



Clarissa Gontijo Hallack Sarkis

**Disfunções sexuais femininas e o papel
dos sintomas do transtorno de estresse
pós-traumático em vítimas de abuso
sexual na infância e adolescência**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica)
do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Breno Sanvicente Vieira

Rio de Janeiro,
Agosto de 2024.

Clarissa Gontijo Hallack Sarkis

**Disfunções sexuais femininas e o papel
dos sintomas do transtorno de estresse
pós-traumático em vítimas de abuso
sexual na infância e adolescência**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia
Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo:

Prof. Breno Sanvicente Vieira

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Jaqueline de Carvalho Rodrigues

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Vinicius Jobim Fischer

Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique (CHNP),
Luxemburgo.

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2024

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Clarissa Gontijo Hallack Sarkis.

Psicóloga Clínica reconhecida pelo Conselho Federal Psicologia, sob o registro CRP-05/60884. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) em 2019. Possui experiência na área de Psicologia Clínica com formação em Terapia Corporal Reichiana. Pesquisadora de temas relacionados à saúde mental e saúde sexual.

Ficha Catalográfica

Sarkis, Clarissa Gontijo Hallack

Disfunções sexuais femininas e o papel dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de abuso sexual na infância e adolescência / Clarissa Gontijo Hallack Sarkis; orientador: Breno Sanvicente Vieira. – 2024.

103 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2024.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Disfunção sexual feminina. 3. Transtorno de estresse pós-traumático. 4. Abuso sexual infantil. I. Vieira, Breno Sanvicente. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Ao iniciar a escrita dos agradecimentos, me recordei de uma frase de William Shakespeare: 'a gratidão é o único tesouro dos humildes.' Dessa forma, considero que dizer 'obrigada', por vezes pareça 'pouco' para exaltar e reconhecer aqueles que foram e são parte essencial para o desenvolvimento deste projeto. No entanto, torna-se o único ato possível.

Em primeiro lugar, agradeço à espiritualidade e ao poder da fé, que trazem luz as adversidades e reconhecimento aos bons momentos. Sendo este, o elemento primordial para a minha caminhada.

Agradeço aos meus pais, Luiz Carlos e Sônia. Ao meu pai, que mesmo em sua ausência física, se faz presente todos os dias. A minha mãe, que se esforça diariamente para que eu tenha condições de trilhar o caminho que escolher percorrer. O amor, o apoio e a dedicação de vocês são minha força vital.

Aos meus irmãos, Carlos e Helena, e à minha avó Maria Rita, por serem acolhimento e sinônimo de esperança.

Aos meus amigos, Matteus e Leonardo, por serem o abraço necessário, nos sorrisos e nas lágrimas.

Ao meu orientador, Breno Sanvicente Vieira, não somente pela orientação profissional para realização desse projeto, mas principalmente pelo incentivo e aprendizado, os quais foram essenciais no campo pessoal.

Aos membros do LaDIP, pelas trocas e pelo conhecimento adquirido com cada um e aos órgãos de fomento, por tornarem a realização deste projeto possível.

As minhas irmãs de vida, Amanda, Bárbara, Gabriela, Isabela, Julia, Leticia, Raianne, Tabatha e Thais, por serem força incentivadora, de persistência e principalmente pela paciência e pelos conselhos nos momentos de estresse. Vocês deixam a vida mais leve e feliz.

Especialmente, agradeço aos afetos criados ao longo desse processo. Fernanda, Jacqueline e Renata. O amor de vocês foi o alívio necessário diante do caos e momentos de

dúvida, além das risadas intermináveis, que se tornaram lar, tanto nos desabafos, momentos de estudos e na mesa do bar, celebrando nossas conquistas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradeço a CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Por fim, agradeço às mais de 2 mil mulheres participantes dessa pesquisa, sem as quais não seria possível a realização deste projeto. Esta conquista não se resume somente a mim, mas a todas nós. Afinal, juntas somos mais fortes.

Resumo:

Sarkis, Clarissa; Sanvicente-Vieira, Breno. **Disfunções sexuais femininas e o papel dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de abuso sexual na infância e adolescência**. Rio de Janeiro, 2024. 103p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A disfunção sexual feminina (DSF) é uma manifestação psicopatológica em que a mulher obtém pouca ou nenhuma satisfação e vontade à prática sexual, ocorrendo em 75-100% das relações sexuais por um período de ao menos seis meses. A DSF está diretamente relacionada a algum episódio de vitimização sexual na infância, uma vez que se reconhece o ocorrido como trauma, diversos impactos são percebidos. Sobretudo os sintomas pós-traumático, que desempenham um papel totalmente mediador no desenvolvimento de DSF em mulheres vítimas de abuso sexual infantil (ASI). Considerando a relevância desses prejuízos, o objetivo desta dissertação foi investigar essa relação com outras variáveis, e avaliar os protocolos de intervenção que estão sendo utilizadas para a melhora da função sexual feminina. Portanto, através do artigo 1 foi feita uma pesquisa empírica que avaliou o papel mediador do TEPT na relação entre ASI e DSF. Os achados evidenciam que a sintomatologia pós-traumática impacta negativamente na função sexual na adultez de mulheres com histórico ASI, este fato indica a necessidade de intervenções capazes de unificar a diminuição dos sintomas de TEPT, bem como melhorar a função sexual. Nesse sentido, o artigo 2 corresponde a uma revisão sistemática com meta-análise de estudos clínicos randomizados que avaliaram intervenções para uma DSF específica: Transtorno De Interesse/Excitação Sexual Feminino (TIESF). Os resultados indicam, no geral, a eficácia das intervenções, mas apontam algumas limitações. Assim sendo, estudos futuros devem integrar intervenções para DSFs alinhadas ao tratamento específico para TEPT decorrente de ASI.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina; transtorno de estresse pós-traumático; abuso sexual infantil.

Abstract:

Sarkis, Clarissa; Sanvicente-Vieira, Breno (Advisor). **Female Sexual Disorders and the Role of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Following Childhood Sexual Abuse**. Rio de Janeiro, 2024. 103p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Female sexual dysfunction (FSD) is a psychopathological manifestation in which women obtain little or no satisfaction and desire for sexual activity, occurring in 75-100% of sexual relations for a period of at least six months. FSD is directly related to an episode of sexual victimization in childhood, once the incident is recognized as trauma, different impacts are perceived. Especially post-traumatic symptoms, which play a fully mediating role in the development of FSD in women victims of childhood sexual abuse (CSA). Considering the relevance of these losses, the objective of this dissertation was to investigate this relationship with other variables and evaluate the intervention protocols that are being used to improve female sexual function. Therefore, through article 1, empirical research was carried out that evaluated the mediating role of PTSD in the relationship between CSA and FSD. The findings show that post-traumatic symptoms negatively impact the sexual function in adulthood of women with a history of CSA. This fact indicates the need for interventions capable of unifying the reduction of PTSD symptoms, as well as improving sexual function. In this sense, article 2 corresponds to a systematic review with meta-analysis of randomized clinical studies that evaluated interventions for a specific FSD: Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD). The results indicate, in general, the effectiveness of the interventions, but point out some limitations. Therefore, future studies should integrate interventions for DSFs aligned with specific treatment for PTSD resulting from ASI.

Keywords: female sexual dysfunction; post-traumatic stress disorder; child sexual abuse

Lista de Figuras:

Figura 1. Sintomas de TEPT como mediador entre ASI e DSF (FSFI)	32
Figura 2. Sintomas de TEPT como mediador entre ASI e DSF (QS-F)	33
Figura 3. Fluxograma PRISMA	50
Figura 4. Forest Plot das Intervenções na Excitação Sexual	64
Figura 5. Forest Plot das Intervenções no Desejo Sexual	66
Figura 6. Forest Plot do uso de Flibanserin	67

Lista de Tabelas:

Tabela 1. Dados Descritivos Gerais e Comparações entre os Grupos com e sem ASI.....	29
Tabela 2. Características das amostras e das intervenções dos artigos incluídos.	52
Tabela 3. Risco de viés dos artigos incluídos na revisão	58
Tabela 4. Instrumentos e escores de excitação e desejo sexual pré- e pós-intervenções...	59

Lista de Abreviações

ASI: Abuso Sexual Infantil

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático

DSF: Disfunção Sexual Feminina

TIESF: Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino

TOF: Transtorno do Orgasmo Feminino

TDPG: Transtorno de Dor/Penetração Genitopélvica

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição

DSM-5-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição- Texto Revisado

CID11: Classificação Estatística Internacional De Doenças e Problemas Relacionados À Saúde

FSFI: Female Sexual Function Index

QS-F: Quociente Sexual – Versão Feminina

MACE: Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure

PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

ETS-5: Escala Transversal De Sintomas De Nível 1 Autoaplicável do DSM-5

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental

H-HA/L-HÁ: cooperativo híbrido de hialuronano

EMDR: Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento dos Olhos

SE: Experiência Somática

Sumário

1. Apresentação	13
2. Introdução Geral	15
3. Artigo 1	18
3.1. Introdução	20
3.2. Métodos.....	23
3.3. Resultados	28
3.4. Discussão.....	33
3.5. Conclusão	37
4. Artigo 2	39
4.1. Introdução	42
4.2. Métodos.....	45
4.3. Resultados	49
4.4. Discussão.....	68
4.5. Conclusão	72
5. Conclusão Geral.....	74
6. Referências.....	76
7. Anexos.....	91

“As mulheres precisam saber que podem rejeitar as definições sobre a realidade em que vivem oferecidas... Precisam saber que o exercício desse poder pessoal básico é um ato de resistência e de força.”

bell hooks

1. Apresentação

A motivação inicial deste estudo é aprofundar a compreensão das particularidades que podem interferir na qualidade de vida sexual das mulheres, além de ampliar o espaço de diálogo sobre sexualidade feminina. Adicionalmente, esta dissertação foi motivada por observações clínicas, onde mulheres frequentemente relatam não apenas dificuldades em expressar seus desejos e fantasias sexuais, mas também em naturalizar uma prática sexual disfuncional. Muitas vezes, o próprio prazer é negligenciado, pois, desde a infância, a sexualidade é frequentemente tratada como um tabu ou um tema de menor relevância. Conforme discutido por Zanello (2018), a construção social da feminilidade e os tabus em torno da sexualidade feminina podem levar à internalização de normas que reprimem a expressão sexual e perpetuam disfunções sexuais.

Posto isso, a partir das pesquisas na literatura sobre quais os fundamentos que explicassem o funcionamento disfuncional da sexualidade feminina, o histórico de abuso sexual infantil (ASI) foi um dos principais fatores para o desenvolvimento das disfunções sexuais femininas (DSF) na idade adulta, juntamente ao desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Dessa forma, esta dissertação tem como título “Disfunções Sexuais Femininas e o Papel dos Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Vítimas de Abuso Sexual na Infância”. O trabalho foi desenvolvido pela mestrandia Clarissa Gontijo Hallack Sarkis, realizado no Laboratório de Pesquisa em Diferenças Individuais e Psicopatologia (LaDIP), na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) com a orientação do Prof.Dr. Breno Sanvicente Vieira, também coordenador do LaDIP.

