamental deste grupo de mulheres inicia-se pela aceitação do abuso e sentimentos relacionados; compreender o contexto e os gatilhos para esta evasão experiencial são passos fundamentais para a substituição deste comportamento por outro mais funcional (9,13).

Também o desenvolvimento de uma força interna foi um método descrito pelas vítimas de ASI como forma de alcançar a resiliência; várias vítimas explicaram que o ASI as privou do seu sentido de poder pessoal e que a sua força apenas foi reconstituída quando reclamaram esse poder para si mesmas.

Por último, as mulheres com este histórico destacaram que um aspeto significativo do movimento em direção à resiliência ocorreu no cerne das suas relações; reconhecer e desafiar crenças disfuncionais e expectativas que foram moldadas pelo abuso, estar com alguém que aceite o seu passado sem julgamentos e sentir-se respeitada, ouvida e segura no seu relacionamento amoroso, permitiu-as redefinir o funcionamento saudável de relacionamentos bem como reformular o sexo como algo desejável (9).

Contudo, e porque a resiliência não advém exclusivamente de fatores internos, outros estudos debruçaram-se sobre as características do próprio ASI e os fatores demográficos que poderiam adquirir um papel relevante na mitigação do impacto negativo do abuso na vida adulta das vítimas.

Seguindo esta lógica, a disfunção e insatisfação sexual são exacerbadas pela maior gravidade do ASI, isto é, em abusos de duração prolongada, início precoce ou cujo agressor mantinha uma relação de proximidade com a vítima. Fergusson et al. (em 1997), Senn et al. (em 2007) e Lemieux e Byers (em 2008), descobriram que as mulheres cujo ASI envolveu penetração sexual eram mais propensas a sofrer de revitimização sexual, ingressar em comportamentos sexuais de risco e relatar interações sexuais de mais baixa qualidade do que aquelas cujo abuso incluiu apenas carícias. Oshima *et al.* relataram que vítimas que enfrentaram maus-tratos repetidos tinham maior probabilidade de sofrer de abuso de substâncias, incorrer em tentativas de suicídio e contrair infeções sexualmente transmissíveis do que aquelas que experimentaram apenas um encontro. Vários autores demonstraram ainda que mulheres que haviam vivenciado múltiplos tipos de maus-tratos na sua infância e adolescência (abuso sexual,

abuso físico, abuso emocional, negligência parental) relataram maiores prejuízos psicossociais, nomeadamente níveis mais elevados de ansiedade, depressão, raiva, dissociação e hostilidade, baixa autoestima, distúrbios do sono e problemas sexuais.

Potki *et al.* identificaram uma associação entre a idade e o estado civil com o autoconceito sexual; os adolescentes mais velhos apresentavam um autoconceito sexual mais favorável em comparação com os mais jovens, e os indivíduos que nunca contraíram matrimónio eram mais propensos a manifestar maior ansiedade e receio sexual em comparação com os casados. O estatuto socioeconómico pode também desempenhar um papel moderador; alinhando-se com estudos anteriores, Oshima *et al.* constataram que vítimas de ASI oriundas de famílias com rendimentos mais elevados eram significativamente menos propensas a apresentar comportamentos psicossociais mal adaptativos. A afiliação religiosa também emerge como uma fonte de apoio que atenua o stress decorrente das experiências traumáticas passadas ou das exigências desafiadoras da vida no presente (7).

Para concluir, aqueles que trabalham com mulheres vítimas de ASI devem ser capazes de fornecer uma conexão interpessoal, excedendo a relutância inicial e enfatizando que a adaptação positiva é possível, alcançável e realista (9).

Mecanismos que moderam a relação entre abuso sexual infantil e disfunções sexuais femininas

Embora a relação entre ASI e DSF tenha sido bem estabelecida, os mecanismos responsáveis pela mesma não são totalmente compreendidos (2,3,6,13).

De uma forma global, as disfunções sexuais entre mulheres que sofreram ASI podem ser entendidas como uma resposta ao trauma, funcionando como um mecanismo de defesa que protege as vítimas de *triggers* capazes de desencadear flashbacks do abuso e obrigar à adoção de posturas evitativas, as quais prejudicam a função sexual (6).

Autoconceito sexual

De acordo com a teoria da vinculação segura, o ASI é uma experiência angustiante que impacta não apenas a vida da criança/adolescente no momento do ocorrido como também se reverbera nas suas relações interpessoais e expressão da sexualidade ao longo da vida (4–6,16). Esta teoria enfatiza que o estabelecimento de laços de segurança e vulnerabilidade nasce das interações iniciais com pessoas significativas. Assim, quando o ASI desencadeia dinâmicas traumáticas precoces nas vítimas, nomeadamente sentimentos de traição por parte da figura de vinculação, impotência, estigmatização e

sexualização, as representações mentais do indivíduo sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo são moldadas (2,5-8,10,16).

A dinâmica da traição ocorre quando as crianças são abusadas por alguém em quem confiavam; sentimentos de traição também podem surgir relativamente a membros da família próximos da criança que não reconheceram o abuso ou não estavam dispostos a ajudá-la. Evidentemente, e tal como foi realçado por Davis et al., as crianças vítimas de ASI tendem a demonstrar mais desconfiança e insegurança relativamente aos seus pares, desinteresse e níveis mais baixos de participação em atividades comunitárias, menos contactos sociais e, em última instância, dificuldade na formação de relacionamentos interpessoais saudáveis (6,7).

A impotência e a estigmatização formam a autoperceção de que a criança é culpada e responsável pelo abuso; muitas vítimas acreditam que trouxeram, de alguma forma, o abuso até si, que secretamente desejavam os atos sexuais ou até que seduziram o agressor; as vítimas de ASI podem associadamente sentir vergonha por não terem revelado, por não terem resistido ou por terem apreciado os atos sexuais. Embora uma revisão recente tenha indicado que a não divulgação do ASI está associado a vergonha e culpa, não está claro se a vergonha e a culpa foram o motivo da não divulgação do abuso ou se foram um resultado crescente da não divulgação do mesmo. Também dois estudos indicaram que a vergonha sexual - vergonha relacionada às experiências e comportamentos sexuais passados de alguém - explica a relação entre ASI e disfunção sexual melhor do que todos os outros mecanismos considerados (2,4,6,9,13).

A sexualização traumática ocorre quando a criança, em virtude do ASI, se reconhece apenas como um objeto sexual que deve suprimir as necessidades de outrem (4,6). De acordo com Finkelhor e Browne, esta dinâmica modela os sentimentos e o comportamento sexual da vítima de forma disfuncional e inadequada ao normal desenvolvimento, resultando numa maior probabilidade de estas se envolverem em comportamentos sexuais de risco, de não fazerem uso de métodos contraceptivos e de sofrerem de disfunções sexuais, especialmente se o ASI envolver penetração ou múltiplos incidentes (7,10,23).

