



Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**Hipoatividade/Impulsividade sexual em adultos vítimas de  
abuso sexual infantil**

**Relação entre abuso sexual e disfunções sexuais**

**Discente:**

MAFALDA RAQUEL DA SILVA MODESTO

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR JOSÉ DE ABREU AFONSO

**Professor de Seminário de Dissertação:**

PROFESSOR JOSÉ DE ABREU AFONSO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA PSICANALÍTICA

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada  
sob a orientação de José de Abreu Afonso,  
apresentada no Ispa – Instituto  
Universitário para obtenção de grau  
de Mestre na especialidade de Psicologia  
Clínica Psicanalítica.

## Agradecimentos

Chegar ao fim deste trabalho é muito mais do que concluir uma etapa acadêmica — é fechar um ciclo cheio de desafios, aprendizagens e momentos que me transformaram por completo. Foram cinco anos intensos, com altos e baixos, mas também com muitas descobertas, pessoas incríveis e pequenas vitórias que fizeram tudo valer a pena.

Em primeiro lugar, expresso a minha mais sincera gratidão ao Professor José de Abreu Afonso, o meu orientador, por ter sido uma presença firme, exigente e, ao mesmo tempo, profundamente humana. A sua orientação rigorosa, o olhar crítico e o incentivo constante à reflexão ajudaram-me a pensar de forma mais ética e sensível. Agradeço-lhe por acreditar no meu trabalho, por me desafiar a ir mais longe e por me mostrar que há força dentro de mim, mesmo quando eu pensava que não, um sincero obrigada por não ter desistido de mim, nem mesmo nos dias difíceis em que eu não estava a conseguir colaborar.

À minha família, o meu maior pilar, deixo um agradecimento que nenhuma palavra consegue traduzir por completo. Aos meus pais, por serem o meu exemplo diário de força, de dedicação e de amor incondicional — por me ensinarem que o esforço vale sempre a pena e que o mais importante é fazer tudo com verdade. Ao meu irmão e à minha cunhada, pela presença constante, pelas palavras de força e por celebrarem cada conquista como se fosse vossa.

Aos meus amigos, que foram o equilíbrio perfeito entre simplicidade e apoio, deixo o meu carinho profundo. À Inês, Mariana, Mafalda e Carolina, obrigada por estarem sempre lá — nas risadas que aliviaram os dias mais pesados, nas conversas intermináveis que me fizeram repensar em diferentes caminhos e nas pequenas partilhas que tornaram esta jornada mais bonita e divertida.

Um agradecimento especial ao meu namorado, por ter sido o meu porto seguro em todos os sentidos. Obrigada por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava, por me dares força nos momentos de exaustão e por me lembrares, com paciência e ternura, do porquê de lutar pelos meus sonhos. A tua presença foi — e é — um lembrete constante de amor, coragem e cumplicidade.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que se cruzaram comigo ao longo destes cinco anos — professores, colegas, amigos e até desconhecidos — que, de uma forma ou de outra, deixaram marcas neste caminho. Cada conversa, cada gesto e cada partilha contribuíram para que este percurso se tornasse mais divertido, produtivo e verdadeiro.

Termino esta etapa com o coração cheio de gratidão e com a sensação profunda de que cresci em todas as dimensões possíveis. Levo comigo o que aprendi, mas sobretudo as pessoas que tornaram tudo isto possível — porque este caminho, mais do que académico, foi humano.

## Resumo

O abuso sexual na infância continua a ser uma realidade difícil de enfrentar, muitas vezes vivida em segredo, mas com um impacto profundo na sexualidade adulta. Este estudo procurou perceber se existem diferenças significativas — ao nível da hipoatividade e da impulsividade sexual — entre adultos que passaram por este tipo de trauma e aqueles que não, considerando as diferenças entre sexos.

A investigação baseou-se numa amostra comunitária portuguesa de 70 participantes adultos (+18), aos quais foram aplicados instrumentos validados para recolher informações sobre o historial de abuso, o comportamento sexual e dados socioemográficos. Estamos perante um estudo quantitativo, correlacional e comparativo, onde foram utilizados os questionários *Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales* (SIS/SES) e *Sexual Sensation Seeking Scale* (SSSS). As análises foram realizadas com recurso ao SPSS (v27), através de testes paramétricos, e através de uma leitura teórica de enquadramento psicanalítico.

Apesar de os resultados não terem revelado diferenças estatisticamente significativas, observou-se tendências descritivas relevantes: mulheres com historial de abuso sexual infantil apresentaram maior inibição sexual, enquanto os homens com historial revelaram maior tendência para impulsividade sexual. A maioria das vítimas não revelou o abuso na infância, tendo ocorrido sobretudo entre os 6 e os 12 anos.

Por fim, podemos indicar algumas limitações neste estudo, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra; a predominância de participantes do sexo feminino; entre outros. Ainda assim, podemos olhar para os dados obtidos como sendo pistas importantes para futuras investigações e reforçam a importância de compreender o impacto que um trauma destes pode ter na vida adulta.

**Palavras-chave:** Abuso sexual, Trauma infantil, Hipoatividade sexual, Impulsividade sexual, Perturbações sexuais.

## Abstract

Child sexual abuse remains a difficult reality to face, often experienced in secrecy but with a profound impact on adult sexuality. This study sought to understand whether there are significant differences – in terms of sexual hypoactivity and impulsivity – between adults who experienced this type of trauma and those who did not, considering sex differences.

The research was based on a Portuguese community sample of 70 adults (18+), who completed validated instruments to collect information on abuse history, sexual behaviour and sociodemographic data. This is a quantitative, correlational and comparative study, in which the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES) and the Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS) were administered. Data were analysed using SPSS (v27), through parametric tests and interpreted in the light of a psychoanalytic framework.

Although the results did not reveal statistically significant differences, relevant descriptive trends emerged: women with a history of child sexual abuse showed higher sexual inhibition, whereas men with such a history showed a greater tendency towards sexual impulsivity. Most victims did not disclose the abuse in childhood, which occurred mainly between 6 and 12 years of age.

Finally, some limitations of this study should be acknowledged, namely the small sample size and the predominance of female participants. Even so, the findings may be viewed as important leads for future research and underline the importance of understanding the impact that this type of trauma can have in adult life.

**Keywords:** Intrafamilial sexual abuse, Childhood trauma, Sexual hypoactivity, Sexual impulsivity, Sexual disorders.

## Índice

<b><i>Enquadramento teórico</i></b> .....	<b>9</b>
O que é o abuso sexual?.....	9
Abuso sexual infantil .....	12
Abuso sexual infantil por parte de um conhecido.....	14
Saúde mental e possíveis impactos .....	16
Sexualidade Traumática.....	20
Abuso sexual e Disfunções sexuais .....	23
Hipoatividade.....	25
Impulsividade.....	27
<b><i>Problema, Questões e Hipóteses de Investigação</i></b> .....	<b>29</b>
<b><i>Método</i></b> .....	<b>31</b>
Participantes:.....	31
Instrumentos: .....	33
Escala de Inibição Sexual e Excitação Sexual (SIS/SES) – Versão Portuguesa.....	33
Escala de Procura de Sensações Sexuais (SSSS) .....	34
Procedimento: .....	36
<b><i>Resultados</i></b> .....	<b>38</b>
<b><i>Experiências de Abuso Sexual e Disfunções Sexuais</i></b> .....	<b>39</b>
<i>Inibição Sexual (IHS_Total)</i> .....	40
<i>Impulsividade Sexual (SS_Total)</i> .....	40
<b><i>Sexo e disfunções sexuais</i></b> .....	<b>43</b>
<b><i>Análise do impacto do abuso sexual e do sexo nas disfunções sexuais</i></b> .....	<b>45</b>
<i>Impulsividade Sexual (SS_Total)</i> .....	45
<i>Hipoatividade Sexual (IHS_Total)</i> .....	46
<b><i>Conclusão e Discussão</i></b> .....	<b>49</b>
<b><i>Referências</i></b> .....	<b>52</b>
<b><i>Anexos</i></b> .....	<b>58</b>

Tabela 1: Médias referentes à relação entre as disfunções sexuais e a existência ou não de historial de abuso sexual infantil. ....	42
Tabela 2: ANOVA para as variáveis IHS_Total e SS_Total com base no historial de abuso sexual infantil. ....	42
Tabela 3. Médias referentes à relação entre o sexo do indivíduo e disfunções sexuais. ....	44
Tabela 4. Médias referentes à relação entre as disfunções sexuais e a existência ou não de historial de abuso sexual infantil. ....	47
Tabela 5. ANOVA da variável SS_Total com base no historial de abuso sexual infantil, do sexo e da interação entre os mesmos. ....	48
Tabela 6. ANOVA da variável IHS_Total com base no historial de abuso sexual infantil, do sexo e da interação entre os mesmos. ....	48

## **Enquadramento teórico**

### **O que é o abuso sexual?**

O abuso sexual é uma forma de violência de natureza física, emocional e simbólica, caracterizada por qualquer tipo de contacto ou interação sexual imposta, sem o consentimento livre, consciente e informado por parte da vítima. Esta violação da privacidade corporal e psíquica pode assumir diversas formas — com ou sem contacto físico — e implica sempre uma relação de poder, domínio ou manipulação por parte do agressor (GewirtzMeydan & Opuda, 2020; Hailes et al., 2019).

Apesar de o conceito de abuso sexual poder ser inicialmente abordado numa perspetiva legal ou sociológica, é no campo da Psicologia e da Psicanálise que se compreende com maior profundidade os seus efeitos subjetivos. Do ponto de vista psicanalítico, o abuso sexual representa uma invasão traumática no campo do desejo e do corpo da vítima, uma vez que este é confrontado com um prazer que lhe é estranho e que não consegue compreender, sendo frequentemente experienciado como inexplicável. Ferenczi (1932/1998) descreveu este fenómeno na sua teoria da “confusão de línguas”, ou seja, a criança interpreta como jogo ou afeto aquilo que, para o adulto, constitui uma manifestação de desejo sexual.

É fundamental salientar a ideia de que o abuso sexual não se limita à penetração ou ao toque físico. A literatura científica tem vindo a completar esta definição, incluindo comportamentos como voyeurismo, exibicionismo, coerção sexual, chantagem emocional, consumo forçado de pornografia, partilha não consentida de imagens íntimas ou controlo reprodutivo (Dworkin et al., 2017; Umbach et al., 2025). Independentemente da forma que ocorre o abuso, o mesmo compromete a autonomia corporal e psicológica da vítima, e pode ter consequências prolongadas ao nível da saúde mental e da sexualidade.

De acordo com Lo Iacono, Salvatore e Catone (2021) o impacto do abuso sexual não passa apenas pelo ato em si, mas também pela dificuldade em dar significado ao mesmo e integrá-lo na vida psíquica. Essa impossibilidade de assimilação pode gerar dissociação, retraimento e perturbações do desejo e da identidade sexual. Muitas vítimas desenvolvem, mais tarde, dificuldades na intimidade, no controlo dos impulsos ou na perceção do próprio corpo, que podem ser entendidas como tentativas inconscientes de defesa ou de repetição.

Esta perspectiva aproxima-se da psicanalítica clássica, mas pode ser complementada por algumas perspectivas que integram também dimensões biológicas e comportamentais do trauma. Por exemplo, Van der Kolk (2014) defende que o corpo “recorda” a violência que foi experienciada através de alterações fisiológicas persistentes, defende que o trauma não se expressa apenas de forma simbólica, mas também física. Por outro lado, a psicologia cognitivo-comportamental explica as sequelas do abuso com base em padrões de pensamento disfuncionais e estratégias de evitamento (Resick et al., 2008), propondo abordagens terapêuticas mais completas e orientadas para a alteração de comportamentos.

Os efeitos psicológicos do abuso sexual são bastante reconhecidos. Sintomas como ansiedade, depressão, perturbações do sono, ideação suicida e comportamentos dissociativos podem ser observados frequentemente. (Chen et al., 2010; Hailes et al., 2019). Na parte psicosexual, podem manifestar-se disfunções como a hipoatividade do desejo sexual, os sujeitos podem procurar evitar a intimidade, ou podem recorrer a comportamentos sexuais compulsivos ou dificuldades em estabelecer relações de afeto estáveis (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020).

Para compreender adequadamente o impacto do abuso sexual, é essencial conhecer o perfil das vítimas e os contextos em que ocorre o abuso. A caracterização sociodemográfica e relacional das vítimas permite contextualizar sintomas e dificuldades posteriores. A análise de variáveis como o sexo, a idade, o tipo de relação com o agressor ou o local do abuso permitem compreender melhor as manifestações clínicas e emocionais que surgem posteriormente.

