**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO-PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

AMANDA DIOGO PAP

**A relação entre a experiência de abuso sexual na infância e queixas
de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

**São Paulo
2019**

AMANDA DIOGO PAP

**A relação da experiência de abuso sexual na infância e queixas
de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pap, Amanda Diogo

A relação da experiência de abuso sexual na
infância e queixas de dor pélvica crônica e disfunção
sexual masculina / Amanda Diogo Pap. -- São Paulo,
2019.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientador: Claudio Cohen.

Descritores: 1.Abuso sexual na infância
2.Disfunções sexuais psicogênicas 3.Dor pélvica
4.Transtornos somatoformes 5.Saúde do homem

USP/FM/DBD-047/19

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Amanda Diogo Pap

Título: A relação entre a experiência de abuso sexual na infância e queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

A Dora Ney Diogo Pap, pela transmissão do amor mais sincero e por me
acompanhar em cada realização.

Ao David Pap, pelo incentivo, encorajamento e por me mostrar durante toda a vida
o meu potencial.

Ao Rafael Miranda, pela parceria, cumplicidade e apoio recebido a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Claudio Cohen, por acreditar na realização deste projeto e pelas conversas acolhedoras e cheias de conhecimentos que me nortearam para a elaboração deste trabalho.

Ao CEARAS, pelos aprendizados durante todo o período de estágio. Agradeço especialmente às colegas Livia Zanin e Valéria Panhoni por compartilhar as angústias e conhecimentos durante todo processo de estágio e mestrado.

Aos membros da Comissão Examinadora do Exame de qualificação, Carmita Abdo, Jefferson Drezett e José Cury, agradeço as ricas contribuições.

Ao Reinaldo Ayer, pela presença que sempre encoraja e enaltece o nosso valor.

Aos amigos Andre Minari, Andrea Edde e Isabela Teixeira pela ajuda e apoio durante toda a escrita da tese.

Ao meu parceiro de vida Rafael Miranda por me acompanhar e embarcar em casa sonho. Agradeço por me mostrar o verdadeiro sentido de companheirismo e amor.

Ao meu irmão Dauri Ney e cunhado Ismar Frango, por serem uma inspiração e exemplo de vida e pelo cuidado genuíno.

Aos meus pais Dora Ney e David Pap, pelo apoio e amor incondicional e por me ensinarem a ser forte e batalhar pelos meus sonhos.

EPÍGRAFE

“Há duas tragédias na vida: uma a de não satisfazermos os nossos desejos, a outra de nos satisfazermos.”

Oscar Wilde

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptadas de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3^a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com a *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

RESUMO

Pap AD. *A relação da experiência de abuso sexual na infância e queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: Estudos realizados com mulheres apontam para a importância de se fazer uma avaliação de ocorrência de abuso sexual infantil em pacientes com disfunções sexuais e dor pélvica crônica, pois o histórico de abuso aumenta o risco de apresentarem problemas sexuais na vida adulta. O Abuso sexual infantil é um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais e culturas. No Brasil é a segundo maior tipo de violência entre crianças de 0 a 9 anos. Diferentemente de mulheres, há poucos estudos relacionam a experiência de abuso sexual infantil e o desenvolvimento de queixas urológicas que afetem a função sexual masculina. **OBJETIVO:** Avaliar a relação entre a experiência de abuso sexual na infância e as queixas de dor pélvica crônica (DPC), disfunção erétil (DE) e/ou ejaculação precoce (EP). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo cross-section. A amostra foi composta por oitenta homens, entre 30 e 59 anos, pacientes da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas, que apresentavam EP, DE e/ou DPC. Os dados foram coletados por um ano. O antecedente de abuso sexual na infância foi avaliado por meio do questionário de *Childhood Sexual Experiences Questionnai*, traduzido e testado para uso na pesquisa. Também foi avaliado o tipo de abuso, pessoas envolvidas, idade de início e tempo de duração do abuso, opção sexual, estado civil e fatores de risco (cardiopatia, hipertensão, diabetes e doenças psiquiátricas) para EP, DE e DPC. Na análise estatística o teste de Qui Quadrado foi utilizado para avaliar as variáveis categóricas e o GLM univariado para avaliar as variáveis contínuas, representadas por média $\pm$ desvio padrão. Os dados contínuos foram representados em frequência absoluta e percentual (%). **RESULTADOS:** A amostra se caracterizou por homens predominantemente heterossexuais e em união estável. A média de idade foi de 50,2 anos. O grupo com DE apresentou maior índice de diabetes comparado com os demais. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à hipertensão, cardiopatia e transtornos psiquiátricos. Não houve diferença entre os grupos quanta a prevalência de abuso. 10% do total da amostra relatam ter sofrido abuso com ou tentativa de penetração. A média de idade do início do abuso foi de 9,6 anos. A maioria dos abusos durou mais de um ano sendo que em todos os episódios a pessoa envolvida era conhecida da criança. **CONCLUSÃO:** A alta prevalência de abuso sexual infantil na amostra revela um problema na notificação dos casos ocorridos com o gênero masculino, pelo estigma do abuso com meninos, conceito restrito de abuso (focados em casos graves), despreparo dos profissionais de saúde e educação em identificar os casos. A literatura indica maiores taxas de abuso com a população feminina, mesmo comparado com estes dados a prevalência de violência sexual infantil é maior nesta pesquisa, reforçando a hipótese de que o antecedente de violência sexual é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde que afetam a sexualidade masculina.

Palavras chave: abuso sexual na infância; disfunções sexuais psicogênicas; dor pélvica; transtornos somatoformes; saúde do homem

ABSTRACT

Pap AD. *The relationship between childhood sexual abuse experience and complaints of chronic pelvic pain and male's with sexual dysfunction* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

INTRODUCTION: Child sexual abuse is a universal phenomenon that affects all ages, social classes and cultures. In Brazil it is the second largest type of violence among children from 0 to 9 years old. Many studies point to the importance of evaluating the occurrence of child sexual abuse in patients with sexual dysfunctions and chronic pelvic pain, since the history of abuse increases the risk of presenting sexual problems in the adult life. Unlike women, there are few studies that relate the experience of child sexual abuse and the development of urological complaints that affect male sexual function. **OBJECTIVE:** To evaluate the relationship of sexual abuse experience in childhood and chronic pelvic pain (CPP), erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (PE). **METHOD:** This is a cross sectional study. The sample consisted of eighty men, between 30 and 59 years old, patients of the Urological Clinic Division of the Hospital das Clínicas in São Paulo, Brazil. The patients presented chronic pelvic pain, erectile dysfunction and or premature ejaculation. Data were collected during one year. The history of childhood sexual abuse was assessed using the Childhood Sexual Experience Questionnaire, translated and tested for use in research. The type of abuse, people involved, age of onset and duration of abuse, sexual choice, marital status and risk factors (heart disease, hypertension, diabetes and psychiatric diseases) were also evaluated. Chi Square test was used to evaluate the categorical variables and univariate GLM to evaluate the continuous variables, represented by mean $\pm$ standard deviation. The continuous data were represented in absolute frequency and percentage (%). **RESULTS:** The sample was characterized by predominantly married and heterosexual men with mean age of 50.2 years. The ED group presented a higher diabetes index compared to the CPP and PE groups. There were no statistical difference between groups in prevalence of abuse. The mean age at onset of abuse was 9.6 years. Most of the abuses lasted more than a year and in all episodes the person involved was known to the child. **CONCLUSION:** The high prevalence of child sexual abuse in the sample reveals a problem in the notification of cases with the male gender. The stigma of child abuse, restricted concept of abuse (focused on serious cases), unprepared health professional in identify the cases. The literature indicates higher rates of abuse with the female population. Even compared to these data, the prevalence of child sexual violence is higher in this research, reinforcing the hypothesis that the antecedent of sexual violence is a risk factor for the development of health problems which affect male sexuality.

Descriptors: child abuse, sexual; sexual dysfunctions, psychological; pelvic pain; somatoform disorders; men's health

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto à idade, tempo de tratamento e tempo dos sintomas.....	27
TABELA 2- Frequência dos fatores de risco para disfunção sexual masculina por grupo.....	28
TABELA 3 – Frequência dos dados sobre abuso sexual infantil por grupo.....	29
TABELA 4 – Média de idade de início do abuso sexual infantil.....	30
TABELA 5 – Tempo de duração do abuso sexual infantil.....	30
TABELA 6 - Frequência de estado civil e antecedente de abuso sexual infantil por grupo.....	31
TABELA 7 – Frequência de orientação sexual e antecedente de abuso sexual infantil por grupo.....	32
TABELA 8 – Frequência de transtorno mental e antecedente de abuso sexual infantil por grupo.....	32

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de tabelas

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Sobre o abuso sexual infantil	1
1.1.1 Definição de abuso sexual na infância	3
1.1.2 Compreendendo incesto, incesto polimorfo e pedofilia	4
1.1.3 Abuso sexual na infância: o que seria real e o que seria fantasia da criança	5
1.1.4 Mulheres replicam a história do abuso sexual e homens o ato de abusar	5
1.2 A problemática da notificação	7
1.3 Prevalência do abuso sexual infantil: diferença entre gêneros	9
1.4 Os impactos do abuso sexual infantil	10
1.5 Impactos na saúde sexual	12
1.5.1 Disfunção Erétil (ED)	15
1.5.2 Ejaculação Precoce (EP)	16
1.5.3 Dor Pélvica Crônica (DPC)	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 MÉTODO	19
3.1 Local	19
3.2 Amostra	19
3.2.1 Critérios de inclusão	19
3.2.2 Critérios de exclusão	20
3.2.3 Tamanho da amostra	21
3.3 Instrumentos	21
3.3.1 Prontuário	21
3.3.2 Questionário para obtenção de dados a respeito da saúde	22
3.3.3 Questionário sobre dados pessoais	22
3.3.4 Questionário de experiências sexuais infantis “ <i>Childhood Sexual Experiences Questionnaire</i> ”	23

3.4	Procedimentos.....	24
3.5	Análise estatística.....	26
4	RESULTADOS	27
5	DISCUSSÃO	34
5.1	Caracterização da amostra quanto a idade tempo de tratamento e de sintomas.....	34
5.2	Caracterização da amostra quanto estado civil e orientação sexual.....	36
5.3	Fatores de risco para disfunção sexual masculina.....	38
5.4	Sobre o abuso sexual infantil.....	41
5.5	Considerações finais.....	49
6	CONCLUSÃO	51
7	ANEXOS	53
7.1	ANEXO I - Questionário para obtenção de dados a respeito da saúde.....	53
7.2	ANEXO II - Questionário sobre dados pessoais.....	54
7.3	ANEXO III - Questionário de experiências sexuais infantis “childhood sexual experiences questionnaire”.....	55
7.4	ANEXO IV - Autorização do autor para uso do teste.....	59
7.5	ANEXO V - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	59
8	REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

O Abuso sexual infantil é um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas (Romão et al., 2008; Soma, Williams, 2014). A experiência de abuso sexual na infância pode acarretar uma gama de problemas no âmbito da saúde tanto física quanto mental. Além do risco das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento de adoecimentos em longo prazo como ansiedade, depressão, transtornos do sono, alimentares e sexuais (Fischer et al., 2010; Hall, Hall, 2011).

Estudos realizados com mulheres ressaltam a importância de se fazer uma avaliação da antecedência de abuso sexual na infância em pacientes com disfunções sexuais, uma vez que vem sendo apontado como fator de risco para o desenvolvimento destas queixas (Nogueira et al., 2006; Luo et al., 2008; Romão et al., 2009; Rellini et al., 2012; Deus et al., 2014; López, et al., 2017).

Diferentemente de mulheres, há poucos estudos que abordam o impacto do abuso sexual infantil na saúde do homem (Hohendorff et al., 2012; Pinto-Cortez et al., 2017). É fundamental para a saúde dos homens compreender a possibilidade de desenvolvimento de queixas somáticas como, por exemplo, as queixas urológicas que afetam a função sexual masculina, naqueles que foram abusados na infância. No trabalho realizado na Clínica Urológica do Hospital das Clínicas –Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) foi observada a importância de se abordar fatores que contribuam para o surgimento das disfunções sexuais psicogênicas masculinas, para oferecer um cuidado e tratamento adequado aos pacientes. Considerando a falta de estudos da temática e a experiência clínica, a presente pesquisa buscou compreender a relação entre antecedente de abuso sexual infantil em homens com queixa de ejaculação precoce, disfunção erétil e dor pélvica crônica.

1.1 Sobre o abuso sexual infantil

Dados do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde mostraram que no Brasil a violência sexual em crianças entre 0 e 9 anos é o segundo maior tipo de violência nessa faixa etária (Brasil, 2012), sendo considerado um problema de saúde pública (Navas, 2014).

Apesar de o abuso sexual infantil acontecer independentemente da classe sócia, etnia, religião e cultura (Terra et al., 2013), foi problematizado apenas em 1959 na assembléia geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Nesta assembléia foram declarados os dez princípios da convenção dos direitos da criança, construídos atendendo-se para a problemática da violência sexual.

No Brasil, foi a partir da segunda metade dos anos 80 que a temática de abuso sexual começou a preocupar defensores de direitos humanos e trabalhadores na área de atenção à criança e ao adolescente. Os direitos desta população passaram a ter maior visibilidade depois da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA garante que a criança e o adolescente não sofrerão negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo por lei qualquer atentado, por ação ou omissão, a estes direitos fundamentais (Brasil, 1990). Ele prevê então a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, como o abuso sexual. Deste modo, com a formulação do ECA se reconhece a criança e o adolescente brasileiro enquanto sujeito de direito, assumindo a condição de serem pessoas em desenvolvimento (Lima, Deslandes, 2011).

No Brasil, o relatório do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil expõe que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram feitas 1547 denúncias de abuso sexual. Do total de denúncias, 54% representavam casos de abusos intrafamiliares, sendo que em 42% dos casos o pai era o principal suspeito (ABRAPIA, 2003).

O incesto é a forma mais comum de abuso sexual na infância (DePanfilis, Salus, 1992; Watson, 1994). Pesquisas sobre a caracterização dos casos de violência sexual em programas de apoio no Brasil registraram que há um grande número de casos intrafamiliar, onde os principais envolvidos eram padrasto, tio, pai e irmão. No que diz respeito aos casos extrafamiliares o abusador na maior parte das vezes é um conhecido da família. Portanto, estes estudos revelam que o agressor sexual geralmente é alguém próximo à criança (Baptista et al., 2008; Vasconcelos et al., 2010), fato que desmistifica o espaço familiar como um lugar sempre sagrado e protegido (Cohen, 1993).

Mas afinal, o que compreendemos por abuso sexual infantil?

1.1.1 Definição de abuso sexual na infância

Segundo Cohen e Gobbetti (1998), não é a violência física, o toque libidinoso ou a falta de consentimento que definem o abuso sexual, mas sim a sexualidade vinculada ao desrespeito ao indivíduo e aos seus limites, tornando o sujeito, objeto dos desejos do outro. O abuso sexual afeta o direito do sujeito de dispor da própria sexualidade, privacidade e individualidade (Núñez et al., 2008).

Com a modificação em 2009 do Código Penal Brasileiro sobre crimes sexuais, o conceito de abuso sexual se amplia. A violência sexual anteriormente definida como “crime contra os costumes” passou a ser classificada como “crime contra a dignidade sexual” expandindo o conceito de estupro para ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Ao incluir os atos libidinosos, o Código Penal passa a incluir qualquer forma de contato sexual como estupro e não apenas o ato de penetração. Outra modificação ocorrida em 2009 foi à inclusão do artigo 217-A, denominado “estupro de vulnerável” que torna crime a prática sexual com menores de 14 anos (Brasil, 2010).

O abuso sexual infantil se configura como um tipo de violência em que a criança é envolvida em uma relação desigual de poder por pessoas que buscam a satisfação sexual; estas pessoas podem fazer parte ou não do grupo familiar (Ellery, 2004). Para Azevedo e Guerra (1989), a violência sexual infantil seria um jogo hetero ou homossexual que tem como finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual pessoal ou de outra pessoa.

Entre as situações de abuso sexual infantil encontram-se desde voyeurismo, exposição da criança à pornografia, exibicionismo, relação estimulada sobre a roupa, manipulação dos genitais, mama ou ânus, até sexo oral e relação em si com ou sem penetração (Chen, et al., 2010; Higareda, et al., 2011; Staples et al., 2012). Além disso, tendo em vista que a maioria dos perpetradores da violência sexual é familiar ou alguém muito próximo do convívio da criança (Dube et al., 2005; Baptista et al., 2008.; Cortés et al., 2011), pode-se ressaltar que brincadeiras, abraços e conversas que tenham um caráter sexualizado e que tragam prazer sexual para o autor, também podem ser incluídos como situações de abuso sexual.

1.1.2 Compreendendo incesto, incesto polimorfo e pedofilia

Estudos revelam que grande parte dos autores do abuso sexual infantil é alguém do ambiente familiar, se caracterizando como casos de incesto (Drezett, 2000; Faleiros, 2003). O antropólogo Lévi-Strauss (1984) em suas pesquisas sobre a formação de clãs e a organização do parentesco, considerou a proibição do incesto um fenômeno sócio-histórico e universal necessário para a entrada do sujeito na cultura. Freud (1905) é um dos principais autores da psicanálise a desenvolver uma teoria, Complexo de Édipo, que contribui para a compreensão do incesto. Esta teoria, baseada no mito de Édipo, se refere aos desejos inconscientes incestuosos que as crianças têm em relação a um dos pais, assim como a rivalidade com o genitor do mesmo sexo. O mito do Édipo se refere à tragédia do herói de Tebas, que após assassinar o pai, casa-se com sua mãe e tem filhos com ela, sem saber que ambos eram seus pais biológicos (Sófocles, 1970).

Cohen (2018) discorre sobre as características que diferenciam incesto, incesto polimorfo e pedofilia (informação verbal) ¹. Descreve incesto como um crime contra a família em que todos os membros da família são vítimas e agressores, fator contribuinte para que haja dificuldade em denunciar o caso, tornando o incesto um “segredo de família”. Quanto ao agressor, em casa costuma ter um comportamento energético e agressivo, enquanto que fora do ambiente familiar se põe submisso.