Desta forma, o autoconceito sexual, que representa a orientação cognitiva ou emocional de uma criança enquanto ser sexual, constitui um importante preditor quer do comportamento sexual como do funcionamento psicológico, destacando-se a sua importância ao investigar o bem-estar de vítimas de ASI (7,24). De facto, mulheres com esquemas de autorrepresentação sexual mais positivos apresentam uma melhor função

sexual e um estado psicológico mais salutar que aquelas vítimas de ASI com autoconceitos sexuais menos positivos (14,25)

Historicamente, os esquemas de autorrepresentação sexual são avaliados através de instrumentos de autorrelato; estes baseiam as suas escalas sobretudo em adjetivos utilizados para caracterizar traços de personalidade. Em 2015, Stanton et al. desenvolveram o *Método de Extração de Significado*, uma abordagem inovadora que extrai temas de autorrepresentação sexual a partir da linguagem utilizada pelas mulheres nas suas sessões de escritoterapia (ET); este processo gera sete temas – família e desenvolvimento, virgindade, abuso, relacionamento, atividade sexual, atração e existencialismo – cuja análise de frequência se relaciona com a forma como as mulheres se veem e se interpretam sexualmente. Em contraste com um questionário típico, as participantes têm a oportunidade de descrever o seu autoconceito sexual de uma maneira mais ampla, utilizando as suas próprias palavras para refletir relações conceituais existentes; além disso, realizam uma tarefa de escrita básica num período de tempo semelhante ao necessário para completar uma série de questionários de autorrelato (25).

No que concerne ao comportamento sexual, a internalização destas crenças negativamente distorcidas que, com o tempo, tendem a tornar-se mais rígidas, menos conscientes e mais resistentes à mudança, interfere com os mecanismos internos de regulação comportamental, podendo levar à compulsão sexual, ao evitamento, à ambivalência sexual ou mesmo à agressividade sexual. De facto, mulheres vítimas de ASI relataram tendências contrastantes para procurar ou evitar experiências sexuais, com muitas a situar-se nos extremos deste continuum ao apresentar tendências hiperssexuais e/ou hipossexuais; o modelo de controlo duplo descreve dois caminhos neurofisiológicos que impulsionam e restringem as respostas e os comportamentos sexuais: excitação sexual e inibição sexual (9,10,20,24).

Análises teóricas enfatizam que sob condições de ameaça, incerteza ou desconforto numa relação, os tipos de vinculação e a sexualidade agem como sistemas motivacionais e comportamentais que contribuem para a regulação do sofrimento, podendo os sujeitos comportar-se segundo um modelo bidirecional. Assim, indivíduos com estilos de vinculação ansiosos iniciam frequentemente a atividade sexual, sob o receio de que se não mostrarem elevada iniciativa e energia sexual, desapontarão o seu parceiro que, por sua vez, os pode rejeitar. Já indivíduos com estilos de vinculação evitantes podem suprimir comportamentos ou mesmo sentimentos sexuais para afirmar a sua independência ou para modular os seus medos de proximidade e intrusão relacionados ao desconforto com a intimidade (24).

A vinculação ansiosa poderia, então, levar as crianças vítimas de ASI a adotar estratégias mal adaptativas capazes de mitigar a desregulação emocional a que estão sujeitas. Uma teoria de regulação emocional, apresentada por Leedes em 2001, propõe que a fantasia serve como uma espécie de alicerce seguro para muitas crianças que não possuem figuras confiáveis para criar vínculos. Na vida adulta, essas fantasias podem transformar-se em obsessões de natureza erótica, levando os adultos vítimas de ASI a consumir mais pornografia, a procurar relações amorosas única e exclusivamente por sexo e, no limite, a adotar comportamentos sexuais compulsivos. Surge, assim, um modelo de desenvolvimento onde a flexibilidade comportamental e relacional de um cérebro em crescimento saudável é restringida pelo ambiente traumático do abuso sexual, resultando num subconjunto de comportamentos de alto risco multifásicos e que se intensificam sem tratamento, desenvolvidos para ajudar a lidar com a angústia emocional

⁽¹⁶⁾. Por outro lado, como referido anteriormente, as vítimas de ASI poderiam reagir ao medo de enfrentar uma situação ameaçadora, dolorosa ou vulnerável evitando categoricamente o sexo ou adotando estratégias dissociativas durante o mesmo. Por estratégias dissociativas entendam-se aquelas que evitam memórias traumáticas ao alterar a consciência e o foco de atenção durante a atividade sexual. Se durante a infância, a dissociação acaba por funcionar como um mecanismo de *coping*, durante a idade adulta esta estratégia defensiva interfere na função sexual.

Numa revisão recente, a ausência de emoções positivas relacionadas ao sexo (ao invés da presença de emoções negativas) foi apontada como o mecanismo mais comum para explicar a relação entre ASI e disfunção sexual (3,4,6).

No entanto, em algumas investigações, o ASI foi demonstrado como preditor de vinculação:

1. Ansiosa, mas não de vinculação evitante;
2. Evitante, mas não ansiosa;
3. Tanto ansiosa quanto evitante.

Embora algumas hipóteses tenham sido propostas para explicar esta inconsistência de resultados, também se destaca a possibilidade de que perfis distintos de vítimas de ASI possam apresentar padrões comportamentais distintos no que concerne à sexualidade. Numa investigação liderada por Labadiea, Godboutb, Vaillancourt-More e Sabourina, em 2018, quando os estilos de vinculação e os desfechos sexuais são

estudados simultaneamente, emergiram dois perfis distintos de vítimas de ASI. Primeiro, um subgrupo formado principalmente por indivíduos de vínculo ansioso que não relatam problemas sexuais significativos, e segundo, um subgrupo de indivíduos com um estilo de vinculação ansioso-evitativo que demonstram um padrão complexo de ambivalência sexual, com relatos tanto de compulsão sexual quanto de evitamento sexual (24). Estudos demonstram que o ASI de início precoce, que incluiu penetração e que foi perpetuada pelo pai biológico foi o tipo mais fortemente associado à ambivalência sexual. Estas vítimas podem enfrentar um aumento do risco de perturbações emocionais bem como recorrentes e complexos desafios nas relações interpessoais, o que pode originar alterações notáveis nas percepções cognitivas e emocionais da sexualidade (5,10).

Ainda na tentativa de compreender o funcionamento do modelo de controlo duplo sob a esfera da hipossexualidade, pesquisas anteriores implicaram a autoestima corporal no desejo sexual das mulheres, demonstrando que avaliações negativas do corpo durante a atividade sexual podem afetar negativamente o funcionamento sexual devido a interferências afetivas e cognitivas. Neste sentido, postulou-se que o ASI parece ser relativamente relevante para as atitudes das mulheres face ao seu corpo, isto porque se o corpo de uma criança é sexualmente abusado antes desta se desenvolver, a mesma pode começar a associar o corpo ao trauma, o que gera reações negativas em relação ao seu corpo. Posto isto, Kiminik e Meston, a partir da sua investigação em 2016, sugerem que o ASI pode ter um impacto negativo na regulação da inibição sexual e, em combinação com baixos níveis de atratividade sexual percebida e autoestima corporal, nos caminhos da excitação sexual, concluindo que uma baixa autoestima corporal prediz uma alta inibição sexual e prevê uma baixa excitação sexual em mulheres com histórico de ASI (24).

Em suma, o cérebro humano é projetado para mudar em resposta à experiência, pelo que memórias do estado fisiológico, memórias motoras vestibulares e memórias emocionais são armazenadas, podem ser desencadeadas mais tarde sob determinados gatilhos (dependentes do local do abuso, dos atos perpetrados ou da relação da criança com o agressor) e têm o poder de interferir quer com os modelos internos cognitivo-emocionais como com os mecanismos de regulação comportamental, resultando em dificuldades na proximidade emocional e sexual que se traduzem em disfunções sexuais significativas na vida adulta (6).