Segundo Habigzang e cols (2005), o perfil mais frequente de uma vítima de abuso sexual passa por um indivíduo do sexo feminino (80.9%), que se encontra na faixa etária entre os cinco e os dez anos (36.2%), sendo 10.6% correspondente à faixa etária entre os dois e os cinco anos e 19.1% entre os dez e os doze anos. Relativamente ao cenário mais comum onde ocorre o abuso é a própria casa da vítima (66.7%) e 83% dos casos, o abuso é intrafamiliar, ou seja, ocorreu dentro da família da vítima, tornando-se incestuoso. Já a idade em que o abuso é denunciado, geralmente ocorre entre os doze e os dezoito anos, onde se refere que o abuso sexual ocorreu durante anos e acabou por se tornar um segredo da família.

A pertinência do presente estudo passa pela escassez de investigações, em contexto português, que relacionem experiências de abuso sexual infantil com perturbações da sexualidade na vida adulta. Assim, este trabalho tem como objetivo

principal analisar de que forma o abuso sexual na infância pode influenciar a manifestação de disfunções sexuais na idade adulta, nomeadamente padrões de hipoatividade e impulsividade sexual, e perceber se existem diferenças entre homens e mulheres nessas mesmas manifestações. Pretende-se ainda explorar estas dimensões à luz de um enquadramento psicanalítico, articulando os dados empíricos com a compreensão simbólica e emocional do trauma.

Compreender como o abuso sexual precoce pode afetar o desejo e a expressão sexual é essencial para uma intervenção clínica mais ajustada e para desconstruir preconceitos culturais que estão à volta da sexualidade e do género. O abuso sexual deve ser compreendido como sendo um fenómeno complexo que atinge não apenas o corpo, mas também a subjetividade e o desenvolvimento global do indivíduo. O que torna o estudo relevante, procurando reforçar a importância de promover uma reflexão mais profunda sobre as consequências do trauma sexual e as formas de o superar.

## **Abuso sexual infantil**

O abuso sexual infantil é uma das formas mais devastadoras de trauma precoce, com impactos profundos no desenvolvimento emocional, relacional e psicológico da criança, que muitas vezes se prolongam até à idade adulta. Apesar de o conceito já ter sido abordado no capítulo anterior, é importante focar agora nas especificidades da infância enquanto etapa de maior vulnerabilidade e dependência. Quando a criança é exposta a estímulos ou experiências sexuais para os quais ainda não tem maturidade emocional nem estrutura simbólica, o seu desenvolvimento afetivo-sexual pode ficar comprometido, com impacto duradouro.

Com base nas formulações psicanalíticas apresentadas anteriormente — onde se destaca o caráter distorcido e invasivo do desejo adulto sobre a linguagem infantil —, algumas investigações procuraram aprofundar a compreensão do impacto do abuso através de componentes neurobiológicas e clínicas. Assim sendo, alguns estudos associam o abuso a alterações nos sistemas de resposta ao stress, a desregulação dos circuitos de recompensa e a dificuldades na regulação emocional (Lo Iacono et al., 2021). No plano clínico, pode-se observar perturbações ansiosas, depressivas, dissociativas e sexuais, com disfunções como hipersexualidade, anorgasmia, evitamento do afeto ou impulsividade relacional (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020; Hailes et al., 2019). A integração entre perspetivas psicanalíticas, neuropsicológicas e cognitivo-comportamentais permite perceber o trauma como um fenómeno simbólico, emocional e corporal simultaneamente (Resick et al., 2008; van der Kolk, 2014).

É importante voltar a reforçar que o abuso sexual infantil não exige contacto físico para ser considerado traumático. Situações de coerção simbólica – qualquer forma de pressão psicológica, emocional, física ou simbólica exercida sobre uma pessoa com o objetivo de limitar ou anular a sua capacidade de consentimento livre e informado (Katz, 2020) – exposição a conteúdos sexuais, manipulação emocional ou invasão da privacidade corporal — também representam experiências abusivas, e os seus efeitos podem ser igualmente destruidores (Chen et al., 2010; Gewirtz-Meydan et al., 2023).

Para além das repercussões emocionais, o abuso sexual infantil apresenta consequências significativas ao nível do funcionamento sexual adulto. Estudos como os de Pulverman et al. (2018) e Gewirtz-Meydan & Opuda (2022) mostram que as vítimas de abuso sexual infantil têm maior prevalência de disfunções sexuais comparativamente

à população geral, com taxas reportadas de até 59% no sexo feminino e 80% no masculino. Esta vulnerabilidade não se limita apenas aos fatores sexuais, mas também a dificuldades de vinculação, autoimagem corporal, e construção da identidade de gênero e orientação sexual.

No entanto, o impacto do abuso sexual não é igual em todas as pessoas. É influenciado por diversas variáveis como a duração, a relação com o agressor e o grau de violência, o que faz com que as repercussões sejam diferentes consoante a situação e trauma experienciado pela vítima. O abuso intrafamiliar, ou incestuoso, tende a ser mais prolongado, ocultado e psicologicamente devastador, devido à traição por parte de figuras de referência (Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Habigzang et al., 2005). Nestes casos, o vínculo afetivo com o agressor dificulta a percepção do abuso e a procura de ajuda, reforçando sentimentos de culpa, vergonha e confusão de identidade (Courtois & Ford, 2016). O abuso extrafamiliar, embora envolva menos vínculo emocional, não está livre de consequências: pode ocorrer por parte de vizinhos, professores, cuidadores ou amigos da família, cuja autoridade ou confiança são instrumentalizadas para manter o silêncio. A literatura tem alertado para o risco de subvalorização deste tipo de abuso, sobretudo quando não existe evidência física, mas persistem efeitos psíquicos significativos (Grubbs et al., 2020). Desta forma, torna-se evidente a relevância científica, clínica e social de investigar o abuso sexual infantil com uma maior profundidade. Esta dissertação procura contribuir para esse esforço através de uma investigação relacionada com manifestações psicosexuais do trauma em adultos — nomeadamente as tendências de hipoatividade e impulsividade sexual. Através da articulação entre dados empíricos e leitura psicanalítica, pretende compreender-se como o trauma pode impactar na sexualidade enquanto adulto, seja através da inibição do desejo, ou pela compulsão à repetição.

A análise das dinâmicas relacionais e emocionais do abuso sexual infantil deve, também, ser complementada por uma leitura quantitativa que permita dimensionar a extensão do fenómeno. Os dados epidemiológicos fornecem uma perspetiva muito importante relativamente à prevalência do abuso sexual infantil. A relação entre as dimensões qualitativa e quantitativa, também se torna essencial para compreender a gravidade e a persistência do problema, mas também para desenvolver estratégias de prevenção, deteção precoce e intervenção psicológica adequada. Relativamente a termos epidemiológicos, estima-se que 19,7% das mulheres e 7,9% dos homens tenham sofrido

algum tipo de abuso sexual durante a infância (Pereda et al., 2009). Embora estes números variem entre países e métodos de recolha, alguns estudos continuam a evidenciar uma prevalência que é preocupante: Barth et al. (2013) indicam que entre 8% e 31% das crianças do sexo feminino e 3% a 17% do sexo masculino experienciam abuso sexual infantil. Mais preocupante ainda é o facto de muitos destes casos nunca serem denunciados, dando mais ênfase ao segredo e ao sofrimento silencioso das vítimas, muitas vezes porque o abuso acontece em casa e por parte de um conhecido (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

### **Abuso sexual infantil por parte de um conhecido**

O abuso sexual infantil cometido por alguém conhecido da vítima é uma das formas mais complexas e devastadoras desta violência. Quando o agressor pertence ao círculo de confiança da criança — seja familiar, afetivo ou institucional —, a experiência traumática adquire uma natureza paradoxal: quem deveria proteger transforma-se na fonte do perigo. A confiança, o vínculo e o sentimento de segurança são quebrados, obrigando a criança a lidar com afetos contraditórios, frequentemente oscilando entre o afeto e o medo, a lealdade e a vergonha.

Infelizmente, é muito comum os abusos sexuais ocorrerem por parte de pessoas que a vítima conhece e, geralmente, até é alguém que a mesma tem carinho. Contrariamente à imagem transmitida por filmes ou notícias — onde o agressor é um desconhecido facilmente identificável —, a realidade mostra que quem abusa são, na maioria das vezes, figuras familiares: pais, padrastos, tios, avós, professores, treinadores ou cuidadores.

Diversos estudos indicam que a maioria dos casos de abuso sexual infantil ocorre em contextos de proximidade. Estima-se que cerca de 90% dos agressores sejam pessoas conhecidas da vítima, incluindo familiares, cuidadores, vizinhos ou figuras de autoridade com quem a criança convive regularmente (RAINN, 2024).

Entre as diferentes formas de abuso cometido por conhecidos, o abuso intrafamiliar — ou incestuoso — é considerado como sendo o mais prolongado e destrutivo. O termo “incesto” é entendido, segundo Matias (2006), como “qualquer relação de carácter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente, entre um adolescente e uma criança, ou ainda entre adolescentes, onde existe uma ligação familiar, direta ou não, ou mesmo apenas uma relação de responsabilidade” (p. 296). Pfeiffer e Salvagni (2005) acrescentam que este tipo de violência tende a ocorrer em contextos familiares aparentemente estáveis, o que contribuiu para o seu disfarce e manutenção ao longo do tempo.

O incesto não se limita, apenas, à relação entre pai e filha. Pode envolver outras relações — entre irmãos, tios e sobrinhas, padrastos e enteadas, ou mesmo entre mães e filhos — e geralmente ocorre em famílias com dinâmicas disfuncionais, onde se verifica alguma negligência e violência emocional. Pfeiffer e Salvagni (2005) sublinham que o segredo é o que, geralmente, mantém o equilíbrio doméstico, funcionando como uma forma de sobrevivência coletiva.

No plano psicológico, este tipo de violência afeta profundamente o desenvolvimento emocional e sexual. A criança que cresce num ambiente onde o amor

e o abuso coexistem interioriza mensagens contraditórias: aprende que o afeto pode ser doloroso e que a obediência é uma forma de preservar o vínculo. Este padrão pode repetir-se na vida adulta, dificultando a construção de relações saudáveis e o reconhecimento de limites.

Assim, podemos dizer que o abuso sexual cometido por conhecidos revela não apenas uma falha individual, mas também uma falha relacional e sistêmica. A fronteira entre afeto e poder, que devia ter como objetivo proteger a criança, é violada e distorcida. A psicanálise ajuda-nos a compreender as consequências internas deste processo — a culpa, a dissociação, o silêncio. Deste modo, compreender o incesto implica ir para além da descrição clínica, passa também por reconhecer que o trauma não pertence apenas ao sujeito, mas a uma rede de relações e significados que o ultrapassam.

Ou seja, o abuso sexual cometido por alguém próximo, mostra o lado mais difícil e confuso deste tipo de violência: a mistura entre o amor e o controlo. Esta contradição, que acontece dentro das próprias relações de afeto, ajuda a perceber porque é que este trauma é tão complexo e tão difícil de ultrapassar. A sua compreensão deve, então, ter em conta tanto a dimensão psicológica da vítima como o contexto familiar e social que contribui para o silêncio e a manutenção do abuso.

## **Saúde mental e possíveis impactos**

A análise do abuso sexual cometido por conhecidos revelou a profundidade das feridas emocionais quando o agressor é alguém em quem a criança confia. Esta experiência — marcada pela violação da intimidade e da confiança — deixa marcas duradouras.

O capítulo anterior, centrado na proximidade entre a vítima e o agressor, permite agora aprofundar os efeitos psicológicos que resultam dessas experiências traumáticas. Importa compreender não apenas as manifestações clínicas, mas também os processos através dos quais o trauma é interiorizado e expresso ao longo da vida.

Compreender o impacto do abuso sexual infantil exige uma abordagem que integre diferentes perspectivas — psicológica, social e psicanalítica. Deste modo, o modelo ecológico de Belsky (1980) permite perceber como fatores individuais (como o género), familiares e socioculturais se relacionam na resposta ao trauma. Já a leitura psicanalítica ajuda a explorar as dimensões mais internas da experiência, como o silêncio, a dissociação e os mecanismos de defesa que se formam após o abuso.

Grande parte dos estudos que exploram os efeitos imediatos do abuso baseiam-se em desenhos transversais, que permitem identificar associações entre o abuso e sintomas físicos ou emocionais no momento da avaliação, sem necessariamente estabelecer alguma causalidade. Assim, a curto prazo, são recorrentes os sintomas físicos como dores abdominais, cefaleias, alterações do sono e apetite, bem como manifestações somáticas que não são especificadas (ACOG, 2011; Nelson et al., 2012). No plano emocional, surgem medo, ansiedade, vergonha, confusão e crises de choro, associadas a uma sensação de perda de controlo e violação da intimidade psíquica (Jaffee & Maikovich-Fong, 2011). Ainda que estas investigações forneçam dados valiosos sobre a prevalência sintomática, a sua natureza transversal limita a possibilidade de estabelecer relações causais diretas.