O incesto polimorfo é socialmente conhecido como assédio sexual. O autor denomina como incesto polimorfo as relações sociais nas quais exista assimetria de poder, como por exemplo, professor-aluno. Considera estas relações equivalentes ao incesto, visto que por haver assimetria das funções sociais, é pré-estabelecido que um relacionamento sexual entre tais parceiros se caracterizaria como uma perversão destas funções (Cohen 1993,1999). O líder (chefe, professor, médico, etc) é o agressor e a vítima se submete ao abuso sexual por temer as consequências e retaliações que podem ocorrer por denunciar o agressor. Descreve o incesto polimorfo como violência institucional. Enquanto o incesto afeta a família, o incesto polimorfo afeta à instituição (empresa, escola, etc), uma vez que esta confere autoridade ao agressor que passa a ter comportamento de “poderoso chefe”, se sentindo com total poder para fazer o que quiser.

¹ Informações fornecidas por Choen C, na Jornada de 25 anos do CEARAS: o incesto um desejo, em 2018.

Já pedofilia para Cohen (2018) é uma violência social que se caracteriza como um crime contra a pessoa. O *modus operandi* do agressor é sempre o mesmo, ele mantém um padrão na escolha da vítima, sempre crianças. A vítima muitas vezes se sente culpada, como se pudesse ter evitado o abuso sexual. Em muitos casos, a vítima reconhece o agressor, mas tem medo de denunciá-lo. Diferentemente do agressor que comete o incesto, o agressor que comete pedofilia, na sua casa se comporta como uma pessoa boa e não violenta (informação verbal)¹.

1.1.3 Abuso sexual na infância: o que seria real e o que seria fantasia da criança

Por se tratar do relato de uma criança muitas vezes há o questionamento sobre a veracidade do abuso sexual denunciado pelo menor (Costa, 2007). Freud (1899) ao estudar suas históricas no início de seu percurso na psicanálise relata, em sua teoria da sedução, que as recordações das cenas reais de sedução entre o adulto e a criança seriam preditoras das psicose neuroses na vida adulta. Contudo, passou a questionar sobre a realidade das cenas de sedução ao considerá-las fantasias inconscientes. Desta forma, a teoria da sedução deu lugar para a teoria do Complexo de Édipo (Freud, 1924), fase do desenvolvimento infantil que se caracteriza por uma ligação afetiva com o progenitor do sexo oposto e um posicionamento de hostilidade pelo progenitor do mesmo sexo. Esta fase termina quando a criança está com aproximadamente cinco anos e abandona a fantasia incestuosa dando início ao período de latência (entre seis a dez anos). Esta mudança na teoria de Freud abriu margem para muitos profissionais da saúde considerarem casos de incesto como fantasias infantis (Costa, 2007).

O fato é: o nosso cérebro não distingue o que é fantasia ou realidade. Em estudo realizado na Harvard Medical School por Pascual-Leone (1995), voluntários treinaram uma sequência de uma música no piano, alguns treinaram fisicamente e outros mentalmente. O resultado evidenciou que as mesmas áreas do cérebro foram estimuladas e modificadas com o aprendizado da música independentemente do tipo de treinamento.

1.1.4 Mulheres replicam a história do abuso sexual e homens o ato de abusar

Estudo de Araújo (1996) aponta para uma tendência de mulheres e homens abusados na infância replicarem esta experiência na vida adulta. Freud (1914)

introduziu o conceito de repetição pela primeira vez em seu texto “Repetir, recordar e elaborar”. Relata que ao invés de o paciente recordar o fato que lhe aconteceu, na clínica ele tende a repeti-lo em ato, uma atuação sem consciência. Em “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920) conta a história de uma mulher que diz ser perseguida por um destino maligno, pois se casou consecutivamente com três maridos e cuidou igualmente dos três em seus leitos de morte. Para o autor, a mulher quem construiu seu destino, visto que há repetição de sua escolha influenciada por sua história.

Se o abuso sexual na infância é um fator predisponente para os sujeitos cometerem delitos sexuais (Plummer, Cossins, 2016), como explicar o fato de a maioria das crianças abusadas ser do sexo feminino, mas a maioria dos autores do abuso ser do sexo masculino?

Pesquisas revelam um antecedente de violência sexual em mães de crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual indicando uma repetição deste fato na história da família (Hiebert-Murphy, 1998; Alexander et al., 2000). Isto pode ocorrer por estas mulheres tenderem a escolher parceiros potencialmente abusadores, diminuindo a proteção de seus filhos (França, 2010; Fuks, 2010).

Gil-Gonzalez et al. (2008), ao realizarem um estudo de revisão, revelam que homens que sofreram violência na infância aumenta de três a quatro vezes a chance de cometerem a violência na vida adulta quando comparado com homens sem histórico de violência. Hartley (2001) após efetuar uma série de entrevistas qualitativas com perpetradores de incesto, observou uma relação entre homens que cometeram abuso sexual contra seus filhos e antecedente de maus tratos na infância. Este dado também se repete em estudos com adolescentes que cometeram abuso sexual contra crianças, pois também passaram por algum tipo de violência na infância, não necessariamente abuso sexual, pode ser um ambiente familiar conflituoso com violência física e/ou psicológica (Zankman, Bonomo, 2004; Seto, 2009).

Quando se trata de investigar a influência do abuso sexual infantil na vida adulta, encontra-se uma diferença nos estudos entre homens e mulheres abusados na infância. Nos estudos, as mulheres tendem a replicar a história da violência, enquanto os homens a repetir o ato abusivo.

1.2 A problemática da notificação

A notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes é recente na realidade brasileira. Ela demonstra um compromisso legal de responsabilidade de proteção integral à criança e ao adolescente, sendo um instrumento que permite organizar medidas para interferir no ciclo da violência estabelecendo ações de prevenção (Basile, Saltzman, 2002).

Nos EUA, na década de 1970, foram criadas instituições e programas para enfrentamento da negligência e do abuso sexual contra crianças e adolescentes. Neste país há grande preocupação com o abuso sexual sendo considerado um problema de saúde pública e já em 1979 todos os estados americanos haviam implantado a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças (Lima, Deslandes, 2011).

Já no Brasil até o fim dos anos 1990 ainda não existia um instrumento que servisse de base de dados para registro dos casos de violência contra criança e adolescente. Em 2000 foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, mas vários estados brasileiros não formularam o documento, fato que prejudica as ações de intervenção para de combate a violência sexual (Lima, Deslandes, 2011). Somente em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde. Os casos confirmados ou suspeitos de abuso sexual devem ser informados ao Conselho Tutelar, prevendo penalidade para os profissionais ou instituições de saúde que assim não fizer (Brasil, 2004). Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Inicialmente foi implantada nas maternidades e nos serviços de atendimentos às doenças sexualmente transmissíveis especializados para vítimas de violências, e em 2009 estenderam para todos os serviços de saúde, integrando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2013).

A incidência de violência sexual ainda é desconhecida em decorrência da subnotificação dos casos (Vasconcelos et al., 2010). A Organização das Nações Unidas (ONU, 2008) realizou estudo que aponta para uma escassez de dados estatísticos a respeito da violência contra criança que ainda é frequentemente silenciada.

As razões para a subnotificação são múltiplas como, por exemplo, a falta de confiança nas autoridades judiciais e policiais, dificuldade de provar os casos de abuso

sexual pela ausência de sinais físico, sentimentos de culpa, vergonha e medo da vítima, o estigma sobre o evento dificulta a criança e os familiares a denunciarem, além da falta de interrogatório e preparo dos profissionais de saúde em lidarem com esta problemática (Navas, 2014). Observa-se que na área da saúde os atendimentos de abuso sexual infantil estão focados nos casos onde ocorreu penetração ou tentativa de penetração, priorizando a investigação de doenças sexualmente transmissíveis (Lima, Deslandes, 2011). Um agravamento para esta subnotificação é o fato de frequentemente o abuso sexual acontecer sem o uso de força física, principalmente em casos de abuso sexual intrafamiliar, visto que em grande parte das vezes a aproximação se dá via sedução (Pires, 2000; De Antoni, Koller, 2002).

A revelação da ocorrência do abuso sexual infantil é o primeiro passo para haver notificação. No entanto, crianças vítimas deste tipo de violência geralmente têm dificuldade em relatá-la, principalmente quando se trata de incesto. Além do receio das consequências que pode haver caso o segredo seja revelado devido às ameaças e o medo da separação familiar, a criança teme o descrédito de seu relato por parte de seus familiares e de terceiros (França, 2010). Há também o sentimento ambivalente em relação ao perpetrador, pois apesar do desconforto gerado pelo ato da violência, a criança pode nutrir sentimentos positivos por ele, já que este pode exercer papel de cuidador (Hohendorff, 2012).

Se há subnotificação dos casos de violência sexual infantil, quanto se trata da denúncia do abuso contra meninos se agrava ainda mais. Acredita-se que as taxas de abuso sexual infantil encontradas no gênero masculino sejam superiores às encontradas nas pesquisas, uma vez que podem estar subestimadas devido ao fato de os homens serem menos propensos a revelarem o abuso em decorrência das normas sociais relativas ao gênero (Rew, Esparza, 1990; Romano, De Luca, 2001). Aos homens são atribuídas características sofismáveis de dominância, autosuficiência e de não expor sentimentos e vulnerabilidades. Sendo assim, o abuso sexual de meninos é visto e sentido como questionamento da virilidade, além de poder ser associada à homossexualidade (Martins, 2012).

A subnotificação dos casos de abuso sexual infantil interfere negativamente tanto nas ações de políticas públicas para combate e prevenção contra este tipo de violência quanto nos resultados de pesquisa sobre esta temática (Lima, Deslandes, 2011). A precisão dos dados epidemiológicos e de pesquisas sobre o abuso sexual infantil não

abrange a totalidade das ocorrências, visto que são baseados nas notificações dos casos (Hohendorff et al., 2012).

1.3 Prevalência do abuso sexual infantil: diferença entre gêneros

Estudo de prevalência de violência infantil, ao comparar dados de diferentes países, expõe o abuso sexual como o tipo de violência mais frequente contra crianças (Creighton, 2004). Theodore (2005) realizou uma pesquisa na Carolina Norte e do Sul que revelou uma incidência nestas regiões de 23 casos de violência sexual por 1.000 crianças.

Pesquisas apresentam distinção na prevalência de abuso sexual infantil entre gêneros, com predomínio do sexo feminino (Briere, Elliott, 2003; Capitão, Romaro, 2008; Pareda et al., 2009). Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) revelou que em um ano foram notificados 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos que sofreram violência sexual com penetração ou envolvendo contato físico.

Tem-se estimado que cerca de 7-36% das mulheres e 3-29% dos homens foram vítimas de alguma forma de abuso sexual durante a sua infância (Navas, 2014). Uma pesquisa analisou 65 estudos em 22 países e revelou que 19,7% de mulheres e 7,9% de homens vivenciaram abuso sexual antes dos 18 anos de idade (Pereda et al., 2009). Stoltenborgh et al. (2011) ao fazer uma pesquisa sobre prevalência do abuso sexual infantil em diversas regiões encontrou uma das maiores taxas de prevalência para meninas em estudo da Austrália com 21,5%, já para meninos a maior taxa foi em estudo na África, 19,3%.

As taxas de prevalência de abuso sexual infantil variam amplamente na literatura, a precisão dos dados epidemiológicos é pequena e não abrange a totalidade das ocorrências. Isto ocorre devido ao uso de diferentes métodos de avaliação, por haver variação da definição de abuso sexual (Singh, 2014), além de muitas vezes se basearem em dados de notificação (Hohendorff et al., 2012). A prevalência de abuso sexual na infância por gênero encontrada em estudos de diferentes regiões foi:

- Nicarágua: 26,0% das meninas e 20,0% dos meninos (OMS, 2003).
- Costa Rica 3,2% das meninas e 13,0% dos meninos (OMS, 2003).
- Estados Unidos : 17,4% das meninas e 4,2% dos meninos (Finkelhor et al., 2013).

- Boston: 26,7% das meninas e 16,7% dos meninos (Chiu, 2014).
- México: prevalência de violência sexual foi de 18,7% (58% em meninas e 42% em meninos) (Pineda-Lucatero, 2009).
- Países Nórdicos: variou de 11 a 36% para meninas e 3 a 23% para meninos (Kopplen, 2016)

No Brasil, os dados do Programa Nacional de Enfrentamento da violência sexual contra Crianças e Adolescentes (2010) revelaram que entre as denúncias de violência sexual (incluindo exploração sexual, tráfico de crianças e adolescentes, abuso sexual e pornografia) 62% eram de casos envolvendo as meninas e 38% os meninos.

Como observado, em todos os estudos o gênero feminino sofreu mais abuso sexual na infância que o masculino. A má divulgação da prevalência do abuso sexual infantil em homens, problemas metodológicos referentes às definições de abuso sexual que não refletem as experiências sofridas pelos homens, tem sido apontadas como fatores que contribuem para esta diferença entre gêneros (Pereda et al., 2009). Outros autores apontam para os estigmas ligados à masculinidade dificultarem o reconhecimento da experiência abusiva no sexo masculino (Mahalik et al., 2003; Easton, 2014). Nesse contexto, a autossuficiência, a capacidade de controle emocional e a aversão à homossexualidade gerariam nos homens o medo de serem considerados fracos diante a exposição da violência sexual (Spataro et al., 2004). Considerando que os casos de abuso sexual infantil ocorrido com gênero masculino serem menos revelados, supõem-se que a proporção real de meninos afetados pelo abuso é desconhecida (Holmes, Slap, 1998).

1.4 Os impactos do abuso sexual infantil

Estressores complexos como o abuso sexual infantil podem levar a dificuldades na vida adulta como prejuízo da saúde física e mental (Cloitre et al., 2013; Easton, Kong, 2018). A violência sexual na infância pode interferir nas relações interpessoais por gerar medo, evitação e desconfiança inclusive das figuras de autoridade como pais e professores (Les Gallo, 2014). Também pode afetar a auto-estima e contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos como, depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Mills et al., 2016; Symes, 2011; Roberts et al., 2004). Thomas et al. (2011) realizaram um estudo transversal com 110 mulheres com idade entre 22 e 65 anos e comprovaram que a violência sexual previa depressão. Por outro lado, alguns

estudos não encontraram esta relação para homens (Cutajar et al., 2010; Spataro et al., 2004). Entre os homens o abuso sexual foi associado ao aumento de risco para comportamento hostil (Fergusson et al., 2013).

O Abuso Sexual pode causar danos psíquicos e somáticos ainda na infância como dores de cabeça, dores abdominais, enurese, comportamentos sexualizados e queda do rendimento escolar (Canton-Cortés, Cortés, 2015). Outros quadros podem manifestar apenas na idade adulta como disfunções sexuais, ansiedade, depressão, disfunções gastrointestinais e dor pélvica crônica (Serafim et al., 2011).

A análise de uma revisão sistemática de estudos publicados sobre a prevalência de suicídio entre as crianças vítimas de abuso sexual na União Europeia anunciou um risco duas a três vezes maior de ideação suicida e três a quatro vezes maior risco de tentativa de suicídio entre as vítimas de abuso sexual do que as não vítimas (Pérez-González, Pereda, 2015). Em avaliação sobre adversidade sofridas na infância realizada com 9377 mulheres e homens do Reino Unido, além do abuso sexual, a violência física, a ausência paterna e o divórcio dos pais também foram apontados como fatores de risco para ideação suicida (Stansfeld et al., 2017).

Além do risco para suicídio, o abuso sexual na infância também aparece como preditor para o uso de drogas (Les Gallo-Silver et al., 2014; Berg et al., 2017) e álcool (Meng, D'Arcy, 2016). Pesquisa Latino Americana com mais de 19 mil participantes revelou que ter vivenciado abuso sexual na infância indica níveis mais elevados de intolerância à angústia, que por sua vez esta associada a maiores probabilidades de uso problemático de álcool (Wang et al., 2017). Uma revisão sistemática documentou outro impacto negativo da vivência do abuso sexual na infância, pois aparece associado a distúrbios do sono, incluindo apnéia, narcolepsia, pesadelo e paralisia do sono (Kajeepeta, 2015).

Como dito, a experiência de abuso sexual na infância pode acarretar uma gama de problemas no âmbito da saúde e bem estar em longo prazo. Algumas das manifestações somáticas são: asma, síndrome do intestino irritável, enxaquecas, doenças reumáticas como fibromiálgia, dores crônicas não especificadas, dor pélvica crônica e disfunções sexuais (Maniglio, 2009; Chen et al., 2010; Irish et al., 2010; Sobańsk et al., 2014).

Pesquisa Canadense avaliou a autopercepção referente à saúde de 23.395 pessoas com 18 anos ou mais. O abuso físico e sexual na infância foram associados ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de artrite, problemas nas costas, pressão

alta, enxaqueca, bronquite crônica, câncer, acidente vascular cerebral, doença intestinal e tabagismo (Afifi et al., 2016). Análise de dados, de 48.526 adultos americanos, retirados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental, revelou que o antecedente de abuso sexual estaria associado ao tabagismo, comportamentos de risco para o HIV, obesidade, doenças coronarianas e até mesmo a diabetes. O abuso sexual infantil foi associado a um aumento de 45% na chance de desenvolver diabetes e 59% de obesidade (Campbell et al., 2016).

Estudo longitudinal sobre saúde dos adolescentes dos Estados Unidos, acompanhados por 13 anos, revelou que a ocorrência combinada de abuso sexual e físico durante a infância foi associada a um aumento do risco de obesidade grave na idade adulta (Richardson, 2013). Estudo com população adulta dos Estados Unidos buscou examinar as associações entre maus-tratos infantis (abuso físico, emocional e sexual) e distúrbios alimentares na vida adulta entre homens e mulheres. Todos os tipos de maus-tratos infantis foram associados com anorexia e bulimia, mas os tipos de maus-tratos infantis com as relações mais fortes com os transtornos alimentares foram abuso sexual e negligência física entre os homens e abuso sexual e emocional entre as mulheres (Afifi, 2017).