O tema central dessa dissertação é a disfunção sexual feminina, sendo elaborada no formato de dois artigos. O artigo 1 intitulado “Disfunções Sexuais Femininas e o Papel dos Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Vítimas de Abuso Sexual na Infância e Adolescência”. Trata-se de um estudo empírico que busca investigar se os sintomas do TEPT empenham um fator mediador entre a vitimização sexual na infância e

disfunções sexuais na idade adulta. Já o artigo 2 intitulado “Eficácia dos tratamentos para transtorno do interesse/excitação sexual Feminina: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise” apresenta as intervenções para o transtorno do interesse/excitação sexual feminina e eficácia das intervenções apresentadas pela literatura.

Compreendemos que esta ordem dos artigos abrange a questão inicial como um questionamento, sendo o artigo 1 a pergunta, e o artigo 2 uma resposta, apresentando quais tratamentos e intervenções são eficazes para possíveis queixas de disfunção sexual feminina. Assim sendo, a dissertação seguirá a seguinte ordem:

- **Introdução Geral:** Introdução, apresentação dos conceitos e fundamentação teórica das variáveis da pesquisa, como disfunção sexual feminina, TEPT e vitimização sexual na infância.
- **Artigo 1:** Artigo empírico que investiga a mediação dos sintomas de TEPT em mulheres vítimas de abuso sexual na infância e disfunção sexual na idade adulta.
- **Artigo 2:** Artigo com a finalidade de uma revisão sistemática com meta-análise sobre as intervenções existentes para o Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminina.
- **Conclusão:** Associação entre os conceitos e resultados apresentados no artigo 1 e artigo 2, junto a perspectiva sobre futuros estudos e possíveis lacunas existentes.
- **Referências Bibliográficas:** Referências bibliográficas utilizadas ao longo do trabalho.
- **Anexos:** Anexo dos instrumentos utilizados no artigo 1.

2. Introdução Geral

A função sexual envolve aspectos de base biológica (respostas fisiológicas, como contrações rítmicas involuntárias da musculatura vaginal estriada pélvica, contrações uterinas e anais e redução da vasocongestão), psicológicas (sentimentos positivos, sensação de bem-estar e de prazer intenso) (Komisaruk & Whipple, 2005) e sociais, sendo vivenciada no contexto intrapessoal, interpessoal e cultural (OMS, 2006). Em outras palavras, dizer que uma pessoa experimenta uma vida sexual funcional é compreender que o desenvolvimento da sexualidade decorre de uma vontade de vivenciar a excitação e o desejo sexual, mas também pelo interesse de aumentar a intimidade emocional (Basson, 2001).

Por sua vez, disfunção sexual é classificada quando há uma queixa sobre o funcionamento e desenvolvimento da vida sexual. As disfunções sexuais são apresentadas nos manuais diagnósticos atuais, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) (WHO, 2019) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição-Texto Revisado (DSM-5-TR) (APA, 2023) em disfunções masculinas e femininas, no entanto, no presente trabalho o foco será nas disfunções sexuais femininas (DSF). Assim, o CID-11 (WHO, 2019) define esta condição como uma síndrome que compreende as diferentes formas pelas quais as pessoas adultas podem ter dificuldade em experimentar e vivenciar atividades sexuais satisfatórias e não coercitivas. As DSFs dividem-se em: i. Transtorno do Orgasmo Feminino (TOF); ii. Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminina (TIESF); iii. Transtorno de Dor/Penetração Genitopélvica (TDPG), sendo necessário junto à queixa inicial à ausência ou redução da atividade sexual, ocorrendo por pelo menos seis meses em 75%- 100% dos atos sexuais (APA, 2023).

A etiologia das DSF é multifatorial, ou seja, abrangem questões anatômicas, hormonais e ambientais (Basson, 2001), além de psicológicas (Goldsmith et al., 2012). Entre os fatores psicológicos, estudos apontam que é percebido em mulheres com DSF um afeto negativo em relação ao sexo (Pulvermann et al., 2018), crenças negativas sobre si

mesmas e sobre o sexo (Yehuda et al., 2015). Além de condições comorbidas, como transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada (Hailes et al., 2019; APA, 2023) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Kelley & Gidycz, 2019). Dessa maneira, o fator que potencialmente favorece esse cenário é a ocorrência de algum episódio de vitimização sexual na infância (Kratzer et al., 2022; Wang et al., 2023). Existem diferentes termos para nomear essa forma de violência, nesse trabalho usaremos vitimização sexual na infância e abuso sexual infantil (ASI) (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

História de vitimização sexual infantil pode ser definida como um episódio em que há o envolvimento de uma criança e/ou adolescente em atividade sexual na qual um terceiro se utiliza de força, coerção ou da falta de compreensão da criança /adolescente para obter prazer ou excitação sexual (OMS, 2006). Considerando o ASI uma experiência adversa, potencialmente, vítimas dessa forma de violência desenvolvem TEPT após o ocorrido, sendo esse o transtorno de maior incidência em sobreviventes (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Embora haja lacunas na literatura sobre o papel mediador do TEPT em vítimas de ASI que desenvolvem DSF na idade adulta, os estudos existentes corroboram este fato (O'Driscoll & Flanagan, 2016; Gewirtz-Meydan & Lahav 2020; Högbeck & Moller, 2021). Nesse mesmo sentido, existindo a sintomatologia e diagnóstico de TEPT o correto seria dizer que a condição que as vítimas apresentam seria o TEPT, já que entre os critérios diagnóstico do DSM-5-TR (2023), a DSF só é classificada e vista como um diagnóstico na ausência de outra condição médica ou transtorno.

Por outro lado, conforme uma meta-análise, mulheres com histórico de vitimização sexual na infância, apresentam DSF de forma independente ao TEPT ou sintomas associados (Wang et al., 2022). Embora não haja relação consistente entre sintomas de TEPT e os de DSF torna-se notória uma associação entre ambos, todavia, em pessoas que sofreram ASI. OS conceitos e como as variáveis se relacionam (DSF, ASI e TEPT) serão definidos e discutidos na introdução do artigo 1. Como também apresentar os objetivos, através de um estudo empírico, analisando o papel mediador do TEPT entre ASI e DSFs.

Para que seja possível orientar não somente novos estudos sobre o tema, mas principalmente fomentar normas e processos terapêuticos que tenham a intenção de não observar somente um fenômeno singular, mas a completude e complexidade existente em queixas sexuais, sobretudo a análise de vitimização sexual na infância. Nesse sentido, o artigo 2 foi elaborado a partir de uma revisão sistemática com meta-análise sobre tratamentos para uma DSF específica: Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminina (TIESF).

3. Artigo 1

Disfunções Sexuais Femininas e o Papel Dos Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Vítimas de Abuso Sexual na Infância e Adolescência

Clarissa Gontijo Hallack Sarkis¹, Breno Sanvicente-Vieira¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Resumo: O abuso sexual infantil (ASI) tem mais frequentemente meninas como vítimas e possui consequências psicopatológicas, sendo a mais prevalente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Contudo, há também entre vítimas de ASI uma alta presença de disfunções sexuais femininas (DSFs). Apesar de atingirem limiares clínicos, uma hipótese é de que sintomas de TEPT desempenhariam papel mediador entre ASI e DSF, sendo a investigação destas conexões o objetivo deste estudo. **Método:** Uma amostra de 2073 mulheres respondeu questionários de forma online que avaliavam função sexual (FSFI e QS-F), exposição a vitimização sexual passada (MACE), presença e incomodo de sintomas de TEPT (PCL-5). Foram realizadas análises de mediação entre o histórico de ASI, TEPT e DSF, sendo o TEPT a variável mediadora. **Resultados:** Observamos que o TEPT media a relação entre ASI e DSF. O FSFI apresentou efeito indireto com o TEPT ($B = -1.156$; $z = -5.802$; $p < 0.001$). O mesmo pode ser visto com a utilização do QS-F ($B = -2.936$; $z = -8.03$; $p < 0.001$). **Conclusão:** O resultado de mediação dos sintomas de TEPT na relação de ASI e DSF foi confirmado. Tal resultado indica que potenciais intervenções para queixas sexuais devam atentar para o histórico de ASI e sintomas de TEPT no tratamento de DSFs.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina; transtorno de estresse pós-traumático; abuso sexual infantil.

Female sexual dysfunctions and the role of post-traumatic stress disorder symptoms in victims of childhood and adolescent sexual abuse

Abstract: Childhood sexual abuse (CSA) most frequently has girls as victims and has psychopathological consequences, the most prevalent being post-traumatic stress disorder (PTSD). However, there is also a high presence of female sexual dysfunctions (FSDs) among CSA victims. Despite reaching clinical thresholds, one hypothesis is that PTSD symptoms would play a mediating role between CSA and FSD, with the investigation of these connections being the objective of this study. **Method:** A sample of 2073 women answered questionnaires online that assessed sexual function (FSFI and QS-F), exposure to past sexual victimization (MACE), presence and bothersome symptoms of PTSD (PCL-5). Mediation analyzes were carried out between the history of ASI, PTSD and FSD, with PTSD being the mediating variable. **Results:** We observed that PTSD mediates the relationship between CSA and FSD. FSFI showed an indirect effect on PTSD ($B = -1.156$; $z = -5.802$; $p < 0.001$). The same can be seen using the QS-F ($B = -2.936$; $z = -8.03$; $p < 0.001$). **Conclusion:** The mediation result of PTSD symptoms in the relationship of CSA and FSD was confirmed. This result indicates that potential interventions for sexual complaints should pay attention to the history of CSA and PTSD symptoms when treating FSDs.

Keywords: female sexual dysfunction; post-traumatic stress disorder; child sexual abuse.

3.1. Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) é uma das formas de maus-tratos infantis, sendo um problema de política e saúde pública, com repercussões imediatas, mas também contínuas, a médio e longo prazos (Teicher & Samson, 2013). Mais comum vitimar crianças e adolescentes do sexo feminino, em termos diagnósticos, se destaca risco aumentado ao desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), com taxas variando entre 37-52% em vítimas (Norman et al., 2012). Para além dos traumas imediatos, e o próprio risco para o TEPT, outras áreas da saúde podem ser afetadas em longo prazo, incluindo risco aumentado para problemas cardíacos (Pool et al., 2021) e na saúde mental, principalmente (McKay et al., 2021). Dentre estes efeitos, um de destaque envolve a própria vida sexual (Bigras et al., 2021). Neste sentido, não apenas a satisfação sexual é associada ao histórico de ASI, mas também em termos clínicos se observa entre vítimas de ASI, taxas mais altas de Disfunções Sexuais Femininas (DSFs) (Wang et al., 2023). Dentro deste contexto, apesar de descritivamente observações de impactos serem inquestionáveis, a relação e interdependência entre diferentes sintomas e desfechos levanta discussões, já que sendo o TEPT um transtorno primário nestes casos, os sintomas de DSFs poderiam ser melhor explicados pelos sintomas pós-traumáticos, que atuariam como mediadores entre ASI e DSFs (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020; Karsten et al., 2020).