A respeito do funcionamento psicológico enquanto corolário do autoconceito sexual, a investigação empírica existente sugere que a dimensão negativa deste último, isto é, a ansiedade, a depressão e o medo sexual, tem uma maior repercussão na autoestima

sexual, na saúde psicológica e nas relações interpessoais que a sua dimensão positiva (autoestima, autoconfiança e satisfação sexual); já a dimensão situacional, que compreende a consciência e a motivação sexual, está menos significativamente associada ao funcionamento psicológico. Assim, um estudo de 2021 sugere que a diminuição do autoconceito sexual negativo e a promoção do autoconceito sexual positivo podem ajudar a resolver as dificuldades sexuais apontadas pelos vítimas de ASI. Ainda neste âmbito, recomenda-se o uso das subescalas do autoconceito sexual negativo como uma ferramenta de triagem breve na avaliação inicial de vítimas de ASI e como medida de resultado em programas de intervenção (7).

Desta forma, a abordagem terapêutica para vítimas de ASI com disfunções sexuais deve considerar não apenas os sintomas físicos, mas também as perspetivas psicológicas e emocionais subjacentes, já que a disfunção sexual é, então, percebida como um aspeto essencial do *eu* (6).

Embora este modelo teórico tenha sido concebido para oferecer uma perspetiva sobre a relação entre ASI e disfunções sexuais na idade adulta, não implica de forma alguma que seja a única explicação para essa relação (6).

Dissociação

Mulheres com histórico de ASI experienciaram uma maior frequência quer de sintomas dissociativos quer de disfunções sexuais relativamente às mulheres sem este histórico; deste modo, os atuais modelos de DSF em mulheres que sofreram de ASI sugerem que os mecanismos dissociativos podem mediar a relação entre o ASI e a PIES. No entanto, também se postula que o ASI é uma experiência tão abrangente que chega mesmo a ser capaz de interagir *per se* com os mecanismos basilares da excitação sexual, alterando os seus padrões e respostas básicas.

Para um aprofundamento desta temática, interessa compreender que a dissociação encerra dois subgrupos de sintomas, a despersonalização e a desrealização. O primeiro inclui uma sensação de desconexão do próprio corpo enquanto no segundo o sujeito sente que o mundo externo é irreal ou que o tempo passa inesperadamente rápido ou devagar (3).

A relevância percebida da dissociação na sexualidade de vítimas de ASI é desde cedo demonstrada por Barlow, cujos modelos teóricos de excitação sexual enfatizam a importância da atenção aos estímulos sexualmente relevantes; também o facto de muitos tratamentos para a disfunção sexual, nomeadamente em mulheres que sofreram de ASI,

incluïrem estratégias para reduzir ou eliminar distrações que interferem com a função sexual, corrobora esta possibilidade (3,20,23).

No entanto, apesar das vítimas de ASI apresentarem maiores níveis de dissociação diária comparativamente às mulheres sem este histórico, a despersonalização durante o sexo correlacionou-se com a PIES apenas no segundo grupo de mulheres. Estes achados sugerem que a despersonalização durante o sexo pode não ser suficiente para causar PIES em mulheres que sofreram ASI, deixando espaço para estudos futuros se debruçarem sobre as causas e a intensidade da mesma enquanto fatores que modulam a sua relação com o desejo/excitação sexual feminina.

Já a desrealização verificou-se positivamente associada ao desejo/excitação sexual em ambos os grupos. Tal revelação motivou Linehan a adicionar a técnica de “realizar” à terapia da atenção plena (TAP); além de prestar atenção às emoções e eventos -“observar”- e aplicar rótulos verbais aos mesmos -“descrever”-, envolver-se totalmente numa atividade sexual -“participar”- pode ser particularmente eficaz para promover um comprometimento profundo com a relação e com o parceiro sexual (3).

Além de parcialmente associada ao desejo e à excitação sexual, a dissociação afeta ainda a memória e a identidade, fazendo com que as mulheres que sofreram de ASI ignorem ou minimizem sinais sociais em contextos potencialmente perigosos e sejam alvo de revitimização. Ainda sobre esta temática, estudos mais recentes concluíram que os efeitos a longo prazo exercidos pelo ASI na vitimização entre mulheres e na perpetuação da agressão sexual entre homens, foram também mediados pela autoestima sexual (7,10).

Perturbação do Stress Pós-Traumático

Psicopatologias como a PSPT são frequentemente propostas como mediadoras da PIES vivenciada por mulheres com histórico de ASI (2,7,26). Deste modo, nasce a necessidade de compreender como é que do ASI decorre a PSPT e como é que esta se relaciona com a disfunção sexual.

Os elevados níveis de stress associados ao ASI resultam na hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e, conseqüentemente, quer a aumentos agudos na secreção de glicocorticoides quer à ativação dos recetores de glicocorticoides. Em crianças geneticamente vulneráveis, estes mecanismos podem induzir modificações epigenéticas no gene dos recetores de glicocorticoides e levar à resistência dos mesmos. Esta resistência surge como ponto de partida para um aumento da reatividade do eixo

hipotálamo-hipófise-adrenal, para o reforço autonómico e para a ativação das vias pró-inflamatórias. Níveis elevados de glicocorticoides e citocinas pró-inflamatórias danificam estrutural e funcionalmente as redes neuronais implicadas na regulação do stress, promovendo situações mal-adaptativas como a PSPT (10,15).

Há três conjuntos primários de sintomas que caracterizam a PSPT: a reexperimentação, que é a reativação automática de memórias vinculadas ao trauma, como em episódios noturnos de terror ou recordações abruptas como *flashbacks*; o evitamento, que consiste na fuga intencional de situações ou estímulos que possam reativar memórias de traumas passados; e a hipervigilância, que envolve uma ativação excessiva do sistema nervoso simpático. Em teoria, todos estes sintomas têm potencial para impactar a excitação sexual de variadas formas.

Por exemplo, é possível que um aumento na atividade do sistema nervoso autónomo durante o momento da excitação sexual possa despertar recordações traumáticas em algumas mulheres, levando-as a adotar comportamentos de evitamento, os quais as distanciam de conexões interpessoais e as impedem de usufruir da atividade sexual. Também a hipervigilância pode causar distração durante o ato sexual, dificultando a capacidade das mulheres se focarem em estímulos sexualmente provocativos e relevantes (26).

Neste ponto, importa esclarecer que nem todas as vítimas de ASI desenvolvem PSPT. Na verdade, a ocorrência desta perturbação depende da forma como o indivíduo processa ou assimila o evento traumático. Adicionalmente, se, por um lado, e de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, quando a criança sente um medo extremo ou vê a sua integridade física ameaçada durante o abuso sexual, pode desenvolver PSPT, por outro, quando o abuso é perpetuado por uma figura de apego, sentimentos de vergonha, culpa e estigma podem ter um impacto mais significativo na função sexual do que propriamente a PSPT (6).

Maior suscetibilidade a stressores diários

Um outro fator que pode explicar a diminuição qualitativa e quantitativa de excitação sexual em mulheres com histórico de ASI consiste numa maior suscetibilidade das mesmas aos stressores diários.

De facto, e de acordo com estudos de McCrory, De Brito, Viding e Pierrehumbert, as mulheres que sofreram de ASI tendem a apresentar competências menos desenvolvidas no que concerne a lidar eficazmente com o stress. Evidências preliminares

de que esta incapacidade de lidar eficazmente com o stress, mais do que a quantidade objetiva de stress à qual um indivíduo está exposto, pode afetar a excitação sexual, vêm de um estudo que demonstrou uma correlação entre o stress diário percebido e uma menor satisfação sexual, atividade sexual menos frequente e disfunção sexual mais grave (15,20,26).