1.5 Impactos na saúde sexual

O abuso sexual é citado pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos relacionados à disfunção sexual (APA, 2014). Pessoas que sofreram abuso sexual na infância têm o risco aumentado de apresentarem dificuldades no âmbito sexual e de construírem relacionamento interpessoal na vida adulta (Staples et al., 2012; Turchik, 2012; Krindges et al., 2006). O abuso sexual na infância é associado a comportamentos sexuais de risco, como início da vida sexual antes dos 16 anos, múltiplos parceiros, sofrer violência por parceiros, gravidez antes dos 18 anos de idade e adquirir doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Jewkes et al., 2002; Ramiro et al., 2010; Steven et al., 2015; Abdala et al., 2016). Estudo de revisão também mostrou maior prevalência de comportamentos de risco durante as relações sexuais como promiscuidade sexual e a manutenção de relações sexuais sob a influência de álcool ou outras drogas em vítimas de abuso sexual (Lloyd, Operario, 2012).

A experiência de abuso sexual na infância foi relatada por 30,3% das mulheres e 9,1% dos homens participantes de uma pesquisa. Para as mulheres vítimas de abuso, foram observadas maiores taxas de gestações indesejadas, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e maior número de parceiros sexuais. Já os homens abusados, apresentaram risco maior de adquirirem o vírus da herpes (Roode et al., 2009). Homens abusados sexualmente na infância com quadro de depressão apresentam maior probabilidade de adquirir HIV (Brown, 2017).

Há muitos estudos que buscam entender a relação entre as vivências de abuso sexual infantil e os impactos na saúde sexual. No entanto, foi observado, ao se fazer um levantamento bibliográfico sobre esta temática, que a grande maioria são realizados com a população feminina.

Observa-se que mulheres com histórico de abuso sexual na infância têm maior risco de apresentarem queixas ginecológicas quando adultas como o vaginismo e a dor pélvica crônica (Romão et al., 2009; Rellini et al., 2012; Deus et al., 2014). Estas mulheres podem expressar atitudes negativas em relação à sexualidade como, por exemplo, aversão e insatisfação (Fergusson, Muller, 1999).

Um programa atenção a saúde sexual e reprodutiva da Catalunha constatou que a disfunção sexual foi significativamente maior em mulheres que sofreram abuso sexual na infância e/ou adolescência. Estas mulheres apresentaram alta frequência de distúrbios do desejo, excitação, orgasmo e transtornos de dor como dispareunia e vaginismo. Também ressaltou que abuso com penetração, ou tentativa de penetração esta associado à dificuldade de excitação (López, et al., 2017). Mulheres com histórico de violência sexual são propensas a relatarem ausência de prazer, dor genital, lubrificação vaginal insuficiente e dificuldade de atingir orgasmo durante a relação sexual (Luo et al., 2008).

Warren et al. (2011) descobriram uma relação importante entre a vivência de abuso sexual e dor pélvica crônica, visto que neste estudo mulheres com este acometimento apresentaram 3,5 vezes mais histórico de abuso. Walker (2010) contribuiu para reforçar esta relação, pois encontrou uma taxa significativamente maior de abuso em mulheres com dor pélvica crônica, 64%, comparado com o grupo controle, 23%. Outros estudos envolvendo mulheres com dor pélvica crônica buscaram a relação entre função sexual, abuso sexual e a dor. Foi verificado que a vivência do abuso sexual na infância tem relação com maior intensidade da dor, menores taxas de atividade sexual, menor satisfação com a atividade sexual e sentimento de falta de proximidade com o parceiro (Randolph; Reddy, 2006; Staples 2012).

Tendo em vista a relação entre problemas ginecológicos que afetam a atividade sexual e abuso sexual quando criança, é importante investigar se há experiência de abuso em pacientes com queixas ginecológicas, principalmente quando a causa dos sintomas não for conclusiva após a avaliação médica (Cour et al., 2013). Diante desta evidência, podemos refletir sobre a relevância desta investigação também ser realizada com homens com problemas urológicos que afetam a experiência sexual.

De acordo Aubin, Berger e Heiman, (2008), homens com dor pélvica crônica apresentam diminuição da função orgástica, da libido e da excitação. Este acometimento da atividade sexual tem impacto negativo na qualidade de vida, principalmente nos relacionamentos íntimos. Jim et al. (2007) avaliaram uma amostra de 2.301 homens entre 30 a 79 anos e observaram que o abuso físico, emocional e/ou sexual aumentaram a probabilidade de apresentarem sintomas sugestivos de dor pélvica crônica. Weisberg et al. (2001) relatam que entre os fatores psicossociais que contribuem no desenvolvimento da disfunção erétil masculina está o abuso sexual. Najman et al. (2005) observou que homens com antecedente de abuso sexual, especificamente por meio do sexo oral, foram mais propensos a relatarem dificuldade em obter e/ou manter a ereção. Já Bravo et al. (2010), encontraram relação entre traumas sexuais infantis e dificuldade de se alcançar o orgasmo.

A disfunção sexual masculina pode ter etiologia orgânica, psicogênica ou os dois podem estar relacionados. Entre as causas orgânicas estão às doenças neurológicas, câncer, uso de drogas, alterações endócrinas entre outro. Entre as causas psicogênicas estão a baixa autoestima, abuso sexual, depressão, ansiedade, medo, crenças religiosas, relação conflituosa, pouca confiança, ansiedade de desempenho e também antecedente de abuso sexual na infância (Perelman, 2006; Marques, 2008).

Frente ao pouco conhecimento referente ao provável impacto do abuso sexual infantil na sexualidade masculina, buscou-se neste estudo investigar a relação entre o antecedente de abuso e queixas somáticas que interferem na vivência da sexualidade desta população, especificamente: disfunção erétil, ejaculação precoce e dor pélvica crônica. Para isso, primeiramente se faz necessário compreender melhor estes adoecimentos.

1.5.1 Disfunção Erétil (ED)

A disfunção erétil (DE) é a “incapacidade recorrente de obter e manter uma ereção que permita atividade sexual satisfatória” (Sarris, 2016). As disfunções sexuais masculinas podem ocorrer em qualquer fase do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo/ejaculação. A disfunção erétil está relacionada com as fases de desejo e excitação (Afif-Abdo, 2007).

A ereção depende de mecanismos como o relaxamento do músculo liso do corpo cavernoso, aumento do fluxo arterial e restrição do fluxo venoso de saída. Algumas explicações para a DE são: redução da disponibilidade de óxido nítrico -um vasodilatador- obstrução mecânica dos vasos sanguíneos e problemas de transmissão de estímulos neurológicos.

A disfunção erétil pode ter etiologia orgânica e/ou psicogênica. Entre as etiologias orgânicas estão: vascular (ex: hipertensão), endócrina (ex: diabetes e hipogonadismo), neurológica (ex: doenças desmielinizantes e lesões medulares), relacionada ao uso de drogas e medicamento ou às intervenções cirúrgicas (ex: prostatectomia radical) (Sarris, 2016). Fatores que interferem negativamente no mecanismo da ereção como, por exemplo, diabetes e hipertensão, são chamados fatores de risco para a DE.

A etiologia psicogênica pode ser decorrente a diversos fatores como depressão, ansiedade, estresse experiências sexuais traumáticas, baixa autoestima e eventos negativos ao longo da vida (Abdo, 2014).

A DE é a disfunção sexual masculina mais freqüente. Estima-se que haja 150 milhões de homens no mundo e 11 milhões no Brasil com esta patologia (Afif-Abdo, 2007). O estudo de Moreira et al. (2003) envolvendo a população brasileira destacou um aumento significativo da prevalência da DE com o aumento da idade. O estudo revelou uma incidência de DE de 65,6 casos para por 1000 pessoas/anos. A taxa de incidência teve um aumento significativo com a idade, 33,3 por 1000 pessoas/ano na faixa etária de 40 a 49 anos, passou para 53,7 casos por 1000 pessoas/ano na faixa etária de 50 a 59 anos, tendo um aumento importante para 189,5 casos por 1000 pessoas/ano entre os homens de 60 a 69 anos.

1.5.2 Ejaculação Precoce (EP)

A ejaculação precoce (EP) é a disfunção sexual masculina mais frequente entre os homens mais jovens (Simons, Carey, 2001). Desde as primeiras descrições na literatura a definição, a etiologia e o tratamento para EP vêm sofrendo modificações. Entende-se hoje que a EP tem múltiplas causas que envolvem fatores biológicos e psicológicos (Abdo, 2014).

De acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), EP é a incapacidade de controlar a ejaculação suficiente para ambos os parceiros aproveitar a relação sexual podendo a ejaculação ocorrer antes ou imediatamente depois do início do intercurso (15 segundos iniciais).

A mais recente definição de EP foi descrita pelo DSM-5 que adota como um critério diagnóstico a ejaculação que ocorre em aproximadamente 1 minuto em atividade sexual com a parceria e antes do desejo do homem. Este padrão ejaculatório deve ser persistente ou recorrente por pelo menos seis meses. A EP deve ser classificada como: generalizada ou situacional, adquirida ou ao longo da vida. Quanta a gravidade a EP pode ser classificada em: leve, moderada e grave (Abdo, 2014).

A sensação de estar ejaculando mais rapidamente do que o desejado e de não conseguir controlar a ejaculação pode interferir negativamente no relacionamento afetivo (Melniki, 2010). A EP também pode levar a consequências pessoais negativa, como angústia, frustração e/ou evitação de intimidade (Althof, et al., 2010).

1.5.3 Dor Pélvica Crônica (DPC)

A Dor Pélvica Crônica (DPC) é definida como uma dor constante ou intermitente, localizada no abdome inferior ou pelve, persistente por pelo menos seis meses (Almeida, 2001). A associação internacional para o estudo da dor (IANSP, 2011) descreve dor pélvica como sendo “[...] uma dor crônica percebida em estruturas relacionadas à pelve de homens ou de mulheres. Frequentemente está associada com consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais negativas, assim como a sintomas sugestivos de disfunção sexual [...].”

A intensidade da dor causa incapacidade funcional (Gelbaya, El-Halwagy, 2001). Diferente da dor pélvica aguda, na crônica não está associada a sinais de inflamação ou infecção (Rapkin, 2003).

A etiologia da DPC é desconhecida, podendo apresentar variadas causas físicas ou psíquicas. Um número significativo de casos não possui uma etiologia definida, isso porque causa não é identificada por meio de exames médicos (Gelbaya, El-Halwagy, 2001).

O fator psicológico pode estar presente em até 60% dos casos de DPC, sendo depressão e ansiedade os transtornos psiquiátricos mais comuns entre estes pacientes (Almeida, 2001). Sendo assim, uma abordagem multidisciplinar é mais eficaz no cuidado de pacientes com este adoecimento (Rapkin, 2003).

Apesar de a DPC não estar associada diretamente com a relação sexual, ela pode associar-se a alterações emocionais e disfunções sexuais (Kuile et al., 2010). Estudo realizado com mulheres mostrou que a dor pélvica crônica causa incapacidade sexual, principalmente no nível da excitação e desejo (Pereira et al., 2009).

Considerando que há poucas pesquisas atrelando os sintomas que afetam a função sexual masculina, como a disfunção erétil, ejaculação precoce e dor pélvica crônica, com experiência de abuso sexual na infância, mostra-se importante refletir sobre as possíveis consequências somáticas atribuídas a essa experiência para a saúde mental e física dos homens e, deste modo, oferecer a eles um cuidado efetivo e integral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre as queixas de dor pélvica crônica, ejaculação precoce e/ou disfunção erétil com abuso sexual na infância.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra quanto aos fatores de risco para distinção sexual.
- Caracterizar a amostra quanto ao abuso sexual infantil (presença e tipo de abuso, pessoas envolvidas, idade de início e tempo de duração do abuso).
- Analisar a relação entre o antecedente do abuso sexual infantil e estado civil, orientação sexual e transtorno mental.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e transversal (cross-section), pois buscou analisar a associação entre uma exposição (abuso sexual na infância) e um desfecho (ejaculação precoce, disfunção erétil e dor pélvica crônica) (Hossne, 1984). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de USP sob o registro 1.355.307.

3.1 Local

O estudo foi realizado no consultório do ambulatório do grupo de Medicina Sexual da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP).

3.2 Amostra

A amostra deste estudo foi composta por pacientes do sexo masculino, da Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com queixas de dor pélvica crônica, ejaculação precoce e/ou disfunção erétil.

Participou do estudo um total de 80 pacientes, sendo 18 homens com ejaculação precoce, 31 com disfunção erétil, 16 com dor pélvica crônica e 15 pacientes com dois problemas de saúde compondo o grupo misto. Este último grupo se formou ao longo do projeto quando foram detectadas múltiplas queixas de saúde durante as entrevistas e leitura do prontuário eletrônico. Sendo assim, o grupo de 15 pacientes com dois problemas de saúde foi composto por nove homens com queixas de disfunção erétil e ejaculação precoce e seis homens com disfunção erétil e dor pélvica crônica.

3.2.1 Critérios de inclusão

Os pacientes deviriam apresentar idade entre 30 a 59 anos. A escolha da faixa etária levou em consideração o aumento significativo da prevalência e do grau de severidade da disfunção sexual com o aumento da idade (Moreira et al., 2003).

Para entrar no estudo, os pacientes também deveriam apresentar queixa urológica há pelo menos seis meses, uma vez que dor pélvica crônica é definida como uma dor constante ou intermitente localizada na parte inferior do abdômen ou na pélvis a pelo menos seis meses de duração (Ahangari, 2014).

Além de preencher os fatores de inclusão, fizeram parte do estudo apenas os pacientes que concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.2 Critérios de exclusão

Fizeram parte dos critérios de exclusão os participantes com:

- Problemas na genitália que possam interferir na ereção, como doença de Peyronie e priapismo (Abdo, 2014).
- Trauma de bacia e pessoas com deficiência (lesão medular), uma vez que a lesão da medula espinhal e danos nos nervos cavernosos após cirurgias pélvicas podem levar a disfunção sexual como a erétil e/ou ejaculatória (McMahon, 2014).
- Câncer de próstata, responsável pela redução de até 60% da função sexual dos pacientes submetidos à cirurgia dentro de dois anos (Sarris et al., 2016).
- Insuficiência renal, pois as disfunções sexuais estão presentes em aproximadamente 50% dos pacientes que realizam hemodiálise, visto que os medicamentos utilizados por estes pacientes podem interferir negativamente no desempenho sexual (Lira, Lopes, 2010).
- Infecção do trato urinário, uma vez que a dor pélvica crônica pode ocorrer tanto por uma infecção ativa (ex: prostatite bacteriana) quanto com dor sem evidência de causação bacteriana (Bowen, 2015).
- Hipogonadismo, um distúrbio endócrino com deficiência de testosterona que desempenha um papel significativo na fisiologia da ereção (McMahon, 2014).
- Epilepsia, pois há correlação positiva com disfunção erétil (Keller et al., 2012).

Também foram excluídos da pesquisa pacientes com dificuldade de entendimento que os impediam de responder os questionários como pacientes analfabeto, com algum déficit visual, auditivo ou cognitivo os quais não conseguiriam ler e interpretar as questões.

Estes critérios foram avaliados por meio da leitura dos prontuários dos pacientes e das respostas preenchidas no instrumento “Questionário para obtenção de dados a respeito de saúde” (Anexo I).

3.2.3 Tamanho da amostra

Os dados foram coletados durante todo ano de 2016, uma vez que o tempo de retorno dos pacientes à consulta médica é de um ano, ou seja, após este período os pacientes tenderiam a se repetir, com exceção dos casos novos. Os dados foram coletados semanalmente no dia do ambulatório do grupo de Medicina Sexual do HC/FMUSP.

Com a lista dos pacientes que iriam se consultar no dia, a pesquisadora fez a leitura dos prontuários e selecionou previamente, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os pacientes que iria entrevistar após a consulta médica. 93 pacientes pré-selecionados compareceram a consulta. No entanto, sete pessoas não foram entrevistadas, pois não puderam ficar após a consulta para entrevista. Das 86 pessoas entrevistadas, seis foram eliminadas por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão. Deste modo, durante um ano, 80 pacientes foram entrevistados e cumpriram os critérios para compor a amostra desta pesquisa.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Prontuário

A leitura do prontuário eletrônico foi realizada com objetivo de fazer uma seleção prévia dos participantes da pesquisa ao identificar critério de exclusão como trauma de bacia, lesão medular, doença de priapismo, Peyronie e hipogonadismo. Os outros critérios de inclusão (idade e queixa urológica) e exclusão (tempo de tratamento e de sintomas, câncer de próstata, insuficiência renal, infecção do trato urinário e epilepsia) também foram observados, apesar de serem reavaliados posteriormente durante a aplicação dos questionários utilizados neste estudo.

Também foi retirada dos prontuários eletrônicos a presença de doenças que são consideradas fatores de risco para disfunções sexuais: diabetes, hipertensão, cardiopatias e problema psiquiátrico (Feldman et al., 1994; Abdo et al., 2006).

3.3.2 Questionário para obtenção de dados a respeito da saúde (ANEXO I)

O “Questionário para obtenção de dados a respeito da saúde” permitiu selecionar os pacientes que iriam fazer parte do estudo por trazer questões que abordam os critérios de inclusão e exclusão.

Este questionário conteve perguntas relativas a alguns aspectos da saúde relacionadas à queixa urológica como motivo pelo qual se trata na urologia (dor pélvica crônica, ejaculação precoce e/ou disfunção erétil), tempo de tratamento e dos sintomas referentes à queixa. Estas questões contribuíram para avaliação do critério de inclusão dos pacientes no estudo, permitindo obter os dados como tempo mínimo dos sintomas da queixa urológica, que para este estudo foi de seis meses.

Este questionário também abordou sobre a presença ou não de câncer de próstata, infecção do trato urinário, insuficiência renal e epilepsia. A presença de qualquer um destes adoecimentos foi critério de exclusão do paciente deste estudo. Também investigou fatores de risco para disfunção sexual como problemas psiquiátricos, diabetes e hipertensão.

3.3.3 Questionário sobre dados pessoais (ANEXO II)

O “questionário sobre dados pessoais” conteve perguntas relativas à idade, orientação sexual e estado civil. Estes dados obtidos permitiram realizar uma caracterização da amostra tanto geral quanto por grupos separados pelo problema de saúde - dor pélvica crônica, ejaculação precoce, disfunção erétil e misto. Além disso, a idade foi fator fundamental no que se refere ao critério de inclusão, uma vez que os participantes deveriam ter idade entre 30 a 59 anos.