O ASI pode envolver coerção com contato físico, como beijos, carícias e relações sexuais forçadas, cometidas por adultos ou indivíduos de idade superior que ocupam papéis de cuidado e confiança em relação à criança/adolescente, com objetivo de obter satisfação sexual. Além disso, o ASI pode ocorrer sem contato físico, incluindo exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia (Barth et al., 2013; Teicher & Samson, 2013). O ASI, mesmo que entendido como subnotificado, possui números impactantes. De acordo com dados do boletim epidemiológico, entre 2015 e 2021 foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, nos qual 76.8% das denúncias corresponde a crianças do sexo feminino. (BRASIL, 2024). No mundo, meta-análise apontou que 18 e 32% de mulheres na Europa e nos EUA, respectivamente, foram vítimas

de abuso sexual na infância (Pan et al., 2021). Como mencionado, o ASI é relacionado a prejuízos imediatos e a longo prazo (Banvard-Fox et al., 2020), com dados sugerindo prejuízo no funcionamento neurocognitivo (Kavanaugh et al., 2016) e alterações nos níveis de cortisol (Muller et al., 2014). Na idade adulta, vítimas de ASI apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de depressão (Chen et al., 2010), transtornos de ansiedade e transtornos alimentares (Hailes et al., 2019), disfunções sexuais (Wang et al., 2023) e TEPT (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Sendo este o com maior prevalência conforme uma meta-análise (Wang et al., 2023). Os autores destacam que 49% das vítimas de ASI desenvolvem TEPT posteriormente.

O abuso sexual, por definição, caracteriza um episódio traumático conforme o estabelecido no Critério A do DSM-5-TR (American Psychiatric Association., 2023). O TEPT é um transtorno mental grave, com características crônicas e que se caracteriza por, após a exposição direta, indireta ou com pessoas próximas a um evento traumático, desenvolver sintomas pós-traumáticos de todos os seguintes grupos de manifestações relacionadas ao evento: (A) sintomas intrusivos; (B) sintomas de evitação; (C) Alterações negativas nas cognições e humor; (D) alterações na excitação e reatividade (APA, 2023). Adicionalmente, o TEPT é altamente comorbido com outras condições, incluindo DSFs (O'Driscoll & Flanagan, 2016).

A função sexual corresponde a capacidade de um indivíduo responder, vivenciar e desenvolver o prazer em busca de sua satisfação sexual (Basson, 2001). Por outro lado, as disfunções sexuais femininas (DSFs) correspondem a perturbações clinicamente significativas na capacidade de uma mulher responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual, ocorrendo por pelos menos seis meses em 75-100% da atividade sexual (APA, 2023). O DSM-5-TR (2023) as classifica em (I) transtorno do orgasmo feminino; (II) transtorno de interesse/excitação sexual feminina; (III) transtorno de dor/penetração genitopélvica. A etiologia das DSFs é multifatorial, no entanto, a ocorrência da vitimização sexual tem sido associada como um dos principais fatores de risco (Blais et al., 2022; Högbeck & Möller, 2022; Kelley & Gidycz, 2019; O'Driscoll & Flanagan, 2016), bem como há

sugestões de que os sintomas de TEPT, e não a história de ASI é que interfeririam no funcionamento sexual (Bornefeld-Ettmann et al., 2018; Weiss et al., 2023).

A relação de sintomas pós-traumáticos com o funcionamento sexual possui documentações sustentando que quanto maior a intensidade dos sintomas pós-traumáticos, menor a resposta sexual e, conseqüentemente, mais sintomas de DSFs (Blais et al., 2022; Weiss et al., 2023). Não tão sólido, mas de forma incipiente, as relações dos sintomas de TEPT, ASI e o funcionamento sexual (e disfunções) feminino, já foram explorados na literatura também. Um estudo mais vanguardista investigou um grupo de mulheres que procuraram terapia sexual. No trabalho, realizaram análises para discriminar mulheres com disfunção sexual e observaram que a história de ASI com penetração discriminava corretamente entre 75-94% das mulheres (Haase et al., 2009). Esses dados posteriormente foram em grande parte corroborados por estudo de base populacional na Austrália (Najman et al., 2005). Tais dados motivaram ao estudo não apenas da relação de ASI e o funcionamento sexual feminino, mas também o papel de sintomas psicopatológicos associados.

Justamente nesta linha, alguns trabalhos começaram a acumular evidências de que os sintomas pós-traumáticos, mas não necessariamente a história de trauma sexual é que explicariam os sintomas de disfunção sexual (Bornefeld-Ettmann et al., 2018; Karsten et al., 2020; Weiss et al., 2023). A hipótese começou a ganhar mais robustez através de trabalho no qual pesquisadores recrutaram três grupos de mulheres: um grupo de mulheres com TEPT seguido de ASI, outro grupo de mulheres com ASI ou abuso físico na infância, mas sem TEPT, e um grupo de mulheres saudáveis sem história de abusos na infância. Os autores documentaram que o grupo com TEPT seguido de ASI tinha função sexual reduzida no que diz respeito a dor, aversão e satisfação sexual em comparação com os dois outros grupos (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). E finalmente, Gewirtz-Meydan & Lahav (2020) que mais consistentemente corroboraram hipótese de que talvez sejam os sintomas pós-traumáticos que tenham principal contribuição para as disfunções sexuais seguidas da história de ASI. Os autores avaliaram de forma online 792 participantes israelenses adultos

e realizaram análise de mediação que revelou o efeito dos sintomas pós-traumáticos como mediador de sintomas de disfunção sexual em vítimas de ASI.

É importante ressaltar que há também sugestões de outros mecanismos que podem atuar na mediação entre ASI e DSFs, como desregulações de hormônios sexuais na sequência de episódios de ASI que poderiam responder pelas manifestações na função sexual (Clayton & Valladares Juarez, 2019; Goldstein et al., 2017). Justamente por tais razões que é necessário que estudos reforcem e corroborem dados anteriores para orientar novas pesquisas e condutas clínicas. Neste sentido, nosso trabalho teve como objetivo investigar se sintomas pós-traumáticos mediam a relação entre ASI e sintomas de disfunção sexual feminina na vida adulta. Nosso trabalho busca corroborar, portanto, as seguintes hipóteses: (I) que mulheres vítimas de ASI apresentam mais sintomas de disfunção sexual na vida adulta em relação a mulheres sem o mesmo histórico (Weiss et al., 2023), bem como (II) mais sintomas de TEPT (Blais et al., 2022). Também, (III) que sintomas pós-traumáticos se relacionam positivamente com sintomas de disfunção sexual e, finalmente, o nossa última e principal hipótese é (IV) que a relação entre ASI e sintomas de disfunção sexual não se mantém quando observado o efeito de sintomas pós-traumáticos (Kratzer et al., 2022). Em especial, nosso trabalho busca replicar em grande parte o trabalho de Gewirtz-Meydan & Lahav (2020). Os resultados esperados, a confirmar as hipóteses, podem sugerir ações de conduta clínica, observando prioritariamente sintomas pós-traumáticos em mulheres vítimas de ASI buscando tratamento para DSFs.

3.2. Métodos

3.2.1. Participantes

Uma amostra não probabilística de 2777 participantes se voluntariaram para este trabalho. Os participantes, para inclusão, deveriam ser do sexo feminino, ter mais de 18 anos, não estar em período gestacional (devido às alterações psicofisiológicas que interferem na função sexual durante a gravidez (Malarewicz et al., 2006), ter vida sexual ativa, acesso à internet e conhecimento da língua portuguesa. Participantes foram excluídos

quando responderam incorretamente perguntas para controle de aleatoriedade de resposta ($n = 28$), ou por não completarem em sua totalidade os instrumentos ($n = 603$), por estarem em período gestacional ($n = 69$) e por se autodeclararem do sexo masculino ($n = 4$). Logo, a amostra final foi de 2073 mulheres.

3.2.2. Medidas e Instrumentos

3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

Instrumento utilizado para coletar dados sociodemográficos, como idade, sexo, etnia, escolaridade, renda, orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual e outros). Além de perguntas adicionais, como diagnóstico de transtornos psiquiátricos, se está em período gestacional e se teve a oportunidade de estar em relações sexuais consentidas. O questionário está disponível em Anexo 2.

3.2.2.2. Disfunção Sexual Feminina

A DSF foi medida através de dois instrumentos. O primeiro questionário utilizado foi Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000) (Anexo 3). O FSFI abrange cinco domínios da resposta e função sexual feminina (desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto) através de 19 perguntas referentes ao último mês (quatro semanas) da atividade sexual da participante. As perguntas 1 e 2 são classificadas em uma escala de pontuação de 1 a 5 enquanto as demais são pontuadas de 0 a 5. Para cada domínio, as pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens correspondentes (escore simples), que são multiplicadas pelo fator de ponderação específico do domínio, resultando no escore ponderado (escore total), que varia de 2 a 36. O instrumento será utilizado através do escore total, de modo que uma média ≤ 26.5 aponta a presença de DSFs, ou seja, quanto maior o escore maior a disfunção sexual. O escore total será utilizado como variáveis dependente.

O segundo instrumento utilizado foi o Quociente sexual – versão feminina (QS-F)

(Abdo, 2009) (Anexo 4). Composto por 10 questões de autorrelato que avalia as fases do ciclo de resposta sexual: desejo e interesse sexual; preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro; conforto; orgasmo e satisfação. Cada item é classificado em uma escala de 0 a 5 (0 = nunca; 5= sempre) e considera a resposta sexual dos últimos seis meses. O QS-F foi adicionado com a finalidade de obter respostas sobre a atividade sexual das participantes de forma mais abrangente. O escore total é obtido através da soma das respostas assinaladas. Dessa forma, o instrumento avalia o efeito clinicamente significativo de acordo com os seguintes escores para as diferentes DSFs. Um escore, ≤ 62 indica a presença de DSFs. Da mesma forma que o FSFI, o QS-F também apresenta que quanto maior o escore total, maior a presença dos sintomas de DSF. Usaremos o escore total como variável dependente.