A resposta subjetiva ao abuso varia consoante fatores como a idade da vítima, a duração e gravidade do abuso, o tipo de relação com o agressor e a presença de apoio afetivo (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022). Ao contrário dos estudos transversais, os estudos longitudinais permitem acompanhar as vítimas ao longo do tempo, apresentando não só a persistência das perturbações emocionais e sexuais, mas como também fatores de resiliência que ajudam na recuperação. Adultos vítimas de abuso sexual infantil apresentam taxas elevadas de depressão, perturbação de stress pós-traumático (PTSD), ideação suicida, dissociação e comportamentos autodestrutivos (Allnock et al., 2019; Rusu et al., 2022). Além disso, verificam-se alterações cognitivas

significativas, sobretudo na memória verbal, atenção e funções executivas (Irigaray et al., 2013).

Um aspecto central na compreensão do trauma é a forma como a experiência é comunicada ou silenciada. O silêncio — muitas vezes imposto pela família ou pelo medo de que a vítima tem de as pessoas à sua volta não acreditarem nela — impede a assimilação emocional e contribui para que o trauma se mantenha ativo ao longo dos anos. A ausência de verbalização reforça sentimentos de culpa e vergonha, e pode levar a manifestações somáticas, compulsões ou dificuldades nas relações íntimas.

As respostas ao trauma variam também de acordo com o género e a idade. As mulheres tendem a apresentar sintomas internalizados, como depressão, retraimento e hipoatividade sexual; os homens, por sua vez, manifestam respostas mais externalizadas, como impulsividade, abuso de substâncias ou hipersexualidade (Selič & Jug, 2025; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Apesar das consequências graves, alguns fatores podem ajudar a minimizar o impacto do trauma, nomeadamente a presença de figuras de apoio, a validação das emoções e o acesso a acompanhamento psicológico. Estes elementos favorecem processos de resiliência e permitem reorganizar o sentido da experiência, reduzindo o risco de perpetuação dos sintomas.

Autores como Winnicott (1960) ajudam a compreender as perturbações emocionais decorrentes do abuso no contexto das relações de vinculação. O autor defende que o desenvolvimento saudável depende da existência de um ambiente afetivo seguro e empático. Quando o agressor é uma figura cuidadora, esta segurança é destruída, originando sentimentos de abandono e desconfiança. O sujeito pode desenvolver uma espécie de “falso self” como defesa, procurando esconder a dor e preservar uma imagem de normalidade.

Estas dinâmicas ajudam a compreender o porquê de muitos sobreviventes apresentarem dificuldades de vinculação, evitamento afetivo e problemas na expressão da sexualidade. O trauma não se limita, portanto, ao evento em si: estende-se aos contextos afetivos e relacionais que o antecedem e perpetuam.

Ou seja, as consequências do abuso sexual infantil são variadas e interdependentes, e passam por aspetos físicos, emocionais, cognitivos e relacionais que se relacionam entre si e ao longo do tempo. A gravidade dos efeitos depende não só do tipo de abuso, mas também da forma como a experiência é compreendida e apoiada pelo contexto envolvente. Reconhecer esta complexidade é essencial para se perceber que, apesar das dificuldades que aparecem devido ao trauma, a recuperação é possível quando existe apoio emocional, escuta ativa e acompanhamento psicológico adequado.

## Sexualidade Traumática

A análise dos impactos do abuso sexual não pode deixar de lado a dimensão sexual propriamente dita, sobretudo quando se observam, na vida adulta, manifestações clínicas marcadas por comportamentos compulsivos ou, pelo contrário, por uma inibição. Depois de refletir sobre as implicações do abuso ao nível da saúde mental e das alterações emocionais e cognitivas, importa também perceber de que forma o trauma sexual vivido na infância pode influenciar a experiência da sexualidade, não apenas enquanto comportamento, mas como uma experiência que envolve emoções, relações e identidade.

O conceito de sexualidade traumática refere-se à forma como o trauma precoce, especialmente de natureza sexual, pode voltar a manifestar-se mais tarde nas experiências sexuais do indivíduo. Este conceito é relevante em contextos onde, durante a atividade sexual na vida adulta, a pessoa sente que está a reviver o trauma — mesmo em situações em que consentiu o ato. Gewirtz-Meydan e Lassri (2022) explicam que, em muitos casos, o corpo e a mente permanecem presos a essas memórias, o que faz com que situações sexuais consensuais possam reativar recordações dolorosas ligadas ao trauma original.

Para compreender melhor esta relação, o modelo das Dinâmicas Traumagénicas de Finkelhor e Browne (1985) continua a ser uma das principais referências. Este modelo propõe quatro dimensões centrais que ajudam a explicar o impacto do abuso sexual infantil: a traição, que ocorre quando o agressor é alguém em quem a criança confia, acabando, então, com a sensação de segurança, o que origina uma confusão entre o afeto e a violência (Guyon et al., 2021); a sexualização traumática, que se traduz em atitudes e comportamentos sexuais precoces e desajustados, muitas vezes acompanhados por confusão sobre o corpo e o prazer (Coffey et al., 2019); a estigmatização, associada a sentimentos duradouros de vergonha e culpa que, mais tarde, podem surgir sob a forma de crenças disfuncionais, como “não mereço prazer” ou “o sexo é perigoso” (Coffey et al., 2019); e, por fim, a impotência, que remete para a sensação de falta de controlo sobre o corpo e sobre o que acontece, frequentemente reativada em situações de intimidade (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020).

No plano emocional, a sexualidade pode tornar-se numa atividade de elevada ansiedade, marcada por sentimentos de vulnerabilidade, repulsa, aversão ao toque, dissociação e flashbacks — sobretudo quando surgem estímulos que funcionam como

gatilhos da memória traumática (Staples et al., 2012; Bird et al., 2014). Do ponto de vista comportamental, estes efeitos podem expressar-se sob a forma de evitamento sexual, submissão relacional, impulsividade, promiscuidades compensatórias ou, em alguns casos, dissociação emocional durante o ato sexual (Classen et al., 2001; Vaillancourt-Morel et al., 2016).

A literatura psicanalítica tem procurado atribuir algum sentido simbólico a estas expressões, referindo que o corpo acaba por se tornar num espaço onde o trauma é revivido. Alguns autores como Briere (2011) e Walker (2013) observaram que algumas vítimas desenvolvem comportamentos de submissão ou de controlo sexual como formas inconscientes de tentar manter o vínculo ou evitar o abandono. Nesses casos, o prazer e o perigo acabam por serem confundidos, e a sexualidade transforma-se num modo de defesa emocional, mais do que de partilha e desejo.

De forma a sustentar estas informações, as teorias de incorporação somática do trauma (Ensink et al., 2016; van der Kolk, 2014) sublinham como a memória traumática permanece registada no corpo, especialmente em sistemas sensoriais e motores, sendo reativada por toques, cheiros, sons ou posições corporais específicas. A dissociação somática, as reações de congelamento ou de submissão durante o sexo são interpretadas como manifestações implícitas de uma memória traumática não simbolizada.

É importante também salientar a dimensão interpessoal do trauma sexual. As vítimas de abuso sexual infantil referem, muitas vezes, que têm dificuldades em confiar nos parceiros e que têm medo da rejeição ou abandono (Maltz, 1988). Em alguns casos, a figura do agressor é projetada inconscientemente no parceiro atual, o que pode provocar distanciamento afetivo ou comportamentos de controlo (O'Driscoll & Flanagan, 2016). As manifestações da sexualidade traumática não são iguais para todos. Alguns estudos indicam que as mulheres têm alguma tendência a apresentar mais evitamento e ansiedade sexual, enquanto os homens mostram maior propensão para impulsividade e dissociação emocional (Vaillancourt-Morel et al., 2016; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

As manifestações de sexualidade traumática não são homogéneas e podem variar consoante o sexo da vítima. Alguns estudos apontam para a ideia de que as mulheres têm uma maior tendência a desenvolver padrões de evitamento, ansiedade sexual e anorgasmia, enquanto os homens mostram uma maior propensão para a dissociação emocional e condutas de risco (Vaillancourt-Morel et al., 2016a; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Uma melhor compreensão do tema da sexualidade traumática, através de modelos integrativos, permite aprofundar a compreensão teórica do trauma, e ajudar a construir práticas clínicas que sejam mais adequadas às necessidades das vítimas.

A partir desta revisão, torna-se possível compreender as variáveis principais deste estudo. As variáveis hipoatividade sexual e impulsividade sexual são aqui compreendidas como sendo possíveis respostas a experiências de abuso sexual na infância. A hipoatividade traduz-se numa diminuição do desejo e numa maior dificuldade em lidar com a intimidade, frequentemente associada a sentimentos de medo, vergonha ou culpa. Já a impulsividade sexual pode representar uma forma de tentativa de controlo ou compensação emocional, expressa através da procura excessiva de estimulação ou de comportamentos sexuais desregulados.

Assim, este estudo procura analisar se estas tendências — hipoatividade e impulsividade — se manifestam de forma distinta entre adultos com e sem historial de abuso sexual infantil, e se o sexo tem influência nesta relação.

## Abuso sexual e Disfunções sexuais

A sexualidade traumática não termina com a experiência do abuso, muitas vezes prolonga-se, de forma silenciosa, em alturas em que o sujeito tenta estabelecer relações afetivas ou sexuais. Este capítulo procura aprofundar a forma como o abuso sexual infantil pode ter repercussões na vida adulta, particularmente ao nível das disfunções sexuais — manifestações discretas, mas que revelam a presença de conflitos internos ainda não resolvidos.

A resposta sexual humana é habitualmente descrita pelos modelos clássicos de Masters e Johnson (1984) e Kaplan (1977) como sendo um ciclo composto por quatro fases — desejo, excitação, orgasmo e resolução. Quando há dificuldades persistentes ou recorrentes em alguma destas fases e estas provocam sofrimento ou mal-estar, estamos perante disfunções sexuais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2022). Entre as mais frequentes e conhecidas, podemos encontrar o desejo sexual hipoativo, a anorgasmia, a disfunção erétil, o vaginismo, a ejaculação precoce e a dor sexual.

Nos indivíduos com historial de abuso sexual infantil, a literatura mostra que estas disfunções são muito mais frequentes (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022). O trauma precoce compromete a relação com o próprio corpo, tornando-o num espaço de ameaça e não de prazer. A partir desta ferida inicial, a sexualidade tende a organizar-se em dois extremos: por um lado, a **inibição**, diminuição do desejo e evita estabelecer intimidade; por outro, a **impulsividade**, procura excessiva de estímulos e dificuldade em controlar o comportamento sexual.

A psicanálise ajuda a compreender estas duas formas de resposta. Freud (1920/2010), ao desenvolver o conceito de **compulsão à repetição**, mostrou como o sujeito, geralmente tende a reviver situações dolorosas que não conseguiu compreender e elaborar. Não se trata de uma vontade de sofrer, mas sim um esforço para voltar a reviver o trauma mas de uma forma a que sinta que controla a situação. Assim, muitos comportamentos sexuais compulsivos podem ser entendidos como esforços inconscientes para recuperar o controlo sobre uma experiência de invasão anterior.

Ferenczi (1932/1998), como já foi referido, aprofunda esta lógica ao introduzir o conceito de “confusão de línguas”, onde explica que a criança comunica através de uma linguagem de ternura, enquanto o adulto responde através de uma linguagem de paixão. Esta descoordenação simbólica impõe à criança um significado sexual que ela não consegue compreender, gerando uma rutura entre o corpo e a mente.

**Bion (1962)** fala da *função alfa*, a capacidade de transformar experiências cruas — sensações, medos ou excitação — em pensamentos que podem ser compreendidos. No abuso sexual, essa função falha: o excesso de estímulo e a ausência de proteção impedem a integração da experiência. O resultado é um corpo que continua a reagir, mesmo quando a mente quer apagar. Já **Lacan (1958/2008)** discute a *forclusão do Nome-do-Pai*, que ocorre quando a figura de autoridade — muitas vezes o próprio agressor — falha no seu papel simbólico. O desejo e o poder confundem-se, e o prazer passa a ser vivido como ameaça. É esta confusão que pode estar na origem de disfunções como o vaginismo, a anorgasmia ou a disfunção erétil, nas quais o corpo se defende do prazer como se este representasse perigo.