A escolha em não seguir o questionário sociodemográfico proposto pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) se deu para manter foco no objetivo da pesquisa. A escolha das questões teve em vista que o abuso sexual na infância é um fenômeno que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas (Romão et al., 2008; Soma, Williams, 2014).

3.3.4 Questionário de experiências sexuais infantis “*Childhood Sexual Experiences Questionnaire*” (ANEXO III)

Este questionário, intitulado *Childhood Sexual Experiences Questionnaire*, foi desenvolvido por Altman (2005). Para o presente estudo, o questionário foi traduzido e adaptado para a população brasileira. Este instrumento está dividido em duas partes: a primeira é composta por questões demográficas e a segunda é um questionário constituída pelos itens referentes a abuso sexual que tenham ocorrido antes dos 12 anos de idade. Para este estudo utilizamos apenas a segunda parte do instrumento. Antes do início do processo de tradução e adaptação, o autor do instrumento original, Altman, autorizou o desenvolvimento da tradução e adaptação brasileira do questionário (Anexo IV).

Para a tradução do questionário foi utilizado um método que seguiu os critérios descritos por Guillemín et al. (1993). Primeiramente a tradução foi realizada por dois tradutores independentes que estavam cientes do objetivo do estudo, cuja língua de origem era o português brasileiro e conhecedores da língua do questionário, o inglês. As duas versões produzidas foram analisadas para a formulação de uma única versão do questionário, que manteve as características fundamentais dos conceitos encontrados no questionário original. Para adaptação da cultura brasileira houve a substituição de um item referente a quem estava envolvido nas experiências sexuais infantis ocorridas antes dos 12 anos de idade. O item a ser assinalado como “*camp conselo*”, foi substituído por “líder religioso”, uma vez que esta figura está fortemente presente e faz parte da cultura brasileira. Posteriormente foi realizada a retrotradução (*back-translation*) em que o questionário produzido na etapa anterior foi traduzido novamente para o idioma original (inglês) para comparação. Não havendo divergências entre as versões, original e traduzida, foi estabelecido o questionário para o estudo. Para este estudo não foi realizada uma validação do questionário. Foi feito apenas um teste com cinco homens com a mesma faixa etária dos participantes do estudo, entre 30 a 59 anos.

O questionário apresenta uma escala tipo Likert de 17 itens que buscam medir a frequência e a severidade das experiências de abuso sexual que tenham ocorrido antes dos 12 anos de idade. As perguntas são ordenadas de acordo com o grau de impacto, seguindo do menos grave para o mais grave, sendo a primeira pergunta “Convite para fazer ou falar algo de forma sexualizada” seguindo para a situação “Você foi envolvido em abuso com tortura sexual”.

Os itens do questionário foram agrupados de modo a dividi-lo em dois grupos de acordo com a severidade das experiências de abuso sexual que está diretamente relacionada com o quanto houve envolvimento físico. O primeiro grupo de abuso sexual é composto pelos itens três a 13 do questionário que envolve diferentes situações de abuso sexual. O segundo grupo é composto pelos itens 14 a 16 que envolvem penetração ou tentativa de penetração.

Em sequência do questionário há uma pergunta com uma lista referente à relação interpessoal entre a criança e a(s) pessoa(s) envolvida(s) nas situações assinaladas positivamente, contendo diferentes funções sociais. Para análise dos dados, estas relações foram divididas em quatro grupos: o estranho, a família (mãe, pai, tia, tio, avô, avó, padrasto, madrastra, sobrinho, sobrinha, primo, prima, irmão e irmã), as pessoas conhecidas (amigo, pessoa que você conhecia, mas não amigo) e os papéis de autoridade (professor, treinador, líder religioso, babá/cuidador).

Também há perguntas relativas à idade que o participante tinha no primeiro episódio do abuso e quando as experiências pararam, permitindo avaliar o tempo de duração do abuso sexual. Bem como foi questionado se ocorreu uma única vez.

3.4 Procedimentos

Os dados foram coletados durante todo ano de 2016 semanalmente no dia do ambulatório do grupo de Medicina Sexual do HC/FMUSP. O pesquisador teve acesso à lista dos pacientes que passariam em consulta médica no dia e, previamente a consulta, pré selecionou os participantes do estudo por meio da leitura dos prontuários eletrônicos. Foram avaliados na leitura dos prontuários os dados de inclusão como idade (entre 30 e 59 anos), queixa de saúde (dor pélvica crônica, ejaculação precoce e/ou disfunção erétil), tempo de tratamento (acima de seis meses). Também foram avaliados os fatores de exclusão como pacientes com algum déficit visual, auditivo ou cognitivo, além do registro de câncer de próstata, trauma de bacia, infecção do trato urinário, lesão medular, insuficiência renal, doença de Peyronie, priapismo, hipogonadismo e epilepsia.

Além dos fatores de inclusão e exclusão, também foram retirados dos prontuários eletrônicos dados a respeito da saúde do paciente que foram analisados no estudo. Estes dados correspondem aos fatores de risco para disfunções sexuais. Deste modo, os dados retirados dos prontuários foram: diabetes, hipertensão, cardiopatia e transtorno mental.

Selecionado previamente por meio da análise dos prontuários eletrônicos, um total de 93 pacientes foram convidados individualmente a participar da pesquisa após a consulta médica. Sete pacientes não participaram do estudo, pois não puderam ficar após a consulta.

Inicialmente foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo V) e após a aceitação expressada pela assinatura do termo, foram aplicados os instrumentos da pesquisa. A aplicação dos instrumentos da pesquisa foi realizada por meio de entrevistas individuais.

O responsável pelo estudo preencheu junto com os pacientes o “Questionário para obtenção de dados a respeito da saúde” e o “Questionário sobre dados pessoais” a fim de realizar uma caracterização da amostra e reavaliar se os pacientes se enquadrariam ou não nos critérios de inclusão e exclusão, uma vez que nem todos os dados eram encontrados durante a leitura dos prontuários eletrônicos.

Após o preenchimento destes questionários para avaliação final dos critérios de inclusão e exclusão, foi eliminado um total de seis participantes, um apresentava esquizofrenia, dois realizavam hemodiálise (tinham insuficiência renal), um havia feito cirurgia para câncer de próstata e dois por apresentarem déficit cognitivo e dificuldade de compreensão da linguagem.

Os pacientes que foram selecionados para dar continuidade ao estudo responderam o ultimo instrumento da pesquisa o “Questionário de experiências sexuais infantis”. Apesar de ser um questionário de autopreenchimento, o pesquisador leu com o participante do estudo a breve explicação sobre abuso sexual pertencente ao questionário e esclareceu o modo de preenchimento. Um total de 80 pacientes participou do estudo e preencheu o questionário referente às experiências sexuais infantis.

Após o preenchimento dos questionários, foi oferecido aos participantes do estudo encaminhamento para acompanhamento psicológico. O encaminhamento psicológico se deu quando o participante demonstrou interesse, ou quando o pesquisador observou necessidade durante a aplicação dos questionários.

Foi encaminhado para dar seguimento ao tratamento psicológico um total de seis pacientes dos 80 participantes. Um destes participantes pediu o encaminhamento, pois associava seu problema de ejaculação precoce ao histórico de abuso sexual. Os outros cinco participantes foram encaminhados pelo pesquisador por observar humor deprimido durante a entrevista. Os participantes foram encaminhados para o

agendamento de consulta com a psicologia da Divisão de Clínica Urológica. Os atendimentos foram realizados pelas estagiárias de psicologia do setor de urologia do HC/FMUSP.

3.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada pelo software SPSS versão 21.0. As variáveis contínuas foram representadas por média $\pm$ desvio padrão. Os dados contínuos foram representados em frequência absoluta e percentual (%). O teste de Qui Quadrado foi utilizado para avaliar as variáveis categóricas. O teste Modelo Linear Geral (GLM) univariado foi utilizado para comparação entre as variáveis contínuas. Foi considerado o nível de significância de $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

Na tabela 1 estão demonstradas as médias e desvio padrão ($\pm$) observadas em relação às variáveis contínuas: idade dos participantes do estudo, tempo de tratamento e tempo dos sintomas referente às queixas que compõem cada grupo.

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto à idade, tempo de tratamento e tempo dos sintomas

Variável	Amostra Total n=80	Ejaculação Precoce (EP) n=18	Disfunção Erétil (DE) n=31	Dor Pélvica Crônica (DPC) n=16	Misto n=15
Idade*	50.2 ± 7.2	46.5 ± 7.3	51.3 ± 6.4	52.8 ± 4.6	49.5 ± 9.6
Tempo de tratamento*	3.8 ± 4.0	3.3 ± 3.5	3.0 ± 2.2	2.8 ± 1.1	6.9 ± 7.2
Tempo dos sintomas	8.5 ± 8.3	8.4 ± 10	8.3 ± 8.1	4.8 ± 2.6	12.7 ± 9.4

Dados apresentados em média e desvio padrão ($\pm$). *Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

Houve diferença significativa para idade ($p=0,049$) entre os grupos. O teste post hoc revelou que as diferenças foram somente entre os grupos EP e DPC ($p=0,05$), sendo o grupo EP significativamente mais jovem que o grupo de DPC.

Houve diferença significativa para tempo de tratamento ($p<0,001$) entre os grupos. O teste post hoc revelou que as diferenças partiram do grupo misto em relação aos grupos DE ($p=0,008$), EP ($p=0,05$) e DPC ($p=0,02$).

Não houve diferença significativa para tempo de sintomas ($p=0,07$) entre os grupos.

Na tabela 2 estão demonstradas as frequências observadas em relação aos dados a respeito da saúde considerados fatores de risco para disfunção sexual masculina como: diabetes, hipertensão, cardiopatia, transtorno mental e diagnósticos psiquiátricos (ansiedade, depressão, ansiedade e depressão e transtorno do pânico). Estes dados foram apresentados por meio de percentual e frequência absoluta (n).

TABELA 2- Frequência dos fatores de risco para disfunção sexual masculina por grupo

Variável		Amostra Total n=80	Ejaculação Precoce (EP) n=18	Disfunção Erétil (DE) n=31	Dor Pélvica Crônica (DPC) n=16	Misto n=15
Diabetes*		23.8% (n=19)	0% (n=0)	41.9% (n=13)	6.3% (n=1)	33.3% (n=5)
Hipertensão		25% (n=20)	11.1% (n=2)	38.7% (n=12)	25% (n=4)	13.3% (n=2)
Cardiopatia		11.3% (n=9)	16.7% (n=3)	16,1% (n=5)	0% (n=0)	6.7% (n=1)
Transtorno Mental		26.3% (n=21)	22.2% (n=4)	29% (n=9)	12.5% (n=2)	40% (n=6)
Diagnóstico psiquiátrico	Ansiedade	7.5 % (n=6)	11.1% (n=2)	9.6% (n=3)	6.3% (n=1)	0% (n=0)
	Depressão	12.5% (n=10)	5.5% (n=1)	16.1% (n=5)	6.3% (n=1)	20% (n=3)
	Ansiedade/ depressão	3.7% (n=3)	5.5% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	13.3% (n=2)
	Pânico	2.5% (n=2)	0% (n=0)	3.2% (n=1)	0% (n=0)	6.7% (n=1)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). *Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

Utilizando teste qui-quadrado, foi encontrada diferença significativa nas proporções de diabéticos entre os diferentes grupos ($p=0,002$). De acordo com a correção de Bonferroni observamos que:

- O grupo DE possui uma proporção significativamente maior de diabéticos quando comparado ao grupo EP ($p=0,012$) e com o grupo DPC ($p=0,006$). O grupo MISTO possui uma proporção significativamente maior de diabéticos quando comparado ao grupo EP ($p=0,012$). As demais comparações dois a dois não apresentaram diferenças significativas.

Não houve diferenças significativas em relação à hipertensão ($p=0,160$), cardiopatia ($p=0,307$), transtorno mental ($p=0,347$) e diagnóstico psiquiátrico ($p=0,571$) em relação aos diferentes grupos do estudo.

Na tabela 3 estão demonstradas as frequências observadas em relação aos dados sobre abuso sexual infantil como: presença de abuso sexual infantil, tipo de abuso sexual infantil (abuso sexual e abuso com penetração ou tentativa de penetração), e

pessoas envolvidas no abuso sexual (família, conhecidos, autoridade e desconhecidos). Os dados foram apresentados por meio de percentual (%) e frequência absoluta (n).

TABELA 3 – Frequência dos dados sobre abuso sexual infantil por grupo

Variável		Amostra Total n=80	Ejaculação Precoce (EP) n=18	Disfunção Erétil (DE) n=31	Dor Pélvica Crônica (DPC) n=16	Misto n=15
Abuso Sexual Infantil	Total de abuso sexual	71.3% (n=57)	61.1% (n=11)	87.1% (n=27)	56.3% (n=9)	66,7% (n=10)
	Abuso Sexual	61.3% (n=49)	55.5% (n= 10)	77.4% (n=24)	50% (n=8)	46.7% (n=7)
	Abuso com Penetração ou tentativa	10% (n=8)	5.6% (n=1)	9.7% (n=3)	6.3% (n=1)	20% (n=3)
Pessoas envolvidas	Família	31.3% (n=25)	16.7% (n=3)	45.2% (n=14)	18.8% (n=3)	33.3% (n=5)
	Conhecidos	63.7% (n=51)	66.7% (n=12)	64.5% (n=20)	56.3% (n=9)	66.7% (n=10)
	Autoridade	2.5% (n=2)	5.6% (n=1)	3.2% (n=3)	0% (n=0)	6,7% (n=1)
	Desconhecido	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

A tabela 3 revela que não houve relação entre antecedente de abuso sexual na infância e ejaculação precoce ($p=0,57$), disfunção erétil ($p=0,06$), dor pélvica crônica ($p=0,10$) e grupo misto ($p=0,91$). Também mostra a porcentagem de abusos nos diferentes grupos. Pelo teste do qui-quadrado não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no total de abuso sexual ($p=0,09$), no abuso sexual ($p=0,09$) e no abuso com penetração ou tentativa de penetração ($p=0,51$).

A tabela 3 ainda exhibe quem foram as pessoas envolvidas no abuso. Pelo teste do qui-quadrado não foi encontrado uma diferença significativa entre os grupos nas pessoas envolvidas no abuso sexual: na família ($p=0,123$), nos conhecidos ($p=0,15$) e nas autoridades ($p=0,571$). Pode-se ver pela tabela que os abusos são cometidos principalmente por conhecidos, em seguida pela família. Nesta amostra não existiu

peessoas desconhecidas que cometerem abuso sexual infantil e uma porcentagem baixa (total=2.5%) de abusos sexuais infantis foram cometidos por pessoas de autoridade.

Na tabela 4 estão demonstradas as médias e desvio padrão ($\pm$) observadas em relação à variável continua idade de início do abuso.

TABELA 4 – Média de idade de início do abuso sexual infantil

Variável	Amostra Total n=57	Ejaculação Precoce (EP) n=11	Disfunção Erétil (DE) n=27	Dor Pélvica Crônica (DPC) n=9	Misto n=10
Idade de início do abuso	9.6 ± 2.2	10.6 ± 1.1	9.1 ± 2.5	8.9 $\pm 1,9$	10.7 ± 1.6

Dados apresentados em médias e desvio padrão ($\pm$). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

Não teve diferença significativa entre as idades de início do abuso sexual entre os grupos. As idades variaram de seis anos até 12 anos, exceto no grupo DE que tiveram dois outliers, um começou a ser abusado com dois anos de idade e outro com três anos de idade.

Na tabela 5 estão demonstradas as frequências observadas em relação ao tempo de duração do abuso sexual infantil por grupo. Os dados foram apresentados por meio de percentual (%) e frequência absoluta (n).

TABELA 5 – Tempo de duração do abuso sexual infantil

Variável	Amostra Total n=80	Ejaculação Precoce (EP) n=18	Disfunção Erétil (DE) n=31	Dor Pélvica Crônica (DPC) n=16	Misto n=15
Não teve abuso	28.7% (n=23)	38.9% (n=7)	12.9% (n=4)	43.8% (n=7)	33,3% (n=5)
Unica vez	15% (n=12)	22.2% (n=4)	16.1% (n=5)	0% (n=0)	20% (n=3)
Até 1 ano	6.3% (n=5)	5.6% (n=1)	6.5% (n=2)	12.5% (n=2)	0% (n=0)
Mais que 1 ano	50% (n=40)	33.3% (n=6)	64.5% (n=20)	43.8% (n=7)	46.7% (n=7)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

No teste do qui-quadrado não foi observado uma diferença significativa ($p=0,19$) entre tempo de duração do abuso sexual infantil entre os grupos. Pode-se observar que 50% da amostra total foi abusada por mais de um ano.

Na tabela 6 estão demonstradas as frequências observadas em relação aos dados sobre estado civil (união estável ou sem união) com antecedente de abuso sexual na infância. Os dados foram apresentados por meio de percentual (%) e frequência absoluta (n).

TABELA 6 - Frequência de estado civil e antecedente de abuso sexual infantil por grupo

Variável	Amostra Total		Ejaculação Precoce (EP)		Disfunção Erétil (DE)		Dor Pélvica Crônica (DPC)		Misto	
	n=80		n=18		n=31		n=16		n=15	
Abuso sexual	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
União estável	53.8% (n=43)	20% (n=16)	55.6% (n=10)	27.8% (n=5)	51.6% (n=16)	9.7% (n=3)	56.3% (n=9)	31.3% (n=5)	53.3% (n=8)	20% (n=3)
Sem união	17.50% (n=14)	8.70% (n=7)	5.60% (n=1)	11% (n=2)	35.50% (n=11)	3.20% (n=1)	0% (n=0)	12.50% (n=2)	13.30% (n=2)	13.30% (n=2)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

A tabela 6 mostra quantas pessoas estão ou não em uma união estável e se elas foram ou não abusadas sexualmente na infância. No teste do qui-quadrado não foi encontrado uma diferença significativa em nenhum dos grupos (EP $p=0,528$, DE $p=0,641$, DPC $p=0,175$ e MISTO $p=0,56$). No total da amostra 53.8% foram abusadas e estão em uma união estável e isso se mantém em todos os grupos.

Na tabela 7 estão demonstradas as frequências observadas em relação aos dados sobre a orientação sexual e antecedente de abuso sexual na infância por grupo. Os dados foram apresentados por meio de percentual (%) e frequência absoluta (n).