3.2.2.3. Abuso Sexual na Infância

Para investigar os eventos de abuso sexual na infância e adolescência, utilizamos a Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) (Anexo 5). O instrumento permite uma avaliação retrospectiva sobre experiências de maus-tratos na infância. Composta por 52 itens, o questionário aborda diferentes formas de maus-tratos, incluindo abuso verbal e físico dos pais, testemunho de violência entre irmãos, violência interparental, entre outros. Neste estudo, focaremos especificamente na subescala (3) que aborda o abuso sexual, compreendendo os itens 12,13,14,19,20,36 e 37. O instrumento permite que os escores sejam uma variável de razão, se for considerado a quantidade de diferentes tipos de abuso sofrido, ou em uma variável nominal se for considerado somente a ocorrência ou não de episódios de maus-tratos. Neste estudo, foi considerada a variável nominal para a presença de ASI (possui X não possui) de acordo com critério de limite baseado na seleção de dois itens, como sugerem os autores (Teicher & Parigger, 2015).

3.2.2.4. Sintomas de TEPT

Para avaliar os sintomas do TEPT, utilizamos o Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) (anexo 6). O instrumento é composto por 20 itens de autorrelato. Cada item quantifica o grau de desconforto experimentado nos últimos 30 dias em relação aos sintomas de TEPT descritos no DSM-5-TR (2023), focado nos eventos traumáticos mais angustiantes do passado. Cada item do PCL-5 é classificado em uma escala de 0 (nada) a 4 (extremamente), e as pontuações são somadas para fornecer uma pontuação total da gravidade, sendo o valor máximo de 80 pontos (Weathers et al., 2013). Nesse sentido, quanto maior a pontuação, maior o incomodo dos sintomas de TEPT. O escore total representa uma variável nominal e será tratada como uma variável dependente.

3.2.2.5. Sintomas Psicopatológicos

Considerando que, para além dos sintomas de TEPT, vítimas de ASI apresentam outras manifestações psicopatológicas, utilizamos a Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 (ETS-5) (Anexo 7) para explorar possíveis relações sintomáticas que possam estar relacionadas a mulheres com histórico de ASI. O ETS-5 é composto por 23 itens de autorrelato e classifica-se em uma escala Likert de 5 pontos (0= nada; 1= muito leve ou raramente; 2= leve ou vários dias; 3= moderado ou mais da metade dos dias; 4= grave ou quase todos os dias). Os escores podem ser calculados separados em 13 domínios como: depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância e são calculados a partir da soma dos itens. Assim, quanto maior o escore, maior a frequência dos sintomas. Nas análises usaremos o escore total, sem diferenciação quanto aos domínios, sendo esta uma variável dependente (APA, 2013).

3.2.3. Procedimentos

As participantes foram recrutadas através de divulgações em redes sociais virtuais na internet. Ao clicar no link fornecido na divulgação, as participantes eram redirecionadas para a plataforma Formr, onde os questionários foram estruturados (Arslan et al., 2020). O primeiro documento apresentado foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), no qual as participantes precisavam indicar sua aceitação para continuar com a pesquisa. Em seguida, elas tiveram acesso aos demais questionários, abrangendo dados sociodemográficos, função sexual (FSFI e QS-F), história de abuso sexual na infância (MACE) sintomas de TEPT (PCL-5) e rastreio de outros sintomas psicopatológicos (ETS-5). Para garantir o padrão das respostas, foi incluída uma pergunta de múltipla escolha para verificar se as participantes estavam respondendo de forma aleatória ou sem atenção (“Qual das seguintes opções é o nome de uma fruta?”). Todo o procedimento foi aprovado por comitê de ética responsável, sob parecer número: 6.456.507.

3.2.4. Análises Estatísticas

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do software JAMOV na versão 2.5.5 (The jamovi project, 2024). Inicialmente, foram conduzidas análises descritivas para caracterizar a amostra em frequências e percentuais para medidas nominais (i.e., idade, relacionamento afetivo atual, orientação sexual, etnia e escolaridade) bem como a média e desvio-padrão para medidas contínuas. Nas principais análises, os participantes foram divididos em dois grupos: grupo com história de abuso sexual na infância (GASI) e o grupo controle comparativo, sem história de ASI (GC). A determinação da alocação dos participantes foi realizada com base em suas respostas na MACE (i.e., duas ou mais respostas afirmativas para os pontos avaliados).

Em seguida, levantamento sobre a normalidade ou não das distribuições dos escores dos instrumentos contínuos foram realizados. Posteriormente, teste de Mann-Whitney foram conduzidos adotando a MACE como variável independente para investigar efeitos de grupo de histórico de ASI em relação a função sexual (FSFI e QS-F), sintomas de

TEPT (PCL-5) e outros sintomas psicopatológicos (ETS-5). Adicionalmente, foram realizados testes Qui-Quadrado para examinar a associação entre os grupos GASI e GC e variáveis categóricas como relacionamento afetivo atual, orientação sexual, etnia e escolaridade. Também adotamos análises de correlações com fins exploratórios entre a função sexual e sintomas de TEPT nas participantes com história de ASI. Para investigar se o TEPT atua como mediador entre ASI e DSFs, utilizamos análises de mediação com o método bootstrapping, realizado com 1000 reamostragens. Adotamos modelo 4 de mediação (Hayes, 2013), de modo que o GASI (MACE) atua como variável independente, os escores da FSFI e QS-F como variáveis dependentes e o TEPT (PCL-5) como variável mediadora. O Método bootstrap cria amostras aleatórias a partir do banco de dados original, substituindo valores da amostra por outros, o que permite estimar intervalos de confiança de 95% e aumentar o poder estatístico da variável mediadora (MacKinnon et al., 2007).

3.3. Resultados

Um total de 946 (45.6%) das participantes indicaram ter vivido ao menos um episódio de ASI e foram alocadas no grupo GASI; enquanto 1127(54.4%) não tinham histórico de ASI e foram alocadas como GC. A Tabela 1 apresenta os dados descritivos da amostra total, bem como para cada grupo. Como pode ser observada, a amostra era predominantemente autodeclarada como branca, heterossexual, casada e com ensino superior completo. Entre os grupos, pode ser observado que as participantes com história de vitimização sexual (GASI) representam em sua maioria, mulheres casadas (16.9%) em relacionamentos heteroafetivos (17.5%) com ensino superior completo (16.2%) e autodeclarada como branca (25.8%). Além disso, os resultados do teste qui-quadrado revelou uma associação significativa entre o nível de escolaridade ($p < .001$) e etnia ($p < .001$) no grupo GASI, enquanto para relacionamento afetivo atual ($p = .269$) e orientação sexual ($p = .106$) os resultados não mostraram uma associação significativa ao histórico de vitimização sexual no grupo GASI.

Considerando a amostra total, os escores da FSFI indicam níveis clinicamente

significativos de disfunção sexual entre o grupo GASI (13.6%) e GC (21.3%). Já o escore do QS-F da amostra total, como de ambos os grupos indica função sexual dentro dos parâmetros típicos. Para a amostra total, os valores médios de sintomas de TEPT (PCL-5) e de outros sintomas psicopatológicos (ETS-5) sugerem que há uma presença desagradável de sintomas de forma média. No grupo GASI os valores mostram-se mais altos, o que indica que a presença e o incomodo são mais fortes nas mulheres com histórico de ASI.

Tabela 1.

Dados descritivos gerais e comparações entre os grupos com e sem ASI.

Característica	Total (n = 2073)	GASI (n = 946)	GC (n = 1127)	Estatística	p	r
Idade em anos (M / DP)	30.1 / 9.1	30.3/9.1	29.9/9.1			
Escolaridade						
Ensino superior completo (n / %)	946 / 45.6	374 / 18	572 / 27.6			
Ensino superior incompleto (n / %)	670 / 32.3	335 / 16.2	335 / 16.2			
Ensino médio completo (n / %)	396 / 19.1	196 / 9.5	200 / 9.6			
Orientação sexual						
Heterossexual (n / %)	867 / 41.8	363 / 17.5	504 / 24.3			
Homossexual (n / %)	56 / 5.7	27 / 1.3	29 / 1.4			
Bissexual (n / %)	523 / 25.2	264 / 12.7	259 / 12.5			
Etnia autodeclarada						
Branca (n / %)	1256 / 60.6	534 / 25.8	722 / 34.8			
Preta (n / %)	253 / 12.2	140 / 6.8	113 / 5.5			
Parda (n / %)	256 / 25.4	258 / 12.4	268 / 12.9			
Relacionamento Afetivo						
Casada (n / %)	729 / 35.2	350 / 16.9	379 / 18.3			
Namorando (n / %)	647 / 31.2	277 / 13.4	370 / 17.8			
Ficando (n / %)	125 / 6	55 / 2.7	70 / 3.4			
Sem relacionamento atual (n / %)	572 / 27.6	264 / 12.7	308 / 14.9			
Medidas						
PCL-5 (M / DP)	39.6 / 18.1	45.9 / 16.1	34.2 / 18	U= 281.3	<.001	.378
ETS-5 (M / DP)	38.3 / 17.8	43.6 / 16.1	33.7 / 18	U= 274.2	<.001	.323
FSFI (M / DP)	18 / 11.8	17.5 / 11.5	18.5 / 12.1	U= 496.4	.008	.068
QS-F (M / DP)	64.7 / 20.1	62.6 / 20.4	66.6 / 19.7	U= 470.6	<.001	.118

Nota. n= número; M=média; DP= desvio-padrão; PCL-5 = posttraumatic stress disorder checklist; FSFI= female sexual function Index; QS-F= quociente sexual feminine; MACE=maltreatment and

abuse chronology of exposure; ETS-5= escala transversal de sintomas de nível 1; GASI= grupo com ASI; GC= grupo controle.

3.3.1. Diferenças entre Vítimas de ASI e o Grupo Controle

Comparamos os grupos através de Mann-Whitneys considerando como variáveis dependentes a função sexual (FSFI e QS-F), sintomas de TEPT (PCL-5) e outros sintomas psicopatológicos (ETS-5) e os grupos (GASI e GC como variáveis independentes). Os resultados revelaram um efeito significativo para presença de ASI em relação a função sexual como observado pelas duas medidas, bem como para sintomas de TEPT e sintomas psicopatológicos. Os dados das análises são apresentados na Tabela 1. Em especial, o GASI teve pontuações menores nos instrumentos de função sexual (FSFI; QS-F); tiveram pontuações mais altas na PCL-5 e ETS-5 demonstrando maior presença e incomodo dos sintomas de TEPT e outros sintomas psicopatológicos em comparação ao GC.