Existem diversos mecanismos que poderiam justificar esta relação. Do ponto de vista biológico, foi proposto que durante uma resposta ao stress, como aquela experienciada pelas mulheres vítimas de ASI quando se propõe ao início de um ato sexual, o fluxo sanguíneo é direcionado sobretudo para os músculos e outros órgãos necessários em caso de *fight or flight*, afastando-se de outros como os genitais; tal constituiria um obstáculo quer à excitação sexual como ao atingimento do orgasmo. Do ponto de vista psicológico, a permeabilidade entre o stress diário e a disfunção sexual pode ser mediada pela afetividade negativa; indivíduos que relatam uma maior angústia em resposta a stressores diários experimentam também uma tendência para perceberem emoções negativas em maior intensidade e/ou frequência em antecipação às atividades sexuais; estas afecções negativas funcionam quer como distratores de estímulos sexualmente relevantes, quer como ativadores de expectativas negativas, dois mecanismos cognitivos que podem reduzir a excitação sexual (15,20,26).

Um estudo datado de 2013 concluiu que o stress diário tem um maior efeito na função sexual destas mulheres do que os sintomas da PSPT (26).

Esta descoberta pode ter implicações clínicas importantes. Terapêuticas anteriores que incidiam nas DSF em mulheres expostas ao ASI tinham-se concentrado principalmente na redução de sintomas causados por comorbilidades psicopatológicas como a PSPT ou a depressão. No entanto, esta recomendação carecia de dados empíricos; num estudo que se focou nos efeitos de um tratamento que reduzia os sintomas de PSPT na sexualidade das doentes, mulheres que apresentavam alguma DSF no pré-tratamento não apresentaram uma melhoria significativa na sua função sexual no pós-tratamento, apesar da melhoria dos seus sintomas de PSPT. Desta forma se conclui que em mulheres que sofrem de uma DSF e têm um histórico de ASI, focar na gestão do stress diário e na redução de fatores stressores pode constituir uma maneira eficaz de reduzir os sintomas sexuais. Contudo, o tratamento da PSPT não deve ser totalmente ignorado, já que a redução dos seus sintomas também pode diminuir relatos de stress diário (26).

Ativação sustentada do sistema nervoso simpático

A literatura aborda extensivamente o papel do sistema nervoso autónomo em situações de trauma.

Sabe-se que a presença de uma ameaça ativa o sistema nervoso autónomo, sendo que níveis elevados de exposição a ameaças, sobretudo em fases iniciais da vida, podem impactar substancialmente a capacidade de um indivíduo modular a resposta do sistema nervoso simpático e parassimpático perante um stressor subsequente (27).

Assim, se em resposta a um stressor dito fisiológico, o sistema nervoso autónomo desencadeia a ativação simpática, regressando ao seu estado basal após a remoção desse mesmo estímulo, após um stressor traumático é frequente que a ativação simpática em resposta a estímulos relacionados com o trauma se apresente sustentadamente elevada (13,27).

Por outro lado, observa-se também que existe uma relação entre o equilíbrio autonómico e a excitação sexual feminina, de tal modo que a prevalência do domínio simpático (sobre o parassimpático) observada em mulheres vítimas de ASI, face a estímulos sexuais, pode resultar numa menor excitação sexual e, possivelmente, numa decremental função orgástica (27).

Tratamento das disfunções sexuais femininas

Antes de abordar o tratamento das disfunções sexuais, importa debruçarmo-nos sobre uma outra questão: a história de ASI constitui, de facto, a causa primordial para a disfunção sexual diagnosticada, ou existem outros fatores ou elementos adicionais que concorrem para originar e perpetuar este transtorno? De facto, os profissionais de saúde podem tender a interpretar o abuso como fator desencadeante da disfunção sexual, embora esta associação nem sempre seja inequívoca.

Assim, e após abordar os antecedentes da doente, os profissionais devem proceder a uma verificação junto da mesma para determinar se esta se identifica ou não como vítima de ASI. Tal procedimento visa evitar atitudes paternalistas, onde o médico conclui que os problemas sexuais do paciente estão exclusivamente ligados às suas

experiências sexuais infantis, promovendo, em contrapartida, os direitos da paciente à autonomia e à reciprocidade na dinâmica médico-paciente (13).

Terapia sexual tradicional

Uma das questões empíricas mais críticas na terapia sexual é como combinar componentes e técnicas específicas com tipos singulares de psicopatologias, doentes e etiologias. Portanto, embora a terapia sexual inclua uma variedade de ferramentas e abordagens para tratar disfunções sexuais, o tratamento de populações únicas, como as vítimas de ASI, pode exigir modificações (2,13,15).

Além dos produtos farmacêuticos concebidos para tratar as disfunções sexuais, nomeadamente os inibidores da fosfodiesterase-5, a terapia sexual tradicional abrange também uma série de abordagens que incluem o treino de habilidades sexuais, a terapia do foco sensorial, a terapia cognitivo-comportamental, o treino da comunicação entre parceiros, técnicas de relaxamento muscular, exercícios de masturbação (como o método “*stop-start*”) ou a educação sexual. No entanto, a maioria dessas intervenções é destinada à população geral, sendo que os estudos realizados até ao momento não examinaram a sua eficácia ou demonstraram resultados inconsistentes entre indivíduos com histórico de ASI (13,19).

De facto, ao aplicar a terapia sexual tradicional a mulheres com DSF e história de ASI, incorremos no risco de impor expectativas “normais” para as respostas sexuais e objetivos “normais” para a terapia sexual que, para esta população, podem resultar em mais disfunção e insatisfação sexual. Por exemplo, adotar a terapia sexual tradicional em mulheres com PDGPP e história de ASI poderia, de facto, permitir-lhes a penetração vaginal sem dificuldade durante a relação sexual, mas deixaria passar despercebido o facto da mulher o fazer compelida para obter a aprovação do parceiro, quer devido ao medo de ser rejeitada pelo mesmo quer ao de não se sentir integrada e aceite. Também algumas técnicas tradicionais de terapia sexual, como a do foco sensorial, podem ser avassaladoras para muitas mulheres que sofreram de ASI (13,14,19).

Assim, tratar as DSF através do prisma do trauma exige que se restaure o prazer e a função sexual, mas também que se proteja as vítimas de sintomas negativos ou sintomas traumáticos. Para tal, os terapeutas necessitam de explorar as experiências particulares deste grupo, contemplando-as nos objetivos do tratamento (13).

Farmacoterapia

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Enquanto as mulheres sem histórico de ASI revelaram um aumento estatisticamente significativo na amplitude do pulso vaginal durante o tratamento com testosterona e vardenafil em comparação com placebo, as mulheres com história de ASI não demonstraram alterações na sua resposta sexual fisiológica durante este tratamento medicamentoso combinado. Similarmente, mas incidindo sobre a lubrificação vaginal, a qualidade da sensação orgástica e a capacidade de atingimento do orgasmo, o sildenafil teve resultados positivos apenas limitados entre vítimas de ASI (13,14).

A ausência de eficácia medicamentosa para disfunções sexuais em mulheres vítimas de ASI reforça a necessidade de abordagens alternativas, não farmacológicas, fundamentadas na melhor evidência, para tratar estas questões.

Impõem-se, igualmente, questões éticas sobre o uso de fármacos que visem aumentar o desempenho sexual em mulheres vítimas de ASI. A utilização de produtos farmacológicos que induzem mudanças fisiológicas e aumentam a excitação sexual em mulheres que sofreram de ASI, sem um suporte psicológico paralelo adequado, pode resultar em relações sexuais funcionais mas carentes de um aspeto emocional satisfatório, atendendo-se mais às necessidades do parceiro do que às da própria sobrevivente. Além do mais, se/quando estes produtos não se mostram eficazes, podem-se agravar danos psicológicos, reforçando-se sentimentos de fracasso e colocando ambas as partes sob uma pressão ainda maior (13).