TABELA 7 – Frequência de orientação sexual e antecedente de abuso sexual infantil por grupo

Variável	Amostra Total		Ejaculação Precoce (EP)		Disfunção Erétil (DE)		Dor Pélvica Crônica (DPC)		Misto	
	n=80		n=18		n=31		n=16		n=15	
Abuso Sexual	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Heterossexual	66.3% (n= 53)	27.5% (n=22)	61.1% (n = 11)	38.9% (n = 7)	77.4% (n = 24)	9.70% (n = 3)	56.30% (n = 9)	43.8% (n = 7)	60% (n = 9)	20% (n=3)
Homossexual	2.5% (n = 2)	1.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	3.2% (n = 1)	3.20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	6.7% (n = 1)	0% (n = 0)
Bissexual	2.5% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	6.5% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

No teste do qui-quadrado não foi observado uma diferença significativa ($p=0,24$) entre orientação sexual e antecedente de abuso sexual infantil. Na amostra total 66.3% foram abusados sexualmente na infância e são heterossexuais. A porcentagem de participantes que não são heterossexuais na amostra total é de 6.2%, sendo difícil uma análise com esta amostra.

Na tabela 8 estão demonstradas as frequências observadas em relação aos dados sobre transtorno mental e antecedente de abuso sexualmente infantil. Os dados foram apresentados por meio de percentual (%) e frequência absoluta (n).

TABELA 8 – Frequência de transtorno mental e antecedente de abuso sexual infantil por grupo

Variável	Amostra Total		Ejaculação Precoce (EP)		Disfunção Erétil (DE)		Dor Pélvica Crônica (DPC)		Misto	
	n=80		n=18		n=31		n=16		n=15	
Abuso Sexual	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Transtorno Mental	20% (n=16)	6.3% (n=5)	16.7% (n=3)	5.6% (n=1)	22.6% (n=7)	6.5% (n=2)	12.5% (n=2)	0% (n=0)	26.7% (n=4)	13.3% (n=2)
Sem Transtorno Mental	51.3% (n=41)	22.5% (n=18)	44.4% (n=8)	33.3% (n=6)	64.5% (n=20)	6.5% (n=2)	43.8% (n=7)	43.8% (n=7)	40% (n=6)	20% (n=3)

Dados apresentados em percentual e frequência absoluta(n). Diferença significativa ($p \leq 0,05$).

No teste do qui-quadrado não foi observado uma diferença significativa ($p=0,56$) entre transtorno mental e antecedente de abuso sexual na infância quando comparado os grupos. Na amostra total, 51.3% foram abusados sexualmente na infância, mas não apresentam transtorno mental, e isso se mantém em todos os grupos.

5 DISCUSSÃO

Este estudo levanta a hipótese de que o abuso sexual infantil vivido por meninos seria um fator contribuinte para o desenvolvimento de futuras queixas somáticas que afetam a sexualidade, como a ejaculação precoce, disfunção erétil e dor pélvica crônica.

Esta hipótese foi baseada na experiência clínica do pesquisador com homens que apresentavam disfunções sexuais, uma vez que foram observados fatores psicogênicos que contribuíam para o desenvolvimento destas queixas. Sua formulação também foi embasada em um levantamento bibliográfico que revelou uma relação positiva entre o abuso sexual infantil e o desenvolvimento de disfunções sexuais e dor pélvica crônica (Staples et al., 2012; Turchik, 2012; Rellini et al., 2012; Deus et al., 2014). No entanto, as referências encontradas foram de estudos realizados com a população do sexo feminino. O fato de haver muito mais estudos para as mulheres do que para os homens sobre a prevalência do abuso sexual na infância e sobre as consequências do antecedente desta violência, despertou o interesse em estudar esta temática tão pouco analisada.

Como esta investigação diz respeito ao abuso sexual infantil como sendo um fator contribuinte para o desenvolvimento de disfunções sexuais e dor pélvica crônica nos homens e não um fator determinante, não buscando uma relação direta de causa e efeito, este estudo não desconsiderou os fatores de risco para estes adoecimentos como idade, diabetes, hipertensão, cardiopatia e transtorno mental como depressão e ansiedade.

Diferentemente de outras pesquisas, os resultados encontrados apontam para uma alta prevalência de antecedente de abuso sexual entre os participantes de todos os grupos (ejaculação precoce, disfunção erétil, dor pélvica crônica e misto) deste estudo. Para compreender este fato foi realizada uma análise crítica sobre a relação entre violência sexual infantil e disfunção erétil, ejaculação precoce e/ou dor pélvica crônica considerando a caracterização desta amostra.

5.1 Caracterização da amostra quanto a idade tempo de tratamento e tempo dos sintomas

Em relação à idade, a faixa etária dos participantes do estudo foi de 39 a 59 anos com a média geral de 50,2 anos, dentro da faixa etária de inclusão na pesquisa (30-59 anos).

Apesar de a idade ser um fator de risco para a disfunção erétil, considerando a média de idade dos homens participantes do estudo com DE, 51,3 anos, e o fato de a incidência de disfunção erétil completa duplicar em homens acima de 60 anos e a moderada passar de 16%, em homens de 50 a 59 anos, para 27%, em homens entre 60 a 69 anos (Abdo et al., 2002), pode se considerar que os participantes não se encontram na faixa etária crítica para o desenvolvimento da DE.

Ainda sobre a idade, quando comparado entre os grupos (DE, EP, DPC e MISTO) o resultado do estudo revelou uma diferença significativa entre os grupos dor pélvica crônica e ejaculação precoce, sendo este último mais jovem. Este resultado vai ao encontro da literatura, uma vez que a ejaculação precoce é a disfunção sexual masculina mais frequente entre os homens mais jovens (Simons, Carey, 2001).

Quanto ao resultado referente ao tempo de sintoma, observou-se que os pacientes do grupo misto apresentaram maior tempo de sintoma quando comparado com aos demais grupos, dado esperado quando se tratam de pacientes que apresentam comorbidades. O surgimento durante a pesquisa do grupo misto, composto pelos pacientes que possuíam dois problemas de saúde – disfunção erétil e ejaculação precoce; e disfunção erétil e dor pélvica crônica –, faz refletir sobre a relação entre estes adoecimentos.

Estudo de Corona et al. (2004) revelou que 50% dos homens com EP também apresentavam DE. Para analisar esta correlação entre as duas disfunções, podemos pensar que o desenvolvimento delas seria um ciclo vicioso, já que a presença de DE pode provocar EP e esta pode manter ou agravar o quadro de DE e vice e versa. Por exemplo, na tentativa de controlar a ereção, o nível de excitação e/ou ansiedade pode aumentar e provocar EP, ou mesmo à falta de confiança de manter uma ereção pode levar a EP. Por outro lado, na tentativa de controlar a ejaculação, a excitação pode ficar diminuída e haver aumento da ansiedade, podendo resultar em DE (Jannini et al., 2005, Jannini. et al, 2015).

Também foi encontrada na literatura uma correlação entre disfunção erétil e dor pélvica crônica. Pacientes com DPC apresentam um risco aumentado de ter DE (Chen, 2015). Um estudo prospectivo encontrou uma prevalência de 45,4% de DE em pacientes com DPC, sendo entre estes 46,6% DE moderada e 7,7% DE grave, estando à gravidade da DE correlacionada com a gravidade dos sintomas da DPC (Zhang et al., 2016).

Chama atenção a diferença encontrada entre o tempo de sintoma da(s) queixa(s) que compõem cada grupo em relação ao tempo de tratamento. Observamos em todos os

grupos que o tempo de sintoma, média geral de 8.5 anos, é superior ao de tratamento, média geral 3.8 anos. Uma hipótese para esta diferença seria da dificuldade dos homens em acessar a rede de saúde em decorrência das crenças a respeito da masculinidade.

Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI-SUS) indicam que, em 2010, a média anual de consultas médicas de homens com idade entre 20 e 59 anos foi 0,06 vezes inferior à média entre as mulheres (Arruda et al., 2017). Corroborando com este dado, estudo realizado no Brasil sobre a prevalência do comportamento de procura por ajuda por problemas sexuais também apontou uma diferença entre gêneros, pois as mulheres (44% das entrevistadas) relataram falar com o médico sobre problemas sexuais duas vezes a mais que os homens (21,5% dos entrevistados) (Moreira Junior, 2005).

Esta diferença pode ser compreendida como reflexo da disparidade histórico cultural entre gêneros no que se refere ao modo de viver e cuidar, pois a orientação para o cuidado de si e dos outros não faz parte da socialização dos homens. A educação do homem esta atravessada por noções de masculinidade que exige uma contenção não só das emoções como também do cuidado com o corpo. Para manter a imagem de homem com “H maiúsculo”, eles são educados para serem avessos ao cuidado, uma vez que a busca pelo cuidado poderia ser contrário à virilidade, força e independência, por ser sentida como uma demonstração de fraqueza medo e insegurança (Figueiredo, 2005; Botton et al., 2017).

Este estereótipo do masculino contribui para que haja um desconhecimento do homem em relação à fragilidade de seu corpo o que pode dificultar a detecção de sinais de sintomas e, consequentemente, o diagnóstico de doenças tende a ser realizado em um estágio avançado (Strey, Pulcherio, 2010). Esta seria uma hipótese para o achado do estudo sobre o tempo de sintoma ser maior que o de tratamento.

5.2 Caracterização da amostra quanto estado civil e orientação sexual

No que se refere à caracterização da amostra deste estudo, observou que predominantemente os homens apresentaram o seguinte perfil: em união estável e heterossexuais.

Para refletir sobre o alto índice de homens em união estável e com disfunção erétil, ejaculação precoce e dor pélvica crônica, sendo a maioria com antecedente de abuso sexual infantil, será problematizada a respeito do ajustamento conjugal,

sexualidade feminina e suas implicações na função sexual masculina, além do possível reflexo do antecedente de abuso sexual infantil no estado civil.

Considerando que a média de idade dos participantes do estudo foi de 50,2 anos, e levantando a hipótese de que suas parceiras teriam aproximadamente a mesma idade, pode se pensar que muitas delas estariam no período do climatério, acontece por volta dos 40 anos, e menopausa, geralmente ocorre a partir dos 45 anos. Por estarem no período de climatério e menopausa, estas mulheres podem apresentar uma queda importante da libido (Rampelotto et al., 2016). Segundo Speckens et al. (1995), a queda da libido, a disfunção sexual feminina e problemas no relacionamento podem contribuir para o início, exacerbação e manutenção de disfunção sexual do parceiro.

Estudo com 686 participantes mostra que, tanto para mulheres quanto para homens, o antecedente de abuso sexual na infância foi associado com maior evitação sexual e compulsividade sexual, fatores que prevê pouco ajustamento conjugal (Morel et al., 2015). Um estudo de revisão sobre fatores que afetam o comportamento sexual em adultos com antecedente de abuso sexual na infância, investigou os padrões de evitação ou compulsão sexual comparando os gêneros. Revelou que mulheres são mais propensas a apresentar aversão sexual, enquanto homens tendem a apresentar compulsão sexual (Aaron, 2012). Faz sentido considerar o resultado desta revisão para analisar a presente pesquisa, pois supõe que se os homens desta amostra estariam no ambulatório de Medicina Sexual em busca de tratamento para a disfunção sexual, eles não apresentariam desejo hipotativo.

Segundo Scorsolini-Comin e Santos (2010), indivíduos sexualmente satisfeitos têm maior possibilidade de construir um relacionamento afetivo mais gratificante. Para Hernandez (2008), as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo são fatores relacionados com ajustamento conjugal. Sendo assim, quanto melhor o ajustamento do casal em termos amorosos, afetivos e sexuais, menores são as chances de homens e de mulheres desenvolverem distúrbios sexuais. Além disso, quanto melhor a satisfação com a relação conjugal, melhor é o quadro clínico de homens que se tratam de disfunções sexuais (Smith, 2007).

Como observado nos estudos citados, o baixo ajustamento conjugal interfere negativamente na função sexual masculina e o abuso sexual contribui para problemas conjugais, como refletir sobre a maioria dos participantes deste estudo ter antecedente de violência sexual na infância e estarem em união estável? O abuso sexual infantil afeta a autoestima, gera medo e desconfiança sentimentos que prejudicam as relações

interpessoais (Les Gallo-Silver, 2014). A autoestima e confiança são fatores fundamentais para o sujeito se lançar em atividade de conquista de uma nova parceira, circunstância que pode contribuir para que os sujeitos da pesquisa se mantenham em relacionamentos de longo prazo, mesmo se o ajustamento conjugal estivesse prejudicado.

Oposto do julgamento social, os resultados desta pesquisa apontam uma falta de relação entre abuso sexual na infância e a homossexualidade, visto que em todos os grupos a maior parte dos participantes se declarou heterossexual e teve antecedente de abuso sexual na infância.

Pouco se fala sobre as repercussões sociais a respeito do sujeito abusado. Dentro de uma cultura machista patriarcal recai sobre estes sujeitos olhares de julgamento referente a seu destino. Restaria aos meninos abusados à condição de homossexualidade. O fato de a maioria das pessoas envolvidas nas relações abusivas serem do sexo masculino contribui para a construção do estigma de meninos abusados seriam ou se tornariam homossexuais (Almeida et al., 2009). Homens abusados sexualmente na infância carregam vergonha desta experiência por ela violar normas da masculinidade como dominância e controle emocional. Alguns homens podem responder a isso adotando personagens “super-masculinos” na vida adulta para encobrir sua fragilidade emocional (Wong et al., 2012; Easton, Kong, 2017)

Como visto, culturalmente o sexo masculino foi ensinado a ser “durão”, logo suportariam mais agressões sem pedir ajuda. Não pedir ajuda implicaria não apenas no fato de os casos de abuso masculino que vão à tona serem de extrema gravidade (Levant et al., 2009), como também, quando adultos dificultaria a procura pela assistência a saúde. Portanto, dar visibilidade a problemática do abuso sexual de meninos como proposto neste estudo, contribui para se construir um olhar para a população masculina livre de mitos sociais a respeito do abuso sexual infantil e suas repercussões, possibilitando melhor cuidado com a saúde desta população.

5.3 Fatores de risco para disfunção sexual masculina

Entre os fatores de risco investigados no estudo – diabetes, hipertensão, cardiopatia e transtorno mental – a diabetes foi o único que foi encontrada diferença significativa entre os grupos, pois o grupo de DE possui proporção maior de diabéticos. A diabetes também esteve mais presente nos pacientes do grupo misto em relação à EP.

Pode-se pensar que o motivo da diabetes estar presente no grupo misto seria por todos os pacientes deste grupo apresentam DE.

A diabetes mellitus é um importante fator de risco para DE. Estima-se que mais de 50% dos homens desenvolvem DE dentro de 10 anos de diagnóstico de diabetes. Há uma prevalência de DE em 49% em homens com diabetes tipo 1 e entre os pacientes com diabetes tipo 2, 34% apresentam DE grave e 24% DE leve a moderada (McMahon, 2014).

Esta relação entre diabetes e DE, também foi observada neste estudo, uma vez que esteve presente em 41,9% dos pacientes com DE participantes do estudo, sendo confirmado à diabetes como fator de risco importante para o desenvolvimento de DE nos pacientes tratados no setor de urologia do Hospital das Clínicas de SP.

Os resultados desta pesquisa não apontaram para uma relação entre antecedente de abuso sexual na infância e diagnósticos psiquiátricos. Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993) revelaram que as crianças que sofreram abuso com penetração desenvolvem sintomas psíquicos mais severos. Na atual pesquisa, a maior parte dos homens que sofreram abuso sexual na infância foi com penetração ou tentativa de penetração.

Apesar de não haver diferença significativa entre os grupos deste estudo em relação ao diagnóstico psiquiátrico, vale ressaltar a alta taxa encontrada de depressão (12,5% do total da amostra) e ansiedade (7,5% do total da amostra) quando comparados com a estatística de prevalência destes adoecimentos na população brasileira.

A depressão e a ansiedade são os elementos psicológicos mais presentes em homens com disfunção sexual. No entanto, esta associação é uma via de mão dupla, pois tanto depressão e ansiedade podem levar ao desenvolvimento de disfunção sexual, quanto à disfunção pode gerar ansiedade e depressão.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, a incidência teve um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015. O Brasil é o país com maior prevalência de depressão na América Latina, 5,8% da população, mais de 11 milhões de brasileiros, sofrem da doença. Comparando com a taxa de prevalência de depressão na população brasileira, observa-se que a taxa encontrada nos homens do grupo misto e com DE deste estudo foram maior, de 20% e 16,1% respectivamente. Segundo estudo de revisão realizado por Martin-Morales et al. (2005), a disfunção erétil e a depressão estão associadas, homens com depressão têm

quase duas vezes mais probabilidade de apresentar DE, quando comparados com não deprimidos.

Um efeito adverso do antidepressivo é a disfunção sexual, por outro lado o uso desta medicação pode melhorar a disfunção sexual, pois melhora o quadro depressivo, o que implica na melhora do humor, bem estar e libido (Souza, 2012). Além disso, o presente estudo apresentou alta incidência de antecedente de abuso sexual. Easton e Kong (2018) avaliaram os possíveis efeitos em longo prazo do abuso sexual na infância na saúde mental e observaram uma relação direta entre homens que sofreram abuso na infância e sintomas depressivos na idade adulta.

Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (Abdo, 2004) relatou que 8,9% dos homens com DE apresentaram depressão, 6,4% apresentaram ansiedade, número inferiores encontrados neste estudo, 16,1% e 9,6% respectivamente.

Segundo a OMS, a prevalência de ansiedade na população é de 3,6%, o número de pessoas com este transtorno teve um aumento de 14,9% no período entre 2005 a 2015, passando a atingir 264 milhões de pessoas. O Brasil é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, estando presente em 9,3% da população atingindo mais de 18 milhões de brasileiros. Comparando com a prevalência de ansiedade na população brasileira, observamos que neste estudo esta taxa foi maior no grupo de ejaculação precoce, 11,1%. Este dado pode estar relacionado com o fato de a ansiedade estar muito presente nos pacientes com EP, sendo o ansiolítico uma medicação usada para o tratamento desta disfunção. Esta ansiedade esta muitas vezes relacionada com uma cobrança de performance oriunda de falsas concepções sobre resposta sexual humana, além de tensões resultantes de comunicação deficiente com parceiro(a) (Kaplum, 1974).