3.3.2. Associações entre as Variáveis.

Para investigar as relações entre os sintomas de TEPT medidos pela PCL-5, disfunção sexual avaliada pelo FSFI e QS-F, e outros sintomas psicopatológicos mensurados pela ETS-5, foram realizadas correlações de Spearman exclusivamente no GASI. Foram observadas associações negativas entre os escores da PCL-5 e tanto a FSFI ($r(944) = -0.172, p < .001$) como para a QS-F ($r(944) = -0.236, p < .001$). Como a maiores valores na PCL-5 indicam maior sintomatologia, enquanto na FSFI e na QS-F valores menores indicam menos função sexual, pode-se concluir que quanto mais sintomas de TEPT, pior a função sexual. Da mesma forma, os sintomas psicopatológicos gerais avaliados pela ETS-5 foram negativamente correlacionados com as medidas de disfunção sexual: FSFI ($r(842) = -0.168, p < .001$) como para a QS-F ($r(842) = -0.216, p < .001$), sugerindo que maiores pontuações no ETS-5 também estão associadas a mais disfunção sexual, o que os instrumentos revelam com menores escores.

3.3.3. Potencial Papel Mediador dos Sintomas de TEPT entre ASI e DSFs.

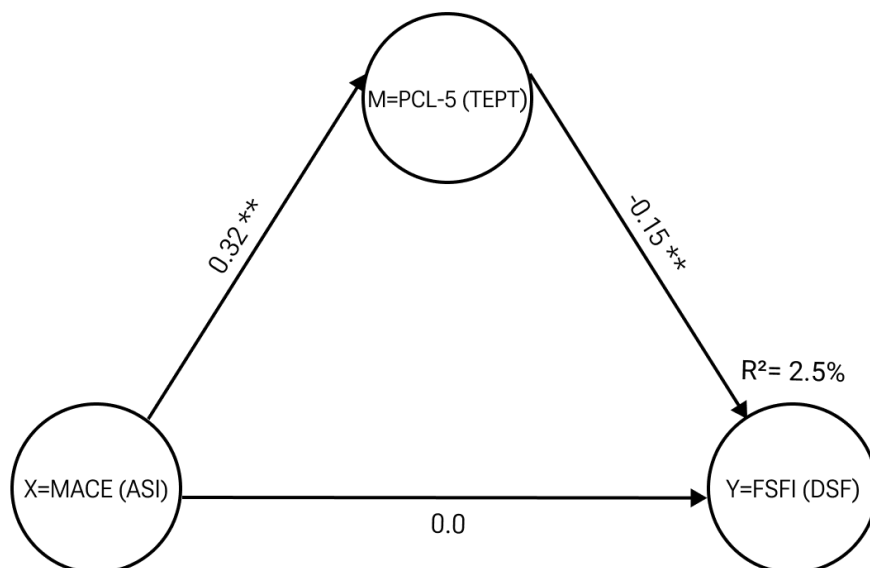
Foram realizadas duas análises de mediação para avaliar o papel mediador dos sintomas de TEPT na relação entre ASI e disfunção sexual. Em termos de medidas, o papel do escore da PCL-5 na relação entre a categorização da MACE (em GASI ou GC) e os escores da FSFI em uma análise, e da QS-F, em segunda análise. Em ambas as análises, utilizou-se o modelo 4 de mediação além do procedimento de reamostragem *Bootstrap* com 1000 amostras para estimar com mais precisão os tamanhos de efeito (Hayes, 2013).

3.3.3.1. Mediação com FSFI

Na primeira análise, utilizamos o escore total da FSFI. Os resultados revelaram que o efeito total de ASI (MACE) sobre a disfunção sexual (FSFI) foi marginalmente significativo ($B = -1,087$; $z = -1,950$; $p = 0,051$). Isso sugere que, sem considerar a mediação pelos sintomas de TEPT (PCL-5), há uma tendência significativa que ASI esteja associado à disfunção sexual. Após a inclusão dos sintomas de TEPT (PCL-5) como variável mediadora, a relação entre ASI e DSFs tornou-se não significativa ($B = 0,057$; $t = 0,114$; $p = 0,910$). Logo, neste modelo os sintomas de TEPT mediam a relação entre ASI e DSF. O efeito indireto de TEPT foi altamente significativo ($B = -1,156$; $z = -5,802$; $p < 0,001$). O intervalo de confiança de 95% do bootstrap [IC 95%] para o efeito indireto variou de -1.55 a -.77, indicando que o efeito mediado é estatisticamente significativo. Dessa forma a presença dos sintomas de TEPT reduz a associação direta entre ASI e DSF o que a torna totalmente mediada pelo TEPT. A Figura 1 apresenta o diagrama da mediação com coeficientes de regressão padronizados.

Figura 1.

Sintomas de TEPT como mediador entre ASI e DSF (FSFI)



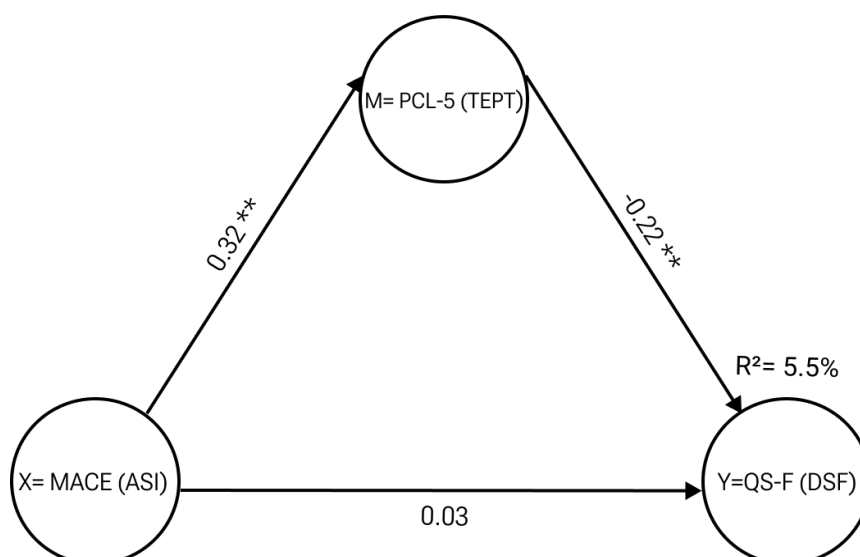
Nota: ** $p < 0.001$; M= variável mediadora; X= variável independente; Y= variável de desfecho

3.3.3.2. Mediação com QS-F

Na segunda análise, a disfunção sexual foi medida pelo escore total do QS-F. Os resultados foram consistentes com os achados utilizando o FSFI. Mas, diferentemente, o efeito total de ASI sobre disfunção sexual (QS-F) foi altamente significativo ($B = -3,981$; $z = -4,50$; $p < 0,001$), indicando uma forte associação entre ASI e DSF. Após a inclusão dos sintomas de TEPT (PCL-5) como variável mediadora, a relação direta entre ASI e DSF diminuiu e tornou-se não significativa ($B = -1,109$; $z = -1,16$; $p = 0,246$). Isso, novamente sugere um papel mediador dos sintomas de TEPT. O efeito indireto via PCL-5 foi altamente significativo ($B = -2,936$; $z = -8,03$; $p < 0,001$). O intervalo de confiança de 95% do bootstrap [IC 95%] para o efeito indireto variou de -3.706 a -2.256. Reforçando que a relação entre ASI e DSF é totalmente mediada pelos sintomas de TEPT. A Figura 2 apresenta o diagrama da mediação com coeficientes de regressão padronizados.

Figura 2.

Sintomas de TEPT como mediador entre ASI e DSF (QS-F)



Nota: ** $p < 0.001$; M= variável mediadora; X= variável independente; Y= variável de desfecho.

3.4. Discussão

O objetivo principal do nosso estudo foi avaliar o papel mediador dos sintomas de TEPT na relação entre abuso sexual na infância (ASI) e sintomas de disfunções sexuais femininas (DSF) em mulheres adultas. Os achados sustentaram nossas hipóteses, já que foi observado que mulheres com ASI, realmente apresentavam mais sintomas associados a DSFs em comparação a mulheres sem o mesmo histórico, nossa primeira hipótese; assim como também tinham mais sintomas de TEPT, confirmando nossa segunda hipótese. Da mesma forma, os sintomas de DSF se associaram positivamente com sintomas pós-traumáticos, confirmando a terceira hipótese. Tais associações, quando investigadas mais profundamente revelaram que, na realidade, o ASI se relaciona com sintomas de DSF indiretamente. Os sintomas de TEPT foram descobertos como mediadores desta relação, o

que confirmou nossa última e principal hipótese.

Nosso resultado de que vítimas de ASI apresentam mais sintomas de disfunção sexual corroborou estudos prévios (Haase et al., 2009; Najman et al., 2005). No entanto, se levarmos em conta pontos de corte específicos, observaríamos que apenas para um dos instrumentos (o FSFI) indicou que mulheres com ASI tinham limiares clínicos de DSF. Um possível fator explicativo para isso dá-se a partir do escopo temporal dos instrumentos, uma vez que a FSFI avalia a resposta sexual no último mês, o QS-F abrange os últimos seis meses da atividade sexual, possibilitando respostas mais abrangentes. Ainda, nossa amostra foi composta predominantemente por mulheres em casamentos heterossexuais, de modo que há estudos que confirmam menor frequência e satisfação sexual em mulheres heterossexuais casadas (Macedo et al., 2023; Tan, 2021).

Ainda assim, entendemos que os dados reforçaram documentações prévias. Um estudo australiano revelou que entre mulheres com história de ASI, 60% tinham ao menos algum sintoma de disfunção sexual, em comparação com 55% dentre mulheres sem ASI, proporções que eram significativamente distintas (Najman et al., 2005). De forma semelhante, um estudo israelense realizado de forma online revelou mulheres com ASI pontuando 20% a menos em uma escala de funcionamento sexual, quando comparadas com mulheres sem ASI, revelando diferenças estatisticamente significativas também (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Nosso estudo encontrou diferença significativa também em duas escalas de funcionamento sexual, com o grupo com história de ASI pontuando pouco menos de 10% quando comparadas a mulheres sem ASI. Enquanto são resultados consistentes e que se replicam, é também pertinente assinalar que possuem aspectos heterogêneos: não utilizamos uma abordagem ordinal da presença de sintomas de disfunções sexuais como no primeiro estudo (Najman et al., 2005), nem usamos o mesmo instrumento que o segundo (Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020). Tais diferenças podem também justificar a variação nas proporções dos escores, por exemplo.

Assim como para maior presença de sintomas de disfunção sexual em vítimas de ASI do que em não-vítimas, também encontramos dados que replicam os da literatura no

sentido de que mulheres com tal histórico, também tinham mais sintomas pós-traumáticos (Weiss et al., 2023). E neste sentido, se por um lado a investigação de sintomas pós-traumáticos é praxe no contato com vítimas de ASI (Broaddus-Shea et al., 2021), não é tão comum a observância de sintomas de disfunção sexual. Em especial, se considerarmos que nem sempre o nível da disfunção atingirá patamar diagnóstico para uma DSF, parece ser recomendável que, no melhor interesse da qualidade de vida de vítimas de ASI, se avalie a função sexual. Tal conclusão que resgatamos com nossos dados já foi inicialmente referida em um dos pioneiros trabalhos na área (Sarwer & Durlak, 1996). Também de forma alinhada com a literatura, as relações entre sintomas pós-traumáticos e sintomas de disfunção sexual feminina que encontramos indicaram que perfis com maior sintomatologia relacionada ao trauma, também teriam maior sintomas de DSFs (Kelley & Gidycz, 2019; O'Driscoll & Flanagan, 2016; Weiss et al., 2023).