Alguns estudos confirmam esta ligação entre trauma e sexualidade. **Gewirtz-Meydan et al. (2023)** encontraram uma forte ligação entre dissociação, vergonha, erotização traumática e culpa persistente. Em muitos destes casos, o sexo deixa de ser uma experiência de partilha e torna-se numa experiência de controlo ou de validação emocional. Também é referido que indivíduos com historial de abuso sexual respondem pior a tratamentos apenas farmacológicos para disfunções sexuais — como os inibidores da PDE5 — quando não existe acompanhamento psicológico (Pulverman et al., 2018). Isto mostra que o tratamento deve ser integrado, envolvendo o corpo, a história e a emoção.

A articulação entre estas perspetivas teóricas permite compreender como o abuso sexual precoce se pode refletir, mais tarde, na vida sexual do adulto. As dinâmicas de diminuição do prazer e de impulsividade descritas pela literatura encontram-se, também, nas variáveis deste estudo — **hipoatividade e impulsividade sexual** —, que procuram traduzir de forma empírica estas duas respostas opostas ao trauma.

Desta forma, esta fundamentação teórica serve não apenas para contextualizar, mas também para compreender se adultos com historial de abuso sexual infantil apresentam níveis diferentes de hipoatividade e impulsividade sexual quando comparados com adultos sem historial, e avaliar se existem diferenças entre sexos nestas manifestações. Assim, a teoria psicanalítica e a evidência empírica acabam por ajudar a sustentar a pertinência da análise destas variáveis, permitindo explorar como o trauma precoce pode influenciar a sexualidade na vida adulta.

## Hipoatividade

A hipoatividade sexual — também conhecida como Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo (PDSH) — corresponde a uma diminuição persistente ou ausência de desejo, fantasias e iniciativa sexual, que causa um sofrimento significativo à própria pessoa e pode afetar negativamente as suas relações interpessoais (APA, 2022). De acordo com alguns estudos, esta disfunção afeta entre 30% a 40% das mulheres e cerca de 15% dos homens em algum momento da sua vida (Kingsberg et al., 2019). Pode ter caráter transitório, situacional ou crônico, sendo importante distingui-las.

A hipoatividade transitória está, geralmente, associada a fatores momentâneos como o stress, cansaço, alterações hormonais (ex.: pós-parto, menopausa) ou mudanças significativas na rotina. Nestes casos, tende a resolver-se apenas com o tempo ou com intervenção mínima. A hipoatividade situacional manifesta-se apenas em determinados contextos, relações, momentos de conflito ou ambientes que são percebidos como inseguros. Já a hipoatividade crônica caracteriza-se por uma ausência persistente e generalizada de interesse sexual, que afeta a maioria das interações e fantasias da pessoa. Esta forma mais duradoura costuma ter causas mais profundas, frequentemente associadas a experiências traumáticas precoces, como o abuso sexual infantil. Nestes casos, o desejo tende a ser bloqueado de forma inconsciente, funcionando como um mecanismo de defesa. A sexualidade passa, então, a ser vivida como algo potencialmente perigoso ou ameaçador (Pulverman et al., 2018; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Do ponto de vista psicodinâmico, a hipoatividade pode ser entendida como uma forma de defesa contra a dor emocional. A vítima, ao associar o prazer à possibilidade de sofrimento, evita inconscientemente o desejo como forma de se proteger. Este bloqueio traduz a dificuldade em associar o desejo à segurança emocional, criando uma espécie de divisão entre o corpo e o afeto.

No plano fisiológico, o abuso sexual infantil pode afetar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, responsável pela resposta ao stress, alterando os níveis de cortisol e interferindo com o funcionamento sexual e a percepção de prazer. (Rellini et al., 2012).

Estas alterações parecem ser mais acentuadas nas mulheres, cuja sexualidade geralmente está mais ligada ao contexto emocional e relacional (Baumeister, 2000). Esta “maior sensibilidade ao contexto” pode torná-las mais vulneráveis aos efeitos do

trauma, uma vez que o desejo depende, em grande parte, de fatores psicológicos e interpessoais.

Segundo Gewirtz-Meydan et al. (2023) muitas mulheres com historial de abuso sexual, referem que vivem a sexualidade como sendo uma obrigação ou uma forma de evitar conflitos com o parceiro, o que está, frequentemente, acompanhado por sentimentos de culpa e desconexão emocional. O corpo deixa de ser um espaço de prazer e passa a estar relacionado com tensão, vergonha, dissociação e dificuldade em sentir-se prazer durante o ato sexual.

No sexo masculino, o impacto do abuso sexual infantil pode aparecer de forma diferente. Em vez de uma diminuição do desejo, é comum observar-se uma repressão emocional ou a transformação do desejo em hipersexualidade defensiva — uma tentativa inconsciente de provar que tem controlo perante as situações, devido à vulnerabilidade que foi sentida no passado. Ainda assim, alguns estudos longitudinais evidenciam que homens que foram vítimas de abuso sexual também podem desenvolver padrões de hipoatividade. (Holmes & Slap, 1998; Meston et al., 2006; Latiff et al., 2024).

Quando se introduz a variável da orientação sexual, a investigação ainda é limitada, mas alguns autores referem que pessoas LGBTQ+ que sofreram abuso sexual infantil enfrentam desafios adicionais. O trauma pode interferir com o processo de aceitação da identidade sexual e aumentar o evitamento do desejo ou o aparecimento de comportamentos dissociativos durante o contacto íntimo (Vaillancourt-Morel et al., 2022).

## Impulsividade

Depois de ter sido explorada a hipoatividade sexual como uma manifestação de inibição traumática do desejo, torna-se importante abordar o seu oposto: a impulsividade sexual. Apesar de, à primeira vista, parecerem fenômenos completamente opostos, ambos podem ter origem nas mesmas experiências precoces de abuso, no entanto, a diferença entre os mesmos reside na forma como o trauma é processado, enquanto algumas pessoas bloqueiam o desejo para se proteger, outras expressam-no de forma desorganizada e difícil de controlar.

A impulsividade sexual não deve ser confundida com um desejo intenso, mas compreendida como sendo um comportamento desorganizado e que é difícil de controlar, normalmente marcado pela urgência, falta de controle, sentimentos de vazio e ausência de ligação emocional (Vaillancourt-Morel et al., 2016). Esta resposta é frequente em pessoas que foram vítimas de abuso sexual na infância, sobretudo quando esse abuso foi experienciado através de relações de poder ou em contexto familiar. (Grubbs et al., 2020; Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Atualmente, o abuso sexual precoce é reconhecido como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de perturbações de desejo e comportamentos sexuais desadequados (Rellini et al., 2012). Quando a sexualidade é experienciada precocemente como violência ou invasão, o corpo tende a relacionar o prazer com sofrimento, o que mais tarde se reflete em expressões confusas relativamente à sexualidade. (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Nestes casos, o corpo deixa de ser um espaço de prazer e passa a ser usado como uma forma de regulação emocional, ou seja, uma tentativa de aliviar o sofrimento.

É importante saber distinguir a impulsividade sexual de outros conceitos semelhantes, como a **compulsividade sexual** e a **hipersexualidade**, ainda que estas possam coexistir. A impulsividade sexual manifesta-se através de comportamentos que não são planeados, motivados por tensão emocional e geralmente seguidos de arrependimento. (Reed et al., 2022). A compulsividade sexual passa por rituais repetitivos que funcionam como mecanismo de defesa, para aliviar a ansiedade. (Kraus et al., 2016). Já a hipersexualidade corresponde a um padrão persistente de desejo e comportamentos sexuais excessivos, geralmente acompanhados de sofrimento e perda de controlo (Kraus et al., 2018; WHO, 2019).

Do ponto de vista psicanalítico, estes comportamentos podem ser interpretados como formas de *acting out*, ou seja, tentativas inconscientes de reviver o trauma para procurar dominá-lo (Freud, 1920/2010). A impulsividade sexual surge, assim, como um paradoxo: é simultaneamente uma defesa e uma repetição, uma forma de evitar a dor emocional, mas que mantém o trauma ativo.

Alguns estudos referem que este padrão, geralmente, se manifesta em comportamentos de risco, por exemplo o início precoce da vida sexual, elevada rotatividade de parceiros, consumo excessivo de pornografia e procura constante de experiências de risco ou intensas (Seidman, 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2016). Mais do que a procura de prazer, trata-se de uma tentativa de organizar emoções difíceis ou de evitar o contacto afetivo (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

O consumo excessivo de pornografia, em particular, tem sido identificado como uma forma de evitar a intimidade, permitindo manter o controlo total sobre a situação sexual que está a decorrer. (Grubbs et al., 2020). Nestas situações, o prazer é substituído pela *performance*, e o contacto emocional é, muitas vezes, inexistente.

Ou seja, nestas situações o comportamento sexual deixa de ser uma expressão de desejo e passa a funcionar como uma tentativa de lidar com o trauma. A repetição de relações ocasionais, o consumo obsessivo de pornografia ou a procura constante de estímulos intensos indicam, na verdade, uma dificuldade em estabelecer uma relação segura com o corpo e com o outro.

## Problema, Questões e Hipóteses de Investigação

A análise teórica apresentada nos capítulos anteriores mostrou que o abuso sexual infantil, especialmente quando acontece em contexto familiar, tem um impacto profundo e duradouro na saúde mental e na experiência da sexualidade na idade adulta. A natureza relacional deste tipo de abuso — que passa pela perda de confiança e a confusão entre afeto e agressão acaba por lhe dar uma carga traumática que pode ser considerada mais pesada. Este tipo de experiência está frequentemente associado a dificuldades que estão ligadas ao desejo, prazer e relações afetivas.

Apesar de existirem diferentes estudos que demonstram a ligação entre o abuso sexual precoce e as alterações na sexualidade, ainda há poucas evidências que comparem as diferenças entre as vítimas e não vítimas, e que tenham em atenção o impacto do género do indivíduo.

Com base no enquadramento apresentado, o presente estudo procura compreender de que forma o abuso sexual na infância pode influenciar a expressão da sexualidade na idade adulta, tendo em conta as duas dimensões principais deste estudo: a hipoatividade sexual e a impulsividade sexual. Estas duas perspetivas ajudam a abordar a sexualidade traumatizada de forma mais completa, ou seja, não apenas como a ausência ou diminuição de prazer, mas também como uma tentativa de compensação e de controlo perante uma experiência que é marcada pela invasão e insegurança.

Deste modo, o problema principal de investigação pode ser formulado da seguinte forma: *De que modo o abuso sexual infantil pode influenciar a expressão da sexualidade na idade adulta, em particular ao nível da hipoatividade e da impulsividade sexual?*

A partir desta questão principal, foram definidas três questões de investigação mais específicas:

- Existem diferenças significativas nos níveis de hipoatividade sexual entre adultos vítimas e não vítimas de abuso sexual infantil?
- Existem diferenças significativas nos níveis de impulsividade sexual entre adultos vítimas e não vítimas de abuso sexual infantil?
- O género dos participantes tem impacto na relação entre o historial de abuso sexual infantil e a expressão da sexualidade adulta (hipoatividade e impulsividade sexual)?

Com base nestas questões, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- **H1:** Os adultos que sofreram abuso sexual na infância apresentam níveis mais elevados de impulsividade sexual do que os adultos que não sofreram qualquer tipo de abuso.
- **H2:** Os adultos que sofreram abuso sexual na infância apresentam níveis mais elevados de hipoatividade sexual do que os adultos que não sofreram qualquer tipo de abuso.
- **H3:** O género tem impacto na relação entre o abuso sexual e as disfunções sexuais, sendo esperado que as mulheres apresentem maior tendência para desenvolver hipoatividade sexual, enquanto os homens maior tendência para desenvolver impulsividade sexual.

Estas hipóteses são origem da revisão teórica desenvolvida anteriormente e orientam a análise empírica apresentada nos capítulos seguintes. Assim, espera-se conseguir garantir uma relação entre os conceitos abordados, os objetivos do estudo e os dados a analisar.

## Método

### Participantes:

O presente estudo contou, inicialmente, com a participação de 135 indivíduos. No entanto, apenas 70 participantes preencheram integralmente o questionário e validaram a sua participação, fornecendo respostas que foram consideradas elegíveis para a análise. Assim, a amostra final é composta por 70 sujeitos.

Foram definidos como critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) residir em território português; (3) aceitar voluntariamente participar no estudo, após a leitura e concordância com o consentimento informado; e (4) independentemente de terem ou não historial de abuso sexual, dado que o objetivo do estudo é comparar vítimas e não vítimas em indicadores de funcionamento psicossocial e sexual.

Foram excluídos: (1) participantes que não completaram integralmente o questionário; (2) respostas incoerentes ou contraditórias; (3) sujeitos que não assinalaram o consentimento informado; e (4) um participante do sexo masculino que, apesar de iniciar o questionário, expressou desinteresse em continuar.

