SIRLENE CARMELLO DOS REIS

**Estudo sobre o efeito mediador de sintomas de ansiedade e depressão
quanto à gravidade do comportamento sexual compulsivo e hipersexual
nos homens que referiram história de abuso sexual na
infância/adolescência**

São Paulo

2018

SIRLENE CARMELLO DOS REIS

**Estudo sobre o efeito mediador de sintomas de ansiedade e depressão
quanto à gravidade do comportamento sexual compulsivo e hipersexual
nos homens que referiram história de abuso sexual na
infância/adolescência**

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. Marco de Tubino Scanavino

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018, de 03 de outubro de 2011.

A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Reis, Sirlene Caramello dos
Estudo sobre o efeito mediador de sintomas de
ansiedade e depressão quanto à gravidade do
comportamento sexual compulsivo e hipersexual nos
homens que referiram história de abuso sexual na
infância/adolescência / Sirlene Caramello dos Reis. -
- São Paulo, 2018.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientador: Marco de Tubino Scanavino.

Descritores: 1.Abuso Sexual na Infância
2.Comportamento Sexual 3.Comportamento Impulsivo
4.Comportamento Compulsivo 5.Ansiedade 6.Depressão
7.Delitos Sexuais 8.Sexualidade 9.Transtornos
mentais

USP/FM/DBD-267/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a vida, por estar comemorando os dez anos de um renascer, após ter vivido o que foi o maior desafio da minha vida...

Nesse caminho, encontrei uma das pessoas que mais contribuiu para a minha recuperação, mesmo que de forma indireta e sem saber: o Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino, que em um determinado dia me disse que iria orientar meu trabalho de Conclusão de Curso da Especialização. Sua dedicação, cuidado e orientação, motivaram a me dedicar aos estudos, o que consequentemente deram forças à minha recuperação e me incentivaram a buscar cada vez mais conhecimento. Mas, aqueles foram apenas os primeiros passos de uma trajetória, na qual passei a ter mais contato e convívio com o Dr. Marco Scanavino quando me convidou a fazer parte de sua equipe. Tenho orgulho e gratidão por ter participado do nascimento e da história do Ambulatório AISEP. Então, chegou o momento de ingressar no mestrado e, agora, só tenho a agradecer pela orientação da dissertação, por todo o conhecimento transmitido, dedicação, atenção e carinho, independente do dia, da hora e da ocasião.

Agradeço a minha colega e amiga Maria Luiza Sant'Ana do Amaral, que esteve comigo nessa trajetória, e com ela pude compartilhar todos os momentos. Nas conquistas, ela comemorava e vibrava comigo. Nas angústias e dificuldades, ela me incentivava e me apoiava. Uma super amiga, que está sempre ao meu lado, e uma grande profissional, por quem eu tenho muito respeito e admiração.

A minha colega e amiga infectologista Dra. Isabelle Vera Vichr Nisida. Nossos caminhos se cruzaram e vivenciamos momentos inesquecíveis nessa trajetória, desde os mais terríveis dos “pesadelos da estatística” até os lindos “sonhos europeus”: uma viagem que ficou registrada nas fotos, na mente e no coração.

A minha colega e amiga Bruna Messina que, com seu humor, sempre alegra por onde passa. Minhas colegas e amigas Patrícia do Espírito Santo Gonçalves e Rosa Eliza Silva, juntas compartilhamos conhecimentos, reflexões

e vivências clínicas e de vida. E a toda a equipe AISEP, pelo incentivo e pelo apoio constante, que foram de extrema importância para a construção desta pesquisa.

A Profa. Dra. Elia Tamasso Espin Garcia Caldini, que encanta e inspira com sua dedicação, carinho e trabalho.

A equipe do Departamento de Fisiopatologia Experimental, pelas orientações e auxílios sempre que necessário.

Aos membros integrantes da banca de qualificação que muito contribuíram para a conclusão da minha dissertação: Profa. Dra. Elisa Macedo Brietzke, Prof. Dr. Cláudio Cohen e Prof. Dr. Mário Rodrigues Louzã Neto.

Agradeço a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa nos primeiros anos do curso do mestrado, e ao PAE (Programa de Aperfeiçoamento de Ensino) pela concessão da bolsa de cinco meses, no primeiro semestre de 2017.

Aos participantes desta pesquisa, que confiaram no nosso trabalho e compartilharam suas experiências mais íntimas.

Ao “anjo Gabriel”, que em muitos momentos dessa trajetória estendeu suas mãos e me resgatou dos meus “pantaneais sombrios”, e me acolheu com todo seu carinho, apoio, compreensão e amor. E nos momentos de “luz” me acompanhou pelas “cidades”, celebrando as conquistas alcançadas.

Agradeço a minha família, minha mãe Otilia, meu pai Moacyr (in memoriam), minhas irmãs Sueli, Silvana e Sandra, e aos meus sobrinhos Jacqueline, Renan e André, que foram fundamentais na minha trajetória, pois me apoiaram, me cuidaram, me deram força e coragem para superar o meu maior obstáculo e conquistar minha maior vitória, que é poder estar aqui hoje.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

Aos 11

....

Aos 11 descobri o sexo
Aos 11 descobri o meu pior lado.
16 anos depois eu ainda sofro
Mudo
Errado
Viciante
E viciado.

Às vezes encontro me com a criança
E choro com ela.

Às vezes me encontro com a "adulta"
E a mato com minhas próprias mãos.

Mãos que ela ensinou a tocar da maneira certa
Na idade errada
No lugar certo
De maneira errada.

Morrer não dói.
Viver sim.

F.S.M*

* Mendes FS. *Pseudo*. São Paulo: Giostri; 2015. p. 37-39.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

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

Referências: adaptado 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. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

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

SUMÁRIO

Lista de Siglas, abreviaturas e símbolos

Lista de Quadro

Lista de Figuras

Lista de Tabela

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	4
3	REVISÃO DE LITERATURA	5
3.1	Violência sexual	5
3.1.1	Abuso sexual	5
3.1.2	Dados Epidemiológicos acerca da violência sexual	6
3.1.3	Características do abuso sexual infantil	7
3.1.4	Vínculo com os abusadores e estimativa	9
3.1.5	Consequências do abuso sexual para a saúde mental	9
3.1.6	Aspectos neurofisiológicos do abuso sexual infantil	13
3.2	Comportamento sexual compulsivo	14
3.2.1	Conceito do comportamento sexual compulsivo	14
3.2.2	Denominações	14
3.2.3	Prevalência do comportamento sexual compulsivo	15
3.2.4	Características clínicas	15
3.2.5	Aspectos psicopatológicos: impulsividade, compulsividade, dependência e hipersexualidade	17
3.2.6	Psicopatologia relacionada a impulsividade	17
3.2.7	Psicopatologia relacionada a compulsividade	18
3.2.8	Psicopatologia relacionada a dependência	18
3.2.9	Psicopatologia relacionada a hipersexualidade	19
3.2.10	Outros aspectos psicopatológicos: estados de humor negativos	19
3.2.11	Crítérios diagnósticos relacionados ao comportamento sexual compulsivo ..	22
3.2.12	Fatores etiológicos psicológicos e biológicos do comportamento sexual compulsivo	26
3.2.13	Aspectos neurobiológicos	26

3.2.14	Aspectos psicológicos	27
3.2.15	Tratamento	28
4	MÉTODO	29
4.1	Delineamento do Estudo.....	29
4.2	Local do estudo e População.....	29
4.3	Seleção da amostra.....	30
4.4	Critérios de inclusão	30
4.5	Critérios de exclusão	30
4.6	Cálculo amostral.....	31
4.7	Procedimentos.....	32
4.8	Instrumentos.....	33
4.8.1	Instrumento de investigação sociodemográfico	33
4.8.2	Escala de Compulsividade Sexual (ECS) ⁽¹⁶³⁾	33
4.8.3	Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH) ⁽¹⁶³⁾	33
4.8.4	Comportamentos sexuais referidos como problemáticos ⁽¹⁶³⁾	34
4.8.5	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) ⁽¹⁸⁷⁾	34
4.8.6	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) ⁽¹⁸⁹⁾	35
4.8.7	Inventário de Depressão de Beck (BDI) ⁽¹⁸⁰⁾	35
4.8.8	Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) ⁽¹⁸¹⁾	36
4.8.9	Instrumento para Caracterização de Experiências Sexuais Vivenciadas na Infância e Adolescência (ICESVIA) ⁽⁶¹⁾	36
4.9	Análise dos resultados.....	37
5	RESULTADOS.....	41
5.1	Características sociodemográficas	41
5.2	Características do comportamento sexual	43
5.3	Caracterização do abuso sexual infantil/adolescência	44
5.3.1	Aspectos Qualitativos	44
5.3.2	Aspectos Quantitativos	46
5.3.3	Aspecto Vivenciais.....	47
5.4	Abuso sexual infantil/adolescência, sintomas de depressão e ansiedade.....	47
5.5	Efeito mediador dos sintomas de ansiedade/depressão com relação à gravidade dos sintomas da compulsividade sexual e da hipersexualidade dos homens que referiram ASI/ASA	47
5.6	Subescala de minimização/negação.....	51
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÕES	62

8	REFERÊNCIAS.....	63
	Apêndice A	
	Apêndice B	

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLO

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AISEP	Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASA	Abuso sexual na adolescência [<i>adolescence sexual abuse</i>]
ASI	Abuso sexual na infância
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i> [Inventário de Ansiedade de Beck]
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i> [Inventário de Depressão de Beck]
CAPPesq	Comissão de ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
CSA	Child Sexual Abuse
CSB	Compulsive Sexual Behavior
CSC	Comportamento Sexual Compulsivo
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DP	Desvio Padrão
DSM	<i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> [Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais]
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECS	Escala de Compulsividade Sexual
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
IC	Intervalo de Confiança

ICESVIA	Instrumento para Caracterização de Experiências Sexuais Vivenciadas na Infância e Adolescência
IPq	Instituto de Psiquiatria
ITTH	Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HDSI	<i>Hypersexual Disorder Screening Inventory</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> [vírus da imunodeficiência humana]
HHA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> [Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional]
OMS	Organização Mundial da Saúde
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
SCID	<i>Structured Clinical Interview</i> [Entrevista Clínica Estruturada]
SCS	[Sexual Compulsivity Scale]
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
VD	Variável Dependente
VI	Variável Independente
VM	Variável Mediadora
5HTT	Gene Transportador de Serotonina

LISTA DE ABREVIATURAS

Bras.	Brasileiro
Colab.	Colaboradores
Dr.	Doutor
Ed.	Edição
Et al.	E outros
M	Média
Mdn.	Mediana

N	Número da amostra
P	valor de p
Prof.	Professor
Rev.	Revista
V.	Volume
Vs.	Versus
Z	Coeficiente do teste Mann Whitney

LISTA DE SÍMBOLO

β = coeficiente de regressão

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Os itens das escalas: Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH) e Escala de Compulsividade Sexual (ESC)	23
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Conceitual e Estatístico de Mediação simples	39
Figura 2 – Regressão linear da compulsividade sexual (variável dependente) com o abuso sexual (variável independente) e a orientação sexual (variável de ajuste) (n = 222) e da hipersexualidade (variável dependente) com o abuso sexual (variável independente) e a idade (variável de ajuste) (n = 197), 2018	49
Figura 3 - Abuso sexual, depressão e ansiedade como mediadores na gravidade da compulsividade sexual, ajustado com a orientação sexual, 2018.....	50
Figura 4 - Abuso sexual, depressão e ansiedade como mediadores na gravidade da hipersexualidade, ajustado para idade, 2018	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018	41
Tabela 2 – Gravidade de sintomas de compulsividade sexual e de hipersexualidade, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018	43
Tabela 3 – Comportamentos sexuais compulsivos problemáticos em indivíduos compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018	43
Tabela 4 – Caracterização qualitativa do ASI/ASA, em compulsivos sexuais, 2018 ...	45
Tabela 5 – Relações por parentesco ou proximidade dos abusadores com compulsivos sexuais que relatam ASI/ASA, 2018	46
Tabela 6 – Caracterização do ASI/ASA, em compulsivos sexuais, 2018	46
Tabela 7 – Sintomas de depressão e ansiedade, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018	47
Tabela 8 – Regressão Linear Univariada das variáveis sociodemográficas, minimização/negação do QUESI (variáveis de ajuste), e clínicas (ansiedade e depressão) sobre a Compulsividade Sexual e Hipersexualidade, 2018	48
Tabela 9 – Subescala de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018.....	51
Tabela 10 – Modelos de Regressão Linear (Compulsividade Sexual; Depressão), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018	Apêndice B

Tabela 11 – Modelos de Regressão Linear (Compulsividade Sexual; Ansiedade), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018 Apêndice B

Tabela 12 – Modelos de Regressão Linear (Hipersexualidade; Depressão), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018 Apêndice B

Tabela 13 – Modelos de Regressão Linear (Hipersexualidade; Ansiedade), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018 Apêndice B

RESUMO

Reis SC. *Estudo sobre o efeito mediador de sintomas de ansiedade e depressão quanto à gravidade do comportamento sexual compulsivo e hipersexual nos homens que referiram história de abuso sexual na infância/adolescência* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

INTRODUÇÃO: O abuso sexual infantil pode influenciar na vulnerabilidade para os transtornos mentais na vida adulta, incluindo alterações do humor e exacerbação do comportamento sexual. Nos últimos anos têm surgido evidências de conexões entre os estados negativos do humor e a compulsividade sexual. Porém, faltava investigar se os estados de ansiedade e depressão poderiam ser mediadores da gravidade da compulsão sexual, em homens que referiram abuso sexual na infância/adolescência (ASI/ASA). **OBJETIVOS:** Investigar a prevalência de ASI/ASA em homens com comportamento sexual compulsivo (CSC); a associação entre o ASI/ASA e depressão/ansiedade; e o efeito mediador da ansiedade e depressão em relação a gravidade dos sintomas de compulsividade sexual e hipersexualidade daqueles que referiram ASI/ASA. **MÉTODO:** Estudo observacional, transversal e analítico, realizado com 222 homens que buscaram tratamento para o CSC no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de outubro de 2010 a dezembro de 2017. Os participantes, com idades acima de 18 anos, preencheram o critério para apetite sexual excessivo (CID-10: F52.7) e dependência de sexo, e não preencherem diagnóstico para transtorno de preferência (CID-10 F65), identidade sexual (CID-10 F64), esquizofrenia (CID-10 F20), quadros psicóticos devido a lesão ou doença física (CID-10 F0.6). Eles participaram de entrevistas diagnóstica e investigativa dos aspectos sociodemográficos e preencheram os instrumentos: “Escala de Compulsividade Sexual”, “Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual”, “Inventário de Ansiedade de Beck”, “Inventário de Depressão de Beck”, “Questionário Sobre Traumas na Infância”, “Instrumento para Caracterização de Experiências Sexuais Vivenciadas na Infância e Adolescência”. Foram considerados como tendo ASI/ASA aqueles que atingiram o ponto de corte (= 6) para abuso sexual no Questionário Sobre Traumas na Infância. Foi utilizada a análise estatística de mediação. **RESULTADOS:** A prevalência de ASI/ASA foi de 57% (n = 127), sendo que os participantes que referiram ASI/ASA apresentaram menor número médio de anos de educação (p = 0,008) e menor mediana de renda familiar mensal (p = 0,009), comparados aos que não referiram. Os participantes que referiram ASI/ASA apresentaram maior gravidade de compulsividade sexual (p = 0,004), hipersexualidade (p = 0,007), depressão (p = 0,005) e ansiedade (p = 0,004), comparados com os que não referiram. Os sintomas de ansiedade e depressão confirmaram todos os pressupostos como fatores mediadores para a

variável dependente hipersexualidade e os sintomas de ansiedade para a variável dependente compulsividade sexual. Em relação as características do ASI/ASA, a maioria foi abusada por múltiplos abusadores, que geralmente eram pessoas conhecidas de seu convívio social e familiar. **CONCLUSÕES:** O estudo confirmou a alta prevalência de ASI/ASA em homens com CSC, os quais demonstraram maior gravidade dos sintomas depressivos, ansiosos, compulsivos sexuais e hipersexuais, comparados aos que não referiram ASI/ASA. Os sintomas de ansiedade e depressão apresentaram efeito mediador para a maior gravidade da hipersexualidade, bem como os sintomas de ansiedade apresentaram efeito mediador para a maior gravidade da compulsividade sexual nos que referiram ASI/ASA.

Descritores: abuso sexual na infância; comportamento sexual; comportamento impulsivo; comportamento compulsivo; ansiedade; depressão; delitos sexuais; sexualidade; transtornos mentais.

ABSTRACT

Reis SC. *Study on the mediating effect of anxiety and depression and the severity of sexual compulsivity and hypersexuality in men who reported a history of sexual abuse in childhood/adolescence* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

INTRODUCTION: Childhood sexual abuse may influence the vulnerability to mental disorders in adult life, including mood alterations, and exacerbation of sexual behavior. In recent years has emerged evidence of connections between negative mood states and sexual compulsivity. But still lacking to investigate whether anxiety and depression could mediate the severity of sexual compulsion, in men who have suffered child/adolescence sexual abuse (CSA/ASA). **OBJECTIVE:** We investigate the prevalence of CSA/ASA in men with compulsive sexual behavior (CSB); the association between CSA/ASA and depression/anxiety; the mediating effect of anxiety and depression with respect to the severity of symptoms of sexual compulsivity and hypersexuality of those who reported CSA/ASA. **METHOD:** Observational, cross-sectional and analytical study conducted with 222 men who sought treatment for CSB, in the Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, from October 2010 to December 2017. Participants with ages over 18 years, who met criteria for excessive sexual drive (ICD-10: F52.7) and sex addiction, and did not meet diagnostic criteria for preference (ICD-10 F65), sexual identity disorder (CID-10 F64), schizophrenia (ICD-10 F20), psychotic disorders due to injury or physical disease (ICD-10 F0.6) were included. They underwent to diagnostic and sociodemographic investigative interviews and fulfilled: "Sexual Compulsivity Scale"; "Hypersexual Disorder Screening Inventory"; "Beck Anxiety Inventory"; "Beck Depression Inventory"; "Childhood Trauma Questionnaire"; "Instrument for Characterization of Experiences Experienced in Childhood and Adolescence". Those who reached the cutoff point (= 6) of the Childhood Trauma Questionnaire were considered as having CSA/ASA. The statistical analysis of mediation was used. **RESULTS:** The prevalence of CSA/ASA was 57% (n = 127), and the group of participants who reported CSA/ASA had a lower average number of years of education (p = 0.008), and lower Median of monthly family income (p = 0.009), compared to the group that did not report. Participants who reported CSA / ASA presented greater severity of sexual compulsivity (p = 0.004), hypersexuality (p = 0.007), depression (p = 0.005) and anxiety (p = 0.004), compared with those who did not. The symptoms of anxiety and depression confirmed all the assumptions as mediating factors for the dependent variable hypersexuality, and the symptoms of anxiety for the dependent variable sexual compulsivity. Regarding CSA/ASA characteristics, the majority were abused by multiple abusers, who were generally known people from their social and family life. **CONCLUSIONS:** The study confirmed the high prevalence of CSA/ASA in men

with CSB, which showed a greater severity of depressive, anxious, sexually compulsive, hypersexual symptoms, compared to those who did not reported CSA/ASA. Symptoms of anxiety and depression showed mediating effect for the severity of the hypersexuality, as well as the symptoms of anxiety showed mediating effect for the severity of sexual compulsivity of those who reported CSA/ASA.

Descriptors: child abuse, sexual; sexual behavior; impulsive behavior; compulsive behavior; anxiety; depression; sex offenses; sexuality; mental disorders.

1 INTRODUÇÃO

O comportamento sexual compulsivo (CSC) é definido por pensamentos, fantasias e comportamentos sexuais que ocorrem de maneira repetitiva e exacerbada⁽¹⁻⁴⁾, gerando grandes prejuízos e consequências na saúde mental dos indivíduos, à medida que não conseguem controlar seus comportamentos sexuais^(3,5-7).

Atualmente, ocorre uma situação paradoxal em relação a essa patologia. Houve uma proposta para a inclusão no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁽³⁾, do denominado “transtorno hipersexual”, o qual não foi aceito no manual por falta de evidências científicas suficientes para a sua caracterização⁽⁸⁾. Porém, ao mesmo tempo, têm-se observado grande incremento de publicações sobre o assunto a partir do ano de 2013. Por exemplo, em uma pesquisa realizada na base de dados Pubmed, com o termo “hypersexual disorder”, em maio de 2018, foram encontrados apenas quatro artigos publicados no ano de 2012, enquanto que a partir de 2013, foram publicados de 10 a 17 artigos, anualmente, envolvendo o transtorno hipersexual.

Se por um lado a comunidade médica psiquiátrica americana não incluiu o transtorno hipersexual no DSM-5, houve um inequívoco aumento da procura por tratamento do CSC^(9,10), por causar sofrimento e prejuízo às pessoas. Por esse motivo, urge se realizar pesquisas baseadas em evidências clínicas para aprimorar os conhecimentos sobre a psicopatologia, clínica, etiologia, fisiopatologia e desenvolver estudos sobre tratamentos para o transtorno hipersexual⁽¹¹⁾.

Fruto do incremento das pesquisas, já existe um corpo de evidências acerca da alta prevalência de comorbidades psiquiátricas em indivíduos que buscam tratamento para o CSC⁽¹²⁻¹⁷⁾. Em um estudo realizado no Brasil com 86 indivíduos com CSC, 72% apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico adicional, dentre os quais, observou-se maior prevalência dos transtornos de ansiedade (47%) e dos transtornos do humor (36%), principalmente o transtorno depressivo maior⁽¹⁴⁾.

Quanto à etiologia do CSC, as pesquisas ainda têm um grande percurso pela frente, porém experiências estressoras na infância, como abuso sexual, negligência emocional, estigmatização, entre outras, são frequentemente reportadas pelos compulsivos sexuais^(18–23). O impacto do abuso sexual infantil (ASI) e outras experiências estressantes da infância já são bastante conhecidos em termos neurobiológicos, neurofuncionais e comportamental^(20,22,24–26). Essas experiências sabidamente aumentam a vulnerabilidade para problemas de saúde mental na vida adulta dentre eles, os transtornos do humor e do comportamento sexual^(19–22,27–31).