Finalmente, assim como no estudo de Gewirtz-Meydan & Lahav (2020), ao testar se ASI e sintomas de disfunção sexual se relacionariam de forma direta, confirmamos nossa hipótese de que tais sintomas, na realidade são causas indiretas, com os sintomas pós-traumáticos mediando a relação. A replicação de tal conclusão é relevante, principalmente se levarmos em conta que usou métodos semelhantes, mas não idênticos. No nosso estudo, focamos no funcionamento sexual, com dois instrumentos, enquanto o trabalho anterior também investigou aspectos de angústia sexual. Aqui, restringimos para o público feminino, enquanto anteriormente investigaram também efeitos de sexo que, compreendemos poderiam enviesar as interpretações, já que as respostas sexuais masculina e feminina possuem diferenças (Basson, 2001).

Ainda que seja um mecanismo que ganha sustentação empírica, os possíveis fatores explicativos para a sintomatologia pós-traumática ser o determinante da relação entre ASI e sintomas de disfunção sexual ainda não são claros e merecem aprofundamento. Um exemplo disto é que, a mesma característica mediadora de sintomas pós-traumáticos entre ASI foi revelada para transtornos alimentares (Kiefer et al., 2021). Assim, é claro que a presença de tal sintomatologia parece ter peculiaridades que interagem com outras

variáveis para contribuir para mais desfechos epigenéticos. Adicionalmente, nossos dados se agregam ao corpo de evidências que ressalta a ampla necessidade da investigação e consideração de sintomas pós-traumáticos de forma rotineira (Gagnon-Sanschagrin et al., 2022), já que mesmo quando não relacionado a sintomatologia, pode ser muito presente, particularmente em mulheres (Sanvicente-Vieira et al., 2019).

Por fim, o papel mediador dos sintomas pós-traumáticos entre ASI e sintomas de disfunções sexuais joga luz sobre ainda um aspecto diagnóstico. As DSFs, de acordo com o DSM-5-TR (APA, 2023), são consideradas por diferentes critérios, sendo um comum a quase todas, “a ausência de outra condição médica”. Os nossos resultados não podem afirmar que os sintomas pós-traumáticos, na realidade, explicariam possíveis transtornos sexuais, mas podem problematizar e ressaltar a necessidade de melhores investigações. Para além da questão diagnóstica, também vem à tona a questão que, a partir das intervenções voltadas para queixas sexuais, os profissionais de saúde deveriam realizar uma análise retrospectiva para explorar se há algum episódio de vitimização sexual em algum momento da vida, bem como sintomas de TEPT. Considerando a sintomatologia do TEPT (sintomas intrusivos; sintomas de evitação; alterações negativas nas cognições e humor) é possível relacionar tais sintomas a manifestações de natureza sexual, como flashbacks e pensamentos intrusivos que remetam ao abuso (O’Driscoll & Flanagan, 2016; Stein et al., 2013), crenças negativas sobre o sexo (e.g., “sexo é prejudicial e repugnante”), e sobre si mesmas (e.g., “eu não mereço sentir prazer”) (Yehuda et al., 2015). Da mesma forma, os sintomas de alterações na excitação e de reatividade, refletidas em estado prolongado de excitação do SNS (alteração da frequência cardíaca, restrição do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais), junto com o estado de hipervigilância, podem impossibilitar a resposta de excitação sexual (lubrificação vaginal, liberação de estrogênio) (Basson, 2001; Hentschel et al., 2006). Essas características predispõe a mulher a uma atividade sexual não prazerosa, bem como coloca-la em uma posição de revitimização sexual (Walker et al., 2019).

Apesar das contribuições deste estudo, há algumas limitações que devem ser consideradas. A amostra foi predominantemente composta por mulheres em casamentos

heterossexuais, o que pode não refletir a experiência de mulheres em outros tipos de relacionamentos ou de outras orientações sexuais. Além disso, a natureza transversal do estudo impede conclusões causais sobre a relação entre ASI, TEPT e DSF. Pesquisas futuras poderiam explorar essas relações em populações mais diversas e investigar outros possíveis mediadores, como variáveis biológicas e sociais. Ademais, estudos longitudinais seriam úteis para entender melhor a direção causal das associações observadas. Em resumo nossos resultados sugerem que o TEPT desempenha um papel mediador significativo entre ASI e DSF. Este conhecimento pode informar intervenções terapêuticas e contribuir para um melhor entendimento das complexas interações entre trauma e sexualidade.

Além de reforçar a literatura existente, nossos achados tem implicações importantes para a prática clínica. Profissionais de saúde devem estar cientes da alta prevalência de TEPT entre mulheres com histórico de ASI e da forte associação entre TEPT e DSF. Isso sugere a necessidade de avaliações abrangentes que incluam a investigação de eventos traumáticos passados ao tratar queixa sexuais, ainda que apenas a diminuição dos sintomas de TEPT não seja a intervenção que aumente e melhore a função sexual (O'Driscoll & Flanagan, 2016). As intervenções terapêuticas devem considerar a abordagem de sintomas de TEPT como parte do tratamento da DSF. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), por exemplo, trazem evidências sobre sua eficácia ao tratamento desta população, processando e reestruturando memórias traumáticas, crenças negativas sobre o sexo e de si mesmas e a reduzir o estado de hipervigilância presente no TEPT (Lerner et al., 2022; Ter Kuile et al., 2010).

3.5. Conclusão

Este estudo investigou o papel mediador dos sintomas de TEPT na relação entre ASI e DSF. Os resultados confirmam que mulheres com histórico de vitimização sexual passada apresentam níveis mais elevados de sintomas de TEPT e maiores dificuldades sexuais na adultez, reforçando a literatura existente sobre a ligação entre vitimização sexual

precoce e problemas sexuais posteriores. Além disso, nossos achados indicam que o TEPT atua como um mediador significativo entre ASI e DSF, dessa forma, os resultados sugerem a importância de considerar o TEPT e outros sintomas psicopatológicos como comorbidades que podem agravar a DSF em vítimas de ASI. Implicações clínicas surgem desta pesquisa, enfatizando a necessidade de avaliações abrangente de traumas passados ao tratar queixas sexuais. Intervenções terapêuticas focada em traumas mostram-se promissoras para abordar tanto os sintomas de TEPT quanto as dificuldades sexuais associadas. Contudo, há algumas limitações, incluindo a predominância de mulheres em casamentos heterossexuais na amostra e o desenho transversal da pesquisa. Pesquisas futuras devem considerar amostras probabilística e métodos longitudinais para esclarecer as outras relações possivelmente mediadoras.

4. Artigo 2

Eficácia dos Tratamentos para Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminina: Uma Revisão Sistemática e Meta-Análise

Clarissa Gontijo Hallack Sarkis¹, Stefany Barcelos dos Reis Ibanez ¹, Breno Sanvicente-Vieira, ¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Resumo: O Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminina (TIESF) é uma das condições classificadas como disfunções sexuais femininas. É caracterizada principalmente pela ausência de desejo e fantasias sexuais, bem como por uma incapacidade persistente ou recorrente de atingir e manter a excitação e o desejo durante a atividade sexual.

Considerando o potencial prejuízo à qualidade de vida, diversos tratamentos são propostos, incluindo agentes farmacológicos, substâncias fitoterápicas e psicoterapia. Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia de diferentes intervenções em mulheres com diagnóstico de TIESF.

Método: Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes PRISMA. As pesquisas bibliográficas foram realizadas entre 20 de março e 12 de maio de 2023, em quatro bases de dados: PubMed, Web of Science, PsycInfo e Embase. Análises quantitativas foram realizadas utilizando a diferença média nos escores de excitação e desejo sexual antes e depois da intervenção. Adicionalmente, análises qualitativas categorizaram as intervenções em: (I) intervenção farmacológica; (II) intervenção fitoterápica; (III) outros tipos de intervenções.

Resultados: Os resultados sugerem um efeito significativo no aumento da excitação e do desejo com intervenções farmacológicas, fitoterápicas e psicoterapêuticas. A metanálise indicou uma melhora significativa na excitação (SMD = 1,47, IC 95% 0,88, 2,06; Z = 4,87, p < 0,001, I² = 92) e desejo (SMD = 1,79, IC 95%: 1,04, 2,54; Z = 4,70, p < 0,001, I² = 99%), embora tenha havido alta heterogeneidade para ambos os desfechos. **Conclusão:** Os

resultados demonstram a eficácia das intervenções no aumento da excitação e do desejo sexual, mas devem ser interpretados com cautela devido à diversidade metodológica entre os estudos.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina; transtorno do interesse/excitação; tratamento farmacológico; saúde sexual feminina; revisão sistemática.

Efficacy of Treatments for Female Sexual Interest/Arousal Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis

Abstract: Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD) is one of the conditions classified under female sexual dysfunctions. It is primarily characterized by the absence of sexual desire and fantasies, as well as a persistent or recurrent inability to achieve and sustain arousal and desire throughout sexual activity. Considering the potential detriment to quality of life, various treatments are proposed, including pharmacological agents, herbal substances, and psychotherapy. This study aims to conduct a systematic review of randomized clinical trials to evaluate the efficacy of different interventions in women diagnosed with FSIAD. **Method:** This systematic review adhered to PRISMA guidelines. Literature searches were conducted between March 20 and May 12, 2023, across four databases: PubMed, Web of Science, PsycInfo, and Embase. Quantitative analyses were performed using the mean difference in sexual arousal and desire scores before and after the intervention. Additionally, qualitative analyses categorized the interventions into: (I) pharmacological intervention; (II) herbal intervention; (III) other types of interventions. **Results:** Findings suggest a significant effect on increasing arousal and desire with pharmacological, herbal, and psychotherapeutic interventions. Meta-analysis indicated a significant improvement in arousal (SMD = 1.47, 95% CI 0.88, 2.06; $Z = 4.87$, $p < .001$, $I^2 = 92$) and desire (SMD = 1.79, 95% CI: 1.04, 2.54; $Z = 4.70$, $p < .001$, $I^2 = 99\%$), although there was high heterogeneity for both outcomes. **Conclusion:** The results demonstrate the efficacy of interventions in increasing sexual arousal and desire but should be interpreted cautiously due to methodological diversity among the studies.