Apesar de estudos apontarem para um alto índice de ansiedade e depressão em pacientes com DPC, chegando a estarem presentes em até 60% destes pacientes (Almeida, 2001), nesta pesquisa de um total de 16 pacientes avaliados apenas um apresentou ansiedade e um depressão, números inferiores a literatura.

Não houve relação entre antecedente de abuso sexual na infância e transtorno psiquiátrico, pois a maioria dos participantes do estudo foi abusada na infância, mas nunca apresentaram quadro de transtorno mental. Gava, Silva e Dell'Aglia (2013) também não encontraram esta relação em seu estudo. Analisaram 674 laudos do Departamento Médico-Legal do Rio Grande do Sul resultantes de perícias psiquiátricas e psicológicas que apontaram a probabilidade de ocorrência do abuso. 17,2% da amostra eram meninos entre sete e 19 anos. Houve diferença de sintomas psicológicos entre os

sexos. As meninas apresentaram mais sintomas depressivos, angústia, medo e pânico, enquanto os meninos apresentaram mais comportamentos agressivos, agitação e comportamento regressivo.

Apesar de não ter havido relação entre os fatores de risco para disfunção sexual, cardiopatias e hipertensão, com os grupos (EP, DE, DPC e MISTO), observa-se uma maior porcentagem de hipertensos no grupo de disfunção erétil. Este resultado vai ao encontro de outros estudos que apontam para o risco aumentado de disfunção erétil em hipertensos, uma vez que a hipertensão arterial impacta o sistema vascular afetando a hemodinâmica responsável pela ereção (Abdo, 2002). Segundo Javaroni et al. (2011), estes fatores de risco podem contribuir para o agravamento da disfunção sexual masculina até mesmo em casos de disfunção sexual psicogênica, no entanto, no atual estudo só foi encontrada relação entre diabetes e disfunção erétil.

5.4 Sobre o abuso sexual infantil

Apesar de não ter sido encontrada relação entre antecedente de abuso sexual na infância com nenhum dos quatro grupos, chama muita atenção a alta incidência de abuso, 61,1% dos participantes do grupo ejaculação precoce, 56,3% do grupo dor pélvica crônica, 66,7% do grupo misto e 87,1% dos participantes do grupo de disfunção erétil. Neste último, não foi encontrada relação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), mas pode-se afirmar haver uma tendência, uma vez que o p foi de 0,06. Esta tendência corrobora com o estudo de Weisberg et al. (2001), pois após avaliarem 52 pacientes, relatam que o abuso sexual infantil seria um dos fatores psicossociais que contribuem para o desenvolvimento da disfunção erétil masculina.

Foi observada neste estudo a alta taxa de abuso sexual infantil, mas quem eram as pessoas que estariam envolvidas?

Destaca-se neste estudo o fato de não haver relatos de pessoas desconhecidas entre os perpetradores do abuso sexual na infância. Este dado opõe-se ao mito social do medo do desconhecido e o alerta dado à criança sobre o contato com estranhos. A literatura corrobora com este achado, pois mostra que geralmente o abuso sexual é praticado por pessoas próximas e conhecidas, principalmente pessoas da família sendo o padrasto, tio, pai e irmão os principais envolvidos (Baptista et al., 2008; Vasconcelos et al., 2010). Pesquisas revelam que o abuso sexual infantil é mais frequente em ambiente intrafamiliar caracterizando caso de incesto (Pfeiffer, Salvagni, 2005), desmistificando o

espaço familiar como um lugar sempre sagrado e protetivo (Cohen, 1993). No entanto, no presente estudo a maioria das pessoas envolvidas não faz parte da família – um professor, quatro líderes religiosos, 28 amigos e 25 pessoas conhecidas, mas não amigas. Entre os abusos sexuais intrafamiliares destaca o maior número de primos envolvidos - 17 primos, três pais, três irmãos, duas mães, dois tios, uma tia, uma irmã e uma avó. Indo ao encontro deste resultado, outras pesquisas indicam que as meninas são mais abusadas por um membro da família, em especial o pai e padrasto; por outro lado, os meninos são mais propensos a serem abusados por um parente mais próximo em idade, como um primo mais velho ou até mesmo um irmão (Finkelhor et al., 1990; Maikovich-Fong, Jaffee, 2010; Plummer, Cossins, 2016).

Mas, qual seria o conceito de família para se pensar nas relações incestuosas?

O conceito de família não é definido somente pela consanguinidade, mas sim pela função social de parentesco que a pessoa exerce dentro do grupo (Cohen, Gobbetti, 1998). Cohen (1993) considera casos de abuso sexual que envolve relações sociais onde haja assimetria de funções como, por exemplo, professor-aluno, equivalente a relações incestuosas, denominado este tipo de relação como incesto polimorfo. Tendo em vista o amplo conceito de família, que expande os casos de abuso sexual incestuoso para além da consanguinidade, e as pessoas envolvidas nos casos de abuso sexual deste estudo, todas conhecidas da criança, pode se revelar que o perigo “mora em casa”.

Na literatura, há variação da prevalência de abuso sexual infantil com o gênero masculino, todas inferiores as taxas encontradas neste estudo. Navas (2014) em pesquisa de revisão bibliográfica sobre caracterização do abuso sexual na infância, suas consequências e medidas preventivas, estima que cerca de 3 a 29% dos homens foram vítimas de alguma forma de abuso sexual durante a sua infância. Já Stoltenborgh et al. (2011), ao fazerem uma meta-análise sobre a prevalência de violência sexual infantil em todo o mundo, encontrou a maior taxa de abuso sexual em meninos em estudo da África, 19,3%.

Pelos registros do SINAN (Sistema Nacional de Informação e de Agravos de Notificação), no Brasil em 2011 foram atendidos 10.425 crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sendo 16,8% do sexo masculino com maior índice na faixa etária de 5 a 9 anos, 30,5%. Mesmo considerando esta faixa etária com índice mais alto de violência sexual, a porcentagem está baixa quando comparada com os achados da presente pesquisa. Assim como em outros estudos, nos registros do SINAN foram encontrados índices mais altos de abuso com as meninas: 83,2%. Com poucas

oscilações entre as faixas etárias, atingindo 69,5% entre a faixa de 5 a 9 anos (Brasil, 2011). Considerando a idade de início do abuso sexual deste estudo, aproximadamente nove anos, e a taxa de abuso sexual da amostra total, 71,3%, variando de 56,3% para os homens com dor pélvica crônica a 87,1% para homens com disfunção erétil, observa-se que a prevalência de abuso sexual infantil é similar aos dados do SINAN com a população feminina. Como pensar sobre esta ocorrência tendo em vista que, assim como no SINAN, os dados da maioria dos estudos apontam para uma prevalência maior de abuso sexual na infância no sexo feminino do que masculino?

Para refletir sobre a discrepância das taxas de abusos sexual infantil deste estudo quando comparada com a literatura serão levantadas algumas hipóteses. O primeiro questionamento a ser feito para formulação de uma hipótese seria o que as pesquisas estariam considerando abuso sexual infantil, uma vez que a compreensão restrita sobre esta temática pode interferir nos resultados estatísticos sobre a prevalência desta violência. O abuso sexual se define pela sexualidade vinculada ao desrespeito ao indivíduo e aos seus limites, tornando o sujeito, objeto dos desejos do outro (Cohen, Gobbetti, 1998), estando à criança envolvida em uma relação desigual de poder (Ellery, 2004). Esta visão ampliada do conceito de abuso sexual, não focada no ato da penetração, também está presente no novo Código Penal Brasileiro, pois define violência sexual como “crime contra a dignidade sexual”, expandindo o conceito do estupro ao incluir o ato libidinoso (Brasil, 2010).

Este projeto se baseia neste conceito mais amplo de abuso sexual na infância, pois compreende que o abuso sexual não está restrito apenas as experiências que envolvem o ato da penetração. Esta definição se encontra evidente no *Questionário de experiências sexuais infantis*, uma vez que envolve perguntas referentes desde carícias de forma erótica, relações sexuais estimuladas por cima da roupa, exposição do órgão genital, manipulação do genital, masturbação, sexo oral até abuso com penetração ou tentativa de penetração.

Não considerar a compreensão mais abrangente sobre abuso sexual infantil pode interferir no resultado de prevalência de abuso encontrada nas pesquisas. O estudo da Organização Mundial da Saúde (2008), por exemplo, revelou que em um ano foram notificados 73 milhões de casos de meninos que sofreram violência sexual, no entanto, considerou apenas os casos que envolveram penetração ou contato físico. Em 2009, Gilbert et al. ao estudarem sobre o maus-tratos infantis em países de alta renda, relataram que, durante a infância, 10% das meninas e 5,0% dos meninos são expostos a

violência sexual com penetração. O formulário utilizado pelo SINAN também levou em conta o tipo de violência sexual a qual foi submetida à vítima. Quando separado os tipos de abuso sexual, os estupro (abuso com penetração) concentram 59% dos atendimentos de crianças e adolescentes, sendo 85,4% das vítimas do sexo feminino e 14,6% do sexo masculino. Entre os meninos o pico incidência foi entre 5 a 9 anos, 29,8% (Brasil, 2011).

Na presente pesquisa 10% da amostra relataram ter antecedente de abuso sexual com penetração ou tentativa de penetração sendo mais presente no grupo misto (20%), apesar de não haver diferença estatística entre os grupos. Observa-se que as taxas encontradas de abuso sexual com penetração ou tentativa de penetração são mais próximas das prevalências de abuso sexual infantil cometido contra o gênero masculino encontradas na literatura. Na Costa Rica 13% dos meninos foram abusados na infância (OMS, 2003), em estudo realizado na cidade de Boston, EUA, a taxa de abuso sexual cometido contra meninos foi de 16,7% (Chiu et al., 2014), já nos Países Nórdicos esta taxa variou entre 3 a 23% (Kloppen, 2016). Sendo assim, uma hipótese para a alta prevalência de violência sexual infantil encontrada na presente pesquisa seria por considerar uma ampla compreensão sobre este conceito.

A Organização das Nações Unidas (2008) denuncia uma escassez de dados estatísticos a respeito da violência sexual contra criança, pois ainda é frequentemente silenciada. Esta carência estatística pode ocorrer por diversas razões, por focar em violência sexual com penetração ou marcas físicas, pelo despreparo dos profissionais de saúde e da justiça em lidarem com esta questão e também pela dificuldade da criança e familiares denunciarem a violência (Navas, 2014).

Até o fim dos anos 1990, não existia no Brasil um instrumento de base de dados para registrar a violência sexual contra criança e adolescente, tornado difícil criar estratégias de planejamento para o enfrentamento desta problemática. A notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes é recente na realidade brasileira. Somente em 2001 o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças, atendidas no Sistema Único de Saúde, através da Portaria Nº 1968 - MS/ GM de 26/10/2001. A portaria determinou que os casos confirmados ou suspeitos de abuso sexual deverão ser informados ao Conselho Tutelar, prevendo penalidade para os profissionais ou instituições de saúde que assim não fizer (Brasil, 2004).

No entanto, a incidência do abuso sexual infantil ainda é desconhecida em decorrência da subnotificação dos casos. Por serem baseados nas notificações, os dados epidemiológicos e de pesquisas sobre violência sexual na infância, não abrange a totalidade das ocorrências (Hohendorff et al., 2012). Esta informação poderia ser um fator contribuinte para a prevalência encontrada neste estudo ser mais alta quando comparado com a literatura.

O primeiro passo para haver notificação é a revelação da ocorrência da violência sexual infantil. Contudo, a criança, principalmente em caso de incesto, apresenta dificuldade em revelar o abuso devido à vergonha, sentimento de culpa e medo da separação familiar (Baptista, et al., 2008). Além disso, muitas vezes a criança não tem clareza de que estaria envolvida em uma situação de abuso sexual, já que pode nutrir sentimento positivo em relação ao perpetrador quando este é um cuidador. Além disso, o abuso não está necessariamente relacionado a uma ação violenta (Hohendorff, 2012), na maioria dos casos não são observadas marcas físicas na criança, fator que contribui para a falta de materialidade do fato (Pfeiffer, Salvagni, 2005; Borges, Dell’Aglia, 2008). Drezett (2000), ao analisar 1.200 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, constatou que nos casos de incesto a aproximação da criança ocorre via intimidação e/ou sedução sem o uso de força física, ou seja, na maior parte das vezes não há danos físicos.

Tendo em vista o resultado desta pesquisa quanto a idade de início do abuso sexual na infância, média de 9 anos, e as pessoas envolvidos, sendo a maioria pessoas conhecidas e primos, podemos pensar que algumas das experiências sexuais que ocorreram apenas uma vez podem ser uma experimentação da sexualidade, pois Freud (2006) destaca que apesar de na fase de latência, presente entre seis a dez anos, a energia sexual da criança estar desviada para desenvolvimento intelectual e social, em alguns casos se preservam certas atividades sexuais ao longo deste período até a puberdade. Porém, apesar de serem observados neste estudo casos pontuais de abuso sexual na infância, a maioria (50% da amostra total, 33,3% do grupo de ejaculação precoce, 64,5% da disfunção erétil, 43,8% da dor pélvica crônica e 46,7% do grupo misto) ocorreu por mais de um ano. Uma hipótese para pensar sobre este longo tempo de duração de abuso sexual na infância seria por o perpetrador ser uma pessoa próxima a criança e, como visto, esta aproximação aconteceria via sedução de forma não violenta e sem marcas físicas (De Antoni, Koller, 2002; Pires, 2000), dificultando a denúncia por

parte da criança e a identificação do abuso por parte de familiares, profissionais da saúde, justiça e educação.

Observa-se que na área da saúde os atendimentos de violência sexual infantil estão focados nos casos onde ocorreu penetração, priorizando a investigação de doenças sexualmente transmissíveis (Lima, Deslandes, 2011). No entanto, como apontado anteriormente a maioria dos casos de abuso sexual infantil não há marcas físicas o que dificulta os profissionais reconhecerem e, conseqüentemente, notificarem os casos. Entre os fatores que podem contribuir para a subnotificação da violência sexual infantil esta o despreparo dos profissionais da saúde, justiça e educação para identificar os casos de abuso sexual infantil devido não só pelo desconhecimento de sua definição, como também a falta de manejo em lidar e conduzir os casos. Esta hipótese se confirma em estudo realizado com profissionais da Saúde Mental, pois todos os entrevistados relataram não ter tido preparo em sua formação acadêmica e a maioria nunca ouvira falar do tema do abuso sexual em cursos de formação (Gobbetti, 2006).

Não ocorrendo à identificação dos casos de abuso sexual por parte de familiares, profissionais da saúde e educação, caberia a criança delatar esta violência. Mas, o relato da criança não poderia ser imaginação da criança? Pelo alto número encontrado neste estudo de casos de abuso sexual na infância poderia se questionar quanto à veracidade dos fatos, será que poderiam ser apenas lembranças de uma fantasia infantil? Freud abre margem para muitos profissionais considerarem os casos de incesto como fantasias infantis ao construir a teoria do Complexo de Édipo, passando a considerar cenas de sedução vividas na infância como fantasias inconscientes envolvendo os progenitores (Costa, 2007). A fase Edípica termina quando a criança esta com aproximadamente cinco anos quando abandona a fantasia incestuosa dando início ao período de latência (entre seis a dez anos). No período de latência há repressão do Édipo, fazendo com que a criança explore a alfabetização, jogos e brincadeiras em grupo (Freud, 2006).

As fantasias proeminentes do complexo de Édipo envolvem os progenitores, e em nosso estudo observou se que a maioria das pessoas envolvidas era pessoas conhecidas e primos. A média de idade de início do abuso sexual vivido pelos participantes deste estudo foi de nove anos, então, de acordo com a teoria de Freud (2006), os participantes estariam no período de latência, onde a energia não esta concentrada na sexualidade. Deste modo, a hipótese de que os relatos de abuso sexual infantil neste estudo seriam fantasiosos perde a coerência. Além do mais, estudo realizado em Harvard comprova que nosso cérebro não distingue o que é fantasia ou realidade ao mostrar evidencias que

as mesmas áreas do cérebro são estimuladas e modificadas durante o aprendizado musical no treino físico ou mental (Pascual-Leone; 1995). Isto posto, para o tratando de saúde mental não importa se o abuso sexual ocorreu ou não, pois ele irá causar o mesmo impacto psíquico e consequências na saúde em longo prazo, como, por exemplo, a disfunção sexual masculina. A investigação sobre a realidade da narrativa da criança ou da lembrança do adulto é uma visão policial que interessa muito mais aos órgãos da justiça do que o da saúde.

Por se basear na maior parte das vezes em casos notificados, embora dados de pesquisas indiquem maior prevalência de casos de abuso sexual contra meninas, não é possível afirmar que ocorra em menor número contra meninos, pois quanto se trata da denuncia do abuso contra o gênero masculino a dificuldade de notificação se agrava ainda mais (Martins, Jorge, 2010; Pelisoli et al., 2010). Em meninos, a revelação da violência sexual é dificultada devido a padrões de masculinidade baseados no estoicismo (Weiss, 2010), cabendo ao menino suportar o que lhe acontece. Segundo Sebold (1987), as preocupações homofóbicas sobre o futuro do menino, seria uma das principais causas do pouco conhecimento que se tem sobre a violência sexual contra meninos. O autor aponta que a associação entre abuso sexual de meninos e homossexualidade implica não apenas em vergonha do estigma social, mas também contribui para o número reduzido de denúncias do abuso deste gênero. Os levantamentos gerais tendem a mostrar taxas menores de abuso sexual masculino do que os estudos clínicos (Sebold, 1987), como observado na presente pesquisa.