Porém, as conexões entre o abuso sexual infantil/abuso sexual na adolescência (ASI/ASA) com os estados de humor negativos e com o CSC ainda estão pouco claras. Uma pesquisa envolvendo 31 indivíduos com CSC e 339 controles saudáveis, observou que dentre aqueles com histórico de ASI, nove dos compulsivos sexuais e 17 dos controles apresentavam elevada sintomatologia de depressão ou ansiedade. Porém, os autores relatam que não houve diferença significativa do ponto de vista estatístico, por ser uma amostra pequena e uma avaliação limitada aos fatores da infância⁽³²⁾. Um outro estudo, com 182 homens que fazem sexo com outros homens (HSH) compulsivos sexuais, revelou que 39% referiram ter sofrido ASI, os quais apresentaram significativamente maior prevalência de depressão e ansiedade, comparado aos indivíduos que não referiram ASI. Dentre os que relataram ASI, a gravidade do abuso foi preditor de um maior escore dos sintomas do CSC⁽⁷⁾.

Apesar das conexões levantadas por esses estudos, revisando a literatura observamos que nenhum estudo explorou o papel de sintomas de depressão e ansiedade como mediadores da gravidade dos sintomas de CSC em indivíduos que referiram ASI/ASA, justificando o presente estudo. Tais dados contribuirão com mais evidências para a prática clínica e auxiliará os profissionais da saúde mental a indicarem melhores tratamentos medicamentosos e psicoterápicos para os sintomas do CSC.

Dessa forma, com base na literatura, elaboramos como hipótese primária que os sintomas de ansiedade/depressão apresentam um efeito mediador acerca do impacto da vivência de ASI/ASA sobre a gravidade dos sintomas da compulsividade sexual e da hipersexualidade. Nossas hipóteses secundárias

referem-se à existência de elevada prevalência de homens com história de ASI/ASA dentre aqueles que procuram tratamento para a compulsão sexual, e que, considerando esta população, aqueles que referem ASI/ASA apresentam maior gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade, comparados aos que não referem.

Na sequência passaremos à revisão de literatura, objetivos, método, resultados, discussão, conclusões, referências bibliográficas e apêndices que compõem esta dissertação.

2 OBJETIVOS

Descrevemos a seguir os objetivos do presente estudo observacional, transversal e analítico, com amostra de homens compulsivos sexuais.

Objetivo primário:

- Investigar o efeito mediador dos sintomas ansiedade/depressão com relação à gravidade dos sintomas da compulsividade sexual e da hipersexualidade dos homens que referiram ASI/ASA.

Objetivos secundários:

- Investigar a associação entre ASI/ASA e depressão/ansiedade.
- Investigar a prevalência de história de ASI/ASA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência sexual

A violência sexual, segundo a Organização Mundial da Saúde, é definida como qualquer ato sexual, tentado ou consumado, não consentido, e exercido por meio coercitivo ou intimidatório cometido por qualquer pessoa, com emprego da força física, ameaça, armas ou temor psicológico^(33–36). Tal prática infringe as leis e tabus da sociedade^(37,38).

A violência sexual é um problema de saúde pública mundial^(33,39–42), o qual abrange aproximadamente 12 milhões de pessoas que sofrem violência sexual ao ano^(43–45), e atinge indistintamente todas as etnias, classes sociais, religiões, culturas, contextos históricos, todas as idades e pessoas de ambos os sexos^(33,39,44,46,47).

Na área jurídica, o Código Penal Brasileiro traz em sua redação a Lei n. 12.015, de 12 de agosto de 2009, na qual são apresentados os Crimes Contra a Dignidade Sexual, que abrangem todas as ações penais de natureza sexual. Atualmente, o artigo 213 caracteriza o estupro como qualquer ato sexual não consentido, praticado com força física ou ameaça tanto contra pessoas do sexo feminino quanto do sexo masculino. No artigo 217-A, é caracterizado o estupro de vulnerável, que é considerado como crime os atos sexuais contra crianças e adolescentes menores de 14 anos ou contra pessoas de qualquer idade que não possam oferecer resistência ou consentimento válido^(33,48–51).

3.1.1 Abuso sexual

Dentre as categorias de violência sexual, existe o abuso sexual infantil. Na literatura encontramos algumas denominações de ASI, que é definido por alguns autores como o contato ou jogo sexual que o adulto, em uma relação de poder, submete a criança/adolescente para estimular ou satisfazer suas necessidades e desejos sexuais, impondo-se pela ameaça ou indução de sua vontade, sedução com palavras ou ofertas de presentes, ou pela força física^(52–54). Os

abusadores estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente⁽⁵⁵⁾. Na literatura, encontramos diversos estudos que definem o ASI como: uma conduta ou contato sexual entre um adulto ou uma pessoa mais velha e uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade^(56,57). Essa definição também foi utilizada na escala Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI), instrumento utilizado neste trabalho, para mensurar o abuso sexual (vide mais sobre o instrumento página 35)⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

Outros pesquisadores definem o ASI como experiências sexuais ocorridas antes dos 18 anos de idade, nas quais existam diferenças de poder e idade entre a vítima e o abusador, sendo o abusador pelo menos cinco anos mais velho que a vítima, de até 13 anos de idade; e pelo menos dez anos mais velho quando a vítima tiver entre 13 e 17 anos^(56,58-60). Essa definição foi usada no Instrumento para Caracterização de Experiências Sexuais Vivenciadas na Infância e Adolescência (ICESVIA)⁽⁶¹⁾, utilizado para a caracterização do ASI/ASA neste trabalho (vide mais sobre o instrumento página 36).

O abuso sexual pode influenciar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diversas formas: algumas podem não ter nenhuma consequência aparente, enquanto outras apresentam consequências físicas, psicológicas, sociais e ou psiquiátricas graves^(39,62-65).

3.1.2 Dados Epidemiológicos acerca da violência sexual

Com relação à epidemiologia, a verdadeira incidência é desconhecida, devido à condição de subnotificação e de sub-registros⁽⁴⁴⁾. Existe uma estimativa de que 3% a 29% dos meninos e 7% a 36% das meninas sofreram violência sexual^(53,65-68). Estima-se que, dos casos de violência sexual contra a crianças ou adolescentes, menos de 10% são relatados^(39,69).

Acredita-se que o ASI seja subnotificado devido à falta de sinais físicos de agressão nas vítimas, e ao fato de muitas pessoas não procurarem ajuda após a violência sofrida^(44,70,71). Além disso, essa dificuldade de revelar o abuso aumenta, pois, muitos agressores sexuais são pessoas do convívio das crianças/adolescentes, como: pais, irmãos, padrastos, parentes próximos, vizinhos, amigos ou profissionais que trabalham com crianças. A criança sofre

um conflito de lealdade e teme delatar o abusador, de quem muitas vezes depende emocionalmente ou financeiramente. Outro medo que a criança apresenta é o fato de seus familiares não acreditarem na experiência do abuso e passar de vítima para culpada pela situação⁽⁷²⁾.

Mesmo assim, uma meta-análise envolvendo estudos desenvolvidos em 22 países sobre a prevalência do ASI estimou que 7,9% (IC 95% 6,0-10,3) dos homens e 19,7% (IC 95% 16,7-23,0) das mulheres sofreram algum tipo de abuso sexual antes dos dezoito anos de idade, em todo o mundo, sendo que na África a prevalência chegou à 34,4% (IC 95% 21,1-50,7)⁽⁷³⁾.

Quanto à América do Sul, estudos no México, Argentina e Chile revelam prevalências de ASI entre 6,1% e 17,3% nos homens e entre 11,9% e 22,6% nas mulheres⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾.

Um estudo populacional representativo da população brasileira sobre a violência contra crianças e adolescentes, com 4.607 participantes acima de 14 anos de idade, de 149 municípios brasileiros, revelou que 3,4% dos meninos e 7% das meninas (o que corresponde a um contingente de 5.4 milhões de brasileiros) já foram molestados sexualmente, sendo que 33% dos casos ocorreram dentro da família⁽⁷⁷⁾. Estima-se que no Brasil, apesar das subnotificações, por dia 165 crianças sofrem violência sexual⁽⁷⁸⁾.

No Brasil, faltam pesquisas sobre violência sexual masculina⁽⁷⁹⁾. Estima-se que na infância e na adolescência, um a cada seis meninos, e uma a cada quatro meninas sofreram algum tipo de violência sexual⁽⁸⁰⁾. A maioria dos estudos realizados são com dados de populações clínicas de atendimentos às vítimas, que demonstram índices mais elevados de violência sexual contra o gênero feminino. Porém, estes casos, são dados notificados. Sabe-se que os meninos apresentam mais dificuldades de relatar as experiências de abuso sexual⁽⁷⁹⁾.

3.1.3 Características do abuso sexual infantil

O ASI é um fenômeno de grande complexidade, cujas causas são multifatoriais, e pode ser caracterizado em: intrafamiliar ou incestuoso (acontece no âmbito familiar, quando existe um laço familiar ou relação de responsabilidade entre o abusador e a vítima); extrafamiliar (ocorre fora do ambiente familiar, mas

geralmente é cometido por uma pessoa conhecida e de confiança da criança); existem, ainda, casos de estupro em lugares públicos (em que o agressor é uma pessoa desconhecida, mas geralmente são casos eventuais); ou em instituições de atendimento (ocorre dentro de instituições governamentais e não governamentais responsáveis por proteger e cuidar das crianças e dos adolescentes. Estes casos podem acontecer entre as crianças/adolescentes, ou entre crianças/adolescentes e os profissionais da instituição)^(54,81-83).

As características do ASI/ASA podem ser subdivididas em três categorias de ocorrência:

- **sem toque**, quando não envolve contato físico, por exemplo, por meio da sedução com palavras; ofertas de presentes; telefonemas obscenos; fotos/vídeos/filmes obscenos; voyeurismo, exibicionismo^(54,84,85);
- **com contato físico** (sem ou com penetração): beijos, contato físico com carícias e manipulação de genitais, tentativa e o ato do coito, contato oral-genital e usar o ânus para atividades sexuais^(56,84);
- **com contato físico e violência**, estupro envolvendo força física, ameaça ou intimidação; agressões e até homicídio^(84,86).

Existem duas formas que caracterizam a ocorrência de abuso sexual: o agudo e o crônico⁽⁸⁷⁾. A primeira ocorrência caracteriza-se por um único episódio ou por um curto período de tempo, em que a criança, o adolescente ou a mulher encontra-se em estado de vítima. Nesses casos, em geral o agressor não pertence à família, mas pode ser uma pessoa conhecida. Os casos de abuso sexual crônico são aqueles que acontecem com mais frequência e, geralmente, acontecem no ambiente familiar, por este motivo são os mais difíceis de serem detectados e abordados.

As piores sequelas para a saúde mental, com relação às características do abuso, estão relacionadas a gravidade dos comportamentos, maior tempo de duração da violência e quando o abusador é alguém de confiança da criança^(88,89).

3.1.4 Vínculo com os abusadores e estimativa

Dados demonstram que, no Brasil, a maioria dos casos de ASI ocorrem na residência dessas crianças, geralmente o abusador é do sexo masculino⁽⁷⁸⁾ e 57% apresentam parentesco com a vítima. A relação de vínculos entre os agressores e a criança, nos casos de ASI, seria: 30% pai biológico; 12% o padrasto; 8% vizinho; 4% tio; avô 2% e o irmão 1%⁽⁹⁰⁾. Um estudo retrospectivo realizado pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher, com 617 vítimas, das quais 71 eram crianças (menores de 10 anos de idade) e 546 eram adolescentes (entre 10 e 20 anos), observou que 84,5% dos abusadores das crianças eram do núcleo familiar, e 72,3% dos abusadores das adolescentes eram desconhecidos ou vizinhos⁽⁹¹⁾.

O adulto que abusa de uma criança, geralmente mantém uma relação de confiança e ternura, e apresenta autoridade sobre o menor, na qual ambos estabelecem alguns níveis de dependência afetiva e psicológica. As experiências de violência que a criança vivencia podem acarretar profundas consequências físicas e psicológicas⁽⁹²⁾.

3.1.5 Consequências do abuso sexual para a saúde mental

Devido ao estágio do desenvolvimento psicológico e intelectual, a criança/adolescente não apresenta a compreensão, nem as condições para fornecer um consentimento dos atos sexuais⁽⁹³⁻⁹⁶⁾. Contudo, a violência sexual não produz as mesmas consequências sobre todas as crianças e adolescentes. Cada vítima responde aos estímulos de forma singular. O ASI pode causar impactos: sexuais, emocionais, psicológicos e fisiológicos, principalmente se este é cometido dentro da família⁽⁸²⁾. A experiência de ter sofrido ASI tem sido apontada como um fator de risco para morbidade psiquiátrica na vida adulta^(19,29,97).

As sequelas podem variar de acordo com a idade de início do abuso (quanto mais nova a criança ou o adolescente, mais graves serão as consequências); a duração do abuso (quanto mais duradouro, mais efeitos negativos para o abusado); o grau e as ameaças de violência (quanto maior a força ou as ameaças, os efeitos negativos serão piores para o abusado); a

diferença de idade entre o abusador e a vítima (quanto maior a idade do abusador, em relação a vítima, a gravidade dos desfechos aumentam); o grau de proximidade do abusador e da vítima (relações com vinculação mais próxima produzem maiores consequências para a saúde mental, como no caso do incesto, para o abusado); a presença ou ausência de figuras parentais protetoras ou com papéis afetivos com a criança (se a criança não teve suporte e cuidados para lidar com a situação do abuso, ou se foi acusada de ser culpada pela situação, as consequências potencializam); o grau de sigilo sobre o abuso (se é mantido em segredo, a vítima apresenta maior dificuldade de elaborar o ocorrido); a percepção da criança sobre os atos sexuais realizados contra ela (o que a vítima percebe como uma invasão de sua sexualidade, por exemplo, contatos físicos); e a existência de serviços especializados em abuso sexual (que trabalham com a criança e/ou com o agressor para elaborarem e superarem as experiências vividas, são fatores favoráveis ao melhor prognóstico relacionado à saúde mental das vítimas)⁽⁹⁸⁾. Além disso, as consequências psicológicas são mais graves quando as situações do abuso sexual envolvem múltiplos abusadores⁽⁴⁴⁾, tem contato genital e também quando envolvem figuras paternas⁽⁹⁹⁾.

Essa experiência pode influenciar negativamente o desenvolvimento psíquico e causar danos psicológicos à criança/adolescente^(52,85,86), e interferir na sua sexualidade. Crianças que foram abusadas sexualmente apresentam um comportamento sexual diferente quando comparado com o desenvolvimento sexual típico⁽⁸²⁾. Esses danos podem resultar em baixa autoestima, medo, culpa, bem como desenvolver quadros de depressão, ansiedade, e gerar confusão e desconfiança quanto aos próprios sentimentos^(65,80,100).

A exposição da criança a uma experiência sexual precoce pode desenvolver eventos traumáticos que estão relacionados a consequências negativas ao longo da vida, tais como: comportamentos sexuais de risco, compulsão sexual, prostituição, gravidez precoce, aversão sexual e disfunções sexuais^(19-21,27,28,31,72,101,102). Os efeitos do trauma sobre as memórias retratam uma experiência emocional geralmente vivenciada em níveis comportamentais, fisiológicos e neuroendócrinos^(103,104). As memórias traumáticas persistem como ideias prevalentes^(104,105) e difíceis de serem relatadas, que podem se associar

ao surgimento de fenômenos dissociativos (para lidar com a dor psicológica), como alterações da consciência, da memória, da percepção do ambiente e da identidade, com prejuízo dos processos cognitivos e emocionais^(106,107). Os fenômenos dissociativos são frequentes em adultos que sofreram ASI/ASA⁽¹⁰⁷⁻¹⁰⁹⁾.

Congruente com tais premissas, observa-se maior vulnerabilidade de problemas de saúde mental em adultos vítimas de ASI^(19,29,30), tais como: alteração de humor, depressão e ansiedade; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)^(21,29,31,104,110-112); transtorno do controle do impulso; pensamentos e tentativas suicidas; abuso de substâncias^(19,21,29,113,114). Tais indivíduos apresentam particularmente maior vulnerabilidade a estados alterados de humor, ansiedade e depressão^(21,29,32,107,111,112).

A exacerbação do comportamento sexual em adultos vítimas de ASI/ASA também tem sido descrita^(26,104,105,107,110,115-118). O efeito do trauma pode afetar o funcionamento sexual^(18,119,120) e está associado com a característica e a gravidade do abuso sofrido – duração, frequência, idade quando iniciou o abuso, nível de proximidade da relação com o abusador, tipo de contato sem ou com penetração^(30,119-121) – e o número de abusadores^(21,29,122). Vítimas de ASI apresentam mais cognições sexuais⁽²⁶⁾ e apresentam maior chance de se engajarem em atividades sexuais de fato⁽¹⁰⁹⁾.

Vítimas de ASI apresentam um risco para desenvolver compulsão sexual, como uma estratégia para lidar com a dor psicológica do abuso e, assim, se envolvem através dos comportamentos sexuais compulsivos em uma reconstituição compulsiva dos sentimentos e experiências sexuais do abuso sexual vivenciado na infância^(26,107,123), pois as memórias são reativadas, funcionando como um retorno dos padrões de comportamentos repetitivos anteriores que causaram uma dor psicológica⁽¹⁰⁴⁾. Reviver a cena traumática é uma maneira de tentar dominar e resolver o evento traumático^(124,125). O comportamento compulsivo e a dissociação no adulto causam alterações físicas e psicológicas que são uma maneira de anestesiar as emoções negativas e aliviar a dor psicológica relacionada ao ASI, mesmo que seja um alívio temporário^(107,125).

Uma pesquisa com 52 mulheres vítimas de ASI e 77 mulheres não vítimas (grupo controle) encontrou associação da experiência do ASI com maior risco para o estresse e para sintomas depressivos na vida adulta⁽³¹⁾. Além disso, um estudo populacional com 12.000 pacientes de centros de tratamento de saúde mental, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais e centros comunitários, concluíram que as mulheres chinesas que sofreram ASI apresentaram uma associação mais recorrente com a depressão; e que essa associação aumenta de acordo com a gravidade do ASI vivenciado⁽¹²¹⁾.

Pesquisadores apontam para a existência de diferenças entre os gêneros, em relação as consequências do ASI, como exemplo, os homens apresentam mais sintomas de externalizantes (como o abuso de substâncias), e as mulheres demonstram mais sintomas internalizantes (como a depressão e a ansiedade), porém, ressaltam que há necessidade de mais pesquisas sobre o tema^(88,126).

Uma revisão de literatura demonstra uma correlação entre dois fatores que explicam as diferenças das consequências que afetam o comportamento sexual em adultos que sofreram ASI, pois algumas pessoas apresentam respostas que tendem para a inibição sexual e outras para a hipersexualidade⁽¹⁰²⁾. Os homens vítimas de ASI são mais propensos a externalizar seus comportamentos sexuais de maneira compulsiva, e as mulheres vítimas de ASI são mais propensas a internalizá-los e tendem a desenvolver mais disfunções sexuais.

Tais fatos são influenciados através de fundamentos da teoria da aprendizagem social e de conceitos psicanalíticos. Para o menino, a mensagem que a cultura transmite seria de que o “sexo é desejado”, enquanto para as meninas é de que o “sexo é sujo”. Para os meninos que sofrem ASI, não é o ato em si que é ruim, e sim o próprio menino, o que influencia na baixa autoestima e no sentimento de inutilidade, que parecem associados ao CSC⁽¹⁰²⁾. Com base na teoria da repetição de Freud, entende-se que os homens vítimas de ASI, por representarem seus papéis sexuais masculinos, estão propensos a ter necessidades compulsivas de controlar ou dominar a experiência traumática. Assim, provavelmente irá reencenar compulsivamente essa experiência traumática do ASI, como uma reação à sua impotência durante a vitimização. Por outro lado, as mulheres, que recebem as mensagens predominantemente

negativas sobre o sexo, são mais propensas a desenvolver reações fóbicas como o medo e a dor nas relações sexuais⁽¹⁰²⁾.

3.1.6 Aspectos neurofisiológicos do abuso sexual infantil

A ativação constante do Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA) pelo estresse na infância pode influenciar no desenvolvimento anatômico e funcional do cérebro. O hipotálamo é responsável pela secreção do hormônio de liberação de corticotrofina (CRH)^(127,128). O CRH atua sobre a hipófise que secreta o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH ativa as glândulas adrenais que liberam os hormônios glicocorticoides (cortisol) na corrente e sanguínea^(113,114,128).

A exposição precoce na vida a longos períodos de estresse pode ativar os sistemas de resposta ao estresse (acima descrito), resultando em elevação dos níveis de cortisol, mas também de noradrenalina (sistema noradrenérgico via locus ceruleus). É sabido que tais ativações podem alterar a organização molecular, como, por exemplo, modificando a sensibilidade aos estímulos (via redução de receptores GABA na amígdala e locus cerúleos), interferindo na regulação da liberação da noradrenalina (via redução de receptores alfa adrenérgicos tipo 2), podendo resultar em aumento do estímulo a liberação de cortisol^(25,113).

Os efeitos da exposição cerebral precoce à ativação continuada dos sistemas endócrinos do estresse são variados. Nesse sentido, o excesso de ACTH pode afetar o amadurecimento do córtex pré-frontal, um dos responsáveis pelas funções cognitivas, tais como o controle da impulsividade e a tomada de decisões. Além disso, os hormônios relacionados à resposta ao estresse ativados continuamente podem afetar a mielinização, a morfologia neuronal, a neurogênese e a sinaptogênese, cujas regiões mais atingidas são: amígdala, hipocampo, corpo caloso, vermis cerebelar e neocórtex. Outros resultados da hiperativação do Eixo HHA sobre o desenvolvimento cerebral podem ser: o desenvolvimento atenuado do hemisfério esquerdo, a redução da integração entre os hemisférios cerebrais, o aumento exacerbado da atividade do sistema límbico e a diminuição da atividade funcional do vermis cerebelar. Tais

alterações morfológicas, que acarretam modificações perenes nas sensibilidades a neurotransmissores (serotonina, noradrenalina, dopamina) e hormônios^(25,113), parecem estar relacionadas a prejuízos na regulação dos afetos emocionais na vida adulta^(20,25,113,114,127,129,130).

3.2 Comportamento sexual compulsivo

O psiquiatra alemão Krafft-Ebbing (1895)[†] citado por Pereira (2009)⁽¹³¹⁾, em 1886, publicou sobre os comportamentos sexuais doentios⁽¹³¹⁾. Ele descreve a sexualidade patológica como sendo um quadro que resulta, para o indivíduo, numa sucessão de atividades sexuais insaciáveis e impulsivas⁽¹³²⁾.