Keywords: female sexual dysfunction; interest/arousal disorder pharmacological treatment; female sexual health; systematic review

4.1. Introdução

O transtorno de interesse/excitação sexual feminino (TIESF) é uma disfunção sexual feminina que é marcada pela ausência ou redução do desejo, fantasias sexuais e interesse sexual em mulheres (APA, 2022). Adotando os critérios atuais, o TIESF tem prevalência estimada de 0.6-1.7% (Erdős et al., 2023; Mitchell et al., 2016). Segundo o DSM-5-TR (2022), os critérios envolvem a presença durante um mínimo de seis meses de ao menos três dos seguintes sintomas: baixo desejo sexual; pensamentos sexuais reduzidos ou ausentes; ausência de iniciação, ou falta de receptividade a iniciação de parceiros; pouco prazer durante a atividade sexual; pouca responsividade a estimulações sexuais e dificuldades de excitação sexual física (APA, 2022). Evidentemente, tais sintomas não podem ser explicados por outras condições, ou uso de substâncias e devem causar sofrimento ou prejuízos. Nesta linha, o TIESF é extremamente associado a sintomas de ansiedade e depressão (Pulverman et al., 2018), bem como a dificuldades interpessoais em relacionamentos românticos e pior qualidade de vida (Polland et al., 2019). Por tudo isto, não é atual o interesse em intervenções eficazes voltadas para sintomas relacionados ao desejo e excitação sexuais em mulheres (Nastri et al., 2013; Nurnberg et al., 2008) com alternativas psicoterapêuticas (Lerner et al., 2022; ter Kuile et al., 2010), farmacológicas (Caruso et al., 2004; Wheeler & Guntupalli, 2020) e com outras substâncias, como plantas, de forma fitoterápica (Akhtari et al., 2014; Molkara et al., 2021).

Anteriormente conhecido como transtorno do desejo sexual hipoativo e o transtorno de excitação sexual feminina, o TIESF uniu tais condições no DSM-5 (Sungur & Gündüz, 2014) e as manteve na sua versão de texto revisado (APA, 2022). Da mesma forma que outras disfunções sexuais, o TIESF acompanha sofrimento e impacto social e, seus sintomas, mesmo quando em níveis não clínicos e não caracterizando um transtorno, recebem atenção para a melhora da qualidade de vida (Lutfey et al., 2009). Por exemplo, segundo dados meta-analisados, cerca de 16,3% das mulheres relatam queixas sobre seu desejo e interesse sexual, sobretudo no período da pós-menopausa (Lim-Watson et al., 2022), onde ocorre a redução dos níveis de estrogênio e andrógenos, além de diminuição

da libido e secura vaginal (Davison et al., 2005; Thornton et al., 2015). Ainda, parceiros românticos de mulheres com disfunções sexuais apresentam sintomas de ansiedade que refletem negativamente no prognóstico (Rosen et al., 2020).

Frente a relevância dos sintomas na vida de mulheres, áreas da saúde, como ginecologia (Basson et al., 2001) e psicologia (Goldsmith et al., 2012) intervêm e, mais recentemente, testes com ensaios clínicos passaram a ser realizados. Um dos primeiros ensaios clínicos para as disfunções sexuais femininas foi elaborado por Mathews et al (1983). O estudo comparou duas intervenções: um grupo através da terapia de reposição hormonal de testosterona e outro grupo com a terapia cognitivo-comportamental (TCC), encontrando superioridade dos resultados no grupo que utilizou a TCC (Mathews, 1983). Desde então, passou a ser sugerida uma ampliação sobre estudos na área e, em particular, a compreensão dos alvos de ação e mecanismos na utilização de fármacos (Gao et al., 2015).

Nesta linha, evoluções interessantes apontam hoje para uma teoria mais vigente de que o TIESF, ainda que multifatorial, envolva uma dificuldade de equilibrar as sinalizações excitatórias e inibitórias da resposta sexual feminina (Stahl, 2010). Do ponto de vista teórico, há diferentes modelos de resposta sexual (Basson, 2001; Kaplan, 1980; Masters & Johnson, 1966) sendo o “Modelo Circular proposto por Basson (2001) utilizado atualmente. A autora considera a interação entre fatores emocionais, psicológicos e físicos, de maneira intercalada, ou seja, o desejo sexual pode surgir como resposta à intimidade emocional e estímulos sexuais, levando a estimulação, excitação física e psicológica e motivações para atividade sexual. (Basson, 2001). De acordo com alguns estudos, apesar dos aspectos psicológicos serem fundamentais, ao investigar quadros patológicos, a essência da resposta sexual parece depender do sistema nervoso central e suas integrações sensoriais, atencionais, motivacionais e motoras no que diz respeito a excitação e posterior inibição neuronais (Pfaus, 2009). De forma breve, se destaca em termos neurobiológicos a participação da norepinefrina e da ocitocina – para a estimulação do interesse – e dopamina e melanocortina – para estimulação do desejo; enquanto para

aspectos inibitórios, sinalizações serotoninérgicas (que estariam mais ligadas a saciedade), opioide (ligada a sinalização de recompensas) e endocanabinóides (relacionadas a sedação). De acordo com os modelos atuais, no TIESF correriam disfunções na comunicação e equilíbrio destes mecanismos (Goldstein et al., 2017; Stahl, 2010).

Com as evoluções teóricas e proposições de modelos, mais e mais estudos clínicos surgiram para as disfunções sexuais femininas. Formas de psicoterapia, por exemplo, sendo estas com resultados positivos (Ter Kuile et al., 2010), como também as intervenções farmacológicas com alvos justamente em circuitos serotoninérgicos (com o principal medicamento testado sendo o Flinbanserin) (Goldfischer et al., 2011), dopaminérgicos (Apomorfina SL) (Caruso et al., 2004) e melanocortinérgicos (Clayton et al., 2016). A utilização de fármacos envolve o uso de substâncias bioquímicas, com objetivo de tratar, prevenir e obter o efeito terapêutico desejado (Stahl, 2008). Conforme a consistência clínica e confiabilidade em diferentes fármacos, as intervenções dessa natureza apresentam inúmeras possibilidades quanto à escolha de protocolo de tratamento (Gao et al., 2015; Kingsberg et al., 2019). Enquanto as indicações especialistas apontam para psicoterapia e medicamentos do tipo como tratamentos de primeira linha para o TIESF (Parish & Hahn, 2016), há documentação de resultados positivos com intervenções fitoterápicas (Akhtari et al., 2014; Sadeghi et al., 2020).

O termo fitoterápico refere-se ao uso de substâncias e princípios ativos presentes em plantas ou derivados, no qual a principal característica são os efeitos medicinais em diferentes condições clínicas (de Pasquale, 1984). Nesta linha, há dados de que manipulação fitoterápica com *Melissa officinalis* (erva-cidreira) (Darvish-Mofrad-Kashani et al., 2018), semente de cenoura (Sadeghi et al., 2020), *tribulus terrestris* (Akhtari et al., 2014) e raiz de *Ashwagandha* (Ajgaonkar et al., 2022) promovem melhora de sintomas de resposta sexual no TIESF. Confirmando a segurança dessas intervenções, o Ministério da Saúde elaborou um documento sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica, declarando que as utilizações de protocolos fitoterápicos surgem como

complementar e/ou alternativo (BRASIL, 2012).

Uma vez que o TIESF é uma condição de impacto na qualidade de vida de mulheres, é fundamental a identificação de intervenções eficazes, bem como a sua documentação consensual para definição de políticas públicas, bem como indicações objetivas de formas ideais de aplicações. Da mesma forma, a saber da aparente diversidade de abordagens, desde diferentes medicações, passando por alternativas fitoterápicas e inclusive psicoterapias, o sistemático levantamento de tais abordagens é justificado. Além da identificação de formas de diferentes intervenções, em especial a documentação de seus resultados é fundamental e, portanto, nosso objetivo neste trabalho foi revisar sistematicamente a literatura sobre intervenções terapêuticas no tratamento do TIESF. Nosso interesse em especial foi identificar as diferentes intervenções realizadas para o tratamento do TIESF que já foram testadas em ensaios clínicos randomizados e avaliar seus resultados.

4.2. Métodos

Esta revisão sistemática seguiu as recomendações do modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*, (Page et al., 2021).

4.2.1. Estratégia de Busca

Durante o período de 20 de março a 12 de maio de 2023, realizamos buscas de artigos em quatro bases de dados: PubMed, Web of Science, PsycInfo e Embase. Essas buscas foram orientadas por termos relacionados ao transtorno do desejo/excitação sexual feminino, inicialmente selecionados com base no “MeSH Descriptor”: “Hypoactive Sexual Desire Disorder” OR “Sexual Aversion Disorder” OR “Sexual Aversion Disorders” OR “Sexual Arousal Disorder” OR “Sexual Arousal Disorders” OR “Frigidity”. De forma complementar as buscas nas bases de dados, para os artigos lidos na íntegra, consultas às listas de referências também foram realizadas para potencial identificação de artigos de interesse.

4.2.2. Seleção de Estudos

Após a busca ser realizada, todos os artigos foram tabulados em planilha do Excel. Duas pesquisadoras independentes (CGHS e SBRI) avaliaram os artigos, com o primeiro passo sendo a retirada das entradas duplicadas. Na sequência, revisamos os títulos e resumos dos artigos restantes, aplicando os critérios de inclusão e exclusão em uma primeira triagem. Os artigos que não foram excluídos com base nas informações do título e resumos foram encaminhados ao próximo passo do processo, que consistiu na leitura dos textos. Durante essa etapa, aplicamos critérios de exclusão até determinar o número final dos artigos a serem incluídos na revisão. Em casos de conflitos entre as pesquisadoras, um terceiro pesquisador sênior (BSV) realizava o julgamento para a decisão quanto à seleção do artigo.

4.2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para inclusão nesta revisão, os trabalhos precisavam atender a alguns critérios. Deveriam ser (I) artigos empíricos quantitativos; (II) escritos em inglês; (III) delineados como ensaios clínicos randomizados. Os artigos deveriam também (IV) incluir grupo clínico com diagnóstico de TIESF de acordo com os critérios do DSM-IV, DSM-5 e/ou CID-10/11 e (V) intervenção para potencial tratamento. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: estudos com amostras que não fossem exclusivamente de mulheres maiores de 18 anos, que não tivessem medida psicológica para avaliar a disfunção sexual fornecendo os escores dos instrumentos no momento pré- e pós-intervenção, ou cujo acesso ao trabalho não fosse disponível. Para este último caso, antes da exclusão contataríamos os autores para solicitar arquivo do trabalho, o excluindo somente em caso de ausência de retorno, ou negativa.