Terapia ao parceiro da vítima

Estudos realizados a parceiros sexuais de vítimas de ASI relatam as dificuldades por estes sentidas em equilibrar as suas próprias necessidades emocionais, relacionais e físicas com as da sua parceira. Frequentemente, os parceiros enfrentam o duro dilema de expressar os seus desejos, temendo magoar ou perder a sua companheira.

Muitos sentem-se desanimados pela ausência ou infrequência das relações sexuais mas, concomitantemente, impotentes relativamente às dificuldades e emoções negativas percebidas pela parceira. Não raros são os casos daqueles que reprimem o seu desejo sexual para evitar saírem frustrados pela necessidade não satisfeita de proximidade física e emocional.

Ainda mais alarmante é o facto dos parceiros de vítimas de ASI relatarem sentir-se excluídos do processo terapêutico, afirmarem que os terapeutas não ajudam os seus doentes a desenvolver intimidade com o seu parceiro ou até reconhecer que foram tratados como perpetuadores do trauma.

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Se, sob o ponto de vista de ajuda à sobrevivente, há estudos que demonstraram que o parceiro sexual tem um papel fulcral no processo terapêutico, por outro, reenquadrar os problemas sexuais apresentados numa adversidade para ambos ajuda quer a reduzir a culpa da sobrevivente como a evitar que o seu parceiro minimize quaisquer problemas sexuais próprios.

Embora a maior parte da literatura sobre terapia sexual sugira que envolver ambos os parceiros é mais eficiente do que tratar apenas o indivíduo que apresenta a disfunção sexual, não está claro se esta recomendação se estende ao tratamento de vítimas de ASI. Na verdade, a maioria das abordagens de tratamento atuais para mulheres com DSF e história de ASI são individualizadas (6,13).

Terapia da atenção plena

Estudos indicam que níveis reduzidos de atenção plena podem mediar a relação entre ASI e sintomas pós-traumáticos, apontando uma possível explicação para disfunções sexuais entre vítimas de ASI (13,20).

De facto, a terapia baseada na atenção plena, originada na prática budista e centrada na consciência do momento presente, tem demonstrado eficácia sustentada em mulheres com DSF que tenham sido vítimas de ASI ao mitigar associações cognitivas erráticas relacionadas com o sexo, reduzir a ativação do sistema nervoso simpático (que ocorre em resposta aos altos níveis de stress experimentados pelas vítimas), legitimar os seus desejos e necessidades, melhorar a atenção e consciência progressiva das respostas fisiológicas das mulheres aos estímulos sexuais e minimizar as distrações que interferem na função sexual (13).

Um ensaio clínico randomizado, conduzido em 2012 por Brotto et al., comparou a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) com a da TAP em mulheres com história de ASI e DSF. Ambos os grupos experimentaram redução no sofrimento sexual, mas o grupo de TAP evidenciou uma resposta subjetiva de excitação sexual superior à da TCC e aos níveis pré-tratamento, para o mesmo nível de estimulação genital (13). Também em 2016, Brotto, Chivers, Millman e Albert concluíram que as intervenções baseadas na atenção plena têm um efeito positivo na sexualidade, particularmente no desejo sexual (20).

O *Paradoxo da Dor*, uma teoria proposta por Briere em 2015, oferece um modelo útil para compreender as inter-relações entre o trauma complexo de infância (onde se inclui o ASI), a angústia psicológica, a atenção plena e a satisfação sexual. Esta teoria

refere-se à tendência em adotar comportamentos que mantêm o sofrimento e impedem a vivência de aspetos fundamentais da vida associados ao bem-estar, enquanto se tenta evitar estados internos dolorosos ou perturbadores. Segundo esta perspectiva, o modelo apresentado neste estudo sugere que o ASI está associado ao aumento da angústia psicológica na idade adulta, ou seja, a estados de perturbação interna. Por sua vez, esta angústia psicológica pode resultar numa menor atenção plena, utilizando-se esta estratégia como forma de retração ou supressão da consciência desses mesmos estados. No entanto, a redução da atenção plena, embora inicialmente utilizada como mecanismo de coping, pode paradoxalmente prolongar ou agravar essa angústia, levando a outras dificuldades e a menor satisfação global na vida, incluindo na esfera sexual (20).

Ainda acerca da relação entre o ASI, a atenção plena e a satisfação sexual, estudos demonstram que indivíduos focados no presente demonstram maior capacidade de introspeção, autenticidade e aceitação, além de apresentarem maior autoconsciência e menos autoavaliação negativa; esta capacidade proporciona um espaço mental mais amplo para processar experiências traumáticas, permitindo que as vítimas de ASI encarem tais cenários como contribuições positivas para suas vidas; através deste mecanismo de reavaliação positiva, a experiência do momento presente pode tornar-se progressivamente menos contaminada por experiências sexuais traumáticas que ocorreram no passado, levando a uma maior abertura para desfrutar da vida sexual (23).

Este estado metacognitivo atua, concomitantemente, como fator protetor da perpetuação ou cristalização de autoesquemas sexuais deturpados pelo abuso (23). Os resultados do estudo de Newcombe e Weaver ofereceram suporte empírico a esta teoria, evidenciando que a reduzida disposição para a atenção plena entre as mulheres vítimas de ASI se correlacionava com uma maior distração cognitiva, isto é, pensamentos relacionados à aparência física própria e ao desempenho durante as atividades sexuais, o que, conseqüentemente, se traduzia numa menor satisfação sexual (20).

Nesta ótica, a TAP poderia incrementar a consciência e a distância perante memórias negativas associadas ao trauma ou à narrativa interna, o que, por conseguinte, poderia ajudar mulheres com história de ASI que sofrem de PIES e, concomitantemente, favorecer um aumento na sua satisfação sexual (13,20,23).

O poder do grupo não pode ser subestimado, pois desde cedo estas vítimas perderam o seu sentido de comunidade e pertença. Sentir-se interligado, compreendido e acreditado é capacitador e ajuda a restabelecer um sentido de segurança e conexão com

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

os seus corpos. De facto, vários são os autores que defendem a eficácia da terapia baseada na atenção plena em contexto coletivo (22).

Escritoterapia

A escritoterapia encoraja os participantes a refletir e a escrever estruturadamente sobre os seus pensamentos e sentimentos mais profundos. Durante as sessões, os participantes são convidados a reconsiderar as suas crenças, compreender as razões que os levam a mantê-las e identificar as mudanças necessárias (13,14).

No que se refere à DSF por ASI, a ET ganha espaço com a exposição e habituação a memórias traumáticas, reavaliação cognitiva e reintegração dessas experiências (agora exploradas e mais bem entendidas) nas autorrepresentações sexuais (13,14,25,27).

Propôs-se ainda que a ET poderia ser uma forma particularmente útil de tratamento de DSF em mulheres com histórico de ASI pois estas poderiam controlar o ritmo e a intensidade das sessões de tratamento; já que o ASI assenta no controlo sobre a vítima, quaisquer métodos que lhe devolvam o controlo durante o tratamento podem acelerar o processo de cura (19,25).

Meston et al. testaram o efeito desta intervenção em 91 mulheres com DSF e história de ASI. Neste ensaio clínico randomizado, que encerrava 5 sessões de ET, as mulheres foram divididas em dois grupos: um focado no trauma e o outro focado nos esquemas sexuais. Enquanto o primeiro grupo seguiu o procedimento padrão e escreveu sobre o trauma sexual vivenciado, o segundo grupo foi instruído a explorar o impacto desse mesmo abuso nas suas crenças sobre a sexualidade e sobre si mesmas. Embora ambos os grupos tenham melhorado a sua função sexual, o segundo denotou um impacto mais significativo. Conclui-se, portanto, que as mulheres que sofreram de ASI não devem apenas resolver a memória traumática em si, mas também o efeito contingente no resto do seu desenvolvimento sexual (13,19).