Apesar de ser um tema antigo na literatura, ainda existem muitos questionamentos entre os estudiosos a respeito da psicopatologia do CSC, gerando preocupações com relação a sua definição, classificação, manifestações clínicas, fatores etiológicos, diagnóstico, bem como prevenção e tratamentos mais adequados.

3.2.1 Conceito do comportamento sexual compulsivo

O CSC é definido como comportamentos, fantasias, atitudes, pensamentos e sentimentos relacionados às atividades sexuais exacerbadas, repetitivas, intensas e frequentes, que causam desconforto, sofrimento e prejuízo clínico significativo^(2–4,11,15,133,134). O CSC pode acarretar consequências adversas em diversas esferas, tais como: prejuízo nos relacionamentos conjugais, familiares e sociais, na saúde (DST/AIDS, gravidez indesejada, suicídio), nas atividades ocupacionais, financeiras e na obediência a certas leis (fazer sexo em lugares públicos)^(3,5–7,135–138).

3.2.2 Denominações

As denominações encontradas na literatura são: comportamento sexual compulsivo, compulsão sexual, dependência de sexo, adição sexual, impulso

[†] Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Paris: Georges Carré Editeur, 1895.

sexual excessivo, vício sexual, hipersexualidade, satiríase, ninfomaníaca, don juanismo, transtorno do controle de impulso sexual, comportamento sexual exacerbado, comportamento sexual fora do controle e apetite sexual excessivo^(32,132,139–142). Neste trabalho, os termos mais utilizados serão: comportamento sexual compulsivo e compulsão sexual.

3.2.3 Prevalência do comportamento sexual compulsivo

O CSC atinge uma prevalência de 5% da população em geral. Na população norte-americana, estima-se que o CSC ocorra em torno de 3% a 6% da população^(2,6,143,144), sendo 80% homens^(6,140). No Brasil, não existe uma estimativa da prevalência da compulsão sexual em virtude dos poucos estudos sobre o comportamento sexual da população que enderecem tal conceito. Além disso, acredita-se que o CSC seja subdiagnosticado devido ao preconceito da sociedade, poucos serviços especializados no atendimento e resistência do portador em procurar tratamento⁽¹⁴²⁾.

3.2.4 Características clínicas

O CSC geralmente começa no final da adolescência, ou no início da idade adulta⁽¹³⁹⁾. Inicialmente, o indivíduo apresenta uma egossintonia, negando, ocultando ou minimizando as dificuldades apresentadas, o que influencia na busca de um tratamento precoce⁽¹⁴⁵⁾.

Os sintomas do CSC interferem em diversas esferas no cotidiano do indivíduo, comprometendo sua qualidade de vida, causando sofrimento emocional, e ocasionando consequências negativas nos relacionamentos conjugais e familiares, na saúde (adquirir DST/AIDS, gravidez indesejada, suicídios, violência e assédio sexual), e nos setores sociais, ocupacionais, financeiros e legais^(132–134,142).

As manifestações mais comuns das práticas sexuais compulsivas são: a masturbação compulsiva, consumo compulsivo de pornografia, sexo casual excessivo e sexo com múltiplos parceiros casuais. Menos frequentes, mas também referidos são: sexo excessivo com profissionais, sexo virtual excessivo ou utilização da internet para encontrar parceiros^(6,14,133,134,142).

Uma pesquisa sobre o repertório e as práticas sexuais dos brasileiros, observou que os indivíduos HIV positivo, com maior impulsividade sexual, relatam: bissexualidade (4,2%); sexo por dinheiro (14,4%); sexo sobre a influência de drogas (18,4%); experiência homossexual ao menos uma vez (23,5%); comportamento sadomasoquista (24,5%); comportamento exibicionista (28,0%); sexo grupal (29,3%); intercurso anal e vaginal desprotegidos (32,7%); sexo a três (38,7%); sexo sob o uso de álcool (61,2%); sexo com profissionais (62,5%)⁽¹⁴⁶⁾.

Pesquisadores mencionam que o CSC pode ser mais frequente em homens homossexuais e bissexuais⁽¹²⁾. Estudos constataram que 59% dos homossexuais e bissexuais tinham comportamentos sexuais compulsivos, enquanto 14,5% dos heterossexuais apresentavam uma prevalência ao longo de suas vidas⁽¹⁴⁷⁾.

O CSC pode se apresentar de formas diferentes entre os homens e as mulheres⁽¹⁵⁾. Os homens apresentam mais tendências à: masturbação compulsiva, pagar por sexo, comportamentos parafilicos ou sexo anônimo ⁽³²⁾. As mulheres compulsivas sexuais apresentam mais experiências emocionais com uma série de múltiplos parceiros, ou mantém relações sexuais de risco. Além disso, referem mais fantasias sexuais (comportamento sedutor), práticas sadomasoquistas e sexo como negócio⁽²⁾.

Através de observações clínicas, Carnes (1989) caracterizou uma sequência de quatro fases que descrevem os episódios da busca de sexo, a qual chamou de ciclo da dependência de sexo. Na primeira fase, denominada fissura, a pessoa apresenta um estado emocional como se fosse um transe, extasiado em pensamentos de sexo, com ideias em objetos que a estimule sexualmente. A ritualização caracteriza a segunda fase, na qual o indivíduo cria uma rotina que leva ao comportamento sexual, intensificando a excitação. Na terceira fase denominada de gratificação sexual, a pessoa sente-se incapaz de controlar o processo do ato sexual antes de se satisfazer. Mesmo que os estímulos ambientais sejam adversos à situação, não consegue parar antes da finalização. A última, denominada desespero, caracteriza-se após o ato do CSC, na qual a pessoa apresenta sensação de impotência e, às vezes, de arrependimento⁽¹⁴³⁾.

O compulsivo sexual se esforça para manter em segredo seus comportamentos sexuais, o que resulta num isolamento social (Carnes, 2000). A frequência dos episódios do CSC aumenta com o tempo, à medida que perde a sensação de prazer e aumenta a angústia associada^(142,143).

O CSC pode se associar com diversos tipos de comorbidades psiquiátricas. Por exemplo, uma pesquisa com 86 indivíduos que fazem tratamento para o CSC em regime ambulatorial, no Brasil, demonstra as seguintes frequências de comorbidades psiquiátricas: 72% apresentaram pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico; 47% um ou mais transtornos de ansiedade; 36% um ou mais transtornos de humor, principalmente depressão; 22% preenchiem critérios para risco de suicídio; 14% abuso ou dependência de álcool e drogas; e 12,8% preencheram critérios para um ou mais transtornos do controle do impulso, dentre eles, a onimania, o “skin picking”, o transtorno explosivo intermitente, o jogo patológico e a cleptomania⁽¹⁴⁾.

Um recente estudo sobre os estados de humor negativos (ansiedade e depressão) e comportamentos sexuais de risco com 88 homens que buscaram tratamento para o CSC e 64 homens do grupo controle demonstrou uma associação entre o CSC e a ansiedade e depressão, sendo que o sexo anal desprotegido com parceiro casual estava associado a maiores escores dos sintomas de ansiedade, depressão e compulsão sexual⁽¹⁴⁸⁾.

3.2.5 Aspectos psicopatológicos: impulsividade, compulsividade, dependência e hipersexualidade

Existem quatro grandes vertentes na literatura sobre a psicopatologia do comportamento sexual compulsivo, que mencionam as manifestações clínicas como alterações do comportamento sexual: de impulso, de compulsão, de dependência e de hipersexualidade⁽¹⁴⁹⁾.

3.2.6 Psicopatologia relacionada a impulsividade

Os pesquisadores que defendem a denominação do CSC como impulso sexual excessivo, demonstram que a principal manifestação é o prejuízo de controlar e resistir aos impulsos sexuais independente das consequências

negativas⁽¹⁴⁹⁾. Pesquisadores defendem tais comportamentos da impulsividade, como sendo classificatórios nos critérios diagnósticos dos transtornos do controle dos impulsos^(132,150), e ainda que os comportamentos são geradores de prazer para aliviar a sensação de tensão; que os pensamentos impulsivos podem ser egossintônicos, e que suas ideias impulsionam para o comportamento de maneira súbita e explosiva com a impulsividade sexual^(151–153).

3.2.7 Psicopatologia relacionada a compulsividade

Os autores que defendem a denominação do CSC como compulsão sexual relatam que as manifestações predominantes poderiam ser incluídas na categoria do espectro dos transtornos obsessivo-compulsivos^(154–156), fundamentando-se na coincidência com a idade de início, por apresentar um curso crônico e respostas ao tratamento farmacológico com medicamentos inibidores de recaptção de serotonina. Relatam ainda que o comportamento sexual está relacionado a estratégia para aliviar a tensão; as obsessões sexuais são experiências intrusivas e repetitivas que geram mal-estar e angústia; as compulsões que induzem à resistência e aos comportamentos compulsivos são ritualizados em busca do sexo^(151–153).

3.2.8 Psicopatologia relacionada a dependência

Alguns pesquisadores^(157–160), consideraram o CSC como pertencente à esfera das dependências, denominando-o como dependência sexual⁽¹⁴⁹⁾. Eles observaram que existia uma semelhança entre as dependências químicas e a dependência de sexo nas descrições dos pacientes com relação às experiências subjetivas do comportamento sexual e as descrições dos pacientes dependentes de substâncias psicoativas⁽¹⁶¹⁾, pois constituem um grupo heterogêneo de transtornos psiquiátricos⁽¹³²⁾. Carnes (1983)⁽¹⁵⁷⁾ denomina a dependência como a relação patológica com uma experiência de alteração de humor, sendo que a alteração do estado emocional é o centro da dependência e não o comportamento ou a substância em si. Além disso, a dependência se configurará pela maneira como o indivíduo se relaciona de forma geral em sua vida.

Goodman (2005)⁽¹²⁵⁾ considera a compulsão sexual um transtorno aditivo com elementos compulsivos e impulsivos. A função primária do comportamento impulsivo é representada pela gratificação. No entanto, a função primária do comportamento compulsivo é o alívio da dor emocional. A dependência sexual apoia o modelo neurobiológico da dependência, no qual a desregulação de neurotransmissores (dopamina, serotonina e peptídeos opióides) e dos hormônios cerebrais do estresse, hormônio liberador de corticotrofina, atuam no sistema de recompensa e motivação, que estão relacionados ao estado emocional negativo que, por sua vez, influenciam nas conexões das estruturas cerebrais que leva ao CSC⁽¹²⁵⁾.

3.2.9 Psicopatologia relacionada a hipersexualidade

Outros pesquisadores consideram o uso do termo hipersexualidade para denominar o CSC por apresentar o prefixo “hiper”, um descritor patológico que tem a noção de “excesso” ou “aumento” de comportamento associados às patologias. Por esse motivo, decidiram usar o termo hipersexualidade, quando ocorre a alteração do desejo sexual.

Esses pesquisadores caracterizam a hipersexualidade como o aumento da intensidade e da frequência dos comportamentos sexuais, das fantasias, e das excitações associadas a uma impulsividade sexual⁽³⁾, com maior tempo gasto para consumo do comportamento sexual, bem como dos comportamentos de riscos. A hipersexualidade causa sofrimento e comprometimento clínico^(3,162,163), e é influenciada pela desregulação das monoaminas cerebrais (serotonina dopamina e noradrenalina), as quais interagiriam com os receptores de testosterona para o aumento o apetite sexual^(140,149).

3.2.10 Outros aspectos psicopatológicos: estados de humor negativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017)⁽¹⁶⁴⁾, 322 milhões (4,4%) de pessoas sofrem de depressão e 264 (3,6%) milhões de indivíduos vivem com transtornos de ansiedade no mundo. A depressão é a principal causa de incapacidade e, como consequência, pode desencadear uma série de comorbidades⁽¹⁶⁴⁾. Entre os brasileiros estimam-se que 5,8%

(11.548.577) tenham depressão e 9,3% (18.657.943) apresentem ansiedade. Os transtornos envolvendo a depressão e a ansiedade estão entre os mais prevalentes na população, que afetam o humor e os sentimentos das pessoas. A gravidade dos sintomas pode variar de leve à grave, com duração de meses à anos⁽¹⁶⁴⁾.

A depressão resulta de uma complexa interação de fatores sociais (abuso sexual infantil, álcool, eventos adversos na infância), psicológicos (relacionamentos e personalidade) e biológicos (estresses, desequilíbrio monoaminérgico dos neurotransmissores – noradrenalina, serotonina e dopamina) e genéticos^(164,165).

Do ponto de vista psiquiátrico, os episódios do transtorno depressivo cursam com um rebaixamento do humor, diminuição da atividade psicomotora e redução da energia, sendo frequentemente acompanhados por uma diminuição da capacidade de concentração, baixa autoestima e redução da autoconfiança. Frequentemente, ideias de culpabilidade, indignidade, menos valia e finitude acompanham o quadro⁽¹³⁹⁾.

O transtorno de ansiedade generalizada se manifesta marcadamente pela presença da ansiedade de antecipação exagerada dos fatos futuros e do medo a uma ameaça real ou percebida (DSM-5)⁽¹⁶⁶⁾, sendo caracterizada por uma sensação desagradável, agitação interna e alterações nas sensações corporais, como boca seca, sensação de vazio, suores e formigamento⁽¹⁶⁵⁾. Clinicamente, a ansiedade se manifesta por uma exacerbada preocupação com alguns temas do cotidiano, por vezes acompanhada de alterações dos ritmos fisiológicos como sono e apetite, podendo ser descrita por sensações corporais como “aperto no peito”, “dificuldade para engolir”, “palpitação”, “dores musculares”, “fadiga”, “tremores”, entre outras⁽¹³⁹⁾.

Algumas pessoas também experimentam sintomas de ansiedade e depressão sem preencherem critérios para um transtorno psiquiátrico por si só. Tratam-se de estados de humor negativos, os quais podem variar em intensidade e duração, e estar ou não associados a eventos ou dificuldades⁽¹⁶⁷⁾. Os estados de humor seriam estados psicológicos formados por sentimentos, estados ou emoções positivos ou negativos, permanentes ou temporários que influenciam a vida psíquica, fisiológica e comportamental do indivíduo^(167,168).

Para Baldaçara et al. (2007), o humor define estados emocionais, como, calma, tristeza, felicidade, euforia, tensão, ansiedade e depressão. O afeto significa a expressão das emoções⁽¹⁶⁹⁾. A ansiedade pode ser definida como sintomas físicos e psicológicos estimulados por sentimento e percepção de ameaça, diferindo entre os indivíduos e as situações. Esses estados emocionais da ansiedade provocam modificações nos comportamentos, na tomada de decisão, no funcionamento social e na vida⁽¹⁷⁰⁾.

Para um grupo de pesquisadores do Instituto Kinsey da Universidade de Indiana, o comportamento sexual fora de controle está relacionado com o equilíbrio entre sexualidade e humor negativo, postulando que exista uma associação entre os estados de humor caracterizados por ansiedade e/ou depressão e o aumento do interesse sexual. Evidências científicas demonstram que os homens com comportamento sexual fora de controle apresentam diferença significativa em relação ao aumento do interesse e na capacidade de resposta sexual durante os estados de humor negativos, como a depressão e a ansiedade, comparados com homens do grupo controle⁽³²⁾.

Com relação a associação entre o estado depressivo ou ansioso e o comportamento sexual fora de controle, três padrões podem ser considerados como mecanismos envolvidos nessa associação^(24,32,171,172). No primeiro fator, como exemplo de regulação do humor, o indivíduo mantém o interesse sexual durante o estado de depressão, pois através da atividade sexual, ele tem o contato com outra pessoa, que satisfaz suas necessidades emocionais, e consequentemente sente uma melhora na autoestima por se sentir desejado por outra pessoa. O segundo mecanismo diz que a estimulação sexual pode ser usada para distrair e evitar o sofrimento emocional de questões situacionais que induzem o humor negativo. A pessoa tenta distrair-se para evitar pensar sobre o evento, que não está presente na situação atual, mas está na memória, como exemplo uma experiência de rejeição. Esse padrão parece ser recorrente no comportamento sexual fora de controle. E o terceiro mecanismo se refere ao aumento do interesse e da excitação sexual no estado de humor negativo, como a ansiedade ou estresse, podendo ser o resultado de uma "transferência de excitação". Para a maioria das pessoas o efeito negativo inibe a excitação, mas para os indivíduos com comportamento sexual fora do controle, pode não ocorrer

essa inibição, com isso, a excitação é associada ao estado de humor. Esse padrão pode acontecer na transferência da ansiedade ou estresse para a excitação sexual que progride ao orgasmo, através da masturbação ou das relações sexuais^(24,32,171,172).

3.2.11 Critérios diagnósticos relacionados ao comportamento sexual compulsivo

O critério diagnóstico para transtorno hipersexual, que foi proposto para inclusão no DSM-5⁽¹⁷³⁾, é definido pela ocorrência de intensas e recorrentes fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais excessivos, em um período mínimo de 6 meses, e que apresenta ao menos quatro dos cinco critérios. No Critério A, encontramos as especificações com relação as fantasias, comportamentos e impulsos sexuais relacionados com: excessivo tempo consumido que prejudicam atividades que não sejam atividades sexuais; resultado do estado de humor disfórico (ansiedade, depressão, irritabilidade, tédio); resultado de um evento estressante da vida; repetidas tentativas, mas sem efeito, para controlar ou diminuir essas fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais; continuidade dos comportamentos sexuais mesmo com os riscos de dano físico ou emocional, para si ou terceiros. O Critério B destaca um sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, nos aspectos: pessoal, social, ocupacional ou outras áreas importantes para o funcionamento do indivíduo. O critério C aborda os efeitos não fisiológicos do uso de drogas ou medicações. Critério D, acima de 18 anos de idade. Porém, o transtorno hipersexual não foi incluído, por ainda apresentar ausência de evidências científicas.

O Quadro 1 descreve os itens do Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual e da Escala de Compulsividade Sexual⁽¹⁶³⁾.

Quadro 1. Os itens das escalas: Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH) e Escala de Compulsividade Sexual (ESC)

Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH)	Escala de Compulsividade Sexual (ESC)
A1. Dediquei grande parte do meu tempo a fantasias e impulsos sexuais, bem como a planejar ou praticar comportamentos sexuais.	1. Meu desejo sexual atrapalha meus relacionamentos.
A2. Fiz uso de fantasias sexuais e comportamentos sexuais para lidar com sentimentos difíceis (por exemplo, preocupação, tristeza, tédio, frustração, culpa ou vergonha).	2. Meus pensamentos e comportamentos sexuais estão causando problemas em minha vida.
A3. Fiz uso de fantasias sexuais e comportamentos sexuais para evitar, adiar ou lidar com estresses e outros problemas difíceis ou responsabilidades em minha vida.	3. Meus desejos de fazer sexo prejudicaram o meu dia a dia.
A4. Tentei reduzir ou controlar a frequência das fantasias, dos impulsos e dos comportamentos sexuais, mas não tive muito sucesso.	4. Às vezes, eu deixo de cumprir minhas obrigações (trabalho, família, etc.) devido ao meu comportamento sexual.
A5. Continuei a realizar comportamentos sexuais arriscados que poderiam ter causado ou chegaram a causar lesões, doenças ou danos emocionais a mim, a meu(s) parceiros(s) ou a alguém com quem tenho relacionamento significativo.	5. Às vezes, fico tão excitado que chego a perder o controle.
B1. Fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos e frequentes fizeram com que eu me sentisse muito incomodado ou	6. Eu me pego pensando em sexo durante o trabalho.

desgostoso comigo mesmo (por exemplo, vivenciando sentimentos de vergonha, culpa, tristeza, preocupação ou repugnância) ou tentei manter meu comportamento sexual em segredo.	
B2. Fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos e frequentes causaram problemas significativos para mim na vida pessoal, no meu convívio social, no meu trabalho ou em outras áreas da minha vida.	7. Sinto que os meus pensamentos e sentimentos sexuais são mais fortes que eu.
	8. Eu preciso me esforçar muito para controlar meus pensamentos e comportamentos sexuais.
	9. Eu penso em sexo mais do que eu gostaria.
	10. Tem sido difícil encontrar parceiros sexuais que gostem de sexo tanto quanto eu.

Fonte: Scanavino et al., 2014⁽¹⁶³⁾.

A ECS, apesar de não ser um instrumento diagnóstico, é francamente utilizada em estudos e o ponto de corte de 24 (varia entre 10-40) significa risco para um caso de compulsão sexual⁽¹⁶³⁾.

Já a classificação nosográfica da 10ª ed. da Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (OMS,1993, p. 190)⁽¹³⁹⁾, assim descreve o apetite sexual excessivo F.52.7:

Ambos os homens e mulheres podem ocasionalmente se queixar de um impulso sexual excessivo como um problema por si só, usualmente durante o final da adolescência ou início da idade adulta. Quando o impulso sexual é secundário a um transtorno afetivo ou quando ocorre durante os estágios iniciais de demência, o transtorno subjacente de ser codificado.

O termo ninfomania é utilizado para nomear uma mulher que apresenta um desejo excessivo ou patológico por coito. Para o homem as denominações utilizadas são satíriase ou don juanismo, quando apresenta uma hipersexualidade e necessita demasiadamente de encontros e conquistas sexuais^(139,141). Essas formas de dependência levam ao desconforto pelo padrão que se repete através das conquistas de pessoas, considerando-as como um objeto de uso sexual⁽¹⁷⁴⁾.

A tendência prevista para a classificação nosográfica da 11ª ed. da Classificação Internacional de Doenças, CID-11, é a de substituição do apetite sexual excessivo para transtorno do comportamento sexual compulsivo, com sua descrição na seção dos transtornos do controle dos impulsos, pela característica de apresentar falhas em resistir ou controlar comportamentos sexuais independente das consequências negativas⁽¹⁷⁵⁾.

Através das observações clínicas, Goodman (2005)⁽¹²⁵⁾ sugere uma estruturação psicopatológica mais compatível, que se apoia a partir de uma adaptação dos critérios para dependência de substância do DSM-IV-TR.