O abuso sexual ocorrido com meninas é mais bem compreendido pela sociedade do que com meninos (Pinto Junior, 2005) e, conseqüentemente, a violência sexual cometida contra o gênero masculino é menos relatada, contribuindo para a diferença da prevalência do abuso entre os gêneros. Um estudo analisou 65 pesquisas realizadas em 22 países e revelou que 19,7% de mulheres e 7,9% de homens vivenciaram abuso sexual antes dos 18 anos de idade (Pereda et al, 2009). Pelos registros do SINAN, em 2011, a maioria dos casos atendidos de violência sexual infantil foi do sexo feminino 83,2%, sendo apenas 16,8% de casos com meninos. Esta diferença das taxas de abuso sexual entre os gêneros, também são observadas nas pesquisas de prevalência em estudos de diversas regiões. Na Nicarágua, 26,0% das meninas e 20,0% dos meninos foram abusados sexualmente (OMS, 2013), a taxa encontradas em estudos dos Estados Unidos foi de 17,4% para meninas e 4,2% para meninos (Kajeepta et al., 2015), já nos

Países Nórdicos a taxa variou de 11 a 36% para meninas e 3 a 23% para meninos (Kopplen, 2016).

Observa-se que as taxas de antecedente de abuso sexual encontradas neste estudo (61,1% entre os homens com ejaculação precoce, 87,1% entre os homens com disfunção erétil, 56,3% entre os homens com dor pélvica crônica e 66,7% entre os participantes do grupo misto), mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa quando comparado os grupos, são maiores do que a taxa de pesquisas realizadas com mulheres. Considerando este fato e os resultados dos estudos que apontam sempre para uma maior taxa de violência sexual com o gênero feminino, pode levantar o questionamento se a alta prevalência de abuso sexual infantil desta pesquisa estaria apenas relacionada à subnotificação dos casos de violência sexual masculino.

Considerando a alta taxa de antecedente de abuso sexual infantil em todos os grupos, permite considerar a possibilidade de o abuso sexual na infância ser um fator de risco para as disfunções sexuais psicogênica, estar verdadeira. Ademais, ao olhar para os fatores de risco para disfunção sexual masculina, observou-se que cardiopatia, hipertensão e transtorno mental não obtiveram relação com nenhum dos quatro grupos. Apesar de diabetes ter sido apontada como fator de risco importante para a disfunção erétil, este grupo apresentou a maior prevalência de antecedente de abuso sexual na infância, 87,1%, e resultado estatístico de $p = 0,06$, indicando uma tendência na relação entre DE e violência sexual infantil. Desta forma, poderia considerar a possibilidade de a hipótese deste estudo de que o antecedente de abuso sexual na infância seria um fator contribuinte para o desenvolvimento de disfunção erétil, ejaculação precoce e dor pélvica crônica, ser verdadeira. Se assim, o resultado desta pesquisa vai ao encontro da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), pois cita o abuso sexual como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos relacionados à disfunção sexual (APA, 2014).

Durante o levantamento bibliográfico para realizar esta pesquisa observou-se que muitos estudos buscavam compreender a relação entre as vivências de abuso sexual na infância e os impactos na saúde sexual, contudo a grande maioria foram realizadas com a população feminina. Mulheres com histórico de violência sexual são propensas a apresentar distúrbios do desejo, excitação, orgasmo, transtornos de dor como dispareunia, vaginismo e dor pélvica crônica, além de ausência de prazer, dor genital, lubrificação vaginal insuficiente e dificuldade de atingir orgasmo durante a relação sexual (Nogueira et al., 2006; Luo et al., 2008; Romão et al., 2009; Rellini et al., 2012;

Deus et al., 2014; López, et al., 2017). Alguns estudos realizados com a população masculina corroboram para a relação entre violência sexual vivida na infância e desenvolvimento de adoecimentos que afetam a vida sexual do homem. Jim et al. (2007) avaliaram uma amostra de 2.301 homens entre 30 a 79 anos e observaram que o abuso físico, emocional e/ou sexual aumentou a probabilidade de apresentarem sintomas sugestivos de dor pélvica crônica. Segundo Weisberg et al.(2001), o antecedente de abuso sexual na infância foi um dos fatores que contribui para o desenvolvimento da disfunção erétil. Já Bravo et al. (2010), encontrou relação entre traumas sexuais infantis e dificuldade de se alcançar o orgasmo masculino.

A disfunção sexual masculina pode ter etiologia orgânica e/ou psicogênica (Perelman, 2006; Marques, 2008). Diante da alta prevalência de antecedente de abuso sexual na infância entre os participantes desta pesquisa, destaca-se a importância de desenvolver mais estudos que avaliem o abuso sexual como fator de risco para a disfunção sexual masculina de etiologia psicogênica para que se possa oferecer um tratamento mais adequado e um cuidado integral aos homens.

Além disso, os poucos estudos encontrados durante o levantamento bibliográfico e o alto índice de abuso sexual entre os participantes desta pesquisa denunciam uma negligência em relação à problemática da violência sexual na infância contra o gênero masculino. Na literatura cabe aos homens ficarem no local de destaque quando se relata sobre o perpetrador deste tipo de violência. Até nos estudos sobre as consequências do abuso sexual infantil, a eles se condena o comportamento de replicar o ato do abuso, meninos abusados seriam possíveis abusadores. Espera-se que com o resultado desta pesquisa se crie um olhar mais crítico e cuidadoso sobre a vivência do abuso sexual ocorrida contra os meninos e suas consequências na saúde física e mental a curto e longo prazo.

5.5 Considerações finais

Esta pesquisa apresentou algumas limitações. Uma delas é a diferença do número de participantes que compõe cada grupo, o que pode interferir nos resultados encontrados ao comparar os grupos. A falta de informações nacionais sobre abuso sexual infantil em meninos assim como estudos científicos, restringiu a formulação da discussão desta pesquisa, pois dificultou fazer a comparação dos resultados encontrados com dados da literatura. Sendo assim, para uma próxima pesquisa seria essencial ter um

grupo controle, tanto em uma população sadia como uma população que tenha doenças que não estão relacionadas com a sexualidade para comparar com os resultados encontrados nos demais grupos da pesquisa (DE, EP, DPC e MISTO).

6 CONCLUSÃO

Segundo os resultados da análise do questionário de experiências sexuais infantis não houve relação entre antecedente de abuso sexual na infância com nenhum dos quatro grupos. No entanto, destaca-se à alta incidência de abuso em todos os grupos, 61,1% dos participantes do grupo ejaculação precoce, 56,3% do grupo dor pélvica crônica, 66,7% do grupo misto e 87,1% dos participantes do grupo de disfunção erétil. Estes índices são maiores do que as taxas encontradas na literatura sobre de violência sexual ocorrida com meninos bem como com meninas, mesmo as taxas de abuso sexual com o gênero feminino estarem sempre maiores do que o masculino tanto em outros estudos clínicos quanto em dados de notificação. Concluiu-se que esta diferença ocorreu por haver, na literatura, uma subnotificação dos casos de abuso sexual infantil devido à compreensão restrita sobre abuso sexual infantil focada em casos onde ocorreu penetração, falta de preparo do profissional de saúde e justiça em identificar e denunciar os casos. Além da dificuldade de a criança denunciar a vivência do abuso sexual devido os perpetradores serem pessoas conhecidas, gerando receio das ameaças e sentimento ambíguo de medo e afeto positivo em relação ao abusador, uma vez que este pode exercer papel de cuidador.

Chamou atenção não haver relatos de pessoas desconhecidas envolvidas no abuso sexual infantil. Observou-se que o abuso ocorreu principalmente por pessoas conhecidas e primos. Concluiu-se que o perpetrador ser alguém próximo da criança seria um fator contribuinte para o abuso sexual ter permanecido por mais de um ano na maior parte da amostra, uma vez que a aproximação geralmente acontece com o uso da sedução sem violência ou marcas físicas.

Tendo em vista a alta prevalência de abuso sexual infantil em todos os grupos deste estudo quando comparado com dados da literatura e de notificação, concluiu-se considerar a possibilidade de a hipótese abordada nesta pesquisa de a violência sexual infantil ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças que afetem a sexualidade masculina na vida adulta, ser verdadeira.

Por fim, concluiu-se que o número restrito de estudo encontrado na literatura sobre violência sexual com meninos e as altas taxas de abuso sexual infantil desta pesquisa denunciam a importância de realizar mais estudos para investigar sobre abuso sexual infantil com o gênero masculino e suas consequências na saúde desta população.

Denunciam também um preconceito sofrido pelos homens no que se refere ao cuidado, uma vez que cabe a eles um lugar de virilidade e fortaleza. Isto impede olhar para questões como a vivência de abuso sexual na infância, o que dá margem para uma negligência na construção de medidas protetivas e cuidado da saúde com o gênero masculino.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO I - QUESTIONARIO PARA OBTENÇÃO DE DADOS A RESPEITO DA SAÚDE

Há quanto tempo você se trata na urologia? _____

Qual o motivo pelo qual se trata na urologia? _____

Há quanto tempo sente os sintomas referentes ao motivo pelo qual se trata na urologia? _____

Você já fez ou faz algum tratamento psiquiátrico? () Não () Sim

Se sim, para que? _____

Você tem ou teve câncer de próstata? () Não () Sim

Você está com infecções do trato urinário? () Não () Sim

Você tem ou teve insuficiência renal? () Não () Sim

Você tem epilepsia? () Não () Sim

Você tem diabetes? () Não () Sim

Você tem hipertensão? () Não () Sim

Você tem ou teve algum problema no coração? () Não () Sim

Se sim, o que? _____

7.2 ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS PESSOAIS

Idade: _____ anos

Orientação Sexual

() Heterossexual () Homossexual () Bissexual
() Travestis () Transexuais () Outro _____

Estado civil:

() Em união estável
() Sem união

7.3 ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS SEXUAIS INFANTIS “CHILDHOOD SEXUAL EXPERIENCES QUESTIONNAIRE”

É reconhecido que muitas pessoas possuem experiências sexuais quando crianças. Algumas destas experiências sexuais ocorrem entre a criança e amigos que ela brinca, conhecidos ou membros da família. Algumas dessas relações são perturbadoras e dolorosas e influenciam a vida pessoal e experiências sexuais posteriores, enquanto outras são praticamente esquecidas. Embora estes eventos sejam importantes, atualmente pouco se sabe sobre eles.

Tente se lembrar das experiências sexuais que você teve quando criança. “SEXUAL” pode significar uma ampla faixa de coisas, qualquer coisa que possa ser vista ou ter sido sentida por você como relação sexual.

Se você se sentir muito angustiado em algum momento enquanto responde este instrumento, por favor, pare imediatamente e escreva “muito angustiado” no ponto onde você parou.

Assinale com um X com que frequência as seguintes situações ocorreram com você antes dos seus 12 anos de idade.

	Não tenho certeza	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente- mente	Muito Frequente- mente
1- Convite para fazer ou falar algo de forma sexualizada						
2-Beijos ou abraços de forma sexualizada						
3- Alguém mostrou o órgão genital para você						
4- Você mostrou o órgão genital para alguém						
5- Alguém acariciou eroticamente você por cima da roupa						

6- Você acariciou eroticamente alguém por cima da roupa						
7- Alguém tocou no seu órgão genital						
8- Você tocou no órgão genital de alguém						
9- Relação sexual estimulada por cima da roupa						
10- Masturbou alguém ou foi envolvido na masturbação de outra pessoa						
11- Alguém te masturbou						
12- Alguém teve contato oral com seu órgão genital						
13- Você teve contato oral com o órgão genital de alguém						
14- Você foi penetrado com o dedo ou com algum objeto						
15- Alguém teve relação anal com você (incluindo tentativas frustradas ou mal sucedidas)						
16- Você foi envolvido em abuso com tortura sexual						
17- Outras situações						

Quem estava envolvido nas experiências acima com você? Assinale com um X todas as pessoas envolvidas (mais de uma opção pode ser marcada).

- ☐ Estranho
- ☐ Pessoa conhecida, mas não amiga
- ☐ Amigo (a)
- ☐ Sobrinho
- ☐ Sobrinha
- ☐ Primo
- ☐ Prima
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Tio
- ☐ Tia
- ☐ Avô
- ☐ Avó
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Professor (a)
- ☐ Treinador (a)
- ☐ Líder religioso
- ☐ Babá / cuidador (a)
- ☐ Outro

Que idade você tinha quando correu primeiro episódio?

Que idade você tinha quando as experiências acima pararam?

Se você teve apenas uma experiência, que idade tinha quando ela ocorreu?

7.4 ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA USO DO TESTE

Amanda,

Congratulations on your studies! You most certainly can use the “Childhood Sexual Experiences Questionnaire.” Make whatever changes you need to fit your specific study questions. I’d love to have a copy of your results when you’re finished with your studies (even if it’s in Portuguese), though this is not necessary for you to use this questionnaire. The more we can do to study this topic, the better!

Best wishes!

Daniel R. Altman, Ph.D.
Licensed Psychologist
Licensed Sex Offender Treatment Provider

Altman Psychological Services, PLLC
910 Collier St., Suite 202
Fort Worth, TX 76102
Cell: 817-602-5320
Fax: 817-870-9791

7.5 ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____
 ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
 CEP: _____ TEL: DDD (____) _____

TÍTULO DA PESQUISA: A relação da experiência de abuso sexual na infância e queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina.

PESQUISADOR: Mestranda: Amanda Diogo Pap CRP 06/107645 Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

UNIDADE DO HCFMUSP: Urologia

O senhor está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a relação entre a experiência de abuso sexual na infância e as queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual, em homens pacientes da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Se você concordar em participar deste estudo serão realizados três questionários de autopreenchimento: questionário sociodemográfico, questionário para obtenção de dados a respeito da saúde e questionário de experiências sexuais infantis. O tempo de preenchimento deverá ser de aproximadamente vinte minutos. O tempo de preenchimento deverá ser de aproximadamente vinte minutos. O procedimento deste estudo oferece risco e desconforto mínimo. A princípio não há um benefício direto para o participante. Por outro lado, as informações obtidas contribuirão para a oferta de um cuidado integral aos pacientes com queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual. De qualquer modo, se for de seu interesse ou observada necessidade de apoio ou tratamento psicológico, o senhor será encaminhado para o agendamento de consulta com a psicologia da Divisão de Clínica Urológica. Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu atendimento de saúde de boa qualidade. A principal investigadora do estudo é a Psicóloga Amanda Diogo Pap e o orientador é o Prof. Dr. Claudio Cohen que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Arnaldo, 115, tel: 3061-8420. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Rua Ovídio Pires de Campos, 225 –5º andar –telefone 2661-6442 ramais 16, 17, 18 Ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 –e-mail: cappelq.adm@hc.usp.br. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Todos os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **A relação da experiência de abuso sexual na infância e queixas de dor pélvica crônica e disfunção sexual masculina.** Eu discuti com a pesquisadora Amanda Diogo Pap sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Data ____/____/20____

Assinatura do paciente

Data ____/____/20____

Assinatura do responsável pelo estudo

8 REFERÊNCIAS

Abdala N, Li F, Shaboltas A, Skochilov R, Krasnoselskikh T. History of Childhood Abuse, Drinking Motives, Alcohol Use, and Sexual Risk Behavior Among STD Clinic Patients in St. Petersburg, Russia: A Cross-Sectional Study. *AIDS and Behavior*. 2016;20(3):512-22.

Abdo CH. Disfunção erétil - Resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(6):424-9.

Abdo CH. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.

Abdo CH. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002;59(4):250-7.

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Relatório anual do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto juvenil: Rio de Janeiro: ABRAPIA2003.

Acuña Navas MJ. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2014;31:57-69.

Afif-Abdo J. Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil. *Diagn Tratamento*. 2007;12(4):192-5.

Afifi TO, Macmillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Health reports*. 2016;27(3):10.

Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain physician*. 2014;17(2):E141.

Alexander PC, Teti L, Anderson CL. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(6):829-38.

Almeida FM. A prática invasiva na dor pélvica. . *Femina [Internet]*. 2001.

Almeida TMCd, Penso MA, Costa LF. Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino? *Estilos da Clínica*. 2009;14:46-67.

Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE. 2014. p. 60-90.

Altman DR. The effects of childhood sexual abuse on adult male attachments in close relationships. Texas: A & M University; 2005.

(APA) APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.

Araújo MF. Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica. *Perfil*. 1996;9:7-17.

Aron M. The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse 2012. 199-218 p.

Arruda GOd, Mathias TAdF, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:279-90.

Aubin S, Berger RE, Heiman JR, Ciol MA. The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *The journal of sexual medicine*. 2008;5(3):657-67.

Baptista RS, França ISXd, Costa CMPd, Brito VRdS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21:602-8.

Berg MK, Hobkirk AL, Joska JA, Meade CS. The Role of Substance Use Coping in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Depression Among Methamphetamine Users in South Africa. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017;9(4):493-9.

Borges JL, Dell'Aglío DD. Abuso sexual infantil: Indicadores de risco e conseqüências no desenvolvimento de crianças. [Child sexual abuse: Risk factors and consequences on development of children.]. *Revista Interamericana de Psicología*. 2008;42(3):528-36.

Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2017;25(1).

Bowen DK, Dielubanza E, Schaeffer AJ. Chronic bacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. *BMJ clinical evidence*. 2015;2015.

Brasil. Constituição da República Federativa. São Paulo 2009.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente Ministério da Justiça Brasília 2004.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Brasília 2013.

Bravo SC, Corres Ayala NP, Carreño Meléndez J, Henales Almaraz C. Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. *Salud mental*. 2010;33(3):237-42.

Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(10):1205-22.

- Brown M, Masho S, Perera R, Mezuk B, Pugsley R, Cohen S. Sex Disparities in Adverse Childhood Experiences and HIV/STIs: Mediation of Psychopathology and Sexual Behaviors. *AIDS and Behavior*. 2017;21(6):1550-66.
- Campbell J, Walker, R., & Egede, L. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;50(3):344-52.
- Cantón-Cortés D, Rosario Cortés M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):607-14.
- Carvalho AC, Franco PNOB, Crippa JAS, Hallak JEC, Osório FL. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]*. 2015; 42(1):[25-30 pp.].
- Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010;85(7):618-29.
- Chen X, Zhou Z, Qiu X, Wang B, Dai J. The Effect of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) on Erectile Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*. 2015;10(10):e0141447.
- Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, Link CL, Hall SA, McKinlay JB. Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: a descriptive analysis of results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Violence and victims*. 2013;28(3):381-402.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*. 2013;4.
- Cohen C. Bioética e sexualidade nas relações profissionais. São Paulo Associação Paulista de Medicina; 1999.
- Cohen C. O incesto um desejo. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.
- Cohen C, Gobbeti G. Abuso sexual intrafamiliar. *Revista Brasileira de Ciências Criminas*. 1998;7(24):235-43.
- Conselho Federal de P, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do J. Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas.
- Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA, Mansani R, Magini A, et al. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *European urology*. 2004;46(5):615-22.