Numa investigação acerca do reajuste dos autoesquemas sexuais em mulheres vítimas de ASI após 5 sessões de ET, concluiu-se que temas como o existencialismo foram mais vezes mencionados após o tratamento, particularmente na última sessão de acompanhamento, que ocorreu seis meses após o término das 5 sessões de ET inicialmente estipuladas; assim se infere que o processo de reflexão e de atribuição de significado ao trauma ocorre apenas a longo-prazo, sugerindo que a continuidade dos exercícios de ET além das 5 sessões iniciais pode trazer benefícios adicionais (25).

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

Um outro estudo, desta vez conduzido por Pulverman, Lorenz e Meston, teve como objetivo avaliar se, após um processo terapêutico de ET, haveria uma aproximação na seleção vocabular de mulheres que foram vítimas de ASI em relação àquelas sem este histórico. Os resultados revelaram que, após esta estratégia terapêutica, houve uma redução significativa no uso da primeira pessoa do singular “eu”, palavras referentes a emoções negativas e verbos no pretérito perfeito, enquanto se verificou um aumento da utilização de palavras referentes a emoções positivas e verbos no presente.

Nesta amostra, a redução do pronome pessoal “eu” foi associada a uma diminuição de sintomas depressivos, já que se considera que o ênfase nesta palavra espelha o foco autorreflexivo ruminante que pode estar associado à sintomatologia depressiva; ademais, já que a depressão é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DSF, esta relação pode igualmente refletir o impacto da depressão na saúde sexual.

As descobertas deste estudo sugerem que, embora emoções positivas possam ser um indicador geral de bem-estar sexual, a redução das palavras referentes a emoções negativas prenuncia uma melhoria da função e satisfação sexual de mulheres vítimas de ASI que foram especificamente submetidas a ET.

A escrita de experiências traumáticas pode ter auxiliado a forma como as mulheres avaliam o impacto das vivências sexuais anteriores no seu “eu sexual” atual, resultando numa melhoria do seu bem-estar sexual. Contudo, a constatação de que o uso de palavras relacionadas ao distanciamento psicológico (poderia, deveria, iria) permaneceu inalterado após o tratamento, sugere que esta melhoria não decorre de uma tentativa de afastar o passado; em vez disso, conforme as mulheres vítimas de ASI utilizaram a ET para integrar essas memórias num autoesquema sexual mais equilibrado e bem-adaptado, a sua linguagem pode ter naturalmente evoluído do enfoque no passado para o presente.

Destarte, este estudo adquire uma enorme relevância ao indicar que a análise linguística dos resultados da ET pode ser uma ferramenta útil para os clínicos monitorizarem o progresso do tratamento, oferecendo informações adicionais e menos suscetíveis a vieses comparativamente a questionários validados de autorrelato (19).

No que concerne à ativação sustentada do sistema nervoso simpático enquanto mecanismo que explica a relação entre o ASI e as DSF, um estudo de Lorenz, Meston e Hart explorou a possibilidade das mudanças autonómicas que resultam da ET poderem

estar associadas a alterações na função sexual. Estes autores concluíram que à medida que o equilíbrio autonómico das mulheres face a estímulos sexuais (que, neste caso, correspondiam à escrita sobre os seus pensamentos e sentimentos em relação à sexualidade) se tornou menos desregulado (isto é, mais próximo do esperado de uma mulher que nunca foi sexualmente abusada), eram relatadas melhorias quer na excitação sexual como na função orgástica. Estes resultados destacam, portanto, a importância de uma abordagem ideográfica no tratamento da DSF; por exemplo, fármacos que reduzem a atividade simpática (nomeadamente os antidepressivos) e, conseqüentemente, causam efeitos colaterais na excitação sexual e capacidade de atingir um orgasmo em mulheres sem histórico de trauma, podem, em teoria, melhorar a função e satisfação sexual em vítimas de ASI que apresentem desregulação autonómica (27).

Terapia focada nas emoções

A terapia focada nas emoções (TFE) possui propriedades motivacionais e fenomenológicas únicas que influenciam a percepção, a cognição e o comportamento.

A intimidade sexual pode suscitar uma variedade de sentimentos e emoções entre as mulheres que sofreram de ASI, nomeadamente a culpa, o medo, a vergonha, a raiva ou a tristeza, as quais resultam em evitamento e retraimento. O ciclo vicioso ocorre quando esses sentimentos e comportamentos evocam frustração, rejeição, pressão ou até agressividade por parte do parceiro. Neste ponto, e sob a alçada da TFE, o terapeuta valida essas associações erráticas cognitivo-emocionais, ajuda a reformular a experiência traumática como uma vitimização para ambos os parceiros, delinea limites de segurança (o parceiro concordaria em tornar explícitas as suas intenções sexuais, por exemplo) e ajuda o casal a reprocessar essas emoções negativas.

O objetivo final foca-se, então, em estabelecer padrões positivos de associações cognitivo-emocionais relacionadas ao sexo, fortalecer o vínculo da confiança e fornecer uma base de apego segura a partir da qual se aumenta a satisfação sexual e diminui os sintomas do trauma (13).

Terapia da sexualidade positiva

A terapia da sexualidade positiva (SP), sugerida por Baggett *et al.* em 2017, refere-se a uma abordagem que encara a sexualidade, incluindo o prazer sexual, como uma parte normativa e essencial do comportamento e bem-estar humano, sublinhando a importância da experiência do prazer sexual e não apenas a ausência de disfunção sexual (13).

Disfunções sexuais em mulheres expostas ao abuso sexual em idade pediátrica

O modelo quadridimensional de Gina Ogden corrobora esta visão ao analisar as experiências sexuais dos indivíduos a partir de quatro perspectivas: física, mental, emocional e espiritual. No âmbito físico, aborda uma variedade de experiências sensoriais, estimulação genital, relações sexuais, orgasmo, dor e disfunção sexual; o aspeto mental incorpora pensamentos, sistemas de crenças e valores familiares; o quadrante emocional inclui elementos como confiança, abertura emocional e sentimentos como raiva e medo; a dimensão espiritual engloba significados atribuídos às questões sexuais e uma ligação íntima consigo mesmo e com o parceiro. Este modelo oferece uma abordagem holística para expandir a consciência sobre a sexualidade, útil em contextos onde a discussão do tema pode ser difícil (22).

Em suma, o objetivo da SP não se limita a superar o evitamento sexual, mas sim a abraçar a sexualidade e a promover um senso saudável de sexualidade, frequentemente afetado pelas experiências traumáticas (13).

Mapeamento corporal

Embora muitas técnicas terapêuticas dependam da memória e da expressão verbal do ASI, o mapeamento corporal (MC) destaca-se pela facilidade de abordar experiências, percepções, pensamentos e emoções difíceis de ser lembradas ou verbalizadas. Este método é, portanto, especialmente útil para indivíduos com eventos traumáticos passados que muitas vezes carecem de uma memória coerente ou compreensão adequada sobre o trauma que vivenciaram. O MC facilita a integração entre o corpo e a mente, permitindo o esclarecimento e a interpretação de sensações ligadas a memórias reprimidas.