A amostra final é composta por 42 mulheres (60%) e 28 homens (40%). As idades variaram entre os 18 e os mais de 50 anos, com uma média de idade (M) de 28,5 anos e um desvio padrão (DP) de 10,5 anos, refletindo uma amostra predominantemente jovem, mas com alguma heterogeneidade etária.

### Distribuição por faixas etárias:

- 18–24 anos: 35 participantes (50%)
- 25–30 anos: 20 participantes (28,6%)
- 31–40 anos: 5 participantes (7,1%)
- 41–50 anos: 5 participantes (7,1%)
- Mais de 50 anos: 5 participantes (7,1%)

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes encontrava-se solteira (n = 58; 82,9%). Todos os sujeitos residiam em Portugal no momento da recolha de dados, e a maioria era de nacionalidade portuguesa.

Apesar de o tamanho da amostra ser reduzido, este valor é comum em estudos exploratórios que abordam temas sensíveis, como o abuso sexual infantil e a saúde mental. No entanto, é possível reconhecer que a dimensão limitada da amostra é vista como sendo uma limitação estatística, o que acaba por restringir a generalização dos resultados, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

Para evitar enviesamentos de seleção e alcançar diversidade sociodemográfica, o questionário foi divulgado exclusivamente através de redes sociais e grupos digitais. A participação foi voluntária, anónima e não remunerada. A recolha de dados decorreu na plataforma Qualtrics, configurada para não recolher dados identificáveis, garantindo o cumprimento dos princípios de ética e confidencialidade.

Instrumentos:

Foi utilizado um questionário sociodemográfico elaborado especificamente para o presente estudo, desenvolvido pela investigadora, com o objetivo de recolher apenas as informações necessárias.

Este instrumento permitiu obter informações relativamente ao sexo, nacionalidade, estado civil, compreensão do conceito de abuso sexual (foi feita, inicialmente, uma breve explicação do conceito), experiência pessoal de abuso sexual (sim/não), faixa etária em que se deu a experiência (caso tenha ocorrido), relação com o agressor (ex: familiar, conhecido, desconhecido), e, por fim, se a experiência foi partilhada com alguém.

A construção deste questionário seguiu as recomendações metodológicas para investigação em temáticas sensíveis, procurou respeitar os princípios éticos da confidencialidade, com atenção especial à linguagem e relevância dos dados recolhidos, conforme sugerido por autores como Fontes e Plummer (2010), que destacam a importância de instrumentos adaptados ao contexto de investigação em experiências traumáticas.

### **Escala de Inibição Sexual e Excitação Sexual (SIS/SES) – Versão Portuguesa**

Para avaliar os níveis de excitação e inibição sexual dos participantes, foi utilizada a **Escala de Inibição Sexual e Excitação Sexual (SIS/SES)**, originalmente desenvolvida por Janssen e Bancroft (2002) no contexto do *Kinsey Institute*, e adaptada para a população portuguesa por Quinta-Gomes et al. (2018). Esta escala parte do modelo de controlo dual da resposta sexual humana, que propõe que o comportamento sexual resulta do equilíbrio entre dois sistemas: um que estimula e outro que inibe a resposta sexual.

A versão portuguesa da SIS/SES é composta por 45 itens, organizados em três subescalas:

- **SES – Excitação Sexual:** avalia a facilidade com que o indivíduo se sente sexualmente estimulado, seja por fatores internos (ex. pensamentos, fantasias) como externos (ex. estímulos visuais, contacto físico);
- **SIS1 – Inibição Sexual por Ameaça de Desempenho:** mede o impacto da ansiedade relacionada com o desempenho sexual;
- **SIS2 – Inibição Sexual por Ameaça de Consequências Negativas:** avalia o medo de possíveis consequências negativas da atividade sexual (gravidez indesejada, doenças, julgamentos, etc.).

Cada item é respondido numa escala de Likert de 4 pontos, que varia entre 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente). As pontuações são somadas em cada subescala, resultando em três valores distintos que indicam, respetivamente, a predisposição do participante para a excitação sexual (SES) e para os dois tipos de inibição sexual (SIS1 e SIS2).

É importante referir que existem duas versões distintas do questionário SIS/SES: uma direcionada ao sexo masculino e outra ao sexo feminino. As versões são semelhantes, mas apresentam algumas alterações nos itens para refletir as especificidades das experiências sexuais de homens e mulheres, procurando garantir relevância contextual, precisão linguística e validade psicométrica.

Estudos psicométricos sobre a versão portuguesa da escala demonstram bons índices de consistência interna, com valores de alfa de Cronbach superiores a 0.70 em todas as subescalas. A SIS/SES é, geralmente, utilizada em investigações sobre sexualidade, sendo uma ferramenta válida e fiável para o estudo de diferenças individuais na resposta sexual, incluindo diferenças de género, disfunções sexuais e saúde sexual em geral.

#### Escala de Procura de Sensações Sexuais (SSSS)

Para avaliar a tendência dos participantes para procurar experiências sexuais novas, intensas e variadas, foi utilizada a Escala de Procura de Sensações Sexuais (SSSS), desenvolvida por Kalichman e Rompa (1995). Esta escala foi adaptada para a

população portuguesa por Santos et al. (2017) , mantendo todas as propriedades psicométricas adequadas.

A **SSSS** é composta por 11 itens, avaliados numa escala de Likert de 4 pontos, variando de 1 (discordo completamente) a 4 (concordo completamente). Os itens abordam comportamentos e atitudes relacionados com a excitação sexual intensa e a procura inconsciente de novas experiências, como por exemplo: "*Gosto de tornar as minhas experiências sexuais o mais emocionantes possível.*"

A pontuação total é obtida pela soma dos itens, sendo que os valores mais elevados indicam uma maior tendência para a procura de sensações sexuais. Esta característica está associada a comportamentos sexuais impulsivos ou de risco, sendo relevante para compreender padrões de comportamento sexual em diferentes populações.

A versão portuguesa da **SSSS** demonstrou boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,789, e uma estrutura fatorial adequada, validada através de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias.

## Procedimento:

Numa fase inicial, foi solicitado e obtido o consentimento dos autores responsáveis pelas versões portuguesas das escalas SIS/SES (Quinta-Gomes et al., 2018) e SSSS (Santos et al., 2017), de forma a garantir a utilização ética e científica dos instrumentos. Após o consentimento dos mesmos, deu-se o desenvolvimento do questionário final, onde foi incluído uma introdução ao tema, informações relativas à confidencialidade e anonimato dos participantes, o questionário sociodemográfico e as duas escalas principais utilizadas na investigação: a Escala de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES) e a Escala de Procura de Sensações Sexuais (SSSS).

A recolha de dados foi feita exclusivamente em formato online, com uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, através de um link anónimo, criado na plataforma de formulários digitais (Qualtrics) e o link foi partilhado nas redes sociais.

A participação no estudo foi totalmente voluntária, sendo garantidos desde o início o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi explicado de forma clara o objetivo da investigação, o facto de a participação ser opcional e ser possível desistir a qualquer momento e o tratamento ético e confidencial das informações fornecidas.

Após aceitarem participar no estudo, os participantes foram reencaminhados para o questionário sociodemográfico (Anexo B), seguido da secção sobre experiências de abuso sexual (Anexo B1) e, por fim, aos instrumentos psicométricos referidos. O tempo estimado de preenchimento andava à volta dos 10 a 15 minutos.

A recolha de dados decorreu ao longo de um mês, sendo que apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e residentes em Portugal é que podiam responder, uma vez que tinham de corresponder aos critérios de inclusão. Tendo em consideração a sensibilidade temática, não foi realizado qualquer tipo de incentivo à participação, assegurando-se que a motivação dos participantes estivesse de acordo com o propósito científico e ético da investigação.

Apesar das vantagens da recolha de dados online — como o alcance rápido, a confidencialidade e a facilidade de acesso —, é importante reconhecer que utilizar as redes sociais para este fim, também pode trazer limitações, como enviesamentos metodológicos relevantes. Geralmente atrai participantes com maior disponibilidade

digital e temporal, o que pode fazer com que grupos menos ativos na internet não consigam responder ao questionário, como pessoas mais idosas ou com menor escolaridade. Outro fator é a ausência de controlo sobre quem visualiza e responde ao inquérito, isto impossibilita a obtenção de uma amostra probabilística, limitando a generalização dos resultados à população em geral.

Outro fator a considerar passa pelo comprimento do questionário, que pode originar fadiga ou desatenção nos participantes, sobretudo nas secções finais. Esta possibilidade de cansaço cognitivo pode afetar a qualidade e a consistência das respostas, sobretudo em temas emocionalmente exigentes como o abuso sexual e a sexualidade.

## Resultados

A presente investigação seguiu uma abordagem quantitativa, com um desenho transversal e de natureza correlacional, tendo como principal objetivo perceber de que forma as experiências precoces de abuso sexual infantil podem influenciar o desenvolvimento de disfunções sexuais na idade adulta, mais especificamente padrões de hipoatividade e impulsividade sexual.

A análise estatística foi conduzida com o recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 27. Inicialmente, foi realizada uma caracterização da amostra e das variáveis em estudo, com recurso a estatísticas descritivas: médias, desvio padrão, intervalos de confiança e frequências, o que permitiu ter uma visão inicial da distribuição dos dados.

A fiabilidade interna das escalas foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach, de forma a assegurar que todos os instrumentos utilizados apresentavam consistência interna adequada. Todas as subescalas revelaram coeficientes superiores ao valor de referência de .70, conforme proposto por Marôco (2018), o que indica uma boa estabilidade interna dos itens avaliados.

Tendo em conta o tamanho da amostra e o Teorema do Limite Central (Marôco, 2018), optou-se por aplicar testes paramétricos, uma vez que são mais completos e eficazes na deteção de efeitos reais. Sendo que o nível de significância adotado foi de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

No que toca ao objetivo principal do estudo, este consistiu em explorar a relação entre o histórico de abuso sexual infantil e as possíveis diferenças nos níveis de disfunção sexual, foram, então, realizadas análises comparativas através de testes T para amostras independentes e, nos casos com mais de dois grupos, de ANOVA univariada (One-Way ANOVA), com os respetivos testes post hoc (Tukey HSD), sempre que se verificaram diferenças significativas. Estas análises permitiram comparar as médias das pontuações nas escalas de disfunção sexual consoante a presença ou não de um historial de abuso sexual.

De forma a se verificar se os padrões de hipoatividade (inibição sexual) ou impulsividade (procura de sensações sexuais) se manifestam de forma relevante entre

vítimas de abuso sexual infantil, foi utilizado o Teste T para amostras emparelhadas (Paired-Samples T Test), para ser possível comparar as pontuações médias das subescalas dentro do mesmo grupo de participantes.

Para além disso, de modo a verificar a existência de relações lineares entre as diferentes dimensões da resposta sexual, foi utilizada a correlação de Pearson. A interpretação dos valores de correlação seguiu os critérios propostos por Cohen (1988), considerando valores entre .10 e .29 como fracos, entre .30 e .49 como moderados e valores iguais ou superiores a .50 como fortes.

Por fim, foram exploradas diferenças entre sexo nas respostas às escalas de disfunção sexual, utilizando novamente o Teste T de Student para amostras independentes, com o objetivo de perceber se determinados padrões — como hipoatividade ou impulsividade sexual — ocorrem com maior frequência no sexo feminino ou masculino.

Todos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos — nomeadamente normalidade, homogeneidade de variâncias e escala de medição adequada — foram verificados previamente.

### *Experiências de Abuso Sexual e Disfunções Sexuais*

Com base nos dados recolhidos, foi analisada a relação entre o historial de abuso sexual infantil (ASI) e duas dimensões da resposta sexual: a hipoatividade sexual (avaliada através da subescala de Inibição Sexual por Ameaça de Desempenho - SIS1) e a impulsividade sexual (avaliada através da Escala de Procura de Sensações Sexuais - SSSS).

Com o objetivo de analisar se as diferenças observadas nas médias dos níveis de hipoatividade e impulsividade sexual seriam estatisticamente significativas em função do historial de abuso sexual infantil, foi realizada uma análise de variância univariada (One-Way ANOVA). Esta análise teve como variável independente a perceção dos participantes sobre terem, ou não, experienciado abuso sexual infantil (com três níveis: “Sim”, “Não sei bem” e “Não”), e como variáveis dependentes os valores obtidos nas

subescalas IHS\_Total (Inibição Sexual por Ameaça de Desempenho) e SS\_Total (Procura de Sensações Sexuais).

### *Inibição Sexual (IHS\_Total)*

Como podemos ver na *Tabela 1*, os participantes que afirmaram ter sofrido abuso sexual (“Sim”) apresentaram a média mais elevada de inibição sexual ( $M = 2.622$ ;  $DP = 0.13072$ ), comparativamente aos participantes que disseram “Não sei bem” ( $M = 2.611$ ;  $DP = 0.18365$ ) e, por fim, aos que afirmaram não ter sido vítimas ( $M = 2.476$ ;  $DP = 0.20172$ ). Esta variação sugere uma possível tendência para níveis mais elevados de inibição sexual entre os indivíduos com historial de abuso sexual, ainda que sem significância estatística robusta.