As compulsões sexuais significam comportamentos sexuais desadaptados (exacerbados, sendo repetitivos e frequentes), que causam um desconforto gerando sofrimento e prejuízo clínico significativo. Manifesta-se por três ou mais das seguintes características, persistentes por um período de 12 meses⁽¹²⁵⁾:

- Tolerância, envolvimento de atividades sexuais mais intensas e frequentes para obter a mesma satisfação que inicialmente. O ciclo retroalimenta-se à medida que a satisfação não acontece;
- Abstinência, presença de sintomas psíquicos e/ou físicos, quando acontecem tentativas de redução ou controle de práticas sexuais;
- Gastos excessivos e intensos de tempo em atividades relacionadas ao comportamento sexual;

- Fracasso em controlar as práticas sexuais;
- Ritual de busca, muita energia e tempo consumidos em comportamentos sexuais;
- Prejuízo das atividades sociais, recreacionais e ocupacionais em decorrência do comportamento sexual;
- Continuidade da atividade sexual, apesar das consequências adversas causadas por esse comportamento.

3.2.12 Fatores etiológicos psicológicos e biológicos do comportamento sexual compulsivo

Para finalidade didática, o CSC pode ser estudado a partir de causas psicológicas e/ou biológicas, apesar dos indícios de que resulta de múltiplos fatores, os quais interagem entre si⁽¹⁴²⁾.

3.2.13 Aspectos neurobiológicos

Existem poucos estudos sobre os aspectos neurobiológicos de indivíduos com CSC. Um recente estudo investigou a função do eixo HHA em 67 homens com transtorno hipersexual e 39 homens controle saudáveis, e concluíram que existe uma desregulação do eixo HHA em homens com transtorno hipersexual, pois estes apresentaram níveis mais altos de ACTH após o teste de supressão de dexametasona, comparados aos controles^(176,177). Além disso, uma pesquisa demonstrou que os homens com CSC apresentaram mudanças epigenéticas no gene CRH. Sabe-se que o CRH é fundamental nas respostas neuroendócrinas do cérebro nos processos de dependências^(176,177).

Um estudo com 19 indivíduos com CSC e 19 voluntários saudáveis avaliou o funcionamento cerebral através da ressonância magnética, comparando vídeos com conteúdos sexuais explícitos com vídeos excitantes não sexuais. Os indivíduos com CSC apresentaram maior associação na elevação da ativação do cíngulo anterior dorsal, estriado ventral e amígdala, comparados aos controles. Além disso, foi observado que as conexões dos circuitos neurais da rede de recompensa, com as imagens sexuais foram semelhantes às conectividades observadas nas dependências de drogas. Esse estudo sugere

que estruturas neurais no processo da reatividade da compulsão sexual são regiões encontradas em estudos de reatividade a adição de drogas⁽¹⁷⁸⁾.

3.2.14 Aspectos psicológicos

As causas psicológicas do CSC podem estar relacionadas a fatores que interferem no desenvolvimento psicosssexual saudável de um indivíduo.

Os estudos psicodinâmicos valorizam os aspectos das alterações da responsividade materna às necessidades dos filhos nos primeiros dois a três anos de vida. As mães dos compulsivos sexuais não teriam se relacionado com seus filhos como seres autônomos, que apresentam necessidades e sentimentos próprios. Essas mães teriam usado seus filhos para atender suas próprias necessidades emocionais e narcísicas⁽¹⁷⁴⁾.

Além disso, as causas psicodinâmicas apontam que as marcas traumáticas decorrentes de negligência ou de abuso infantil estão relacionadas a gênese da compulsão sexual. O abuso e as negligências podem levar a criança a imaginar que é a causadora da situação, além de conduzir a uma sensação de vergonha e sentimentos de desvalia e inadequação⁽¹⁸⁾. E ainda, dificuldades de lidar com os sentimentos, como constrangimento, inferioridade e autoestima negativa, podem interferir no funcionamento interpessoal saudável de uma pessoa quando: provocam relacionamentos íntimos disfuncionais ou até mesmo quando esses sentimentos impedem o indivíduo de se relacionar. Ao mesmo tempo, esses estados psíquicos ao serem acompanhados de dor e angústia levam a uma busca por elementos analgésicos dando origem à compulsão⁽²⁶⁾.

Durante o processo compulsivo, a falta de controle dos comportamentos exacerbados, mesmo com consequências negativas, deve-se a necessidade de obter por meio dessas condutas, o alívio dos afetos dolorosos e a regulação do senso de si próprio. O indivíduo fica cronicamente vulnerável aumentando sua necessidade de prazer ou benefício imediato mesmo com os prejuízos significativos a médio e longo prazo⁽¹²⁵⁾. Dessa forma, o CSC pode acontecer a partir de uma busca pelo alívio da dor e da angústia⁽¹⁸⁾.

3.2.15 Tratamento

A busca por tratamento costuma ser realizada quando as consequências negativas do CSC influenciam na saúde, na vida conjugal e familiar, no trabalho e quando surgem conflitos jurídicos⁽¹⁴²⁾. Os pacientes, em média, demoram sete anos para buscar tratamento⁽¹³⁸⁾.

Frente à gravidade e às complicações das consequências, um tratamento multidisciplinar pode envolver farmacoterapia, psicoterapia individual ou de grupo, terapia de casal ou familiar⁽¹⁴⁵⁾.

Com relação ao tratamento medicamentoso, os fármacos mais indicados são os reguladores de afetos como primeira linha, ou seja, os antidepressivos e estabilizadores de humor⁽¹²⁵⁾. A psicoterapia trabalha com as instâncias da personalidade. Nessa perspectiva, a psicodinâmica é a mais adotada como tratamento de primeira linha, pois trabalha o fortalecimento dos mecanismos de autorregulação e a capacidade de estabelecer relações interpessoais significativas e estáveis⁽¹²⁵⁾.

Cooper e Marcus (2003)⁽¹⁴⁵⁾ mencionam três condutas psicoterápicas que trabalham com os medos dos portadores de compulsão sexual, são elas: medo da intimidade, medo da perda de controle e medo de ficar só⁽¹²⁵⁾.

O tratamento psicoterápico tem como principais objetivos: ampliar o autocontrole do indivíduo, motivar o portador ao tratamento e desenvolver a capacidade de estabelecer relações.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Estudo observacional, transversal e analítico.

4.2 Local do estudo e População

A falta de evidências científicas sobre o CSC e os aspectos que estão associados, gerou a oportunidade de realizar um estudo inédito no Brasil, a partir de 2010, através do projeto, coordenado pelo Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino, “Aspectos clínicos, psicopatológicos e comportamento sexual de risco dos sujeitos com Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, estudo caso-controle e de intervenção”. Este estudo macro, que obteve auxílio a pesquisa FAPESP, foi a base para o surgimento do Ambulatório do Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos associados ao Comportamento Sexual (AISEP), um ambulatório alocado no Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. O ambulatório alia investigação científica à assistência e conta com um grupo de profissionais colaboradores, alunos de mestrado/doutorado, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, médica infectologista, entre outros. O projeto inicial deu origem a braços de investigação no campo do CSC e originou outra linha de pesquisa também, em desfechos negativos associados ao comportamento sexual (para maiores informações consulte o site, www.compulsaosexual.com.br).

A população-alvo foi composta por homens que buscaram tratamento para o CSC no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual (AISEP) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

4.3 Seleção da amostra

Foram selecionados indivíduos que preencheram os critérios diagnósticos para F52.7 (CID-10) apetite sexual excessivo⁽¹³⁹⁾, isto é, indivíduos que se queixam de perda de controle sobre o comportamento sexual, a partir da adolescência ou início da vida adulta, que apresentam impulso sexual excessivo⁽¹³⁹⁾, bem como para dependência de sexo⁽⁴⁾. De acordo com observações clínicas, Goodman (2001) adaptou o diagnóstico de dependência de substância do DSM-IV-TR⁽¹⁷⁹⁾ para a dependência de sexo, definindo-o como um padrão mal adaptado de comportamentos sexuais (exacerbados, repetitivos e frequentes), que causam sofrimento e prejuízo clínico significativo, manifesto por três ou mais das seguintes manifestações: envolvimento em atividades sexuais mais intensas e frequentes para obter a mesma satisfação que inicialmente (tolerância); presença de sintomas psíquicos e/ou físicos diante das tentativas de redução de práticas sexuais (abstinência); excessivo gasto de tempo e energia com o comportamento sexual; fracasso em controlar as práticas sexuais; excessivo gasto de tempo e energia com o processo de busca de sexo; prejuízo das atividades sociais, recreacionais e ocupacionais; continuidade do comportamento apesar das consequências adversas.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos os participantes mediante os seguintes critérios:

- ✓ Brasileiros,
- ✓ Acima dos 18 anos,
- ✓ Alfabetizados,
- ✓ Nível cognitivo satisfatório para compreender e responder aos inventários autorresponsivos.

4.5 Critérios de exclusão

Participantes que preencheram critérios diagnósticos⁽¹³⁹⁾ para:

- ✓ Transtorno de preferência sexual (CID-10 F65),

- ✓ Transtorno de identidade sexual (CID-10 F64),
- ✓ Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (CID-10 F20 – F29),
- ✓ Episódio hipomaniaco ou maníaco do transtorno do humor (CID-10 F30.0 e F31.1 e F31.2),
- ✓ Outros transtornos mentais devido a uma disfunção cerebral, lesão ou doença física (CID-10 F0.6).

4.6 Cálculo amostral

O cálculo do tamanho de amostra para o estudo foi feito com base na comparação entre a pontuação média no Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)⁽¹⁸⁰⁾ entre indivíduos compulsivos sexuais com e sem risco para o desenvolvimento de traumas infantis em consequência de terem sofrido violência sexual na infância, identificados pelo Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)⁽¹⁸¹⁾. À medida que não existia um estudo prévio semelhante para embasar o cálculo amostral, utilizou-se dados preliminares do Projeto de Pesquisa CAPPesq 641/10 “Aspectos clínicos, psicopatológicos e comportamento sexual de risco dos sujeitos com Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, estudo caso-controle e de intervenção”, de uma amostra composta por 151 compulsivos sexuais, dos quais 62 alcançaram o ponto de corte (seis) da QUESI para risco de trauma infantil devido à violência sexual, e 89 não alcançaram. O cálculo do “effect size” (d) foi baseado na fórmula $d = M1 - M2 / s$; em que M1 e M2 são as médias dos grupos e “s” é o desvio-padrão comum a ambos⁽¹⁸²⁾. Neste cálculo, tivemos M1=18,89; M2 = 14,93; s = 9,94. Dessa forma, chegou-se a um “effect size” de 0,39 e um Poder de 65%. Por meio das Tabelas para estimativa de cálculo amostral (baseado no teste t de Student), de Cohen (1988)⁽¹⁸³⁾, concluiu-se que, considerando um Poder Estatístico de 80%, alpha de 5%, e tamanho do efeito (effect size) de 40%, estimou-se um tamanho amostral de 198 indivíduos, a partir de um teste t de Student não pareado.

No total, 286 participantes foram selecionados, mas 24 foram excluídos por serem do sexo feminino, e 40 por terem desistido do tratamento e, conseqüentemente, não terem completado o preenchimento dos instrumentos.

Foram incluídos na amostra 222 participantes, no período de outubro de 2010 a dezembro de 2017.

4.7 Procedimentos

Primeiramente, obteve-se a aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HC-FMUSP (CAPPesq), onde o projeto foi registrado com o número 13103, e na Plataforma Brasil com o número 42664914.8.0000.0068.

Posteriormente, foram explicados aos participantes os detalhes de todos os passos da pesquisa, bem como seus objetivos. Enfatizamos a garantia ao sigilo e a confidencialidade dos dados, e do anonimato. Além disso, foi esclarecido que o risco potencial aos participantes era mínimo devido à natureza da investigação e que o direito a solicitar o desligamento do projeto estava assegurado a qualquer tempo. Aqueles que não desejassem se submeter a investigação científica seriam acolhidos no AISEP para tratamento pela equipe multidisciplinar.

Foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para aqueles indivíduos que aceitaram participar da pesquisa.

Na sequência, os participantes se submeteram a uma entrevista diagnóstica semiestruturada, conduzida por um psiquiatra do AISEP familiarizado com o diagnóstico e tratamento do CSC, para verificação dos critérios diagnósticos e de elegibilidade.

Em seguida, os participantes elegíveis eram direcionados a uma entrevista estruturada com uma assistente de pesquisa para a investigação dos aspectos sociodemográficos. Posteriormente, a assistente de pesquisa orientava-os a responderem os instrumentos de pesquisa autorresponsivos impressos em papel, com marcações realizadas com caneta esferográfica. O processo de coleta de dados durou em média 150 minutos.

Os dados que foram utilizados nesta pesquisa correspondem aos coletados no “baseline”, no momento de chegada, antes de iniciarem o tratamento.

4.8 Instrumentos

4.8.1 Instrumento de investigação sociodemográfico

Questionário que investiga aspectos sociodemográficos, tais como renda média familiar mensal, religião, idade, orientação sexual, raça/cor, estado civil legal, escolaridade e situação profissional.

4.8.2 Escala de Compulsividade Sexual (ECS)⁽¹⁶³⁾

Escala de 10 itens, amplamente utilizada nos EUA, cuja versão validada para o Brasil apresentou boa confiabilidade (alpha de Cronbach de 0,95) (Scanavino et al., 2014). A ECS, denominada originalmente de “Sexual Compulsivity Scale” (SCS), foi desenvolvida por Kalichman para avaliar tendências a cognições sexuais recorrentes e hipersexualidade (Kalichman et al., 1994). O instrumento produz escores a partir das alternativas para cada resposta: sendo 1 = “não se aplica de modo algum a mim”, 2 = “se aplica um pouco a mim”, 3 = “se aplica a mim”; 4 = “se aplica muito a mim”. Os escores variam entre 10 e 40, sendo que escores mais altos significam maior gravidade da compulsividade sexual. A ECS⁽¹⁶³⁾ é utilizada em diversas pesquisas para investigar os pensamentos sexuais e o impacto no controle dos pensamentos e comportamentos sexuais, como exemplo, “1. Meu desejo sexual atrapalha meus relacionamentos”; “8. Eu preciso me esforçar muito para controlar meus pensamentos e comportamentos sexuais”^(184,185).

4.8.3 Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH)⁽¹⁶³⁾

O ITTH, cujo nome original é “Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI), é uma escala dimensional e diagnóstica para o Transtorno Hipersexual^(3,186). A escala tem sete itens (cinco do critério A e duas critério B), a versão validada para o Brasil apresentou boa confiabilidade e o coeficiente de consistência interna foi de 0,96⁽¹⁶³⁾. O instrumento produz escores que variam a partir das alternativas para cada resposta: sendo 0 = “nunca verdadeiro”, 1 = “raramente verdadeiro”, 2 = “às vezes, verdadeiro”; 3 = “frequentemente

verdadeiro”, 4 = “quase sempre verdadeiro”. Os escores variam entre 0 e 28 de acordo com a gravidade, sendo que escores mais altos significam maior gravidade da hipersexualidade.

Para o provável diagnóstico de Transtorno Hipersexual, o indivíduo precisa preencher três ou quatro em, pelo menos, quatro das cinco questões do critério A e, pelo menos, um dos dois critérios B. O critério C contém a lista de seis comportamentos sexuais descritos pelos participantes como problemáticos, os quais encontram-se descritos abaixo. O ITTH⁽¹⁶³⁾ é um instrumento que investiga reações sexuais, impulsos sexuais e comportamento sexual, que são recorrentes, intensos e causam sofrimento ou prejuízo significativo na vida do indivíduo, como exemplo, “A.1 Durante os últimos 6 meses, eu dediquei grande parte do meu tempo a fantasias e impulsos sexuais, bem como a planejar ou praticar comportamentos sexuais”; “B.1 Durante os últimos 6 meses, fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos e frequentes fizeram com que eu me sentisse muito incomodado ou desgostoso comigo mesmo (por exemplo, vivenciando sentimentos de vergonha, culpa, tristeza, preocupação ou repugnância) ou tentei manter meu comportamento sexual em segredo”⁽¹⁴³⁾. Neste trabalho usamos o escore da gravidade da hipersexualidade e não o diagnóstico de transtorno hipersexual. O ITTH foi inserido na pesquisa a partir de maio de 2011, por este motivo alguns participantes não responderam este instrumento.

4.8.4 Comportamentos sexuais referidos como problemáticos⁽¹⁶³⁾

Os participantes referiram durante a entrevista clínica com o psiquiatra, se apresentavam qualquer um dos seis tipos de comportamentos: masturbação compulsiva, uso compulsivo de pornografia, sexo casual excessivo, comportamento sexual virtual excessivo, sexo compulsivo por telefone e frequência elevada a clubes de strip.

4.8.5 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)⁽¹⁸⁷⁾

O MINI é uma entrevista diagnóstica compatível com os critérios do DSM-III-R/IV da CID-10 e foi adaptado e validado para uso no Brasil⁽¹⁸⁷⁾, do original

Mini International Neuropsychiatric Interview⁽¹⁸⁸⁾. Este instrumento investiga episódio depressivo maior, distímia, risco de suicídio, maníaco/epísódio hipomaníaco, pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, álcool/abuso e dependência de substâncias, distúrbios psicóticos, anorexia/bulimia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade antissocial. O MINI apresentou propriedades psicométricas semelhantes ao Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e é compatível com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R, versão do Paciente (SCID-P). Os índices de confiabilidade foram considerados satisfatórios ($Kappa > 0,60$)⁽¹⁸⁷⁾. Neste estudo, foram utilizados os dados necessários para a investigação de alguns critérios de exclusão, a saber: diagnóstico de síndrome psicótica atual e de episódio hipomaníaco ou maníaco atuais.

4.8.6 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)⁽¹⁸⁹⁾

A versão em português do BAI foi validada para uso no Brasil por Cunha do original (Beck Anxiety Inventory)⁽¹⁹⁰⁾, que apresenta uma boa confiabilidade com α de Cronbach de 0,76⁽¹⁸⁹⁾. A escala sintomática avalia a gravidade dos sintomas da ansiedade, composta por 21 itens, com quatro opções de respostas: 0 = absolutamente não, 1 = “levemente”, 2 = “moderadamente” e 3 = “gravemente”. A classificação da escala dos sintomas da ansiedade são: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63)⁽¹⁸⁹⁾.

4.8.7 Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁽¹⁸⁰⁾

A versão em português do BDI foi validada para uso no Brasil por Gorenstein e Andrade⁽¹⁸⁰⁾, do original Beck Depression Inventory (BDI)⁽¹⁹¹⁾. Trata-se de uma escala autorresponsiva, contendo 21 itens que avaliam a intensidade dos sintomas depressivos, como leve, moderado e grave, com quatro opções de respostas: 0 = “absolutamente não”, 1 = “levemente”, 2 = “moderadamente” e 3 = “gravemente”. A classificação da escala dos sintomas da depressão são: (0-9) não está deprimido, (10-18) leve a moderada, (19-29)

moderada a severa, (30-63) severa e valores maiores indicam maior gravidade dos sintomas depressivos. A consistência interna do BDI foi de 0,81⁽¹⁸⁰⁾.

4.8.8 Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)⁽¹⁸¹⁾

É o instrumento que avalia traumas sofridos na infância. Foi traduzido, adaptado e validado para uma versão em Português⁽¹⁸¹⁾, do original Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)⁽⁵⁷⁾. O QUESI é constituído por 28 questões e investiga cinco domínios traumáticos sofridos na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Cada domínio é composto por cinco questões. Possui ainda uma subescala de controle de minimização/negação das respostas, composta por três itens, que apresentam a tendência de respostas exageradas e socialmente desejáveis. Os participantes informam sobre as suas experiências da infância (antes dos 18 anos) por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, em que as alternativas de resposta são: 1 = “nunca”; 2 = “raras vezes”; 3 = “algumas vezes”; 4 = “muitas vezes”; 5 = “muito frequente”, conforme a frequência de eventos traumáticos ocorridos na infância. No presente trabalho, usamos o domínio que investiga o abuso sexual, cujo ponto de corte é seis. O coeficiente de consistência interna para o abuso sexual foi de 0,92⁽⁵⁷⁾. Conforme as instruções do CTQ⁽⁵⁷⁾, na subescala referente a minimização/negação, as pontuações dos itens para as respostas com valores de 1 a 4 foram codificadas como 0, e para as respostas com pontuações 5 foram codificadas como 1. Dessa forma, surgiram as categorias dos que não minimizaram, minimizaram em uma questão, em duas questões e em três questões da subescala de minimização/negação.

4.8.9 Instrumento para Caracterização de Experiências Sexuais Vivenciadas na Infância e Adolescência (ICESVIA)⁽⁶¹⁾

Trata-se de um instrumento autorresponsivo que investiga os aspectos relativos a caracterização do ASI/ASA, envolvendo os seguintes aspectos gerais, considerados mais relevantes: aspectos quantitativos (número de episódios de abuso sexual, quantidade de abusadores, período na infância e/ou adolescência pelo qual o abuso perdurou); aspectos qualitativos (idade da vítima, idade do

abusador, vínculo); tipo de abuso (contato sem ou com penetração); aspectos vivenciais (sentimentos passados e atuais positivos e negativos sobre o episódio; se foi revelado; se teve acolhimento pelos familiares ou se foi uma experiência traumática; se envolvia sedução nas vivências). Tais aspectos deram origem ao instrumento composto por 26 questões (vide apêndice A). O questionário foi formulado por dois investigadores familiarizados com a prática clínica do atendimento de indivíduos com CSC, e com base em revisão de literatura envolvendo as bases de dados Pubmed, Lilacs, e Scielo, a qual incluiu a análise de 25 artigos de 1985 a 2014⁽⁶¹⁾. O instrumento foi submetido a validação de constructo por meio da análise por 11 juízes (profissionais que trabalham com a temática do abuso sexual), bem como foi aplicado num piloto de 21 indivíduos com CSC a fim de realizar uma análise semântica (avaliação do entendimento)⁽¹⁹²⁾. No período de outubro de 2015 a dezembro de 2017, 84 participantes que buscaram tratamento responderam o instrumento ICESVIA, os quais foram incluídos nesta pesquisa após a aprovação da Emenda pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP – CAPPEsq registrado com o número 42664914.8.0000.0068.

4.9 Análise dos resultados

Para desenvolver as análises descritivas e as associativas foram comparados os grupos dos que referiram abuso com o dos que não referiram abuso (de acordo com o domínio abuso sexual no QUESI). As estatísticas descritivas das variáveis categóricas foram apresentadas por cálculos de proporções, da seguinte forma: para as variáveis contínuas com distribuição normal por média e desvio-padrão, e para as variáveis sem distribuição normal, por meio da mediana e intervalo de confiança de 95%. Para comparação entre os grupos foram utilizados os testes de qui-quadrado e teste exato de Fisher para as variáveis categóricas, e para as variáveis contínuas o teste “t de student” ou de Mann-Whitney para variáveis que não apresentaram distribuição normal. No caso do “teste t de student” foi verificada a homogeneidade do desvio-padrão.