Em 2015, Zoldbrod sugeriu a aplicação da técnica de MC para tratar questões sexuais em mulheres vítimas de ASI. De acordo com este autor, associações negativas com o toque podem afetar a capacidade de sentir prazer sexual e levar a distúrbios sexuais graves. Tendo isto em mente, instruiu mulheres com história de ASI a imaginar serem tocadas por alguém que amam enquanto coloriam um mapa corporal a três cores (vermelho, amarelo e verde). A verde pintariam as áreas do corpo que, se tocadas, associariam a emoções positivas e a vermelho aquelas que despoletariam sentimentos negativos.

Este exercício ajuda as mulheres a refletir sobre as suas associações cognitivas relacionadas ao toque, promovendo o reprocessamento emocional. Também o progresso terapêutico pode ser evidenciado através desta abordagem, permitindo à mulher ver uma integração progressiva das suas emoções e sensações ao longo do tratamento. O

mapeamento corporal também oferece uma ferramenta para que os parceiros das vítimas compreendam as áreas que ainda correspondem a *triggers* e aquelas consideradas seguras (13).

Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares

A Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (TDRMO) é amplamente utilizada como auxílio para os doentes superarem sintomatologia traumática.

O modelo teórico que serve de base a esta terapêutica aborda a origem dos sintomas de perturbações psicológicas como resultado de experiências traumáticas não processadas. As memórias destas experiências retêm elementos mais viscerais, como emoções ou sensações físicas, que são aberrantemente associados a outras memórias não relacionadas. Durante esta técnica, é recriado o que acontece naturalmente na fase REM do sono, isto é, movimentos oculares rápidos, através da estimulação visual, auditiva ou tátil bilateral, enquanto o paciente se concentra na memória traumática. Este cenário permite obter acesso a estas memórias e dessensibilizar a carga negativa a elas associada, possibilitando uma resolução adaptativa com diminuição do sofrimento.

Tal terapêutica é particularmente relevante quando se considera o ASI e o seu impacto na função sexual, existindo já protocolos específicos de TDRMO na esfera do trauma sexual (22).

Tratamento de comorbilidades

É frequentemente sugerido que a psicopatologia relacionada ao ASI, nomeadamente a depressão ou a PSPT, deve ser convenientemente resolvida antes de serem abordadas as problemáticas sexuais (13,14). Num manual de referência sobre questões terapêuticas relacionadas ao ASI *“recomenda-se que os terapeutas abordem os efeitos mais gerais do abuso sexual, como depressão, raiva, autoacusaçã, comportamentos destrutivos e questões de confiança, antes de trabalhar nos problemas sexuais”*. Outros autores propuseram modelos em que a psicopatologia medeia a relação entre a superação do ASI e as disfunções sexuais, implicando que a resolução da psicopatologia levaria à resolução das mesmas. Esta hipótese parece ainda mais razoável quando a epidemiologia nos mostra que as mulheres com história de ASI têm 1,3 a 2,2 vezes mais probabilidade de relatar Depressão Major ou outras perturbações do humor, e 2,1 a 2,6 vezes mais probabilidade de sofrer de PSPT ou quando Paolucci, Genuis e

Violato identificaram efeitos moderados na relação entre ASI e depressão, PSPT, suicídio e comportamentos sexuais de risco (14,15,19).

No entanto, há também inúmeros estudos que refutam esta hipótese ao determinar que as disfunções sexuais podem estar presentes em vítimas de ASI mesmo na ausência de outra psicopatologia associada, e que as disfunções sexuais podem persistir mesmo após a resolução das suas comorbilidades (13,14,19,26). Por exemplo, Rieckert e Möller conduziram um ensaio com 42 mulheres que possuíam antecedentes de ASI, aplicando a Terapia Racional-Emotiva Comportamental em grupo; após 10 sessões semanais, as participantes no grupo de tratamento transitaram da categoria de depressão grave, conforme avaliado pela Escala de Depressão de Beck, para a faixa normal; essa melhoria manteve-se no acompanhamento realizado após 8 semanas; contudo, não se registaram diferenças significativas entre as participantes que receberam o tratamento e as do grupo de controlo, quando avaliadas por meio de uma medida validada de função sexual e satisfação. Num outro estudo, Classen *et al.* investigaram os efeitos de um protocolo terapêutico focado no trauma em 166 vítimas de ASI; as análises realizadas com base na intenção de tratamento revelaram que, após 24 sessões semanais, as participantes na condição de tratamento apresentaram uma diminuição significativa na gravidade da PSPT em comparação com um grupo de controlo, apesar de não evidenciarem mudanças importantes relativas às suas preocupações sexuais (14). Também O'Driscoll e Flanagan concentraram os seus esforços nesta questão e concluíram que o tratamento psicológico para a PSPT não tem efeito sobre as disfunções sexuais (13).

Desta forma, e embora os resultados sejam divergentes relativamente à eficácia do tratamento da depressão e da PSPT no tratamento das DSF em vítimas de ASI, é evidente que tratar estas comorbilidades é também importante (8,14). Especificamente, a TAP e a ET têm demonstrado resultados positivos (14,19,22,27).

Um estudo realizado em mulheres universitárias com histórico de ASI revelou que a escrita focada no trauma não apresentou vantagens em relação à escrita sobre tópicos triviais na redução dos sintomas de PSPT. No entanto, como esta não era uma população clínica, os sintomas iniciais de PSPT eram de baixa amplitude, o que limitou a margem para possíveis melhorias adicionais. Num outro estudo envolvendo mulheres adultas que sofreram de ASI, verificou-se que a ET não conduziu a melhorias nos sintomas depressivos; contudo, os autores destacaram que, embora o seu protocolo envolvesse sessões consecutivas, as análises comparativas mostram que o intervalo entre essas sessões influencia os benefícios desta estratégia terapêutica, sugerindo que

possivelmente não houve tempo suficiente para que os participantes processassem o conteúdo da sua escrita entre as sessões.

Em contraste com estes dois estudos não tão promissores, Koopman *et al.* investigaram um tratamento de ET distribuído ao longo de várias semanas (e não de apenas 5 sessões semanais como tinha inicialmente previsto o protocolo de Batten *et al.*), em mulheres que não frequentavam a universidade e que tinham histórico de ASI; foi observada uma interação significativa entre este tratamento e o nível de depressão no início do estudo, indicando que mulheres com um nível inicial elevado de depressão obtiveram mais benefícios da ET, enquanto mulheres com baixos níveis de depressão ou no grupo de controlo não demonstraram melhorias. Além destes resultados encorajadores sugerirem que, para mulheres com um sofrimento psicológico significativo relacionado ao abuso sexual, a ET pode ser benéfica, esta é uma técnica fácil de conduzir, acessível e geralmente intuitiva para a maioria dos doentes (14).

Conclusão e perspectivas futuras

Relativamente ao impacto do ASI na etiopatogénese de cada uma das disfunções sexuais femininas, com esta dissertação foi possível concluir que a PIES é aquela cuja relação se mostrou mais significativa.

No que respeita ao impacto do ASI na PCSC, os estudos indicaram uma forte associação entre ambos, especialmente em populações em tratamento para dependência sexual.

Os estudos sobre a relação entre o ASI e condições de dor genitopélvica, como vaginismo e vestibulodinia provocada, apresentaram resultados inconsistentes. Contudo, em relação à dispareunia, mulheres com histórico de abuso sexual penetrativo mostraram maior angústia psicológica e funcionamento sexual comprometido.

Apesar de terem sido considerados mecanismos que explicam a relação entre o ASI e a POF bem como possíveis estratégias terapêuticas aplicáveis em mulheres com POF e histórico de ASI, os artigos selecionados para a elaboração desta tese não abordaram o elo estatístico entre ambas.