A análise ANOVA revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $F(2, 67) = 3.568$ ;  $p = .034$ ), o que indica uma associação entre abuso sexual e maior ansiedade de desempenho, evitação da intimidade e sentimentos de vergonha ou culpa em contexto sexual (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022; Rellini, 2008). No entanto, dada a dimensão reduzida da amostra e o desequilíbrio entre grupos, estes resultados devem ser interpretados com cuidado, funcionando sobretudo como indicadores exploratórios.

Estes resultados sugerem que o trauma precoce está associado, de forma significativa, a maiores níveis de inibição da resposta sexual, sobretudo ao nível do desejo e da ansiedade de desempenho.

### *Impulsividade Sexual (SS\_Total)*

Relativamente à procura de sensações sexuais, observou-se um padrão inverso. Como podemos ver na *Tabela 1*, os participantes que afirmaram não ter sido vítimas de abuso apresentaram a média mais elevada ( $M = 2.715$ ;  $DP = 0.384$ ), seguidos dos que indicaram “Não sei bem” ( $M = 2.616$ ;  $DP = 0.523$ ), sendo os participantes vítimas de abuso sexual (“Sim”) os que apresentaram a média mais baixa de impulsividade sexual ( $M = 2.581$ ;  $DP = 0.252$ ).

Embora este padrão possa parecer o contrário relativamente à literatura que associa o abuso sexual à impulsividade sexual (Grubbs et al., 2020; Vaillancourt-Morel et al., 2016), **as diferenças observadas não atingiram significância estatística** ( $F(2, 67) = 0.669$ ;  $p = 0.516$ ). Assim, estes resultados devem ser entendidos como tendências descritivas que apontam para a complexidade das respostas sexuais ao trauma, mas não permitem inferências generalizáveis.

Ainda assim, o padrão descritivo observado é coerente com autores como Pulverman et al. (2018), que defendem que o abuso sexual infantil não produz uma resposta única, mas múltiplas trajetórias de adaptação — que podem incluir tanto a inibição como a desregulação sexual. Assim, os dados obtidos sugerem, de forma meramente exploratória, que em alguns indivíduos o trauma pode estar associado a mecanismos de defesa de natureza inibitória, como a dissociação ou o retraimento afetivo, tal como descrito na literatura psicanalítica (Ferenczi, 1932/1998; Gewirtz-Meydan et al., 2023).

Tal como observado anteriormente, a análise ANOVA (*Tabela 2*) revelou que as diferenças não atingiram significância estatística ( $F(2, 67) = 0.669$ ;  $p = 0.516$ ). No entanto, os dados reforçam a leitura teórica da heterogeneidade das respostas sexuais ao trauma, conforme discutido por Pulverman et al. (2018), que salientam que não existe uma resposta padrão ao abuso sexual infantil, mas sim padrões opostos ou alternados de inibição e impulsividade, consoante as estratégias defensivas ativadas pelo sujeito.

Os resultados obtidos neste estudo parecem alinhar-se com a perspectiva de que o abuso sexual na infância pode influenciar a sexualidade na vida adulta de formas diversas — seja por retraimento, ou por *acting out* —, sendo estas variações manipuladas por fatores como o tipo de relação com o agressor, a idade da vítima, a duração do abuso e o suporte recebido posteriormente (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022).

Mesmo que os resultados não apresentem significância estatística robusta, eles apontam para tendências relevantes que merecem ser aprofundadas em estudos com amostras maiores e com maior controlo de variáveis de mediação, como suporte familiar, estrutura de personalidade e experiências sexuais subseqüentes.

De forma geral, os dados descritivos sugerem que a experiência de abuso sexual na infância pode estar associada a alterações no padrão da resposta sexual na vida adulta. Estes resultados estão de acordo com a literatura existente, que identifica o abuso sexual infantil como fator de risco para perturbações da sexualidade, incluindo hipoatividade e dificuldades no envolvimento emocional e físico em contextos sexuais (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022; Reed et al., 2022).

*Tabela 1: Médias referentes à relação entre as disfunções sexuais e a existência ou não de historial de abuso sexual infantil.*

*Descriptives*

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
IHS_Total	Não	53	2.4759	.20172	.02771	2.4203	2.5315	2.02	3.13
	Não sei bem	6	2.6111	.18365	.07498	2.4184	2.8038	2.36	2.89
	Sim	11	2.6222	.13072	.03941	2.5344	2.7100	2.42	2.91
	Total	70	2.5105	.19844	.02372	2.4632	2.5578	2.02	3.13
SS_Total	Não	53	2.7151	.38401	.05275	2.6092	2.8209	1.90	3.80
	Não sei bem	6	2.6167	.52313	.21357	2.0677	3.1657	1.90	3.10
	Sim	11	2.5818	.25226	.07606	2.4123	2.7513	2.20	3.00
	Total	70	2.6857	.37813	.04520	2.5956	2.7759	1.90	3.80

*Tabela 2: ANOVA para as variáveis IHS\_Total e SS\_Total com base no historial de abuso sexual infantil.*

*ANOVA*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
IHS_Total	Between Groups	.262	2	.131	3.568	.034
	Within Groups	2.455	67	.037		
	Total	2.717	69			
SS_Total	Between Groups	.193	2	.097	.669	.516
	Within Groups	9.673	67	.144		
	Total	9.866	69			

### Sexo e disfunções sexuais

No que diz respeito à relação entre o sexo dos participantes e as dimensões de disfunção sexual avaliadas — nomeadamente a hipoatividade sexual (IHS\_Total) e a impulsividade sexual (SS\_Total) —, os resultados obtidos evidenciam diferenças descritivas que, apesar de relevantes do ponto de vista teórico, não permitem inferências estatísticas robustas devido ao desequilíbrio amostral entre homens e mulheres (n = 16 mulheres; n = 1 homem).

Relativamente à hipoatividade sexual, observou-se que as participantes do sexo feminino apresentaram uma média superior (M = 2,62; DP = 0,15) face ao único participante masculino (M = 2,58). Esta diferença, ainda que não significativa, pode indicar uma tendência descritiva para maior retração ou inibição do desejo sexual entre mulheres, especialmente em contextos de abuso sexual infantil. Este resultado está de acordo com estudos prévios que indicam que mulheres abusadas tendem a experienciar com maior frequência dificuldades na ativação do desejo sexual, como frigidez, aversão sexual e desconexão erótica (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020; Leonard et al., 2008).

Por outro lado, no que se refere à impulsividade sexual, verificou-se que o participante do sexo masculino registou uma média de 3,00 em SS\_Total, superior à média feminina (M = 2,57; DP = 0,35), sugerindo, em termos descritivos, uma maior propensão para comportamentos sexuais desequilibrados ou de risco. A literatura já referia essa tendência, demonstrando que homens vítimas de abuso sexual na infância podem desenvolver padrões de impulsividade sexual, caracterizados por relações impessoais, consumo compulsivo de pornografia e menor uso de proteção (Reed et al., 2022; Grubbs et al., 2020; Seidman, 2003).

Importa, ainda assim, sublinhar que estes dados não permitem inferências estatísticas robustas, dado o desequilíbrio na amostra quanto ao sexo (n = 16 mulheres; n = 1 homem). No entanto, os resultados corroboram a hipótese de que as repercussões do abuso sexual na infância se podem expressar de forma diferenciada entre homens e mulheres, tanto a nível comportamental como psicodinâmico.

Do ponto de vista da psicanálise, esta divergência pode ser compreendida à luz dos mecanismos defensivos distintos que se estruturam no sujeito em resposta ao trauma. A hipoatividade sexual nas mulheres pode representar uma retração libidinal

ligada ao recalçamento da pulsão (Freud, 1925/2010), enquanto a impulsividade sexual observada nos homens pode expressar uma compulsão à repetição (Freud, 1920/2010) ou até um processo de identificação com o agressor (Ferenczi, 1932/1998), como tentativa inconsciente de simbolização da cena traumática. Lacan (1958/2008) acrescenta que, na ausência da função simbólica paterna — frequente em contextos abusivos — ocorre uma forclusão do Nome-do-Pai, comprometendo o enquadramento simbólico do desejo e abrindo espaço para atuações repetitivas em torno do prazer traumático.

Assim, os resultados não permitem estabelecer diferenças significativas entre sexos, mas contribuem para refletir sobre as múltiplas expressões do trauma sexual, sublinhando a necessidade de futuras investigações com amostras mais equilibradas e diversificadas que permitam validar empiricamente estas tendências observadas.

*Tabela 3. Médias referentes à relação entre o sexo do indivíduo e disfunções sexuais.*

*Report*

Sexo		IHS_Total	SS_Total
Feminino	Mean	2.6208	2.5688
	N	16	16
	Std. Deviation	.15016	.34970
Masculino	Mean	2.5778	3.0000
	N	1	1
	Std. Deviation	.	.
Total	Mean	2.6183	2.5941
	N	17	17
	Std. Deviation	.14577	.35438

### Análise do impacto do abuso sexual e do sexo nas disfunções sexuais

Com o objetivo de compreender de que forma o historial de abuso sexual na infância e o sexo dos participantes influenciam o desenvolvimento de disfunções sexuais na idade adulta, foi realizada uma ANOVA (Two-Way ANOVA), com duas variáveis independentes — historial de abuso sexual infantil (com três categorias: “Sim”, “Não sei bem” e “Não”) e sexo (masculino, feminino) — e duas variáveis dependentes: hipoatividade sexual (avaliada pela subescala IHS\_Total) e impulsividade sexual (avaliada pela subescala SS\_Total).

#### Impulsividade Sexual (SS\_Total)

Relativamente à dimensão da impulsividade sexual, os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos pela perceção de abuso sexual ( $F(2, 65) = .064$ ;  $p = .938$ ), nem entre sexos ( $F(1, 65) = 2.661$ ;  $p = .108$ ), nem ainda na interação entre ambas as variáveis ( $F(1, 65) = 0.427$ ;  $p = .516$ ) (*Tabela 4*). Apesar disso, os dados descritivos revelam um padrão teoricamente relevante: os participantes que afirmaram não ter sido vítimas de abuso apresentaram a média mais elevada de impulsividade sexual ( $M = 2.715$ ), seguidos pelos que referiram "Não sei bem" ( $M = 2.617$ ), sendo os participantes vítimas de abuso os que registaram a média mais baixa ( $M = 2.581$ ) (*Tabela 1*).

Este padrão vai ao encontro da literatura que fala da diversidade das respostas ao trauma. De facto, Pulverman et al. (2018) e Gewirtz-Meydan et al. (2023) destacam que a impulsividade sexual não é uma resposta universal ao abuso sexual infantil, mas apenas uma entre várias possibilidades, sendo mais frequente quando os mecanismos defensivos falham na repressão da excitação traumática.

Apesar deste padrão poder ser teoricamente relevante, não deve ser interpretado como uma relação comprovada, uma vez que não atinge significância estatística. Assim, as diferenças observadas devem ser entendidas apenas como indícios exploratórios, sugerindo que, em alguns casos, o trauma pode estar associado a mecanismos de defesa de natureza inibitória, como a dissociação ou o evitamento afetivo (Ferenczi, 1932/1998).

### Hipoatividade Sexual (IHS Total)

Relativamente à hipoatividade sexual, verificou-se que os participantes que afirmaram ter sido vítimas de abuso apresentaram uma média superior de inibição ( $M = 2.622$ ), seguidos dos que indicaram “Não sei bem” ( $M = 2.611$ ), e, por fim, dos que negaram qualquer abuso ( $M = 2.476$ ) (*Tabela 1*).

Contudo, também nesta parte, a ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $F(2, 65) = 0.935$ ;  $p = .398$ ), entre sexos ( $F(1, 65) = 0.216$ ;  $p = .644$ ), nem na interação entre as variáveis ( $F(1, 65) = 0.000$ ;  $p = .998$ ).

Ainda que os resultados não permitam conclusões inferenciais, o padrão descritivo identificado sugere uma tendência exploratória para maior retração sexual entre indivíduos com historial de abuso sexual infantil, o que vai ao encontro da literatura que descreve o abuso sexual infantil como um potencial fator de vulnerabilidade para dificuldades no desejo e na ativação sexual (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2022; Rellini, 2008).