A fim de testar a normalidade das variáveis contínuas (idade, anos de educação formal, renda, depressão, ansiedade, comportamento sexual

compulsivo e hipersexualidade) foram feitas as análises por meio do Shapiro Wilk test e do gráfico do histograma.

Quanto às variáveis contínuas, apenas “anos de educação formal” apresentou distribuição normal. Foi investigada a presença de outliers, porém não foram encontrados ou, quando identificados, eles foram retirados, não havendo modificação no padrão de distribuição das variáveis.

Para fins da análise do nosso objetivo “a prevalência de história de ASI/ASA” foi calculada a proporção do número de participantes que alcançaram o ponto de corte (= 6) no domínio sobre o abuso sexual no QUESI, bem como o Intervalo de Confiança de 95%.

Para investigar o objetivo “associação entre ASI/ASA e depressão e ansiedade”, comparou-se os escores da depressão e da ansiedade com a análise do teste Mann Whitney, entre os grupos dos participantes.

Para analisar o objetivo “efeito mediador dos sintomas de ansiedade e depressão com relação à gravidade da compulsividade sexual e da hipersexualidade dos homens que referiram ASI/ASA,” foram analisadas inicialmente a presença de associações entre as variáveis sociodemográficas, tipos de comportamentos problemáticos, minimização/negação do QUESI (variáveis de ajuste), e clínicas (ansiedade e depressão) com os desfechos da compulsividade sexual e hipersexualidade, por meio de regressão linear. Aquelas variáveis que apresentaram $p \text{ valor} \leq 0,20$ foram consideradas variáveis de ajuste e incluídas no modelo final. No modelo da compulsividade sexual foi considerada a variável de ajuste orientação sexual e no modelo da hipersexualidade a idade, como variável de ajuste.

O método estatístico “análise de mediação” é utilizado para testar se um mediador influencia a relação entre uma variável independente e uma variável dependente, que considera os pressupostos dos teste de Sobel-Goodman. Dessa forma, uma variável pode ser considerada um mediador, uma vez que exerce a influência de uma dada variável independente (VI) para uma determinada variável dependente (VD). Em geral, pode-se dizer que a mediação ocorre quando: 1) a VI afeta significativamente o mediador; 2) a VI afeta significativamente o VD na ausência do mediador; 3) o mediador tem um efeito

significativo único na VD; e 4) o efeito da VI na VD diminui com a adição do mediador ao modelo^(193–195) (Vide Figura 1).

Figura 1 – Modelo Conceitual e Estatístico de Mediação simples

Fonte: Haves, 2013⁽¹⁹⁶⁾ Prado et al., 2014⁽¹⁹⁷⁾

Legenda: VI = Variável Independente; VM = Mediadora; VD = Variável Dependente

Considera-se efeito total quando se observa associação na regressão da VI sobre a VD (Vide Figura 1, (a)). É chamado efeito indireto quando se observa associação na regressão da VI sobre a VM e também da VM sobre a VD, na presença da VI, no modelo final de regressão (Vide Figura 1, (b)). Finalmente, o efeito direto estará presente quando se observa associação da VI com a VD, na presença da VM, no modelo final de regressão (Vide Figura 1, (b)).

Inicialmente, observou-se o efeito da variável independente “ASI/ASA” sobre a variável dependente “gravidade da compulsividade sexual”, por meio da regressão linear da variável dependente sobre a variável independente. Posteriormente, observou-se o efeito da variável independente “ASI/ASA” sobre a variável mediadora “sintomas de depressão”, por meio da regressão linear da variável mediadora sobre a variável independente. Finalmente, observou-se o efeito da variável mediadora “sintomas de depressão” sobre a variável dependente “gravidade da compulsividade sexual” e também a ocorrência de redução do efeito da variável independente ASI/ASA sobre a variável dependente, quando da presença da variável mediadora, por meio da regressão

linear da variável dependente sobre a variável mediadora e a variável independente, incluindo a variável de ajuste “orientação sexual”.

As mesmas análises foram repetidas utilizando como variável mediadora “sintomas de ansiedade”. As análises também foram repetidas usando como variável dependente “gravidade da hipersexualidade”, incluindo a variável de ajuste “idade”.

A comprovação dos quatro pressupostos de Sobel-Goodman, acima mencionados, confirma a existência de um efeito de mediação^(193–195). Além das análises acima referidas, também foi realizada a análise de Sobel-Goodman por meio do pacote de análise de mediação do *software Stata*, versão 14.0⁽¹⁹⁸⁾. Neste, porém, não é prevista a inclusão de variável de ajuste no modelo, por esta razão foi excluído das análises finais.

O instrumento QUESI possui uma subescala referente a minimização/negação, a qual estima a chance de os participantes minimizarem/negarem terem vivenciado experiências traumáticas. Dessa forma, foram comparadas as respostas às questões sobre minimização/negação das pessoas que referiram ter vivenciado experiências sexuais abusivas na infância e na adolescência e das que não referiram. À medida que se observou diferença em favor dos que referiram não ter sofrido ASI/ASA (para ver os resultados, consulte página 51-52), dois outros procedimentos de análise foram feitos, a saber: 1) A variável foi analisada enquanto potencial preditora para os desfechos compulsividade sexual e hipersexualidade. 2) A análise de mediação foi repetida excluindo-se os sujeitos que pontuaram positivamente na escala de negação/minimização (vide apêndice B).

Foi utilizado o nível de significância de 5%. As análises estatísticas de análise de dados foram realizadas utilizando *software Stata*, versão 14.0⁽¹⁹⁸⁾.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 222 homens com CSC. Destes, 127 atingiram o ponto de corte para vivências de abuso sexual na infância/adolescência, de acordo com o QUESI⁽¹⁸¹⁾. Portanto, a prevalência de ASI/ASA nesta amostra foi de 57% (IC95% = 50% - 64%).

5.1 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1. A idade variou entre 18 e 72 anos, no geral (Mdn = 36,5; IC95% = 25 – 57), sendo que dos participantes que não referiram abuso variou entre 20 e 66 anos (Mdn = 37; IC95% = 24 – 59) e dos que referiram abuso variou entre 18 e 72 anos de idade (Mdn = 36; IC95% = 25 – 53), ($p = 0,687$). Os participantes apresentam, em média, 15 anos de educação formal (DP = 4,1). Houve diferença significativa quanto ao grupo dos que referiram abuso sexual, que apresentou menor número de anos de educação formal ($M = 14,6$; DP = 4,0 vs. $M = 16,1$; DP = 4,1; $t_{(220)} = 2,67$; $p = 0,008$), com uma variação de oito a 22 anos. Os participantes que não referiram abuso relataram maior renda familiar mensal dos que os mencionaram abuso ($z = 2,58$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

Características	Não referiram abuso		Referiram abuso		Total		Valor de
sociodemográficas	N	%	N	%	N	%	P
Faixa Etária							
18 a 29 anos	16	16,8	27	21,2	43	19,4	0,553 Continua
30 a 34 anos	23	24,2	29	22,8	52	23,4	
35 a 39 anos	24	25,3	22	17,3	46	20,7	
40 a 44 anos	12	12,6	22	17,3	34	15,3	
Acima de 45 anos	20	21,0	27	21,3	47	21,2	

Continua

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

							conclusão
Características	Não referiram abuso		Referiram abuso		Total		Valor de
sociodemográficas	N	%	N	%	N	%	P
Orientação Sexual							
Heterossexual	57	60,0	65	51,2	122	55,0	0,414
Homossexual	23	24,2	36	28,3	59	26,6	
Bissexual	15	15,8	26	20,5	41	18,5	
Raça/cor*							
Branca	67	70,5	86	67,7	153	69,0	0,585
Negra/parda	26	27,4	40	31,5	66	29,7	
Amarela	2	2,1	1	0,7	3	1,3	
Estado Civil							
Casado	46	48,4	55	43,3	101	45,5	0,729
Solteiro	41	43,2	59	46,5	100	45,0	
Divorciado	8	8,4	13	10,2	21	9,5	
Religião							
Católica	43	45,3	46	36,2	89	40,1	0,625
Evangélica	19	20,0	34	26,8	53	23,9	
Espírita	12	12,6	14	11,0	26	11,7	
Outras	14	14,7	22	17,3	36	16,2	
Ateu	7	7,4	11	8,7	18	8,1	
Escolaridade*							
Ensino Fundamental	3	3,2	11	8,7	14	6,3	0,020
Ensino Médio	29	30,5	50	39,4	79	35,6	
Ensino Superior	34	35,8	47	37,0	81	36,5	
Pós-graduação	29	30,5	19	15,0	48	21,6	
Situação profissional *							
Trabalha	79	83,2	97	76,4	176	79,3	0,429
Estudante	7	7,4	9	7,1	16	7,2	
Desempregado	7	7,4	13	10,2	20	9,0	
Aposentado	2	2,1	8	6,3	10	4,5	
	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	
Renda	R\$5.000		R\$3.000		R\$4.000		0,009
	IC95%		IC95%		IC95%		
	R\$1.000 - 20.000		R\$1.000-14.000		R\$1.000-15.000		
TOTAL	95	42,8	127	57,2	222	100	

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nota: *teste exato de Fisher

5.2 Características do comportamento sexual

Na Tabela 2 encontra-se descrita a gravidade da compulsividade sexual e da hipersexualidade, de acordo com terem referido ou não situações de abuso sexual na infância ou adolescência. Os participantes que referiram abuso apresentaram escores maiores de gravidade de compulsividade sexual, comparados aos que não referiram abuso ($z = -2,83$).

Tabela 2 – Gravidade de sintomas de compulsividade sexual e de hipersexualidade, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

Não referiam abuso		Referiam abuso		Total		Valor de p
Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	
Compulsividade sexual (n=222)						
29	18-39	33	20-40	31	10-39	0,004
Hipersexualidade (n=197)						
20	8-28	23	11-28	20	8-28	0,007

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dos 222 participantes, 197 responderam ao ITTH⁽¹⁶³⁾, destes, 109 (55,3%) referiram ASI/ASA, que apresentaram maior mediana dos escores de hipersexualidade, comparados aos que não referiram abuso ($z = -2,66$) (vide Tabela 2).

Na Tabela 3 estão descritos os comportamentos sexuais problemáticos dos participantes.

Tabela 3 – Comportamentos sexuais compulsivos problemáticos em indivíduos compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

2018							
Não referiam abuso			Referiam abuso		Total		Valor de p
N	%		N	%	N	%	
Masturbação compulsiva							
Não	20	22,7	23	21,1	43	21,8	0,784
Sim	68	77,2	86	79,0	154	78,1	
Pornografia compulsiva							
Não	18	20,4	26	23,8	44	22,3	0,569
Sim	70	79,5	83	76,1	153	77,6	
Continua							

Continua

Tabela 3 – Comportamentos sexuais compulsivos problemáticos em indivíduos compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018 conclusão

		Não referiam abuso		Referiam abuso		Total		Valor de p
		N	%	N	%	N	%	
Sexo casual excessivo								
Não		34	38,6	35	32,1	69	35,0	0,340
Sim		54	61,3	74	67,9	128	65,0	
Sexo compulsivo por telefone								
Não		76	86,3	97	89,0	173	87,8	0,575
Sim		12	13,6	12	11,0	24	12,2	
Comportamentos sexuais virtuais excessivos								
Não		44	50,0	64	58,7	108	54,8	0,222
Sim		44	50,0	45	41,3	89	45,2	
Elevada frequência de clubes de strip								
Não		82	93,2	98	90,0	180	91,4	0,416
Sim		6	6,8	11	10,1	17	8,6	
		Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	
Número de comportamentos sexuais problemáticos								
		3	1-5	3	1-5	3	1-5	0,888

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

5.3 Caracterização do abuso sexual infantil/adolescência

Quanto à caracterização das vivências do ASI/ASA, analisamos três aspectos: qualitativos, quantitativos e vivenciais.

5.3.1 Aspectos Qualitativos

Nos aspectos qualitativos (Tabela 4) observamos que a idade média de início do abuso ocorreu aos 8,1 anos (D.P = 2,7), considerando os 42 participantes que referiram ASI, enquanto na adolescência, a idade média de início do abuso ocorreu aos 13,7 anos (D.P = 2,7), considerando os 31 participantes que referiram ASA.

Na infância, os tipos de abusos (sem contato físico ou com contato físico) foram relatados por 39 participantes, dos quais 37 (94,8%) responderam ter tido experiências sexuais sem contato físico, como exemplo, “mostrava-me os

órgãos sexuais” e com contato físico, como exemplo, “me tocavam de forma sexual”. Destes, 16 (43,2%) tiveram relação sexual com penetração no ânus. Os comportamentos mais frequentemente relatados foram: “mostravam-me os órgãos sexuais” (35; 89,7%), seguidos por “me pediram para fazer algo sexual” (32; 82,0%), “eu mostrava meus órgãos sexuais” (31; 79,5%), e “me tocavam de forma sexual” (30; 76,9%). Treze (33,3%) participantes relataram ter sofrido ASI, os quais apresentaram mais de dez tipos de comportamentos sexuais diferentes.

Tabela 4 – Caracterização qualitativa do ASI/ASA, em compulsivos sexuais, 2018

Caracterização de abuso sexuais na infância e adolescência	N	%
Não referiram abuso sexual	33	39,3
Referiram abuso sexual infantil	20	23,8
Referiram abuso sexual na adolescência	09	10,7
Referiram abuso sexuais na infância e Adolescência	22	26,2
TOTAL	84	100,0
Gênero do Abusador		
Masculino	21	42,9
Feminino	17	34,7
Ambos	11	22,4
TOTAL	49	100,0

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Com relação aos tipos de ASA, dos 31 que responderam, 29 (96,6%) dos participantes relataram que tiveram experiências sem toque e com contato físico. Como no período da infância, 16 (53,3%) tiveram relação sexual com penetração no ânus na adolescência. Os comportamentos mais relatados foram: “mostravam-me os órgãos sexuais” (27; 90,0%), seguidos por “eu mostrava meus órgãos sexuais” (27; 90,0%), “fizeram sexo oral em mim” (27; 90,0%) “me tocavam de forma sexual” (26; 86,6%) e “eu tocava a pessoa de forma sexual” (26; 86,6%). Quinze (50,0%) participantes que relatam ter sofrido abuso sexual na adolescência, referiram mais de dez diferentes tipos de comportamentos sexuais abusivos.

A tabela 5 ilustra a relação dos abusadores, de acordo com o tipo de relação (por parentesco ou proximidade) mantida com os participantes.

Tabela 5 – Relações por parentesco ou proximidade dos abusadores com compulsivos sexuais que relataram ASI/ASA, 2018

Relações por parentesco ou proximidade dos abusadores relatados pelos compulsivos sexuais	N	%
Ao menos um membro da família nuclear	05	4,5
Pai	01	1,0
Padrasto	01	1,0
Irmão (ã)	03	2,7
Ao menos um membro com parentesco	26	23,8
Primo (a)	21	19,2
Tio (a)	05	4,5
Ao menos uma pessoa de convívio	55	50,5
Vizinho (a)	28	25,7
Conhecido (a)	09	8,2
Empregado (a)	08	7,3
Amigo (a)	06	5,5
Professor (a)	04	3,6
Desconhecido (a)	23	21,1
TOTAL	109	100,0

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

5.3.2 Aspectos Quantitativos

Os aspectos quantitativos foram descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização do ASI/ASA, em compulsivos sexuais, 2018

Caracterização de abuso sexuais na infância e adolescência	N	%
Quantidade Abusadores ASI		
Um (a)	12	30,0
Múltiplos	28	70,0
TOTAL	40	100,0
Quantidade Abusadores ASA		
Um (a)	6	17,1
Múltiplos	29	82,9
TOTAL	35	100,0

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

5.3.3 Aspecto Vivenciais

Em relação aos aspectos vivenciais, 35 (68,6%) dos participantes acreditam que “estas experiências sexuais influenciaram o seu comportamento sexual na vida adulta”, quatro (7,8%) não responderam e 12 (23,5%) entendem que seu comportamento sexual atual não sofreu influência por estas experiências vivenciadas na infância e/ou adolescência.

5.4 Abuso sexual infantil/adolescência, sintomas de depressão e ansiedade

Os participantes que referiram ASI/ASA, apresentaram maior mediana, em relação aos sintomas depressivos, comparados com o grupo dos que não referiram ASI ($z = -2,76$), como se pode ver na Tabela 7.

Com relação a ansiedade, os participantes que referiram ASI/ASA, apresentaram mediana significativamente maior do que os que não tiveram experiências sexuais abusivas ($z = -2,82$), conforme observado na Tabela 7.

Tabela 7 – Sintomas de depressão e ansiedade, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

Sintomas	Não referiam abuso		Referiam abuso		Total		Valor de P
	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	Mdn	IC95%	
Depressão	14	1-30	18	3-35	16	2-34	0,005
Ansiedade	10	0-32	13	2-33	12	0-32	0,004

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

5.5 Efeito mediador dos sintomas de ansiedade/depressão com relação à gravidade dos sintomas da compulsividade sexual e da hipersexualidade dos homens que referiram ASI/ASA

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da orientação sexual com a compulsividade sexual (vide Tabela 8), sendo que referir orientação homo ou bissexual se associou a maior gravidade da compulsividade sexual; e observou-se uma associação negativa estatisticamente significativa da

idade com a hipersexualidade, sendo que ser mais jovem se associou a maior gravidade da hipersexualidade (vide Tabela 8).

Tabela 8 – Regressão Linear Univariada das variáveis sociodemográficas, minimização/negação do QUESI (variáveis de ajuste), e clínicas (ansiedade e depressão) sobre a Compulsividade Sexual e Hipersexualidade, 2018

	Compulsividade Sexual n=222*	Hipersexualidade n=197*
	β p IC95%	β p IC95%
Idade	$\beta = -0,07$ $p = 0,094$ -0,16 - 0,01	$\beta = -0,11$ $p = 0,009$ -0,19 - -0,02
Orientação Sexual	$\beta = -2,09$ $p = 0,015$ (-3,78)– (-0,40)	$\beta = -0,96$ $p = 0,253$ -2,61 – 0,69
Raça	$\beta = -0,80$ $p = 0,396$ (-1,05) – 2,66	$\beta = 1,70$ $p = 0,060$ -0,07 – 3,47
Estado Civil	$\beta = 0,11$ $p = 0,892$ (-1,59)– 1,82	$\beta = 0,37$ $p = 0,655$ -1,28– 2,04
Situação profissional	$\beta = 0,69$ $p = 0,516$ (-1,40)– 2,79	$\beta = 0,86$ $p = 0,398$ -1,15– 2,88
Religião	$\beta = 0,33$ $p = 0,701$ (-1,39) – 2,00	$\beta = -0,14$ $p = 0,864$ -1,83 – 1,54
Renda	$\beta = 0,00$ $p = 0,667$ -0,00 – 0,00	$\beta = 2,02$ $p = 0,977$ -0,00 – 0,00
Educação formal	$\beta = -0,06$ $p = 0,516$ - 0,27 – 0,13	$\beta = -0,02$ $p = 0,833$ - 0,22 – 0,18
Minimização	$\beta = 0,52$ $p = 0,350$ - 0,57 – 1,62	$\beta = -0,23$ $p = 0,657$ - 1,28 – 0,81
Depressão	$\beta = 0,22$ $p = 0,000$ 0,13 – 0,30	$\beta = 0,18$ $p = 0,000$ 0,10 – 0,27
Ansiedade	$\beta = 0,16$ $p = 0,000$ 0,08 – 0,24	$\beta = 0,12$ $p = 0,003$ 0,04 – 0,20

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Legenda: β = coeficiente de regressão

Em seguida, observou-se um efeito total da variável abuso sexual sobre as variáveis dependentes compulsividade sexual, ajustado sobre a orientação sexual ($\beta = 2,13$; IC95% = 0,44 – 3,81; $p = 0,014$), e hipersexualidade, ajustado sobre a idade ($\beta = 2,43$; IC95% = 0,83 – 4,04; $p = 0,003$) e ambas apresentaram diferenças estatísticas significantes. A relação pode ser visualizada na Figura 2.

Figura 2 – Regressão linear da compulsividade sexual (variável dependente) com o abuso sexual (variável independente) e a orientação sexual (variável de ajuste) (n = 222) e da hipersexualidade (variável dependente) com o abuso sexual (variável independente) e a idade (variável de ajuste) (n = 197), 2018

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Legenda: significativo
 β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente compulsividade sexual foi ajustada com a variável orientação sexual ($\beta = -1,90$; IC95% = -3,58 – -0,22; $p = 0,026$), enquanto a análise com a variável dependente hipersexualidade foi ajustada com a variável idade ($\beta = -0,11$; IC95% = -0,19 – -0,02; $p = 0,008$).

Quanto ao modelo de regressão linear hierarquizado final, observou-se que o abuso sexual tem efeito sobre os mediadores depressão ($\beta = 3,48$; IC95% = 0,91 – 6,06; $p = 0,008$) e ansiedade ($\beta = 3,12$; IC95% = 0,47 – 5,77; $p = 0,021$), entretanto, no modelo com a depressão ($\beta = 1,43$; IC95% = (-0,20) – 3,06; $p = 0,086$) perde o efeito direto sobre a compulsividade sexual, enquanto no modelo com a ansiedade ($\beta = 1,68$; IC95% = 0,01 – 3,35; $p = 0,048$) o mantém. A variável mediadora depressão apresenta efeito indireto sobre a gravidade da compulsividade sexual ($\beta = 0,20$; IC95% = 0,11 – 0,28; $p < 0,001$), bem como a variável mediadora ansiedade ($\beta = 0,14$; IC95% = 0,06 – 0,22; $p = 0,001$). Na Figura 3 pode-se visualizar o modelo com a variável dependente compulsividade sexual, ajustado com a variável orientação sexual.

Figura 3 - Abuso sexual, depressão e ansiedade como mediadores na gravidade da compulsividade sexual, ajustado com a orientação sexual, 2018

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Legenda: —————> significativo - - - - -> não significativo
 β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente compulsividade sexual foi ajustada com a variável orientação sexual ($\beta = -1,60$; IC95% = -3,20 – 0,00; $p = 0,050$; no modelo com a variável mediadora depressão), ($\beta = -1,59$; IC95% = -3,23 – -0,57; $p = 0,058$, no modelo com a variável mediadora ansiedade).