Porque nem todas as mulheres que sofrem abuso sexual em idade pediátrica desenvolvem uma DSF em adultas, concluiu-se que a ocorrência de dificuldades a este nível pode ser influenciada por uma combinação única e complexa de vulnerabilidades cognitivas e individuais, características específicas do abuso e fatores sociodemográficos.

As implicações da internalização de crenças negativamente distorcidas pelo ASI a respeito do autoconceito sexual, a hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em resposta aos elevados níveis de stress associados ao ASI (enquanto promotora de situações mal adaptativas como a PSPT), o maior stress diário percebido pelas vítimas de ASI e a ativação sustentada do sistema nervoso simpático, destacaram-se como uma teia complexa de fatores que influenciam a funcionalidade e a satisfação sexual de mulheres que enfrentaram ASI.

Constatou-se, também, que a despersonalização pode não ser suficiente para causar PIES em mulheres que sofreram ASI, mas a desrealização pode ser particularmente eficaz na promoção de um comprometimento profundo para com a relação e o parceiro sexuais. A dissociação atua, então, como uma estratégia positiva para

alcançar o bem-estar sexual, ao invés de como um mecanismo que medeia a relação entre o abuso e a DSF.

A interação e potencialização destes mecanismos destacaram a necessidade de abordagens terapêuticas holísticas que priorizem não apenas o prazer ou a função sexual, como também a atenuação de sintomas físicos, psicológicos e emocionais decorrentes do trauma ou das comorbilidades associadas. Apesar das terapêuticas descritas neste trabalho serem individualizadas, a literatura sugere incluir o parceiro sexual ou, até mesmo, a comunidade, uma vez que sentir-se conectado e compreendido contribui para o restabelecimento de segurança, conexão com o próprio corpo e satisfação conjugal.

Além disso, a prevenção do ASI e a proteção das crianças contra seus efeitos adversos mostraram-se imperativos incontestáveis. Estratégias preventivas, como programas educativos nas escolas e intervenção precoce por parte de profissionais de saúde, devem ser implementadas e fortalecidas para mitigar os impactos negativos do ASI no desenvolvimento futuro das crianças.

Por fim, as críticas levantadas abordam desafios na definição e operacionalização de variáveis-chave, lacunas metodológicas nos estudos e preocupações com a amostragem, especialmente no que concerne à inclusão frequente de amostras da comunidade. Também a diversidade de ferramentas de medição, a sua maioria baseada em autorrelatos, pode contribuir para a variação significativa do impacto do ASI nas disfunções sexuais femininas. Para uma avaliação mais precisa da sintomatologia traumática, sugere-se que futuras pesquisas adotem medidas validadas ou derivadas de critérios diagnósticos clínicos, como os estabelecidos no DSM-5.

Bibliografia

1. Bird ER, Seehuus M, Clifton J RA. Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*. 2013;43(5):953–64.
2. Cavanaugh CE, Harper B, Classen CC, Palesh O, Koopman C SD. Experiences of mothers who are child sexual abuse survivors: A qualitative exploration. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015;24(5):506–25.
3. Dimas K, Hidalgo J, Illes RA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition, text revision*. Fifth Edit. American Psychiatric Association. 2022. 463–469 p.
4. Gewirtz-Meydan A. Treating Sexual Dysfunctions Among Survivors of Child Sexual Abuse: An Overview of Empirical Research. *Trauma, Violence & Abuse*. 2022;23(3):840–53.
5. Gewirtz-Meydan A, Ofir-Lavee S. Addressing Sexual Dysfunction After Childhood Sexual Abuse: A Clinical Approach from an Attachment Perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2021;47(1):43-59.
6. Godbout N, Bakhos G, Dussault É, Hébert M. Childhood Interpersonal Trauma and Sexual Satisfaction in Patients Seeing Sex Therapy: Examining Mindfulness and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2020;46(1):43–56.
7. Guyon R, Fernet M, Girard M, Cousineau MM, Tardif M, Godbout N. Who am I as a Sexual Being? The Role of Sexual Self-Concept Between Dispositional Mindfulness and Sexual Satisfaction among Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*. 2023;38(7–8):5591–612.
8. Jackowich RA, Smith KB, Brotto LA. Pain Characteristics, Psychosocial Wellbeing, and Sexual Wellbeing of Women Diagnosed With Provoked Vestibulodynia and a History of Sexual Abuse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020;43(4):447-54.

9. Kiminik, Chelsea D; Meston C. Role of Body Esteem in the Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With and Without a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sexual Medicine*. 2016;17(6):139–48.
10. Labadie C, Godbout N, Vaillancourt-Morel MP, Sabourin S. Adult Profiles of Child Sexual Abuse Survivors: Attachment Insecurity, Sexual Compulsivity, and Sexual Avoidance. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2018;44(4):354–69.
11. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Avecilla-Palau À, et al. Child and Adolescent Sexual Abuse in Women Seeking Help for Sexual and Reproductive Mental Health Problems: Prevalence, Characteristics, and Disclosure. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017;26(3):246–69.
12. Lorenz, Tierney K; Harte, Christopher B; Meston C. Changes in Sympathetic Nervous System Activity are Associated with Changes in Sexual Wellbeing in Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(7):1545–54.
13. MacIntosh HB, Ménard AD. Where are We Now? A Consolidation of the Research on Long-term Impact of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):253–7.
14. Meston CM, Lorenz TA, Stephenson KR. Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(9):2177–89.
15. Meyer D, Cohn A, Robinson B, Muse F, Hughes R. Persistent Complications of Child Sexual Abuse: Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017;26(2):140–57.
16. Naszydłowska K, Kossak D. Sexual abuse in childhood – Outcomes and psychological help. *Acta Neuropsychologica*. 2016;14(2):101–12.
17. Newsom K, Myers-Bowman K. “I Am Not A Victim. I Am A Survivor”: Resilience as a Journey for Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017;26(8):927–47.

18. Ng AHN, Boey KW, Kwan CW, Ho RYF, Ho DYL. Sexual Self-Concept and Psychological Functioning of Women With a History of Childhood Sexual Abuse in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*. 2022;34(2):177–96.
19. Noll JG. Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17:439–64.
20. Pulverman CS, Lorenz TA MC. Linguistic Changes in Expressive Writing Predict Psychological Outcomes in Women With History of Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Dysfunction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015;14(4):535–62.
21. Pulverman CS, Boyd RL, Stanton AM, Meston CM. Childhood Sexual Abuse Following Expressive Writing Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017;9(2):181–8.
22. Slavin MN, Scoglio AAJ, Blycker GR, Potenza MN, Kraus SW. Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior: A Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports*. 2020;7(1):76–88.
23. Stephenson KR, Pulverman CS MC. Assessing the Association Between Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Experiences in Women with Sexual Difficulties. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;20(3):251–62.
24. Tetik S, Unlubilgin E, Kayikcioglu F, Meric NB, Boran N, Tekin OM. The Role of Anxiety and Childhood Trauma on Vaginismus and Its Comorbidity with Other Female Sexual Dysfunctions. *International Journal of Sexual Health*. 2020;32(3):225–35.
25. Wang SJ, Chang JJ, Cao LL, Li YH, Yuan MY, Wang GF, et al. The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. 2023;(81).
26. Wohl A, Kirschen GW. Betrayal of the Body: Group Approaches to Hypo-Sexuality for Adult Female Sufferers of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2018;27(2):154–60.

27. Zollman G, Rellini A, Desrocher D. The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2013;39(2):176–92.