Do ponto de vista teórico, estes resultados sustentam a hipótese de que o abuso sexual geralmente tem tendência a promover uma economia libidinal marcada pela retração pulsional. Freud (1920/2010) descreve a compulsão à repetição como uma forma de expressão do trauma, mas em alguns sujeitos esta compulsão pode assumir a forma de inibição e não de acting out. O recalçamento da pulsão sexual pode então originar quadros de hipoatividade e dificuldade em experimentar prazer, especialmente em contextos de intimidade, onde o corpo traumatizado é novamente convocado. Assim, as médias mais elevadas de inibição entre as vítimas podem refletir a tentativa de evitar o prazer como forma de autoproteção inconsciente — uma hipótese teórica que, contudo, não é comprovada empiricamente pelos resultados deste estudo.

Embora os resultados obtidos não revelem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, os padrões descritivos observados — maior inibição entre vítimas de abuso e maior ativação entre não vítimas — são coerentes com a literatura psicanalítica e empírica analisada ao longo desta dissertação.

Também é importante referir que a ausência de significância estatística pode estar associada às limitações metodológicas do presente estudo, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra, o desequilíbrio entre os grupos e a natureza subjetiva da autoperceção do abuso. Ainda assim, os dados obtidos oferecem pistas relevantes para futuras investigações, reforçando a importância de considerar o abuso sexual infantil como um fator de risco para perturbações da sexualidade adulta e alertando para a necessidade de abordagens clínicas que integrem o corpo, o desejo e o trauma de forma simbólica e personalizada.

*Tabela 4. Médias referentes à relação entre as disfunções sexuais e a existência ou não de historial de abuso sexual infantil.*

**Oneway**

*Descriptives*

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
IHS_Total	Não	53	2.4759	.20172	.02771	2.4203	2.5315	2.02	3.13
	Não sei bem	6	2.6111	.18365	.07498	2.4184	2.8038	2.36	2.89
	Sim	11	2.6222	.13072	.03941	2.5344	2.7100	2.42	2.91
	Total	70	2.5105	.19844	.02372	2.4632	2.5578	2.02	3.13
SS_Total	Não	53	2.7151	.38401	.05275	2.6092	2.8209	1.90	3.80
	Não sei bem	6	2.6167	.52313	.21357	2.0677	3.1657	1.90	3.10
	Sim	11	2.5818	.25226	.07606	2.4123	2.7513	2.20	3.00
	Total	70	2.6857	.37813	.04520	2.5956	2.7759	1.90	3.80

Tabela 5. ANOVA da variável *SS\_Total* com base no historial de abuso sexual infantil, do sexo e da interação entre os mesmos.

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: *SS\_Total*

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	89.879 <sup>a</sup>	4	22.470	1.629	.178
Intercept	11021.113	1	11021.113	798.906	<.001
Nasuainfânciaexperiencioualgumtipodeviolênciasexual	1.767	2	.884	.064	.938
Sexo	36.706	1	36.706	2.661	.108
Nasuainfânciaexperiencioualgumtipodeviolênciasexual * Sexo	5.890	1	5.890	.427	.516
Error	896.692	65	13.795		
Total	51478.000	70			
Corrected Total	986.571	69			

a. R Squared = .091 (Adjusted R Squared = .035)

Tabela 6. ANOVA da variável *IHS\_Total* com base no historial de abuso sexual infantil, do sexo e da interação entre os mesmos.

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: *IHS\_Total*

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	596.564 <sup>a</sup>	4	149.141	1.976	.109
Intercept	193930.926	1	193930.926	2569.732	<.001
Nasuainfânciaexperiencioualgumtipodeviolênciasexual	141.132	2	70.566	.935	.398
Sexo	16.274	1	16.274	.216	.644
Nasuainfânciaexperiencioualgumtipodeviolênciasexual * Sexo	.001	1	.001	.000	.998
Error	4905.379	65	75.467		
Total	898880.000	70			
Corrected Total	5501.943	69			

a. R Squared = .108 (Adjusted R Squared = .054)

## Conclusão e Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo compreender de que forma é que as experiências de abuso sexual infantil podem influenciar a manifestação de disfunções sexuais na idade adulta, com especial atenção aos padrões de hipoatividade e impulsividade sexual.

A recolha de dados foi feita através de uma amostra comunitária recolhida online, composta por participantes essencialmente jovens e do sexo feminino, foi possível explorar estas dimensões com base em instrumentos validados e autorizados e em referências teóricas de natureza empírica e psicanalítica.

Os resultados obtidos não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre vítimas e não vítimas de abuso sexual infantil. No entanto, observaram-se tendências descritivas que parecem acompanhar o que tem sido descrito pela literatura existente. De forma geral, identificou-se uma média mais elevada de inibição sexual entre participantes com historial de abuso, especialmente entre mulheres, o que está de acordo com estudos que apontam para maior retração sexual, evitamento do contacto físico e dificuldades de excitação em vítimas do sexo feminino (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020; APA, 2022).

À luz da teoria psicanalítica, esta tendência pode ser interpretada — de forma exploratória — como um mecanismo de defesa que procura evitar o sofrimento, originando uma retração libidinal ou evitar sentir prazer, conforme descrito por autores como Freud (1920/2010) e Lacan (1958/2008).

Relativamente à impulsividade sexual, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Mas, foi possível observar uma média ligeiramente mais elevada entre os participantes sem historial de abuso, o que vai de encontro à hipótese inicial de uma maior impulsividade sexual entre as vítimas. Esta discrepância pode refletir a complexidade das respostas psíquicas ao trauma. Pulverman et al. (2018), destacam que o abuso sexual infantil pode conduzir tanto à inibição como ao *acting out* sexual, dependendo do suporte recebido, da estrutura psíquica do sujeito e do momento do desenvolvimento em ocorreu o abuso.

A variável sexo revelou algumas diferenças que aparentam ser relevantes. O sexo feminino apresentou, em média, níveis mais elevados de hipoatividade sexual, enquanto o único participante masculino com historial de abuso demonstrou pontuações

mais altas de impulsividade. Apesar de este dado ter de ser lido com cuidado devido à reduzida representação masculina, o mesmo vai ao encontro das tendências descritas noutros estudos. Seidman (2003) e Reed et al. (2022) sugerem que homens que sofreram abuso sexual infantil podem desenvolver comportamentos sexuais de risco e dificuldades de vinculação afetiva, o que, em termos psicanalíticos, pode ser compreendido como repetição inconsciente da experiência traumática ou identificação com o agressor (Freud, 1920/2010; Ferenczi, 1932/1998).

A análise das correlações entre inibição sexual e autoesquemas sexuais positivos revelou uma associação negativa, o que sugere que a forma como a pessoa se percebe enquanto ser sexual pode estar afetada por experiências traumáticas precoces. Este resultado pode ser interpretado com base em Andersen e Cyranowski (1994), que defendem que a autoestima sexual atua como mediador entre o trauma e a expressão da sexualidade adulta. Assim, a sexualidade deve ser entendida não apenas como comportamento, mas como uma construção simbólica e relacional, que é moldada pelas experiências emocionais e inconscientes do indivíduo (Laplanche & Pontalis, 1967).

Também foi possível observar que os participantes que relataram abusos mais precoces, sobretudo antes dos seis anos, apresentaram níveis mais elevados de disfunção sexual global. Esta tendência, apesar de não apresentar significância estatística, reforça a ideia de que quanto mais precoce for o trauma, mais profundo poderá ser o impacto na estrutura do Eu e na organização do desejo, como defendem Finkelhor e Browne (1985).

Apesar da coerência dos dados com a literatura, o estudo apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. A amostra divulgada nas redes sociais, pode ter gerado enviesamentos na representatividade, nomeadamente uma sobre-representação de mulheres jovens. O tema ao ser sensível pode igualmente ter feito com que não fosse possível atingir mais indivíduos, especialmente entre os homens, cuja invisibilidade em estudos de vitimização sexual continua a ser existente (Holmes & Slap, 1998; Weber et al., 1992). Além disso, a ausência de controlo de variáveis como historial psicopatológico prévio, tipo de agressor ou relações interpessoais acaba por limitar a generalização dos resultados.

No entanto, estas limitações, não diminuem a relevância teórica e clínica do estudo. Pelo contrário, reforçam a necessidade de continuar a investigar esta temática com metodologias mais amplas e diversificadas.

Seria importante ampliar este estudo para amostras maiores e mais equilibradas entre géneros, o que vai permitir análises comparativas mais completas. Pode-se incluir também a integração de metodologias qualitativas, que forneçam narrativas subjetivas das vítimas e as suas estratégias de defesa ou para ultrapassarem o sucedido. Outras variáveis, como o suporte familiar, a orientação sexual ou a idade de ocorrência do abuso, devem também ser exploradas, uma vez que podem ter influência na forma como a sexualidade é, mais tarde, vivida. Por fim, os estudos longitudinais podiam ajudar a compreender de que modo as disfunções sexuais podem evoluir ao longo do tempo e quais os fatores que favorecem a recuperação e a reintegração emocional.

Do ponto de vista prático, os resultados deste estudo salientam a importância de uma intervenção psicoterapêutica que reconheça a sexualidade como algo que faz parte da saúde mental. É essencial criar espaços terapêuticos seguros, onde o corpo e o desejo possam ser simbolizados sem culpa, vergonha ou medo. As conclusões apresentadas podem sugerir que o trabalho clínico deve incluir a reconstrução da relação com o prazer, a confiança no outro e a integração da experiência traumática no percurso de vida do sujeito.

Para além do contexto clínico, é também fundamental investir em formações específicas para profissionais de saúde, educação e serviço social, de forma a melhorar a deteção precoce, a intervenção e o acompanhamento de vítimas de abuso sexual. De forma a prevenir estes casos, pode-se investir em programas de educação sexual com base no respeito, na empatia e no consentimento, estes podem contribuir para reduzir a ocorrência de situações abusivas e, conseqüentemente, promover relações mais saudáveis.

Esta dissertação representa um contributo exploratório para o estudo da relação entre o trauma sexual infantil e a sexualidade adulta, oferecendo formas de reflexão para futuras investigações. Além disso, procura abrir caminho para uma compreensão mais sensível da forma como o trauma se instala na experiência corporal e afetiva.

## Referências

- Alves, A. G., Pinto Junior, A. A., Zampieri, T. C. R. C., & Tardivo, L. S. D. L. P. C. (2022). Teorias, pesquisas e estudos de caso abuso sexual e trauma: Um estudo de caso à luz da psicanálise. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 42(102), 1–10.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). *Adult manifestations of childhood sexual abuse* (Committee Opinion No. 498). *Obstetrics & Gynecology*, 118(2 Pt 1), 392–395. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2011/08/adult-manifestations-of-childhood-sexual-abuse>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 559–578.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women’s sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079–1100. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
- Araújo, M. de F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3–11.
- Ballone, G. J., & Moura, E. C. (n.d.). Comportamento sexual compulsivo. *PsigWeb*. Recuperado a 12 de novembro de 2025, de <https://ballone.com.br/sexo-compulsivo/>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>

Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126(3), 347–374.

Borges, J. L., & Dell’Aglío, D. D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 371–379. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>

de Melo Calado, A. B., de Holanda Gama, A., de Oliveira, Y. F., Medeiros, M. E. D., Câmara, P. A. D., da Silva, É. T. L., & Mariz, C. A. (2025). Avaliação da função sexual feminina e a ocorrência da sua disfunção. *Anais da Faculdade de Medicina de Olinda*, 1(13), 1–12.

DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553–576. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00072-0)

Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.001>

Erdős, C., Kelemen, O., Pócs, D., Horváth, E., Dudás, N., Papp, A., & Paulik, E. (2023). Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1112. <https://doi.org/10.3390/jcm12031112>

Ferenczi, S. (1998). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In *Obras completas* (Vol. 4, pp. 125–139). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.

<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 139–144.

Freud, S. (2010). *Para além do princípio do prazer* (J. Martins, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (2010). A dissolução do complexo de Édipo (1925). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Imago.

Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2020a). Sexual dysfunction and distress among childhood sexual abuse survivors: The role of post-traumatic stress disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2267–2278.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.016>

Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2020b). The relationship between sexual abuse and sexual functioning: A comprehensive review. *Journal of Sex Research*, 57(5), 537–556.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1741496>

Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022a). Silence and disclosure of child sexual abuse: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 808–823.

<https://doi.org/10.1177/15248380211043887>

Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022b). The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 265–277.

<https://doi.org/10.1177/1524838020931761>

Gewirtz-Meydan, A., Walsh, W. A., & Finkelhor, D. (2023). Sexual outcomes in adults with a history of child sexual abuse: A national longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106149. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106149>

Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual compulsivity: A new problem or an old problem reframed? *Current Addiction Reports*, 7(2), 165–172.

<https://doi.org/10.1007/s40429-020-00309-2>

Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Machado, P. X., & Koller, S. H. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos.

*Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341–348.

Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Hatzenberger, R., Stroehrer, F., & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338–344.