Em relação ao modelo de regressão linear hierarquizado final, observou-se que o abuso sexual tem efeito sobre os mediadores depressão ($\beta = 3,02$; IC95% = 0,35 – 5,70; $p = 0,027$) e ansiedade ($\beta = 3,22$; IC95% = 0,40 – 6,04; $p = 0,025$), e mantêm o efeito direto sobre a hipersexualidade no modelo com a depressão ($\beta = 1,91$; IC95% = 0,36 – 3,47; $p = 0,016$), bem como no modelo com a ansiedade ($\beta = 2,08$; IC95% = 0,49 – 3,68; $p = 0,011$). A variável mediadora depressão apresenta efeito indireto sobre a gravidade da hipersexualidade ($\beta = 0,17$; IC95% = 0,09 – 0,25; $p < 0,001$), bem como a variável mediadora ansiedade ($\beta = 0,10$; IC95% = 0,29 – 0,18; $p = 0,007$). Na Figura 4 pode-se visualizar o modelo com a variável dependente hipersexualidade, ajustado com a variável idade.

Figura 4 - Abuso sexual, depressão e ansiedade como mediadores na gravidade da hipersexualidade, ajustado para idade, 2018

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Legenda: significativo
 β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente hipersexualidade foi ajustada com a variável idade ($\beta = -0,11$; IC95% = $-0,19 - -0,03$; $p = 0,006$; no modelo com a variável mediadora depressão), ($\beta = -0,11$; IC95% = $-0,19 - -0,32$; $p = 0,006$; no modelo com a variável mediadora ansiedade).

5.6 Subescala de minimização/negação

Observou-se uma diferença entre os grupos dos participantes que referiram e não referiram ASI/ASA nos resultados obtidos na escala de minimização/negação do QUESI, conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Subescala de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem sofrido ou não ASI/ASA, 2018

Minimização e Negação*	Não referiam abuso		Referiam abuso		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
nenhuma	62	65,3	98	77,2	160	72,1	0,002
uma	13	13,7	22	17,3	35	15,8	
duas ou três	20	21,0	7	5,5	27	12,1	
TOTAL	95	42,8	127	57,2	222	100	

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nota: *teste exato de Fisher

Por outro lado, a variável “pontuar positivo em pelo menos um item da subescala de minimização/negação” não mostrou associação com a variável dependente compulsividade sexual ($\beta = 0,52$; IC95% = (-0,58) – 1,62; $p = 0,350$; R^2 ajustado = (-0,00); $F(1, 220) = 0,88$), e hipersexualidade ($\beta = (-2,37)$; IC95% = (-1,28 – 0,81; $p = 0,657$; R^2 ajustado = (-0,00); $F(1, 195) = 0,20$).

Nos modelos de regressão, nos quais analisamos as variáveis dependentes compulsividade sexual/hipersexualidade, e excluimos os participantes que pontuaram positivamente nos três, dois ou um item(ns) na subescala minimização/negação do QUESI, observamos que houve alterações nos seguintes resultados: nos modelos de Regressão Linear (Compulsividade Sexual), a VI abuso sexual perde o efeito direto com a VD compulsividade sexual na presença da VM ansiedade (visualize Tabela 10, no apêndice B). Outras análises que modificaram foram nos modelos de Regressão Linear (Hipersexualidade), com relação às exclusões 1, 2 e 3 dos item(ns), a VI abuso sexual perdeu a associação com a VM depressão (Conforme Tabela 11, no apêndice B). Porém, os dados modificados mantiveram associação marginal (p valor entre 0,05 e 0,10).

6 DISCUSSÃO

Este estudo examinou associações entre ASI/ASA, ansiedade, depressão e CSC, em uma amostra de 222 homens que buscaram tratamento para a compulsão sexual. Foi encontrada uma alta prevalência de indivíduos que referiram história de ASI/ASA, os quais apresentaram maior gravidade dos sintomas de ansiedade, depressão, compulsão sexual e hipersexualidade. Em relação às características do ASI/ASA, a maioria foi abusada por múltiplos abusadores, que geralmente eram pessoas conhecidas de seu convívio social e familiar, porém não se tratavam daquelas com vínculo parental mais próximo, como o irmão/pai/padrasto.

Finalmente, analisamos o efeito mediador dos sintomas de ansiedade e depressão em relação a gravidade dos sintomas da compulsividade sexual e hipersexualidade nos homens que referiram ASI/ASA, e observamos que ansiedade e depressão influenciam na relação do impacto ASI/ASA (variável independente) sobre a hipersexualidade (variável dependente), e ainda, que a ansiedade influencia na relação do impacto ASI/ASA (variável independente) sobre a compulsividade sexual (variável dependente).

A prevalência de ASI/ASA encontrada no nosso estudo (57%) vai ao encontro a de outros estudos que variam entre 31 e 78%^(7,12,199). Esta variabilidade das prevalências deve-se provavelmente pelos estudos apresentarem diferentes metodologias de investigação e envolverem diferentes populações. Carnes e Delmonico (1996)⁽¹⁹⁹⁾, que obtiveram a maior prevalência de ASI, utilizaram como instrumento de investigação um questionário com 16 perguntas sobre ASI e, com isso, abarcaram mais comportamentos sexuais abusivos, o que pode ter favorecido o achado de uma prevalência mais elevada. Finalmente, alguns estudos apenas investigaram se houve história de ASI/ASA com uma simples questão, por exemplo um estudo com 36 compulsivos sexuais, no qual 31% referiram o dado⁽¹²⁾. Para investigar o ASI, Blain et al. (2012)⁽⁷⁾, utilizaram um instrumento padronizado, o QUESI, exatamente como no presente estudo, no qual cinco itens do instrumento investigam história de ASI/ASA. A diferente prevalência do estudo de Blain et al. (2012)⁽⁷⁾ (39%) comparado ao

nosso pode ser explicada pois, aquele estudo investigou apenas homens homossexuais e bissexuais, enquanto o nosso estudo incluiu também os heterossexuais. A prevalência de ASI/ASA de acordo com a orientação sexual em nosso estudo foi de 49% no grupo homossexual/ bissexual e de 51% no grupo heterossexual. Um outro fator importante ao usar o QUESI para estimar a prevalência de ASI/ASA, é que existe a subescala que avalia minimização/negação. Por exemplo, em nosso estudo observou-se uma pontuação mais elevada nessa subescala justamente dentro do grupo que não atingiu o ponto de corte para se considerar ter referido vivências de ASI/ASA, sugerindo que a prevalência real possa ser ainda mais elevada no presente estudo.

Em nosso estudo encontramos a associação entre história de ASI/ASA, com os estados de humor negativo (depressão e ansiedade). Os nossos achados apoiam os resultados de uma revisão sistemática e meta-análise, que investigou a associação entre os abusos sexual e físico na infância com a depressão e ansiedade ao longo da vida. Naquela revisão, foram incluídos estudos realizados no período de 2002 a 2012, que mencionavam abuso versus não abuso antes dos 16 anos de idade, e que apresentavam depois dos 16 anos, ansiedade e depressão. Foi observado que o abuso sexual infantil apresenta duas vezes a razão de chances de estar associado a sintomas psicopatológicos com altos níveis de ansiedade, depressão e sofrimento no decorrer da vida, independente do sexo e da idade da vítima⁽¹³⁰⁾. Além disso, nossos achados corroboram os da pesquisa transversal de Blain et al. (2012), realizada na comunidade de Nova York com 182 HSH que se autoidentificaram como sendo portadores do CSC, no qual, os homens que relataram ASI apresentaram significativamente maiores índices nos sintomas de ansiedade e depressão do que homens sem um histórico de ASI⁽⁷⁾.

A explicação para a associação entre ASI/ASA e ansiedade/depressão é que a vivência sexual infantil pode influenciar negativamente o desenvolvimento psíquico e causar danos psicológicos à criança/adolescente^(52,85,86). O impacto do ASI/ASA pode gerar diversas consequências psicológicas, como baixa autoestima, medo, culpa, depressão, ansiedade e dissociação. A exposição da criança a uma experiência sexual precoce pode desenvolver eventos

traumáticos que estão relacionados a consequências negativas ao longo da vida^(19–21,27,28,101).

A infância é um período em que a formação cerebral continua em desenvolvimento, por meio da transformação das estruturas e dos circuitos cerebrais⁽²⁰⁰⁾. Existem evidências na literatura acerca da maior vulnerabilidade psicopatológica para transtornos de humor e ansiedade^(114,201,202) ao longo da vida, em pessoas que viveram situações cronicamente estressantes na infância^(19–21,27–31), decorrentes de alterações neuroanatômicas e funcionais durante o neurodesenvolvimento. Por exemplo, estudos epidemiológicos, de genética e de epigenética indicam que indivíduos submetidos ao estresse crônico ambiental são mais suscetíveis a depressão na vida adulta a partir da moderação que ocorre de um polimorfismo do gene transportador da serotonina (5-HTT)^(113,203–205).

Neste estudo, observou-se a associação entre os estados de humor negativos (ansiedade e depressão) com a gravidade da compulsividade sexual e da hipersexualidade, nos homens que referiram história de ASI/ASA. A princípio, podemos refletir acerca dessa associação de duas formas. A primeira é que os indivíduos com CSC já apresentam maior gravidade de sintomas de ansiedade e depressão previamente. Nessa perspectiva, os sintomas do humor seriam fatores de risco para o desenvolvimento do CSC, pois esses indivíduos apresentam elevada prevalência de comorbidades psiquiátricas, principalmente, transtornos do humor e ansiedade^(14,15). Essa ideia está alinhada com um dos subcritérios do critério A do diagnóstico do transtorno hipersexual (desenvolvido para inclusão no DSM-5), o qual menciona que o estado de humor disfórico favorece a busca pelo comportamento sexual^(3,8,173). Além disso, Bancroft e seu grupo teorizaram sobre haver uma regulação entre humor e sexualidade. Nesse sentido, algumas pessoas ao experimentarem afetos negativos apresentariam uma exacerbação do comportamento sexual^(24,32,171). Postula-se que, como motivações para isto, com relação a ansiedade, possa acontecer uma transferência da tensão ansiosa para a excitação sexual durante a resposta sexual, e que, após o orgasmo, a tensão diminuirá, ocorrendo um efeito calmante. Com relação ao humor deprimido, o prazer sexual pode resultar da busca pela superação de uma necessidade de intimidade e autovalidação,

presentes em alguns deprimidos. Finalmente, a estimulação sexual pode evitar lembranças e pensamentos geradores de sofrimento emocional e humor negativo^(24,32,171). A segunda reflexão acerca da associação entre estados de humor negativos (ansiedade e depressão) com a gravidade da compulsividade sexual e da hipersexualidade é que os sintomas de humor possam ser uma consequência do CSC. É sabido que com a progressão dos quadros de compulsão (por exemplo, jogo patológico e dependências relacionadas ao uso de substâncias), classificados no DSM-5⁽¹⁸⁶⁾ como transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, observa-se um aumento dos sentimentos negativos relacionados ao comportamento compulsivo com o passar do tempo, o que, no caso do CSC também está incluso no subcritério 1 do critério B do diagnóstico do transtorno hipersexual, o qual menciona “vivenciar sentimentos de tristeza, culpa, vergonha, preocupação ou repugnância” por consequência das fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos⁽¹⁶³⁾. Futuros estudos com desenho de coorte, poderão melhor evidenciar as relações temporais entre ansiedade, depressão e o CSC.

Entretanto, no presente estudo, observamos que ansiedade e depressão influenciam na relação do impacto do ASI/ASA (VI) sobre a hipersexualidade (VD), e a ansiedade influencia na relação do impacto do ASI/ASA (VI) sobre a compulsividade sexual (VD). Portanto, os sintomas de ansiedade/depressão ativam os comportamentos hipersexuais e os de ansiedade ativam os comportamentos sexualmente compulsivos. Tais achados apoiam a hipótese de que o fenômeno “compulsividade sexual/hipersexualidade” ativa rotas fisiopatológicas cerebrais do circuito de recompensa, conhecido como a base do processo aditivo, no qual os fenômenos compulsivos de busca por substância ou comportamento aditivo são desencadeados pela presença de estados negativos do humor, tais como ansiedade e depressão. Recentes achados neurobiológicos têm apoiado esta hipótese. Um grupo de pesquisadores suecos encontrou associação entre hipersexualidade e hiperativação do eixo HHA⁽¹⁷⁶⁾, bem como encontrou alterações epigenéticas relacionadas ao gene do fator liberador de corticotrofina, integrante do eixo HHA^(176,177,206), o qual está envolvido na modulação de afetos negativos e ativação do processo de compulsão por substância ou comportamentos aditivos^(129,177,207,208). Além disso, recentes

achados de estudos de neuroimagem encontraram maior ativação de regiões tradicionalmente conhecidas como integrantes do circuito de recompensa, como o cíngulo anterior, estriado ventral e amígdala em indivíduos hipersexuais, comparados com os não hipersexuais^(178,209).

Quanto aos modelos finais com variáveis mediadoras, observou-se que a variável de ajuste orientação sexual estava associada ao desfecho compulsividade sexual, por isso, foi acrescentada ao modelo com a variável dependente compulsividade sexual. Tal associação é explicada porque nesse estudo, indivíduos homossexuais e bissexuais apresentam maior compulsividade do que os heterossexuais ($M = 32,5$; $DP = 6,00$ versus $M = 30,0$; $DP = 6,63$; $p = 0,01$). Este dado vai ao encontro dos estudos que encontraram maior proporção de sintomas de compulsão sexual entre os HSH e bissexuais comparados com heterossexuais^(210–212), possivelmente, devido aos HSH terem maior facilidade e acesso a locais que possibilitam encontros sexuais^(212,213) e apresentarem maior números de parceiros sexuais na vida. Dessa forma, a compulsividade sexual/hipersexualidade encontraria maior facilidade de expressão nesse segmento^(214,215).

No modelo final da compulsividade sexual com a variável mediadora depressão, três dos quatro requisitos de Sobel^(194,195) foram preenchidos, exceto o da associação entre ASI/ASA (VI) e compulsividade sexual (VD), a qual manteve valores de p marginais (entre 0,05 e 0,10). Por outro lado, observamos que houve um efeito mediador da ansiedade preenchendo os quatro requisitos de Sobel^(194,195). Diferentemente, nos modelos finais cuja variável dependente era a hipersexualidade, as variáveis mediadoras, depressão e ansiedade, preencheram os quatro requisitos de Sobel^(194,195), para efeito de mediação.

Nesse sentido, a investigação da compulsividade sexual e da hipersexualidade no presente estudo se deu por meio dos instrumentos Escala de Compulsividade Sexual (ECS)⁽¹⁶³⁾ e Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH)⁽¹⁶³⁾. Apesar de altamente correlacionadas, a escala ITTH parece favorecer maior variabilidade de escores da amostra, à medida que apresenta diferença bem maior entre as médias dos participantes compulsivos sexuais e os controles no estudo de validação⁽¹⁶³⁾, o que pode ter contribuído para os modelos com a variável dependente hipersexualidade apresentar

significância estatística tanto com a variável ansiedade, quanto com a variável depressão. O ITTH oferece cinco gradações de alternativas de resposta, que variam entre 0 “nunca verdadeiro” e 4 “quase sempre verdadeiro”; enquanto a ECS oferece quatro gradações de alternativas de respostas, que variam entre 1 “não se aplica de modo algum a mim” a 4 “se aplica muito a mim”.

Um outro aspecto a ser pensado para explicar o fato do modelo da compulsividade ter apresentado efeito mediador apenas com a variável ansiedade é a diferente construção dos instrumentos, a qual deriva da diferença conceitual entre as medidas de compulsividade e hipersexualidade. Ao se analisar os itens incluídos em cada medida (ver Revisão de literatura, Quadro 1, página 23) se observa que três dos quatro itens do ITTH investigam aspectos relacionados a afetos negativos/estados de estresse, enquanto que a ECS não inclui nenhum item sobre tais aspectos. De forma geral, no ITTH predomina a investigação de afetos negativos, enquanto na ECS predomina a investigação de componentes obsessivo-compulsivos (cinco dos dez itens). Dessa forma, a investigação da hipersexualidade envolve mais itens relacionados aos estados negativos do humor, explicando o efeito mediador presente com ambas as variáveis, ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo, sabe-se que a ansiedade é um componente do fenômeno obsessivo-compulsivo, o que também explica o efeito mediador presente com a variável ansiedade no modelo da variável dependente da compulsividade, o qual predominantemente investiga fenômenos obsessivo-compulsivos.

Conceitualmente, a hipersexualidade guarda relação com maior frequência de intercursos sexuais e masturbação, que tendem a estar mais presentes no comportamento sexual de indivíduos mais jovens⁽²¹⁶⁾, o que, por sua vez, apoia a associação negativa em nosso estudo entre idade e hipersexualidade. Porém, este achado deverá ser confirmado em futuras pesquisas com o constructo da hipersexualidade.

Finalmente, devem-se considerar algumas limitações. Por ser um estudo constituído com uma amostra de conveniência, a qual foi composta por homens que tiveram motivação para buscar tratamento para o CSC, ficamos impedidos de generalizar os dados para a população em geral, a qual inclui indivíduos com CSC que não buscam tratamento. Por exemplo, os homens que buscaram

tratamento para o CSC são uma amostra que apresentam características socioeconômicas e nível de escolaridade mais elevados, quando comparados às pessoas da mesma faixa etária da população brasileira. Na cidade de São Paulo, estima-se que 17% dos homens tenham 30-39 anos de idade, enquanto na nossa amostra a mediana foi de 37 anos de idade⁽²¹⁷⁾. A nossa amostra apresenta média de 15 anos de escolaridade, enquanto apenas 9,5% da população do Estado de São Paulo completou 12 anos de escolaridade⁽²¹⁸⁾. A renda média familiar dos brasileiros é de R\$ 2085,00, enquanto nossa amostra teve renda média familiar de R\$5324,00⁽²¹⁹⁾. Os aspectos sociodemográficos incitam futuras pesquisas na população geral, a fim de investigar as conexões entre os estados de humor negativos e a compulsividade sexual/hipersexualidade em contextos não clínicos.

Além disso, a investigação de um evento que aconteceu na infância e/ou adolescência pode incorrer no risco do viés de memória, devido à dificuldade de se lembrarem de vivências da infância com objetividade, pois, como é sabido, efeitos do estresse de experiências adversas na infância, influenciam no hipocampo, estrutura responsável pela memória^(113,204). Dessa forma, a utilização de instrumentos padronizados, como o QUESI, para identificar os indivíduos que vivenciaram tal experiência na infância ou adolescência, busca minimizar o efeito do viés da memória por meio da padronização da investigação. Além disso, os dados observados pelo QUESI se referem às percepções da pessoa sobre as experiências vivenciadas. Não temos acesso ao fato objetivamente, se o abuso aconteceu realmente ou não, mas a percepção das pessoas sobre as vivências sexuais que ocorreram. Conforme se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos dos que referiram abuso e não referiram abuso sexual na subescala do QUESI que avalia minimização/negação, investigou-se se havia associação entre a variável “pontuar positivo” na escala de minimização/negação e os desfechos da compulsividade sexual e da hipersexualidade, mas não foram encontradas associações. Mesmo assim, rodamos as mesmas análises excluindo a amostra das pessoas que tiveram alguma pontuação de minimização/negação, e os resultados foram todos semelhantes com pequenas exceções, a saber: a associação entre ASI/ASA e compulsividade sexual no modelo final – o p valor

passou de 0,048 para 0,067 – e a associação entre ASI/ASA e depressão no modelo da hipersexualidade – o p valor passou de 0,027 para 0,078. Considerando que com a retirada de parte da amostra ocorre diminuição do poder estatístico, entendemos que, no conjunto, os dados dão suporte aos nossos principais achados acerca do efeito de mediação com a amostra total.

Um dos pontos fortes do estudo é que abordamos o abuso sexual infantil no gênero masculino, pois geralmente a maioria das pesquisas sobre ASI/ASA são feitas com o gênero feminino. Uma revisão de literatura observou que o gênero masculino da vítima e a idade da vitimização precoce parecem relacionados ao desfecho sexual da hipersexualidade na vida adulta⁽¹⁰²⁾. Aumentar a consciência acerca da prevalência do ASI em meninos, e das possíveis consequências, pode ser um passo importante para ações preventivas. A identificação de casos de ASI precoce poderia levar a intervenções preventivas na adolescência, de modo a minimizar o impacto sobre a saúde mental e sexual.

Desde os que revisamos, este estudo parece ser o primeiro a descrever as caracterizações das histórias sexuais vivenciadas na infância e na adolescência de homens que buscam tratamento para o CSC. Foram descritos a idade de início do abuso, os comportamentos vivenciados na relação abusiva, se houve múltiplos abusos e o tipo de relação com o perpetrador.

Finalmente, os achados sobre os efeitos mediadores da ansiedade e a depressão, ao influenciar o impacto do ASI/ASA sobre o CSC, favorece que o profissional da área da saúde tenha um olhar diferenciado na investigação da presença de sintomas de ansiedade e depressão em homens com CSC que foram expostos ao ASI/ASA. O tratamento de tais sintomas por meio de medicamentos específicos e métodos psicoterápicos apropriados promete ter um efeito importante na redução do sofrimento psíquico, na regulação emocional e do comportamento sexual, além de impacto preventivo contra desfechos negativos associados à compulsividade sexual/hipersexualidade. Nesse sentido, os medicamentos e métodos psicoterápicos endereçados ao tratamento da desregulação emocional estarão entre os mais indicados.

Ao mesmo tempo, tais achados abrem diversas possibilidades para novas pesquisas, como por exemplo, ensaios clínicos randomizados com métodos terapêuticos para estados de humor negativos em indivíduos hipersexuais.

7 CONCLUSÕES

No presente estudo observacional, transversal e analítico, com homens com comportamento sexual compulsivo, confirmou-se:

- Os sintomas de depressão e ansiedade apresentam efeito mediador ao influenciar a gravidade dos sintomas de hipersexualidade nos indivíduos que referiram ASI/ASA, e os sintomas de ansiedade apresentam efeito mediador ao influenciar a gravidade dos sintomas de compulsividade sexual nos homens que referiram ASI/ASA.
- Existe associação entre ASI/ASA com os sintomas de ansiedade e depressão, sendo que compulsivos sexuais que referiram ASI/ASA apresentam maior gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade, comparados com os que não referiram.
- A presença de elevada prevalência (57%) de história de abuso sexual na infância/adolescência.