Cortés Arboleda CMR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25(2):157-65.

Costa RAND. Evolução da perspectiva psicodinâmica no abuso sexual de crianças: da psicanálise da teoria da sedução a psicanálise do complexo de Édipo. Portal do Psicólogo [Internet]. 2007.

Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Childhood sexual abuse: how important is the diagnosis to understand and manage sexual, anorectal and lower urinary tract symptoms. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*. 2013;23(9):780.

Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons NSPCC Information Briefings 2004. Available from: www.nspcc.org.uk/Inform/OnlineResources/InformationBriefings/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.asp_ifega26028html.

Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(11):813-22.

Declaration. UN. The United Nations Declaration of the Rights of the Child. 1959. Available from: <https://www.unicef.org/malaysia/1959-Declaration-of-the-Rights-of-the-Child.pdf>.

Depanfilis D, K. Salus M. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: A Basic Manual 1992.

Deus JMd, Santos AFRD, Bosquetti RdB, Pofhal L, Alves Neto O. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Revista Dor*. 2014;15(3):191-7.

Drezzett J. Estudo de Fatores Relacionados com a Violência Sexual Contra Crianças, Adolescentes e Mulheres Adultas. [Tese]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil. Universidade de São Paulo; 2000.

Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28(5):430-8.

Easton SD, Kong J. Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2017;63:273-83.

Easton SD, Saltzman LY, Willis DG. “Would You Tell Under Circumstances Like That?”: Barriers to Disclosure of Child Sexual Abuse for Men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2014;15(4):460-9.

Faleiros E. Violência sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2003.

Federal G. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Panamá GdEd, editor. Curitiba1990.

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and Its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*. 1994;151(1):54-61.

Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(9):664-74.

Ferreira JD. Estudo de Fatores Relacionados com a Violência Sexual contra Crianças, Adolescentes e Mulheres Adultas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 2000;22(7):459-.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:105-9.

Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA pediatrics*. 2013;167(7):614.

Fischer SSM, Hartzell E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *EatingBehaviours*. 2010;11(3):190-92.

Florence Zanchetta Coelho Marques SBC, Gibrahn Chedid Eizerik. . Human sexual response *Rev. Ciênc Méd*. 2008;17(3-6):175-83.

França CP RI, Bacelete L. “Eu não sabia...” In: *Perversão: as engrenagens da violência sexual infanto-juvenil*. Rio de Janeiro 2010.

Freitas MPP-PBMC. São Paulo: Iglu. 1989.

Freud S. A dissolução do complexo de Édipo. *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* ed. Rio de Janeiro 1974. 215-26 p.

Freud S. Além do princípio do prazer. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* ed. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

Freud S. *Lembranças encobridoras*. Rio de Janeiro 1980.

Freud S. Recordar, Repetir e Elaborar In: *Freud S.Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* ed. Rio de Janeiro1996. 119-26 p.

Fuks LB. Abuso sexual de crianças na família: reflexões psicanalíticas. *Revista Percurso*. 1998;20:120-6.

Gadelha CEEG. Como identificar, prevenir e combater a violência sexual contra crianças e adolescentes: cartilha para gestores, técnicos e educadores da Rede de Enfrentamento à Violência Sexual. Fortaleza: Expressão Gráfica; 2004.

Gallo-Silver L, Anderson CM, Romo J. Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: "do no harm". *The Permanente journal*. 2014;18(3):82.

Gava LL, Silva DGd, Dell'Aglio DD. Sintomas e Quadros Psicopatológicos Identificados nas Perícias em Situações de Abuso Sexual Infanto-Juvenil. [Symptoms and psychopathology pictures identified in forensic evaluations of sexual abuse in childhood and adolescence.]. *PSICO*. 2013;44(2):235-44.

Gelbaya AT, El-Halwagy EH. Focus on Primary Care: Chronic Pelvic Pain in Women. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2001;56(12):757-64.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9657):68-81.

Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Ruiz MT, Carrasco-Portino M, Alvarez-Dardet C. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2008;30(1):14-22.

Gobbetti G.J. A função da confidencialidade: bioética e incesto. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*. 1993;46(12):1417-32.

Hall MHJ. The long term effects of childhood sexual abuse: counseling implications. Ideas and research you can use: . *VISTAS*. 2011.

Hartley CC. Incest Offenders' Perceptions of Their Motives to Sexually Offend Within Their Past and Current Life Context. *Journal of Interpersonal Violence*. 2001;16(5):459-75.

Hernandez JA. Structural assessment of the dyadic adjustment scale 2008. 593-601 p.

Hiebert-Murphy D. Emotional Distress among Mothers Whose Children Have Been Sexually Abused: The Role of a History of Child Sexual Abuse, Social Support, and Coping. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 1998;22(5):423-35.

Higareda-Almaraz MA, Higareda-Almaraz E, Higareda-Almaraz IR, Barrera-de León JC, Gómez-Llamas MA, Benites-Godínez V. Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud Pública de México*. 2011;53(2):134-40.

Hohendorff JHL, Soares L, Silvia R, Koller H. Produção e Utilização de um Documentário Sobre Violência Sexual Contra Meninos. *PSICO [Internet]*. 2012; 43(2):[228-36 pp.].

Holmes WC, Slap GB. Sexual Abuse of Boys: Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management. *JAMA*. 1998;280(21):1855-62.

Hossne WS. Metodologia Científica: para a área da saúde. São Paulo: Unicamp; 1984.

International Association for the Study of Pain (IASP). 2011; Classification of pelvic pain. Definitions of pelvic pain syndromes and definition of pain terms.

Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010;35(5):450-61.

Jannini EA LF, Lenzi A. Correlação entre disfunção ejacular e erétil. *Int J Androl*. 2005;28(40-45).

Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, Di Sante S, Gianfrilli D, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertility and Sterility*. 2015;104(5):1061-73.

Javorani V OW, Neves MF. Hipertensão arterial e disfunção erétil. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011;10(3):87-96.

Jewkes R SP, Garcia-Moreno C. Sexual violence World report on violence and health. Switzerland: World Health Organization: World Health Organization; 2002. p. 147–82.

Jim HC, Link CL, McNaughton-Collins M, Barry MJ, McKinlay JB. The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results from the Boston Area Community Health survey. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(11):1532-7.

Junior AAP. Violência sexual doméstica contra meninos: Um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor. 2005.

Kajeepeta S, Gelaye B, Jackson CL, Williams MA. Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep Medicine*. 2015;16(3):320-30.

Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Psychology Press; 1974.

Kathleen C. Basile SGS, Matthew J. Breiding, Michele C. Black, Reshma Mahendra. Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. In: Control NCfIPa, editor. Atlanta2002.

Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*. 1993;113(1):164-80.

Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, Mæhle M, Breivik K. Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2016;25(1):1-19.

Krindges AC, Manzini D, Habigzang L, Clínicos C. Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas2016.

Krindges CA, Macedo DM, Habigzang LF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas. *Contextos Clínicos*. 2016;9(1):60-71.

Kuile MM, Weijenborg PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *The journal of sexual medicine*. 2010;7(5):1901-10.

Lara LADS, Silva ACJDSRE, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008;30:312-21.

Levant RF, Wimer DJ, Williams CM, Smalley KB, Noronha D. The relationships between masculinity variables, health risk behaviors and attitudes toward seeking psychological help.(Report). *International Journal of Men's Health*. 2009;8(1):3.

Lévi-Straus C. As estruturas elementares do parentesco. 2nd Edição ed. Petrópolis1984.

Lima JdS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15:819-32.

Lira ALBdC, Lopes MVdO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010;31:108-14.

López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. 2017;31(3):210-9.

Loyd S, Operario D. HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2012;24(3):228-41.

Luo Y, Parish WL, Laumann EO. A population-based study of childhood sexual contact in China: prevalence and long-term consequences. *Child Abuse Negl*. 2008;32(7):721-31.

Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, Diemer MA, Scott RPJ, Gottfried M, et al. Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*. 2003;4(1):3-25.

Maikovich-Fong AK, Jaffee SR. Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. *Child Abuse Negl*. 2010;34(6):429-37.

Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(7):647-57.

Martin-Morales A, Meijide Rico F, Garcia Gonzalez JI, Regadera Anechina L, Manero Font M. [Psychological impact of erectile dysfunction on self-esteem and self-confidence]. *Actas urológicas españolas*. 2005;29(5):493-8.

Martins CBdG, Jorge MHPdM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2010;19:246-55.

Martins VAM. Prevalência de abuso sexual de crianças numa amostra portuguesa: INSPA 2012.

McMahon CG. Erectile dysfunction. *Internal Medicine Journal*. 2014;44(1):18-26.

Meng X, D'Arcy C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis.(Report). *BMC Psychiatry*. 2016;16(1).

Mills R, Kisely S, Alati R, Strathearn L, Najman J. Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort. *Journal of Psychiatric Research*. 2016;74:87-93.

Moreira ED, Lbo CFL, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology*. 2003;61(2):431-6.

Moreira Junior ED, Glasser D, Santos DBD, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Medical Journal*. 2005;123(5):234-41.

Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav*. 2005;34(5):517-26.

Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. Violencia sexual: Un fenómeno oculto en la experticia médico legal. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2008;68(4):233-9.

(OMS) OPdIS. Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Washington (US)2003.

(OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Pascual-Leone A, Nguyet D, Cohen LG, Brasil-Neto JP, Cammarota A, Hallett M. Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *Journal of neurophysiology*. 1995;74(3):1037-45.

Pelisoli C. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência Sexual violence against children and adolescents: Data from a reference service2010. 85-97 p.

Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse: A Continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 2009;33(6):331-42.

- Pereda N, Guílera G, Forns M, Gomez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):328-38.
- Pereira AAG SM, Freitas VAS. Estudo psicométrico do índice de funcionamento sexual feminino. *Psicologia [Internet].* 2009.
- Perelman MA. A new combination treatment for premature ejaculation: a sex therapist's perspective. *The journal of sexual medicine.* 2006;3(6):1004-12.
- Pérez-González A, Pereda N. Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas españolas de psiquiatria.* 2015;43(4):149.
- Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria.* 2005;81(5 suppl):s197-s204.
- Pineda-Lucatero AG, Trujillo-Hernández B, Millán-Guerrero RO, Vásquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child: Care, Health and Development.* 2009;35(2):184-9.
- Pinto-Cortez C BNEFF. Prevalencia del abuso sexual infantil en hombres del norte de Chile y su salud psicológica y sexual palabras clave 2017; 42(2).
- Pires JM. Violência na infância: Aspectos clínicos. Brasília: UNICEF 2000.
- Plummer M, Cossins A. The Cycle of Abuse: When Victims Become Offenders. *Trauma, violence & abuse.* 2018;19(3):286-304.
- Prado SM, Cavalcanti AW. Livros Infantis para Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Uma Revisão de Estudos Temas em Psicologia. *Temas em Psicologia* 2014. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751528008.pdf>.
- Programa nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Pndedvsce. Relatório Disque Denúncia Nacional. In: República SdDHdPd, editor. Brasília 2010.
- Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse Childhood Experiences (ACE) and Health-Risk Behaviors among Adults in a Developing Country Setting. *Child Abuse & Neglect: The International Journal.* 2010;34(11):842-55.
- Rampelotto MV, Marques AYC, Loureiro M. Climatério e menopausa: Efeitos sobre comportamento alimentar, estado nutricional, imagem corporal e doenças associadas. In: UNIPAMPA, editor. SALÃO DE PESQUISA 2016.
- Randolph ME, Reddy DM. Sexual Abuse and Sexual Functioning in a Chronic Pelvic Pain Sample. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2006;15(3):61-78.
- Rapkin AJ. Dor Pélvica e Dismenorréia. In Becker, J. S. Novak – Tratado de Ginecologia. 12 ed. Guanabara-Koogan, editor. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003.

Rellini A, Elinson S, Janssen E, Meston C. The Effect of Pre-Existing Affect on the Sexual Responses of Women With and Without a History of Childhood Sexual Abuse. *Archives of Sexual Behavior*. 2012;41(2):329-39.

Rew L, Esparza D. Barriers to disclosure among sexually abused male children. Implications for nursing practice. *Journal of child and adolescent psychiatric and mental health nursing*. 1990;3(4):120-7.

Richardson AS, Dietz WH, Gordon-Larsen P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatric Obesity*. 2014;9(5):351-61.

Roberts R, O'Connor T, Dunn J, Golding J. The Effects of Child Sexual Abuse in Later Family Life

Romano E, De Luca RV. Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*. 2001;6(1):55-78.

Romão APMS ea. The psychological and sexual functioning of women with chronic pelvic pain: an update. *Feminina*. 2009;37(1): 19-22.

Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, Dos Reis FJC, Rosa-E-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(5):707-11.

Roode T, Dickson N, Herbison P, Paul C. Child Sexual Abuse and Persistence of Risky Sexual Behaviors and Negative Sexual Outcomes over Adulthood: Findings from a Birth Cohort. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 2009;33(3):161-72.

Santos RB, Inácia Sátiro Xavier de F, Carlione Moneta Pontes Da C, Virgínia Rossana de Sousa B. Characterization of sexual abuse in children and adolescents notified in a Sentinel Program. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(4):602-8.

Sarris AB, Nakamura M, Fernandes LGR, Staichak RL, Pupulim AF, Sobreiro BP. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil. *Rev Med*. 2016; 95(1):18-29.

Saúde Md. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual. 2ª Edição ed. Brasília2011.

Saúde OMd. Child maltreatment Genebra2010. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>>.

Saúde OMd. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 ed. São Paulo: Universidade de São Paulo1997.

Scorsolini-Comin F, Santos MAd. Satisfação com a vida e satisfação diádica: correlações entre construtos de bem-estar. *Psico-USF*. 2010;15:249-56.

Sebold J. Indicators of child sexual abuse in males. Special Issue: Child sexual abuse. Social Casework. 1987;68(2):75-80.

Secretary UN. World Report on Violence against Children 2008:[34 p.].

Serafim AdP, Saffi F, Achá MFF, Barros DMd. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2011;38(4):143-7.

Seto MC. Pedophilia. Annu Rev Clin Psychol 2009. p. 391-407.

Simons J, Carey M. Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. Archives of Sexual Behavior. 2001;30(2):177-219.

Singh M, Parsekar S, Nair S. An epidemiological overview of child sexual abuse.(Review Article). Journal of Family Medicine and Primary Care. 2014;3(4):430.

Smith KB, Tripp D, Pukall C, Nickel JC. Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. The journal of sexual medicine. 2007;4(3):734-44.

Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Müldner-Nieckowski L, Dembińska E, Rutkowski K, et al. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient. Psychiatria polska. 2014;48(4):739.

Sófocles. A trilogia Tebana: Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona. Rio de Janeiro: Zahar 1970.

Souza CACd. Antidepressivos e disfunções sexuais – parte 3 Journal of psychiatry [Internet]. 2012; 17(10).

Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2004;184:416.

Speckens AE, Hengeveld MW, Lycklama a Nijeholt G, van Hemert AM, Hawton KE. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? Arch Sex Behav. 1995;24(2):157-72.

Stansfeld SA, Clark C, Smuk M, Power C, Davidson T, Rodgers B. Childhood adversity and midlife suicidal ideation. 2017;47(2):327-40.

Staples J, Rellini A, Roberts S. Avoiding Experiences: Sexual Dysfunction in Women with a History of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence. Archives of Sexual Behavior. 2012;41(2):341-50.

Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013;48(3):345.

Strey MN PG. As tramas de gênero na saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS 2010.

Sumner SA, Mercy JA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, et al. Prevalence of Sexual Violence Against Children and Use of Social Services — Seven Countries, 2007–2013. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(21):565-9.

Symes L. Abuse Across the Lifespan: Prevalence, Risk, and Protective Factors. *Nursing Clinics of North America*. 2011;46(4):391-411.

Terra BB, Figueiredo EAd, Terra MPedOL, Andreoli CV, Ejnisman B. Maus-tratos infantis. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2013;48(1):11-6.

Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas.(Author Abstract). *Pediatrics*. 2005;115(3):787.

Thomas R, Dilillo D, Walsh K, Polusny MA. Pathways From Child Sexual Abuse to Adult Depression: The Role of Parental Socialization of Emotions and Alexithymia. *Psychology of Violence*. 2011;1(2):121-35.

Turchik JA. Sexual Victimization Among Male College Students: Assault Severity, Sexual Functioning, and Health Risk Behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*. 2012;13(3):243-55.

Vasconcelos KLF, Adriana Gomes Nogueira; Vasconcelos Kl, Ferreira Agn, Oliveira En, Siqueira Dd, Pinheiro Pnc. Características da Violência Sexual Sofrida por Crianças Assistidas por um Programa de Apoio. *RevRene*. 2010 11(1):38-47

Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde (2011).

Wakefield M. Childhood Sexual Abuse. An Evidence Based Perspective, by David M. Fergusson and Paul E. Mullen, Sage, Thousand Oaks, 1999. 134 pp. ISBN 0-7619-1136-7 (Pbk), £26. *Child Abuse Review*. 2001;10(5):367-8.

Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics*. 1995;36(6):531-40.

Wang K, White Hughto JM, Biello KB, O'cleirigh C, Mayer KH, Rosenberger JG, et al. The role of distress intolerance in the relationship between childhood sexual abuse and problematic alcohol use among Latin American MSM. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017;175:151-6.

Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;205(3):199.e1-.e5.

Weisberg RB, Brown TA, Wincze JP, Barlow DH. Causal attributions and male sexual arousal: the impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect. *Journal of abnormal psychology*. 2001;110(2):324-34.

Weiss KG. Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities*. 2010;12(3):275-98.

Wong YJ, Owen J, Shea M. A latent class regression analysis of men's conformity to masculine norms and psychological distress. *Journal of counseling psychology*. 2012;59(1):176-83.

Zankman S, Bonomo J. Working with Parents to Reduce Juvenile Sex Offender Recidivism. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2004;13(3-4):139-4, p.-56.

Zhang Y, Zheng T, Tu X, Chen X, Wang Z, Chen S, et al. Erectile Dysfunction in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Outcomes from a Multi-Center Study and Risk Factor Analysis in a Single Center. *PloS one*. 2016;11(4):e0153054.