<https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200021>

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462–470.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16757-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16757-0)

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>

Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>

<https://doi.org/10.1002/wps.20499>

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (P. Tamen, Trad.; 4.<sup>a</sup> ed.). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1967).

Langström, N., & Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37–52.

<https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>

Loeb, T. B., Rivkin, I., Williams, J. K., Wyatt, G. E., Carmona, J. V., & Chin, D. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research, 13*(1), 307–345.

Mourthé, E. Y. (2023). Disfunção sexual masculina. *Da Infertilidade Masculina, 7*(2–3), 65–66

Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior, 34*(5), 517–526.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6>

Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(3), 211–220. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01889.x>

Pascoal, P. M., Narciso, I., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em três amostras da população portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(4), 691–700.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009>

Pechorro, P. S., Pascoal, P. M., Jesus, S. N., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., & Vieira, R. X. (2016). Propriedades psicométricas da versão portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual – versão curta. *Revista Internacional de Andrología, 14*(3), 94–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.04.006>

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>

Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, 81*(5 Suppl.), S197–S204.

Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2020). Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 291–300. <https://doi.org/10.1037/tra0000506>

Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1312–1321. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00569.x>

Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 351–362. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9628-1>

Slavin, M. N. (2020). Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11, 578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00578>

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Bigras, N., Hébert, M., Sabourin, S., & Bergeron, S. (2016). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relationship status. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(2), 341–356. <https://doi.org/10.1111/jmft.12154>

Volnovich, J. R. (2005). *Abuso sexual na infância*. Lacerda Editores.

Wang, S. J., Chang, J. J., Cao, L. L., Li, Y. H., Yuan, M. Y., Wang, G. F., & Su, P. Y. (2023). The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2772–2788. <https://doi.org/10.1177/15248380221113780>

## **Anexos**

### **Anexo A – Consentimento Informado**

#### *Objetivo do Estudo*

A presente investigação está a ser desenvolvida por Mafalda Modesto, no âmbito da dissertação de Mestrado Psicologia Clínica Psicanalítica, no ISPA. O estudo visa analisar as possíveis consequências psicosexuais do abuso sexual na infância, nomeadamente padrões de hipoatividade ou impulsividade sexual em adultos, bem como as diferenças entre homens e mulheres nesse contexto. Pretende-se, ainda, contribuir para o esclarecimento de mitos e representações sobre o desejo sexual feminino e masculino à luz de experiências traumáticas precoces.

#### *Condições da Participação*

A sua participação consiste no preenchimento voluntário de um questionário online, de caráter anónimo e confidencial, cuja duração estimada é de cerca de 15 a 20 minutos. O questionário aborda questões de foro psicológico, emocional e sexual, relacionadas com experiências vividas na infância e comportamentos atuais na vida adulta.

#### *Participação Voluntária*

A sua participação é totalmente voluntária. Poderá interromper ou desistir do questionário a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou necessidade de justificação. Apenas serão considerados válidos os questionários que forem preenchidos na totalidade.

#### *Riscos e Benefícios*

Não se antecipam riscos significativos associados à sua participação. No entanto, devido à sensibilidade do tema abordado, é possível que algumas questões causem desconforto emocional. Se tal acontecer, recomendamos que procure apoio psicológico especializado. A sua participação contribuirá para o aprofundamento do conhecimento científico sobre a relação entre traumas precoces e disfunções sexuais, ajudando a combater o estigma e a promover uma maior sensibilização social para este tipo de temáticas.

### *Confidencialidade, Privacidade e Anonimato*

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma estritamente confidencial e utilizados exclusivamente para fins de investigação científica. As respostas serão analisadas apenas de forma agregada e nunca serão associadas a qualquer informação pessoal identificável. O estudo foi elaborado com base nos princípios éticos definidos pela Universidade Católica Portuguesa e respeita integralmente o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

### **Anexo B - Questionário Sociodemográfico**

Escolha a opção:

Faixa etária

Faixa etária em que se encontra

- 18-24
- 25-30
- 31-40
- 41-50
- >50

Sexo

Sexo

- Masculino;
- Feminino.

Nacionalidade

Nacionalidade

- Portuguesa;
- Brasileira;
- Outra.

Estado civil

Estado civil

- Casado/a;
- Solteiro/a;
- Divorciado/a;
- Viúvo/a.

Q1

Na sua infância, experienciou algum tipo de violência sexual?

- Sim;
- Não sei bem;
- Não;

Q2

Em que faixa etária se encontrava quando ocorreu/começou?

- 0-4 anos;
- 5-8;
- 9-11;
- 12-15;
- 16-18;
- Não experienciei nenhum tipo de violência.

Qual é a sua relação com o outro indivíduo?

- Conhecidos mas não convivíamos diariamente;
- Convivíamos diariamente;
- Familiar;
- Desconhecido;
- Não experienciei nenhum tipo de violência.

Q4

Partilhou com alguém a sua experiência? Se sim, com quem?

(Caso não tenha tido nenhuma experiência, por favor, refira apenas "Não experienciei")

## Anexo B1- Questionário Sexo Feminino - Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales

### Sexo Feminino - Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sinto que estou a ser apressada, é provável que não fique muito excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estou sozinha a assistir uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes fico sexualmente excitada apenas por estar deitada ao sol;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar um preservativo ou outros produtos de sexo seguro pode fazer-me perder a excitação;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitada;





Concordo fortemente

Concordo

Discordo

Discordo fortemente

Preciso que estimulem o meu clítoris para continuar excitada;





Quando pratico sexo, tenho de me concentrar nos meus próprios sentimentos sexuais para me manter excitada;





Quando me sinto sexualmente excitada, geralmente tenho uma resposta genital (e.g., lubrificação vaginal, ficar molhada);





Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitada;





Quando vejo alguém atraente vestido de uma forma sensual, facilmente fico sexualmente excitada;





Quando penso que alguém sexualmente atraente quer praticar sexo comigo, rapidamente fico sexualmente excitada;





Concordo fortemente

Concordo

Discordo

Discordo fortemente

Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitada.





Se sinto que estou a ser apressada, é provável que não fique muito excitada;





Se estou sozinha a assistir uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitada;





Por vezes fico sexualmente excitada apenas por estar deitada ao sol;





Usar um preservativo ou outros produtos de sexo seguro pode fazer-me perder a excitação;





Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitada;





Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitada;

Se eu descobrir que alguém que considero sexualmente atraente é demasiado novo, tenho dificuldade em ficar sexualmente excitada com ele/ela;

Quando falo ao telefone com alguém que tem uma voz sensual fico sexualmente excitada;

Quando reparo que o meu (minha) parceiro(a) está sexualmente excitado(a) a minha excitação aumenta;

Se o meu (minha) novo parceiro(a) sexual não quer usar preservativo/sexo seguro, é provável que eu não permaneça excitada;

Não consigo ficar excitada, a não ser que me concentre exclusivamente no estímulo sexual;

Se sinto que esperam de mim uma resposta sexual, tenho dificuldade em ficar excitada;

Se estou preocupada em satisfazer sexualmente o meu (a minha) parceiro(a), isso interfere com a minha excitação;

Se estou sozinha a masturbar-me e me apercebo que alguém pode entrar a qualquer momento no quarto, perco a minha excitação sexual;

É difícil ficar sexualmente excitada, a não ser que fantasie sobre uma situação muito excitante;

Se alguém me puder ouvir a praticar sexo, é pouco provável que permaneça sexualmente excitada;

Só de pensar num encontro sexual passado é o suficiente para ficar sexualmente excitada;

Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente excitada;

Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitada;

Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitada;

Concordo fortemente

Concordo

Discordo

Discordo fortemente

Concordo fortemente

Concordo

Discordo

Discordo fortemente

Se estou com outras pessoas a ver um filme pornográfico, rapidamente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando uma pessoa desconhecida, sexualmente atraente me olha nos olhos, fico excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se penso que praticar sexo me provocará dor, perco a minha excitação;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando visto algo com que me sinto atraente é provável que fique sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Concordo fortemente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo fortemente</b>
e estiver preocupada por estar demasiado seca, é pouco provável que fique lubrificada (molhada);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se praticar sexo provoca dor ao meu (minha) parceiro(a), é provável que eu não permaneça sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando penso numa pessoa muito atraente facilmente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assim que fico sexualmente excitada, quero iniciar a penetração de imediato antes que perca a excitação;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo outras pessoas a praticarem actividades sexuais apetece-me fazer sexo;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo uma pessoa atraente começo a ter fantasias sexuais com ele/ela;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a minha excitação;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Concordo fortemente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo fortemente</b>
Confio muitas vezes no poder das fantasias para manter-me sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ficar distraída por ouvir música, ver televisão ou uma conversa, é pouco provável que fique excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto interessada em sexo, geralmente tenho uma resposta genital (e.g., lubrificação vaginal, ficar molhada);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando uma pessoa atraente flerta comigo, facilmente fico sexualmente excitada;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente o meu (a minha) parceiro(a) excita-me mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo B2- Questionário Sexo Masculino - Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales

### Sexo masculino - Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sinto que estou a ser apressado, é provável que não fique muito excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estou sozinho a assistir a uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes fico sexualmente excitado apenas por estar deitado ao sol;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar um preservativo pode fazer-me perder a erecção;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preciso que toquem no meu pénis para manter uma erecção;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando pratico sexo, tenho de me concentrar nos meus próprios sentimentos sexuais para manter a erecção;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto sexualmente excitado, geralmente tenho uma erecção;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo alguém atraente vestido de forma sensual, facilmente fico sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando penso que alguém sexualmente atraente quer praticar sexo comigo, rapidamente fico sexualmente excitado;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu descobrir que alguém que considero sexualmente atraente é demasiado novo, tenho dificuldade em ficar sexualmente excitado com ela/ele:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando falo ao telefone com alguém que tem uma voz sensual fico sexualmente excitado;

Quando reparo que a minha (meu) parceira(o) está sexualmente excitada(o) a minha excitação aumenta;

Se a minha (meu) nova parceira(o) sexual não quer usar preservativo/sexo seguro, é provável que eu não permaneça excitado;

Não consigo ficar excitado, a não ser que me concentre exclusivamente no estímulo sexual;

Se sinto que esperam de mim uma resposta sexual, tenho dificuldade em ficar excitada;

Se estou preocupado em satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o), facilmente perco a erecção;

Se estou sozinho a masturbar-me e me apercebo que alguém pode entrar a qualquer momento no quarto, perco a erecção;

E difícil ficar sexualmente excitado, a não ser que fantasie sobre uma situação muito excitante;

Se alguém me puder ouvir a praticar sexo, é pouco provável que permaneça sexualmente excitado;

Só pensar num encontro sexual passado é o suficiente para ficar sexualmente excitado;

Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente excitado;

Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitado;

Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitado;

Se estou com outras pessoas a ver um filme pornográfico, rapidamente fico sexualmente excitado;

Quando uma pessoa desconhecida, sexualmente atraente me olha olhos nos olhos, fico excitado;

Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a erecção;

Confio muitas vezes no poder das fantasias para manter a erecção;

Se ficar distraído por ouvir música, ver televisão ou uma conversa, é pouco provável que fique excitado;

Quando me sinto interessado em sexo, geralmente tenho uma erecção;

Quando uma pessoa atraente flerta comigo, facilmente fico sexualmente excitado;

Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o) excita-me mais.

Se penso que praticar sexo me provocará dor, perco a erecção;

Quando visto algo com que me sinto atraente é provável que fique sexualmente excitado;

Se penso que posso não conseguir ter uma erecção, o mais provável é não conseguir mesmo;

Se praticar sexo provoca dor à minha (meu) parceira(o), é provável que eu não permaneça sexualmente excitado;

Quando penso numa pessoa muito atraente facilmente fico sexualmente excitado;

Assim que consigo uma erecção, quero iniciar a penetração de imediato antes que perca a erecção;

Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitado;

Quando vejo outras pessoas a praticarem actividades sexuais apetece-me fazer sexo;

Quando vejo uma pessoa atraente começo a ter fantasias sexuais com ela/ele;

**Anexo B3- Questionário SSSS - Sexual Sensation Seeking Scale**  
 SSSS - Sexual Sensation Seeking Scale

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Gosto de encontros sexuais sem inibições e sem tabus;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As sensações físicas são a coisa mais importante durante o sexo;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os(as) meus(minhas) parceiros(as) sexuais provavelmente pensam que eu gosto de "arriscar" sexualmente;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando se trata de sexo, a atração física é mais importante para mim do que conhecer bem a outra pessoa;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto da companhia de pessoas sensuais;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ver filmes pornográficos;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho interesse em tentar novas experiências sexuais;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de explorar a minha sexualidade;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ter experiências e sensações novas e excitantes;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiro a sensação de ter relações sexuais sem preservativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>