8 REFERÊNCIAS

1. Carnes PJ. Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery. *CNS Spectr* [Internet]. 2000;5(10):63–72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17632453
2. Black DW. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*. 2000;5(1):26–72.
3. Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2010;39(2):377–400. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19937105
4. Goodman A. What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sex Addict Compulsivity*. 2001;8:191–213.
5. Parsons JT, Kelly BC, Bimbi DS, Muench F, Morgenstern J. Accounting for the social triggers of sexual compulsivity. *J Addict Dis* [Internet]. 2007;26(3):5–16. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18018804
6. Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2008;31(4):603–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18996301>
7. Blain LM, Muench F, Morgenstern J, Parsons JT. Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse Negl*. 2012;36(5):413–22.
8. Kafka MP. What happened to hypersexual disorder? *Arch Sex Behav*. 2014;43(7):1259–61.
9. Reid RC, Carpenter BN, Spackman M, Willes DL. Alexithymia, Emotional Instability, and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2008;34(2):133–

49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00926230701636197>
10. Sutton KS, Stratton N, Pytyck J, Kolla NJ, Cantor JM. Patient Characteristics by Type of Hypersexuality Referral: A Quantitative Chart Review of 115 Consecutive Male Cases. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2015;41(6):563–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2014.935539>
11. Öberg KG, Hallberg J, Kaldo V, Dhejne C, Arver S. Hypersexual Disorder According to the Hypersexual Disorder Screening Inventory in Help-Seeking Swedish Men and Women With Self-Identified Hypersexual Behavior. *Sex Med* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2018 Jun 4];5(4):e229–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116117300685#!>
12. Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):243–9.
13. Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 1999;25(4):305–19. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10546169
14. Scanavino M de T, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLSA do, Messina B, et al. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):518–24.
15. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44:370–380.
16. Kafka MP, Prentky RA. Preliminary observations of DSM-III—R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. Vol. 55, *The Journal of Clinical Psychiatry*. US: Physicians Postgraduate Press; 1994. p. 481–7.
17. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sex Abuse A J Res*

- Treat [Internet]. 2002;14(4):349–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020007004436>
18. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2003;18(12):1452–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678616>
 19. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):269–78.
 20. Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2008;31(4):567–86. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18996298
 21. Easton SD, Coohy C, O'Leary P, Zhang Y, Hua L. The Effect of Childhood Sexual Abuse on Psychosexual Functioning During Adulthood. *J Fam Violence*. 2011;26:41–50.
 22. Walsh K, Galea S, Koenen K. Mechanisms underlying sexual violence exposure and psychosocial sequelae : A theoretical and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2012;19(3):260–75.
 23. Abdo CH, Oliveira WM, Scanavino M. T, Martins FG. [Erectile dysfunction: results of the Brazilian Sexual Life Study]. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2006;52(6):424–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17242780>
 24. Bancroft J. Sexual behavior that is “out of control”: a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2008;31(4):593–601. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18996300
 25. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25(2):397–426.
 26. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact

- of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003;71(3):575–86. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12795580
27. Negrao C, Bonanno GA, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreat* [Internet]. 2005;10(4):350–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204737>
 28. Hunter S V. Understanding the complexity of child sexual abuse: a review of the literature with implications for family counseling. *Fam J Couns Ther Couples Fam*. 2006;14:349–358.
 29. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abus Negl* [Internet]. 2013;37(9):664–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23623446>
 30. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abus* [Internet]. 2013;14(2):96–112. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23262751>
 31. Shenk CE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abus Negl* [Internet]. 2010;34(10):752–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20850183>
 32. Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res* [Internet]. 2004;41(3):225–34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15497051
 33. Drezett J, Pedroso D. A clínica em situações de abuso sexual : aspectos conceituais e atuação interdisciplinar Clinic in situations of sexual abuse : conceptual aspects and interdisciplinary work. 2012;
 34. De Souza FBC, Drezett J, Meirelles ADC, Ramos DG. Aspectos

- psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod e Clim* [Internet]. 2012;27(3):98–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002>
35. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
 36. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. 2012.
 37. Hohendorff J Von, Koller SH, Habigzang LF. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. *Psicol Ciência e Profissão*. 2015;35(1):182–98.
 38. World Health Organization, Neglect IS for P of CA and, Neglect IS for P of CA and. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Suíça. 2006.
 39. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell J, Godoy D, C. A. Martins J, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014;60(1):70–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000100070&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 40. Oliva L. Profilaxia do vírus da imunodeficiência humana após violência sexual. *JBA*. jan/fev/ma. 2002;v.3;n1,(São Paulo):p-39-43.
 41. White M, Psych BAH, Turner L. Male Victims of Adult Sexual Assault : A Descriptive Study of Survivors ' Use of Sexual Assault Treatment Services. 2013;
 42. Muganyizi PS, Kilewo C, Moshiro C. Rape against Women: The Magnitude, Perpetrators and Patterns of Disclosure of Events in Dar es Salaam, Tanzania. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2004 Dec [cited 2017 Jan 20];8(3):137. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3583399?origin=crossref>
 43. Blake MDT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. 2014;
 44. Drezett J. Aspectos Médicos do Abuso Sexual contra Crianças e

- Adolescentes. In: Vida FOC e, editor. Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar . São Paulo; 2002. p. 50–66.
45. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Med Assoc [Internet]. 1998;39(10):366—369. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/9796180>
 46. Habigzang LF, Caminha RM. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. - Google Acadêmico [Internet]. [cited 2017 Jan 20]. Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?q=Habigzang+LF%252C+Caminha+RM.+Abuso+sexual+contra+crian%25C3%25A7as+e+adolescentes%253A+Conceitua%25C3%25A7%25C3%25A3o+e+interven%25C3%25A7%25C3%25A3o+cl%25C3%25ADnica.+S%25C3%25A3o+Paulo%253A+Casa+do+Psic%25C3%25B3logo%252C+2004.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%25
 47. Ribeiro MC, Nakamura MU, Abdo CH, Torloni MR, Scanavino M. T, Mattar R. [Pregnancy and gestational diabetes: a prejudicial combination to female sexual function?]. Rev Bras Ginecol Obs [Internet]. 2011;33(5):219–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860928>
 48. Saúde PDE. Aspectos Jurídicos Do Atendimento Às Vítimas De Violência Sexual. 2014;
 49. BRASIL. LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009 [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. 2009 [cited 2017 Jan 23]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-exposicaodemotivos-149280-pl.html>
 50. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de A. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
 51. BRASIL. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte

- Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispões sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso. Brasil; 2009.
52. Duarte JC, Arboleda MRC. *Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil*. Madrid; 1997.
 53. World Health Organization (WHO). *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Definition of child abuse*. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva; 1999.
 54. BRASIL. *Guia Escolar: Método para Identificação de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação; 2004.
 55. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2002.
 56. Mimiaga MJ, Noonan E, Donnell D, Safren SA, Koenen KC, Gortmaker S, et al. Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2009;51(3):340–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19367173>
 57. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire*. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1998.
 58. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluwalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2003 Feb [cited 2018 Jun 16];27(2):169–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12615092>
 59. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 16];9(1):e87118. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24475237>
 60. Holmes WC, Foa EB, Sammel MD. Men's pathways to risky sexual

- behavior: role of co-occurring childhood sexual abuse, posttraumatic stress disorder, and depression histories. *J Urban Heal* [Internet]. 2005;82(1 Suppl 1):i89-99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15738316>
61. Reis SC, Scanavino MT. Proposal for an Instrument for Characterization of Sexual Experiences in Childhood and / or Adolescence (ICSECA) of individuals with Compulsive Sexual Behavior. In: Paulo P from the 16st C of the WM on SMS, editor. 16st World Meeting on Sexual Medicine. São Paulo, Brazil; 2014.
 62. Osofsky JD. The effects of exposure to violence on young children. *Am Psychol* [Internet]. 1995 Sep [cited 2017 Jan 23];50(9):782–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574189>
 63. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abus Negl*. 2000;24(7):983–94.
 64. Runyon MK, Kenny MC. Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreat* [Internet]. 2002 Aug [cited 2017 Jan 23];7(3):254–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12139192>
 65. Espindola GA, Batista V. Abuso Sexual Infanto-Juvenil: A Atuação do Programa Sentinela na Cidade de Blumenas/SC. *Psicol cienc prof*. 2013;33(3):596–611.
 66. Baltieri DA, De Andrade AG. Comparing serial and nonserial sexual offenders: Alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):25–31.
 67. Shaw JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. Vol. 38, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999.
 68. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003;<http://www.who.int/iris/handle/10665/42788>.
 69. Regina S, Inoue V. Violência sexual : caracterização e análise de casos revelados na escola Sexual violence : description and analysis of cases detected in the school environment. *Estud Psicol*. 2008;25(1):11–21.
 70. Binder RL. Why women don't report sexual assault. *J Clin Psychiatry*.

- 1981;42:327–40.
71. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abus Negl.* 1994;18(5):409–17.
 72. Werner J, Werner MCM. Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2008;21(5). Available from: http://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2008/09000/Child_sexual_abuse_in_clinical_and_forensic.15.aspx
 73. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2009;29(4):328–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19371992>
 74. Pineda-Lucatero A, Trujillo-Hernández B, Millán-Guerrero R, Vásquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child Care Heal Dev.* 2008;35(2):184–9.
 75. Pinto-Cortez C. Prevalencia del Abuso Sexual en el Extremo Norte de Chile. Diploma Estudios Avanzados. [Madrid]: Universidad Complutense; 2009.
 76. Bringiotti M, Raffo H. Abuso Sexual Infanto-Juvenil: Prevalencia y características em estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires. *Rev Derecho Fam.* 2010;46:293–305.
 77. Laranjeira R, Madruga CS, Viana MC, Pinsky I, Mitsuhiro S. Violência Contra Crianças ou Adolescentes e Uso de Drogas. . II LENARD Levantamento Nacional de Alcool e Drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (Inpad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); 2014.
 78. Silva CB, Bastos BLDA, Santos CR, Gon L, Cruz S. Caracterização do perfil da violência sexual em crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul Profile characteristics of sexual violence in children and teenagers in Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet]. 2016 Oct;(2238–3360). Available from: nisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8223%3E.
 79. Hohendorff J Von, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra

- meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicol USP* [Internet]. 2012 Jul 17 [cited 2018 Aug 24];23(2):395–416. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200008&lng=pt&tlng=pt
80. Sanderson C. *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. São Paulo: M. Books so Brasil; 2005.
 81. Cohen C. *O incesto um desejo*. São Paulo; 1993.
 82. Sanderson C. *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. São Paulo; 2008.
 83. Pietro, Angela Torma; Yunes MÂM. Considerações jurídicas e psicossociais sobre o abuso sexual contra crianças e adolescentes - ECA - Âmbito Jurídico. *Âmbito Jurídico*. 2008 Oct;58.
 84. Azevedo MA, Guerra VA. *Pele de Asno Não é só História. Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo; 1988.
 85. Crocchik JL, Fernandes AM. *Violência sexual contra crianças e adolescentes na cidade de São Paulo: enfrentamento e crítica*. . Campo Grande, MS; 2011.
 86. Azevedo MA, Guerra VNA. *Vítimas e vitimização: questão conceituais*. In: IGLU, editor. *Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo; 1989.
 87. Lemer T. *Aatualização do profissional de saúde frente a situações de abuso sexual*. In: Vasconcelos M, Mallak L, editors. *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. São Paulo: Fundação Orsa Criança e Vida; 2008. p. 67–73.
 88. Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abus Negl*. 2005;29(7):767–82.
 89. Banyard VL, Williams LM. Characteristics of Child Sexual Abuse as Correlates of Women's Adjustment: A Prospective Study. *J Marriage Fam* [Internet]. 1996 Nov [cited 2017 Jan 23];58(4):853. Available from: <http://www.jstor.org/stable/353975?origin=crossref>

90. Associação Brasileira de Proteção a Infância e Adolescência (ABRAPIA). Abuso sexual, mitos e realidade. Guia de orientação para profissionais de saúde. Autores & Associados. 1997;
91. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2001 Oct [cited 2018 Jun 16];77(5):413–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
92. Nogueira S, Sá M, In: Prado M (org). Atendimento psicológico a crianças vítimas de abuso sexual: alguns impasses e desafios. In: O mosaico da violência: A perversão na vida cotidiana. São Paulo: Vetor Editora; 2004. p. 47–102.
93. Cohen C, Figaro CJ. Crimes relativos ao abuso. In: Paulo E da U de S, editor. Saúde Mental, Crime e Justiça. São Paulo; 1996. p. 149–70.
94. World Health Organization IS for P of CA and N. Definition of child abuse. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva; 1999.
95. Scanavino MT. Violência sexual na infância/adolescência e risco para o HIV/AIDS na vida adulta. *Diagn Tratamen*. 2009;14(4):165–7.
96. Hall K. Disfunção sexual e abuso sexual na Infância. Diferenças por gênero e implicações de tratamento. . In: Roca, editor. Princípios e praticas da teoria sexual. 4th ed. São Paulo; 2011.
97. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depress Anxiety* [Internet]. 2010 Mar 24 [cited 2018 Jun 16];27(7):631–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/da.20687>
98. Furniss T. Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre; 1993.
99. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull* [Internet]. 1986 [cited 2018 Jun 16];99(1):66–77. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.99.1.66>
100. Mattos GO, Miyahara RP. Tratamentos psicoterapêutico para crianças,

- adolescentes e família em situação de violência sexual. In: Vida FOC e, editor. Compreendendo à violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar. São Paulo; 2002. p. 74–90.
101. Spaccarelli S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychol Bull.* 1994;116(2):340–62.
 102. Aaron M. Sexual Addiction & Compulsivity The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse. 2012 [cited 2018 Jun 10]; Available from: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=usac20>
 103. Silva I. A Complexidade da Memória sob o Efeito. In: Abuso e Trauma: Efeitos da Desordem de Estresse Pós-Traumática e Desordem de Múltipla Personalidade. São Paulo: Vetor; 2000. p. 81–8.
 104. van der Kolk BA. The Compulsion to Repeat the Trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(2):389–411.
 105. Janet P. L' Automatismes Psychologique. Paris; 1889.
 106. Cardeña E, Carlson E. Acute stress disorder revisited. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2011;7:245–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21275643>
 107. Chaney MP, Burns-Wortham CM. The Relationship Between Oline Sexual Compulsivity, Dissociation, and Past Child Abuse Among Men Who Have Sex with Men. *J LGBT Issues Couns.* 2014;8(2):146–63.
 108. Horton EG, Diaz N, Peluso PR, Mullaney D, Weiner M, McIlveen JW. Relationships between trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, dissociative symptoms, and lifetime heroin use among individuals who abuse substances in residential treatment. *J Addict e Offender Couns.* 2009;29(2):81–95.
 109. Leibowitz GS, Laser JA, Burton DL. Exploring the relationship between dissociation, victimization, and juvenile sexual offending. *J Trauma e Dissociation.* 2011;12(1):38–52.
 110. Walker L. The Battered Woman. New York; 1979.
 111. Sickel AE, Noll JG, Moore PJ, Putnam FW, Trickett PK. The Long-term

- Physical Health and Healthcare Utilization of Women Who Were Sexually Abused as Children. *J Heal Psychol* [Internet]. 2002;7(5):583–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22113143>
112. Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(2):229–36.
 113. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 Apr [cited 2018 Jun 10];256(3):174–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16311898>
 114. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2001 Jun 15 [cited 2018 Jun 10];49(12):1023–39. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000632230101157X?via%3Dihub>
 115. Carnes P. Sexual addiction screening test. *Tenn Nurse* [Internet]. 1991;54(3):29. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1764440
 116. Briere DM Jne. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Futur Child*. 1994;4(2):54–69.
 117. Chaney MP, Chang CY. A trio of turmoil for Internet sexually addicted men who have sex with men: Boredom proneness, social connectedness, and dissociation. *Sex Addict Compulsivity J Treat Prev*. 2005;12(1):3–18.
 118. Cohen LJ, Forman H, Steinfeld M, Fradkin Y, Frenda S, Galynker I. Comparison of childhood sexual histories in subjects with pedophilia or opiate addiction and healthy controls: is childhood sexual abuse a risk factor for addictions? *J Psychiatr Pr* [Internet]. 2010;16(6):394–404. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107144>
 119. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;55(4):530–41.

120. Trickett PK, Noll JG, Reiffman A, Putnam FW. Variants of intrafamilial sexual abuse experience: implications for short- and long-term development. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):1001–19.
121. Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, et al. Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(1):e87569. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24489940>
122. Browning CR, Laumann EO. Sexual contact between children and adults: a life course perspective. *Am Sociol Rev.* 1997;62:540–560.
123. Cohen LJ, Forman H, Steinfeld M, Fradkin Y, Frenda S, Galynker I. Comparison of Childhood Sexual Histories in Subjects with Pedophilia or Opiate Addiction and Healthy Controls. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 Jun 16];16(6):394–404. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107144>
124. Bergner RM. Sexual compulsion as attempted recovery from degradation: theory and therapy. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2002;28(5):373–87. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12378840
125. Goodman A. Sexual addiction: nosology, diagnosis, etiology, and treatment. In: Lowinson J al, editor. *Substance abuse*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 505–39.
126. Finkelhor D, Hotelling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abus Negl.* 1990;14:19–28.
127. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA* [Internet]. 2000 Aug 2 [cited 2018 Jun 16];284(5):592. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.284.5.592>
128. O'Connor DB, Green JA, Ferguson E, O'Carroll RE, O'Connor RC. Effects of childhood trauma on cortisol levels in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2018 Jun

- 16];88:9–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29144990>
129. Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol* [Internet]. 2008;75(1):266–322. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17764663
 130. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* [Internet]. 2014;59(2):359–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
 131. Pereira MEC. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2009 Jun [cited 2018 Jun 14];12(2):379–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200011&lng=pt&tlng=pt
 132. Silveira D, Vieira A, Palomo V, Silveira E. Validade de critério e confiabilidade da versão brasileira de uma escala de rastreamento para dependência de sexo. *Res Bras Psiquiatr*. 2000;4–10.
 133. Carnes P, Schneider JP. Recognition and management of addictive sexual disorders: guide for the primary care clinician. *Lippincotts Prim Care Pr* [Internet]. 2000;4(3):302–18. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11271127
 134. Coleman E. Psychiatry and human sexuality. *Curr Opin Psychiatry*. 2000;13(3):277–8.
 135. Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Personal Assessment*. 1995;65:586–601.
 136. Muench F, Parsons JT. Sexual compulsivity and HIV: identification and treatment. *Focus (Madison)*. 2004;19:1–5.
 137. Semple SJ, Zians J, Grant I, Patterson TL. Sexual compulsivity in a sample of HIV-positive methamphetamine-using gay and bisexual men. *AIDS*

- Behav [Internet]. 2006;10(5):587–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16755406>
138. Morgenstern J, Muench F, O’Leary A, Wainberg M, Parsons JT, Hollander E, et al. Non-Paraphilic Compulsive Sexual Behavior and Psychiatric Comorbidities in Gay and Bisexual Men,. Sex Addict Compulsivity. 2011;18:3:114–34.
 139. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrição clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto alegre; 1993.
 140. Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. J Sex Res. 2010;47:181–198.
 141. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Batista D, editor. Porto Alegre: Artmed; 2002.
 142. Abdo C, Scanavino M de T. Compulsão Sexual. In: de Abreu C, Tavares H, Cordás T, editors. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 101–19.
 143. Carnes P. Contrary to love: helping the sexual addict. Minneapolis; 1989.
 144. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? . Psychiatr Ann. 1992;22:320–5.
 145. Cooper A, Marcus I. Men who are not in control of their sexual behavior. In: Lenine S, editor. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. New York: Brunner-Routledge; 2003. p. 311–32.
 146. Scanavino M de T. Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um mundo baseado numa amostra da população brasileira. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
 147. Grant JE, Potenza MN. Sexual orientation of men with pathological gambling: prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment-seeking sample. Compr Psychiatry. 2006;47(6):515–8.
 148. Scanavino MDT, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLS, Messina B, et al. Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2018 Jun 11 [cited 2018 Jun 19];(AHEAD). Available

- from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018005005110&lng=en&tlng=en
149. Scanavino M de T. Vício ou Obsessão? Gd Temas do Conhecimento Psicol. 2015;5(Apa 2000):60–4.
 150. Barth R, Kinder B. The mislabeling of sexual impulsivity. J Sex Marital Ther. 1987;13:15–23.
 151. Silveira Filho D. Pathological Gambling, Sexual Compulsions and Eating Disorders: OCD Related Disorders or Addictive Behaviors? 1.ed. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da FMUSP; 1997.
 152. Del Porto J. Compulsões e Impulsos: Cleptomania, Jogar Compulsivo, Comprar Compulsivo, Compulsões Sexuais. In: Miguel E, editor. Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: diagnóstico e tratamento. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 104–16.
 153. Stein, DJ, Hollander E. The Spectrum of Obsessive-Compulsive-Related Disorders. In: Hollander E, editor. Obsessive-compulsive related disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1993. p. 241–70.
 154. Quadland M. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and na approach to treatment. J Sex Marital Ther. 1985;11:121–32.
 155. Weissberg J, Levay A. Compulsive sexual behavior. Med Asp Hum Sex. 1986;20:127–8.
 156. Hollander E, Wong C. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. J Clin Psychiatry. 1995;56(4):7–12.
 157. Carnes P. Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. Minneapolis: CompCare; 1983.
 158. Coleman E. Sexual compulsion vs sexual addiction: The debate continues. 1986.
 159. Goodman A. Addiction: Definition and implications. Br J Addictions. 1990;1403–8.
 160. Schneider J. How to recognize the signs of sexual addiction: asking the right questions may uncover serious problems. Postg Med. 1991;171–82.
 161. Orford J. Hypersexuality: Implications for a Theory of Dependence. Br J Addict to Alcohol Other Drugs. 1978;73(3):299–310.
 162. Miner MH, Coleman E, Center BA, Ross M, Rosser BR. The compulsive

- sexual behavior inventory: psychometric properties. Arch Sex Behav [Internet]. 2007;36(4):579–87. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17192832
163. Scanavino MD, Ventuneac A, Rendina HJ, Abdo CH, Tavares H, Amaral ML, et al. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory: Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. Arch Sex Behav [Internet]. 2014; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25348356>
 164. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Heal Organ [Internet]. 2017;1–24. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
 165. Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de clínica psiquiátrica. Manole. Barueri, SP; 2012.
 166. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Am Psychiatr Publ. 2013;(Arlington).
 167. Santos S. Variáveis associadas à alteração dos estados de humor dos alunos, na sequência da realização de aulas de Educação Física. Diss Mestr com vista à obtenção do grau Mestre em Ciências da Educ Física e Desporto, na área Espec Educ Física Esc. 2009;
 168. Werneck FZ. Efeitos psicofisiológicos agudos do exercício aeróbio e contra-resistência em diferentes intensidades. 2003 [cited 2018 Jun 16]; Available from: <http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/4018744.pdf>
 169. Baldaçara L, Bueno CR, Lima DS, Nóbrega L, Sanches M. Humor e afeto. Como defini-los? Mood and affect. How to define them? Arq Med Hosp Fac Cienc Med St Casa São Paulo [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 14];52(3):108–13. Available from: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2007/52_3/vlm52n3_7.pdf
 170. Tamminen KA, Crocker PRE, McEwen CE. Emotional experiences and

- coping in sport: How to promote positive adaptational outcomes in sport. In: Positive human functioning from a multidimensional perspective, Vol 1: Promoting stress adaptation [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 16]. p. 143–62. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/298520462>
171. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Carnes L, Vukadinovic Z, Long JS. The relationship between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2003;32(3):217–30. Available from: <c:\Documents and Settings\Bmustans\My Documents\Brian\Brian\Articles\Bancroft-mood and heterosexual men 2003.pdf>
 172. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Carnes L, Vukadinovic Z, Long JS. Sexual risk-taking in gay men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2003 Dec [cited 2018 Jun 16];32(6):555–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14574099>
 173. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
 174. Abdo C, Scanavino M de T. Comportamento Sexual e transtornos da Sexualidade. In: Alavarenga P, Andrade A, editors. *Fundamentos em Psiquiatria*. São Paulo: Manole; 2008. p. 393–418.
 175. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Janardhan Reddy YC, et al. Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry* [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Jun 14];13(2):125–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20115>
 176. Jokinen J, Boström AE, Chatzittofis A, Ciuculete DM, Öberg KG, Flanagan JN, et al. Methylation of HPA axis related genes in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2018 Jun 14];80:67–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28319850>
 177. Chatzittofis A, Arver S, Öberg K, Hallberg J, Nordström P, Jokinen J. HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder.

- Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2018 Jun 17];63:247–53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030645301500935X?via%3Dihub>
178. Voon V, Mole TB, Banca P, Porter L, Morris L, Mitchell S, et al. Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. PLoS One [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 14];9(7):e102419. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25013940>
 179. Associação Psiquiátrica Americana APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto Revisado (DSM-IV-TR). 4th ed. Porto Alegre; 2002.
 180. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. J Med Biol Res. 1996;29(4):453–7.
 181. Grassi-Oliveira R, Stein LM. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):249–55.
 182. Portney LG, Watkins MP. Statistical measures of validity. Foundations of clinical research: Applications to practice. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson/Prentice Hall; 2009. 644-653 p.
 183. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Erlbaum: Hillsdale; 1988.
 184. Kalichman SC, Rompa D. The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. J Pers Assess [Internet]. 2001;76(3):379–95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11499453
 185. Grov C, Parsons JT, Bimbi DS. Sexual Compulsivity and Sexual Risk in Gay and Bisexual Men. Arch Sex Behav [Internet]. 2010 Aug 24 [cited 2018 Jun 10];39(4):940–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-009-9483-9>
 186. American Psychiatric Association. Hypersexual Disorder. Severity.

- [Internet]. 2010 [cited 2011 May 12]. Available from: http://www.dsm5.org/_layouts/login.aspx?ReturnUrl=%252fProposedRevisions%252fPages%252fproposedrevision.aspx%253d415&rid=415
187. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:106–15.
 188. Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22–33.
 189. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo; 2001.
 190. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio; 1990.
 191. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1961;4:561–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
 192. Reis SC, Scanavino M de T. Construção e do Instrumento de Caracterização de Experiências Sexuais vivenciadas na Infância e Adolescência (ICESVIA). em preparo.
 193. MacKinnon DP, Warsi G, Dwyer JH. A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate Behavioral Research.* 1995;30(1):41–62.
 194. Sobel ME. Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology.* 1982;290–312.
 195. Sobel ME. Some new results on indirect effects and their standard errors in covariance structure models. *Sociological Methodology.* 1986;159–86.
 196. Hayes AF, Scharkow M. The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the Indirect Effect in Statistical Mediation Analysis: Does Method Really Matter? *Psychol Sci.* 2013;
 197. Prado PHM, Korelo JC, Silva DML, Silva DML da. Análise de mediação, moderação e processos condicionais. *Rev Bras Mark* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2018 Jun 17];13(04):04-24. Available from:

- <http://www.revistabrasileiramarkeeting.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/view/2739>
198. StataCorp. Stata Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
 199. Carnes PJ, Delmonico DL. Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sex Addict Compulsivity Spec Issue Reenactment, Trauma, Compuls Behav.* 1996;3:258–268.
 200. Abuchaim B de O, Lerner R, Campos MMM, Mello DF. Importância dos vínculos familiares na primeira infância. *Com Cient Núcleo Ciência Pela Infância* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 17];FMCSV. Available from: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/WP_Vinculos Familiares.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/WP_Vinculos_Familiares.pdf)
 201. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2003 Nov 25 [cited 2018 Jun 10];100(24):14293–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615578>
 202. Lopez-Patton M, Kumar M, Jones D, Fonseca M, Kumar AM, Nemeroff CB. Childhood trauma and METH abuse among men who have sex with men: Implications for intervention. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2018 Jun 10];72:1–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395615002708>
 203. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* [Internet]. 2003 Jul 18 [cited 2018 Jun 10];301(5631):386–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12869766>
 204. Heim C, Bradley B, Mletzko TC, Deveau TC, Musselman DL, Nemeroff CB, et al. Effect of Childhood Trauma on Adult Depression and Neuroendocrine Function: Sex-Specific Moderation by CRH Receptor 1 Gene. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 10];3:41. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20161813>
205. Brown GW, Harris TO. Depression and the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism: A review and a hypothesis concerning gene–environment interaction. *J Affect Disord* [Internet]. 2008 Nov 1 [cited 2018 Jun 10];111(1):1–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032708001729?via%3Dihub>
 206. Chatzittofis A, Savard J, Arver S, Öberg KG, Hallberg J, Nordström P, et al. Interpersonal violence, early life adversity, and suicidal behavior in hypersexual men. *J Behav Addict* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2018 Jun 16];6(2):187–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28467102>
 207. Kakko J, von Wachenfeldt J, Svanborg KD, Lidström J, Barr CS, Heilig M. Mood and Neuroendocrine Response to a Chemical Stressor, Metyrapone, in Buprenorphine-Maintained Heroin Dependence. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan 15 [cited 2018 Jun 17];63(2):172–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322307004295?via%3Dihub>
 208. Koob GF, Buck CL, Cohen A, Edwards S, Park PE, Schlosburg JE, et al. Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2018 Jun 17];76:370–82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390813002384?via%3Dihub>
 209. Politis M, Loane C, Wu K, O’Sullivan SS, Woodhead Z, Kiferle L, et al. Neural response to visual sexual cues in dopamine treatment-linked hypersexuality in Parkinson’s disease. *Brain* [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Jun 17];136(2):400–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23378222>
 210. Cooper A, Delmonico DL, Burg R. Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sex Addict Compulsivity* [Internet]. 2000 [cited 2018 Jun 17];7(1–2):5–29. Available from: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=usac20>

211. Parsons JT, Kelly BC, Bimbi DS, DiMaria L, Wainberg ML, Morgenstern J. Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2008;37(5):817–26. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17882541
212. Grov C, Parsons JT, Bimbi DS. Sexual Compulsivity and Sexual Risk in Gay and Bisexual Men. *Arch Sex Behav*. 2010;39(4):940–9.
213. Parsons JT. HIV-Positive Gay and Bisexual Men. In: Kalichman S, editor. *Positive prevention: Reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS* [Internet]. New York: Kluwer; 2005 [cited 2018 Jun 17]. p. 99–133. Available from: <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/369/99-133.pdf>
214. Grov C, Golub SA, Mustanski B, Parsons JT. Sexual compulsivity, state affect, and sexual risk behavior in a daily diary study of gay and bisexual men. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2010;24(3):487–97. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20853934
215. Bőthe B, Bartók R, Tóth-Király I, C Reid R, Griffiths M, Demetrovics Z, et al. Hypersexuality, Gender, and Sexual Orientation: A Large-scale Psychometric Survey Study. *Arch Sex Behav*. 2018 Mar 20;
216. Långström N, Hanson RK. High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2006 Feb [cited 2018 Jun 10];35(1):37–52. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-006-8993-y>
217. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo 2010 [Internet]. IBGE. 2010 [cited 2010 Nov 14]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdfS>
218. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pessoas de 15 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual por grupos de anos de estudos, segundo as Unidades da Federação selecionadas - 2008. Brasil: IBGE; 2008.
219. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD2009: rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobem e

desocupação aumenta [Internet]. IBGE. 2009 [cited 2011 Nov 14].
Available from:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708S

APÊNDICE A

Iniciais: _____ Data: _____ Sexo: () M () F

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS SEXUAIS VIVENCIADAS NA INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA (ICESVIA)

Reis, SC; Scanavino, MT (2014)

1. Você teve alguma experiência sexual antes de completar 13 anos de idade, com alguém pelo menos 5 anos mais velho do que você?

() Sim () Não : (respondeu **NÃO** vá para a **QUESTÃO 8**)

2. Assinale as experiências sexuais vivenciadas nesse período, seguindo as pontuações nos critérios abaixo:

0. Nunca 1. raras vezes 2. algumas vezes 3. muitas vezes 4. muito frequente

- a. () Alguém mostrava revistas, livros, filmes ou internet com conteúdos sexuais
- b. () Alguém levou e pediu para você assistir pessoas tendo experiências sexuais
- c. () Me pediram para fazer algo sexual
- d. () Me beijavam ou abraçavam de uma forma sexual
- e. () Me tocavam ou acariciavam as partes íntimas
- f. () Mostravam-me os órgãos sexuais
- g. () Eu mostrava meus órgãos sexuais
- h. () Eu tocava a pessoa de uma forma sexual
- i. () Me tocavam de forma sexual
- j. () Fiz sexo oral nele/nela
- k. () Fizeram sexo oral em mim
- l. () Tive relação sexual com penetração no (meu) ânus.
- m. () Tive relação sexual com penetração na (minha) vagina
- n. () Outras experiências sexuais. Quais?

3. Com quantas pessoas você teve estas experiências sexuais, no período citado acima (antes dos 13 anos)? _____

4. Quantos anos você tinha quando se iniciaram estas experiências sexuais?

5. Quantos anos você tinha quando deixaram de acontecer estas experiências sexuais?

6. Quantos anos a(s) pessoa(s) tinha(m)? _____

7. Quanto tempo você acredita terem durado estas experiências sexuais? _____

8. Você teve alguma experiência sexual dos 13 anos aos 18 anos de idade, com alguém que tivesse pelo menos 10 anos a mais do que você?

() Sim () Não (se respondeu **NÃO** continue a **RESPONDER** a partir da **QUESTÃO 15**)

9. Assinale as experiências sexuais vivenciadas nesse período, seguindo as pontuações nos critérios abaixo:

0. Nunca 1. raras vezes 2. algumas vezes 3. muitas vezes 4. muito frequente

- a. () Alguém mostrava revistas, livros, filmes ou internet com conteúdos sexuais
- b. () Alguém levou e pediu para você assistir pessoas tendo experiências sexuais
- c. () Me pediram para fazer algo sexual
- d. () Me beijavam ou abraçavam de uma forma sexual
- e. () Me tocavam ou acariciavam as partes íntimas
- f. () Mostravam-me os órgãos sexuais
- g. () Eu mostrava meus órgãos sexuais
- h. () Eu tocava a pessoa de uma forma sexual
- i. () Me tocavam de forma sexual
- j. () Fiz sexo oral nele/nela
- k. () Fizeram sexo oral em mim
- l. () Tive relação sexual com penetração no (meu) ânus.
- m. () Tive relação sexual com penetração na (minha) vagina
- n. () Outras experiências sexuais. Quais?

10. Com quantas pessoas você teve estas experiências sexuais, no período citado acima (entre os 13 e os 18 anos)? _____

11. Quantos anos você tinha quando se iniciaram estas experiências sexuais? _____

12. Quantos anos você tinha quando deixaram de acontecer estas experiências sexuais? _____

13. Quantos anos a(s) pessoa(s) tinha(m)? _____

14. Quanto tempo você acredita terem durado estas experiências sexuais? _____

Da questão 15 em diante, você deverá responder considerando as experiências vivenciadas tanto no período anterior aos 13 anos de idade, quanto àquelas ocorridas entre os 13 e os 18 anos.

15. Identifique com quem você teve essas experiências:

(Se respondeu NÃO às questões 1 e 8; você encerrou o questionário (não precisa responder as questões de 15 até 26))

- a. () Pai
- b. () Mãe
- c. () Padrasto
- d. () Madrasta
- e. () irmão / irmã
- f. () primo / prima
- g. () tio / tia

- h. ☐ avô / avó
- i. ☐ vizinho / vizinha
- j. ☐ empregado doméstico / empregada doméstica
- k. ☐ conhecido da família
- l. ☐ professor / professora / outro (a) funcionário (a) da escola
- m. ☐ pessoa desconhecida
- n. ☐ outro _____

16. O gênero da(s) pessoa(s) com quem teve essas experiências era:

- a. ☐ masculino
- b. ☐ feminino
- c. ☐ Ambos

17. A pessoa ameaçava ou agia com violência física?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. A pessoa agia de modo tranquilo, com afeto e carinho?

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Eu sentia em relação àquelas experiências sexuais: (Pode assinalar quantas alternativas quiser)

a. ☐ raiva	h. ☐ nojo	o. ☐ Curiosidade
b. ☐ medo	i. ☐ vergonha	p. ☐ Satisfação
c. ☐ prazer	j. ☐ usado	q. ☐ Indiferença
d. ☐ não sei	k. ☐ culpa	r. ☐ Desejado
e. ☐ gostava	l. ☐ pânico	s. ☐ Humilhado
f. ☐ seguro	m. ☐ inseguro	t. ☐ outros _____
g. ☐ confuso	n. ☐ amado	_____

20. Hoje eu sinto em relação àquelas experiências sexuais: (Pode assinalar quantas alternativas quiser)

a. ☐ raiva	h. ☐ nojo	o. ☐ Curiosidade
b. ☐ medo	i. ☐ vergonha	p. ☐ Satisfação
c. ☐ prazer	j. ☐ usado	q. ☐ Indiferença
d. ☐ não sei	k. ☐ culpa	r. ☐ Desejado
e. ☐ gostava	l. ☐ pânico	s. ☐ Humilhado
f. ☐ seguro	m. ☐ inseguro	t. ☐ outros _____
g. ☐ confuso	n. ☐ amado	_____

21. Alguém ficou sabendo do que aconteceu?

- ☐ Sim
- ☐ Não

22. Você contou para alguém?

- ☐ Sim
- ☐ Não

23. Se sim, como reagiram? (Pode assinalar quantas alternativas quiser)

- a. ☐ me acolheram
- b. ☐ denunciaram a pessoa
- c. ☐ tiraram satisfação com a pessoa
- d. ☐ culparam a pessoa
- e. ☐ me culparam
- f. ☐ não fizeram nada, ignoraram
- g. ☐ foi traumatizante outras pessoas saberem
- h. ☐ levei uma surra
- i. ☐ não acreditaram em mim

24. Estas experiências foram traumáticas?

- ☐ Sim ☐ Não

25. Estas experiências se caracterizam como sendo um abuso sexual?

- ☐ Sim ☐ Não

26. Estas experiências sexuais influenciaram o seu comportamento sexual na vida adulta?

- ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE B

Tabela 10 – Modelos de Regressão Linear (Compulsividade Sexual; Depressão), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

	Toda amostra n=222*	Exclusão 1 N=216*	Exclusão 2 N=195*	Exclusão 3 N=160*
	β p IC95%	β p IC95%	β p IC95%	β p IC95%
Abuso	$\beta = 1,43$ p=0,086 (-0,20)– 3,07	$\beta = 1,34$ p=0,110 (-0,30) – 3,00	$\beta = 1,46$ p=0,107 (-0,32) – 3,24	$\beta = 1,75$ p=0,082 (-0,22) – 3,73
Depressão	$\beta = 0,20$ p <0,001 0,11 – 0,28	$\beta = 0,20$ p <0,001 0,11 – 0,28	$\beta = 0,20$ p <0,001 0,11 – 0,28	$\beta = 0,19$ p <0,001 0,08 – 0,29
Orientação sexual	$\beta = -1,60$ p=0,050 (-3,20) – 0,00	$\beta = -1,63$ p=0,048 (-3,25) – (-0,01)	$\beta = -1,46$ p=0,093 -3,18 – 0,25	$\beta = -1,38$ p=0,156 (-3,29) – 0,53

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Legenda: β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente compulsividade sexual foi ajustada com a variável orientação sexual.

Exclusão 1, 2 e 3 significam que foram excluídos os participantes que pontuaram positivamente, respectivamente, nos três, dois e um item(ns) que avaliava(m) a minimização negação.

* A variável independente abuso sexual manteve-se associada com a variável mediadora depressão

Tabela 11 – Modelos de Regressão Linear (Compulsividade Sexual; Ansiedade), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, 2018

	Toda amostra n=222*		Exclusão 1 N=216**		Exclusão 2 N=195**		Exclusão 3 N=160**	
	β	p	β	p	β	p	β	p
	IC95%		IC95%		IC95%		IC95%	
Abuso	$\beta = 1,68$	$p=0,048$	$\beta = 1,57$	$p=0,067$	$\beta = 1,61$	$p=0,080$	$\beta = 1,89$	$p=0,067$
	0,17 – 3,35		-0,11 – 3,26		-0,19 – 3,41		-0,13 – 3,90	
Ansiedade	$\beta = 0,14$	$p=0,001$	$\beta = 0,14$	$p=0,001$	$\beta = 0,16$	$p=0,001$	$\beta = 0,14$	$p=0,012$
	0,05 – 0,22		0,05 – 0,22		0,06 – 0,25		0,03 – 0,25	
Orientação sexual	$\beta = -1,60$	$p=0,058$	$\beta = -1,61$	$p=0,057$	$\beta = -1,33$	$p=0,135$	$\beta = -1,26$	$p=0,201$
	-3,23 – 0,05		-3,28 – 0,04		-3,08 – 0,41		-3,22 – 0,68	

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Legenda: β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente compulsividade sexual foi ajustada com a variável orientação sexual

Exclusão 1, 2 e 3 significam que foram excluídos os participantes que pontuaram positivamente, respectivamente, nos três, dois e um item(ns) que avaliava(m) a minimização negação.

* A variável independente abuso sexual manteve-se associada com a variável dependente compulsividade sexual no modelo final com a variável mediadora ansiedade

**A variável independente abuso sexual perdeu a associação com a variável dependente compulsividade sexual no modelo final com a variável mediadora ansiedade, quando das exclusões de participantes por terem pontuado na subescala de Minimização/Negação do QUESI.

Tabela 12 – Modelos de Regressão Linear (Hipersexualidade; Depressão), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, AISEP-IPq-HC-FMUSP–2018

	Toda amostra n=197*	Exclusão 1 N=191*	Exclusão 2 N=172**	Exclusão 3 N=143**
	β IC95% p	β IC95% p	β IC95% p	β IC95% p
Abuso	$\beta = 1,91$ p=0,016 0,36– 3,47	$\beta = 2,00$ p=0,012 0,44– 3,56	$\beta = 2,15$ p=0,010 0,52 – 3,77	$\beta = 2,79$ p=0,003 0,99 – 4,59
Depressão	$\beta = 0,17$ p <0,001 0,09 – 0,25	$\beta = 0,17$ p <0,001 0,09 – 0,26	$\beta = 0,17$ p <0,001 0,09 – 0,26	$\beta = 0,18$ p <0,001 0,08 – 0,28
Idade	$\beta = -0,11$ p=0,006 -0,19 – (-0,03)	$\beta = -0,11$ p=0,008 -0,18 – (-0,02)	$\beta = -0,11$ p=0,006 -0,19 – (-0,03)	$\beta = -0,09$ p=0,052 -0,18 – 0,00

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Legenda: β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente hipersexualidade foi ajustada com a variável idade

Exclusão 1, 2 e 3 significam que foram excluídos os participantes que pontuaram positivamente, respectivamente, nos três, dois e um item(ns) que avaliava(m) a minimização negação.

* A variável independente abuso sexual manteve-se associada com a variável mediadora depressão

** A variável independente abuso sexual perdeu efeito indireto com a variável mediadora depressão, quando da exclusão 2 ($\beta = 0,00$; IC95% = -0,00 – -0,01; p = 0,055), da exclusão 3 ($\beta = 0,00$; IC95% = -0,00 – 0,017; p = 0,080).

Tabela 13 – Modelos de Regressão Linear (Hipersexualidade; Ansiedade), com relação aos escore de minimização/negação da escala QUESI dos homens compulsivos sexuais, de acordo com terem referido ou não ASI/ASA, AISEP-IPq-HC-FMUSP–2018

	Toda amostra n=197*	Exclusão 1 N=191*	Exclusão 2 N=172*	Exclusão 3 N=143*
	β p IC95%	β p IC95%	β p IC95%	β p IC95%
Abuso	$\beta = 2,09$ p=0,011 0,49 – 3,68	$\beta = 2,16$ p=0,009 0,55 – 3,77	$\beta = 2,25$ p=0,009 0,57 – 3,93	$\beta = 2,74$ p=0,004 0,90 – 4,58
Ansiedade	$\beta = 0,11$ p=0,007 0,02 – 0,19	$\beta = 0,10$ p=0,009 0,02 – 0,18	$\beta = 0,11$ p=0,008 0,03 – 0,20	$\beta = 0,14$ p=0,005 0,43 – 0,24
Idade	$\beta = -0,11$ p=0,006 -0,19 – -0,03	$\beta = -0,11$ p=0,008 -0,19 – -0,02	$\beta = -0,11$ p=0,006 -0,20 – -0,03	$\beta = -0,09$ p=0,052 -0,19 – 0,00

Fonte: O Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Legenda: β = coeficiente de regressão

Nota: Análise de regressão linear. A análise com a variável dependente hipersexualidade foi ajustada com a variável idade

Exclusão 1, 2 e 3 significam que foram excluídos os participantes que pontuaram positivamente, respectivamente, nos três, dois e um item(ns) que avaliava(m) a minimização negação.

* A variável independente abuso sexual manteve-se associada com a variável mediadora ansiedade