4.2.4. Procedimento de Extração de dados

Todos os autores leram os artigos selecionados, e duas pesquisadoras independentes foram responsáveis por extrair às informações de interesse. Utilizamos o

software Excel para criar um banco de dados, onde registramos para cada trabalho, informações de identificação, dados das amostras, caracterização da intervenção e sobre os dados de desfecho em especial (valores médios relacionados ao desejo sexual antes e após a intervenção). Como na etapa de seleção, o processo foi realizado por duas pesquisadoras independentes e, em caso de discordância, revisão por um terceiro pesquisador. Entre as informações incluímos o nome do primeiro autor e o ano de publicação de cada artigo. Além disso, coletamos informações sobre as amostras, como o número de participantes e a média de idade do grupo de intervenção, assim como do grupo controle. Quanto às intervenções, registramos o tipo (se farmacológica, fitoterápicas e TCC) e a duração de cada uma. Finalmente, as principais variáveis de desfecho extraídas foram às informações dos escores pré- e pós-intervenção nos domínios de desejo e de excitação. As medidas de efeito seriam diferenças entre o pré- e o pós-tratamento (indicando efeito de intervenção), além das comparações entre grupos de intervenções no pós-tratamento.

4.2.5. Avaliação do Risco de Viés

A avaliação do risco de viés dos estudos foi conduzida conforme a escala Jadad (Jadad et al, 2005). Essa ferramenta avalia a qualidade dos ensaios clínicos randomizados com base em três critérios principais: randomização, cegamento e registro do fluxo de todos os participantes. Cada critério recebe uma pontuação, variando de 0 a 2 pontos para os dois primeiros itens e de 0 a 1 para o último. Totalizando um total de 5 pontos, quanto maior a pontuação, menor o risco de viés do estudo.

4.2.6. Medidas de Análise e Síntese

Nossa revisão foi prevista para avaliar os estudos realizados, considerando suas características metodológicas, suas amostras, as intervenções realizadas e principalmente seus resultados sobre variáveis relevantes aos TIESF. Em especial, sobre suas amostras os dados de interesse eram o tamanho total e de cada um dos grupos, dados sobre idade

e forma de confirmação do diagnóstico, além de métodos de recrutamento. Sobre as intervenções testadas, o foco era o tipo de abordagem, a forma de administração, frequência, duração e a intervenção comparativa. Ainda eram considerados os argumentos básicos e menção dos autores sobre o uso já terapêutico (ou não) de cada uma das abordagens. Sejam sobre as amostras ou sobre as intervenções, algumas das informações mais objetivas foram documentadas e extraídas dos artigos.

Sabendo da possível heterogeneidade de intervenções e de métodos de avaliação, prevemos sintetizar os estudos quanto à natureza da intervenção (farmacológicas fitoterápicas e TCC). Além disso, como é sabido que se avalie tanto a excitação quanto o desejo sexual, sintetizaremos os resultados separadamente quanto ao desejo e quanto à excitação. Além de detalhar as intervenções quanto à dosagem e duração (em dia).

4.2.6.1. Análise Qualitativa

Compreendendo a diversidade de métodos nos estudos incluídos, análises qualitativas foram previstas para sintetizar os resultados (Hernández Sampieri et al., 2014). Para além da organização quanto à natureza da intervenção, considerando a heterogeneidade dos estudos, outras variáveis ou subgrupos, como o tempo e a dosagem das intervenções também serão analisados, levando em consideração as observações quantitativas nas mudanças dos escores pré-pós-intervenção.

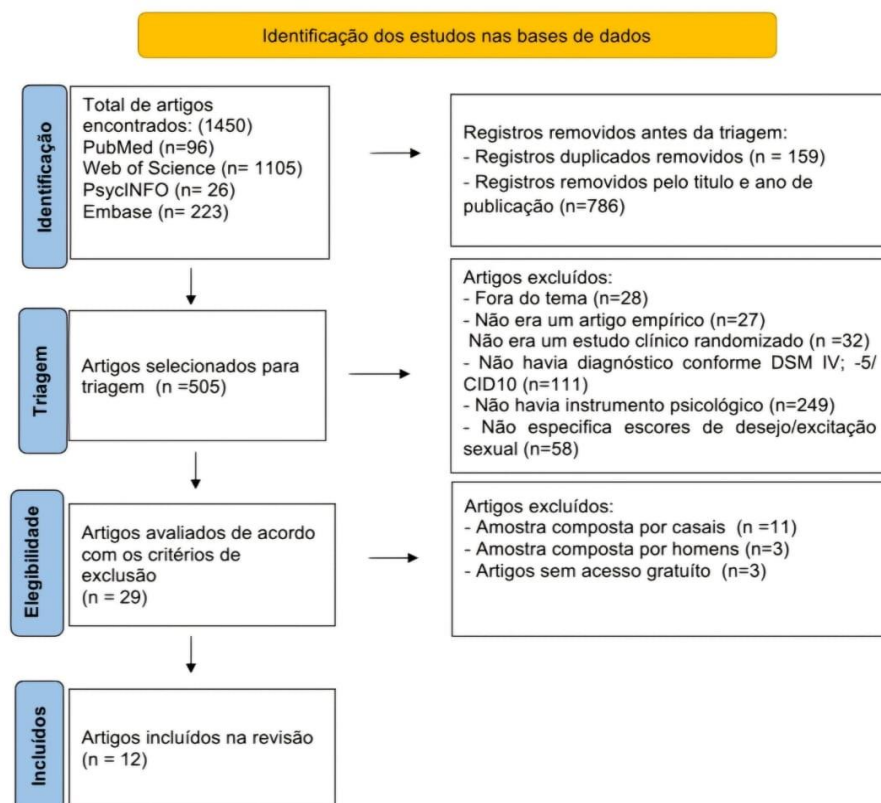
4.2.6.2. Análise Quantitativa

Para avaliar a eficácia das intervenções estudadas focamos na modificação de sintomas de TIESF pré- e pós-intervenções. Adicionalmente, utilizando as medidas ao fim do tratamento, comparamos os sintomas entre intervenções experimentais e controle. Com o interesse de quantificar diferenças, planejamos realizar uma meta-análise utilizando a plataforma RevMan, desenvolvida pela organização Cochrane (Higgins et al., 2023). O procedimento estatístico visa realizar análises quantitativas para observar os resultados das intervenções. Para isso, utilizamos médias padronizadas e desvios padrão das

amostras no momento pós-intervenção. A análise estatística adotada foi o inverso da variância, empregando o modelo de efeito aleatório, já que medidas distintas foram utilizadas. A heterogeneidade foi calculada por meio do teste Q de Cochran e da estatística I^2 . Avaliada através do I^2 , valores de heterogeneidade observados entre 0-40% são irrelevantes, entre 30-60% moderados, 50-90% substanciais e 75-100% consideráveis. Todos os resultados foram calculados com 95% de intervalo de confiança (Higgins et al., 2023).

4.3. Resultados

Nossas buscas nas bases resultaram em 1450 artigos que, após remoção de duplicatas e estudos fora do tema quanto aos títulos e resumos totalizaram 505. Estes trabalhos tiveram então seus títulos e resumos avaliados quanto aos critérios de inclusão. Nesta etapa, 12 artigos levantaram conflito que foram dissolvidos após julgamento de terceiro pesquisador, restando 29 artigos. Estes foram lidos na íntegra para conferência de potencial presença de critérios de exclusão. Destes, 11 artigos foram excluídos porque a amostra do estudo era composta por casais, três artigos por terem a amostra composta por homens e três artigos não tinham acesso livre, nem foi possível obter retorno dos autores (Koochaki et al., 2019; Krychman et al., 2015; Lao et al., 2005). Nesta segunda etapa, não tiveram discordâncias entre as pesquisadoras. O processo de seleção está ilustrado no Fluxograma da Revisão (Figura 3). Para além da busca nas bases de dados utilizando os termos do MeSH Descriptor, outros trabalhos foram buscados com base na lista de referências dos artigos encontrados, mas nenhum preencheu os critérios de inclusão determinados. Dessa forma, a presente revisão sistemática contou com 12 artigos.

Figura 3.*Fluxograma PRISMA*

Nota. Fluxograma PRISMA dos artigos incluídos na revisão (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

4.3.1. Características dos Estudos

Os estudos foram lidos na íntegra e tiveram as variáveis de interesse extraídas. Sobre o delineamento, todos os estudos consistiam em ensaios clínicos randomizados, nos quais se examinavam uma abordagem específica em comparação com uma intervenção controle, sendo em todos os estudos, menos um (Lerner et al., 2022), um placebo. Tal estudo em particular realizou intervenção com psicoterapia e o controle foi um programa de saúde para a prevenção ao câncer. Sobre dados gerais descritivos, para cada estudo foram colhidas informações das amostras, intervenções testadas e aspectos metodológicos,

incluindo aspectos concretos apresentados na Tabela 2, bem como eventuais dados qualitativos apresentados na sequência de forma separada.

Tabela 2.

Características das amostras e das intervenções dos artigos incluídos.

Primeiro Autor (ano)	Tamanho Amostral			Idade			Dosagem (vezes ao dia/mês/semana)	Duração (dias)
	Total (n)	GE (n)	GC (n)	Total M(dp)	GE M(dp)	GC M(dp)		
Intervenções Farmacológicas								
<i>Flinbanserin</i>								
Katz (2013)	854	506	525	36.5 (.1)	36.5 (8)	36.6 (7.8)	100mg (1x dia)	168
Portman (2017)	242	116	126	56.1 (.05)	55.8 (5.3)	56.4 (5.4)	100mg (1x dia)	168
Simon (2014)	917	450	467	55.4 (.05)	55.4 (5.4)	55.5 (5.3)	100mg (1x dia)	168
Thorp (2012)	529	396	132	35.5 (.2)	34.9 (7)	36.2 (6.6)	25+25mg (2x dia)	168
	525	392	134	35.9 (.15)	35.7 (6.9)	36.2 (6.6)	50+50mg (2x dia)	168
	527	395	132	35.8 (.15)	35.4 (6.9)	36.2 (6.6)	100mg total (1x dia)	168
<i>Apomorfina SL</i>								
Caruso (2004)	68	34	34	35.2 (.05)	35.2 (5.2)	35.2 (5.2)	2mg (1x dia)	28
	68	34	34	35.2 (.05)	35.2 (5.2)	35.2 (5.2)	3mg (1x dia)	28
<i>Bremelanotida</i>								
Clayton (2016)	132	87	45	37.2 (.5)	37.6 (7.8)	37 (7.7)	75mg (1x dia)	84
	195	149	46	36.7 (.15)	36.4 (7.4)	37 (7.7)	1.25/1.75mg (1x dia)	84
<i>H-HA/L-HÁ</i>								
Mohammed (2023)	60	30	30	30.9 (1.6)	32.6 (6.6)	29.3 (6.1)	20mg(2x mês)	30
Intervenções Fitoterápicas								
<i>Tribulus Terrestris</i>								
Akhtari (2014)	60	30	30	36 (.06)	36 (6.2)	36.1 (5.8)	150mg (1x dia)	28
<i>Semente de Cenoura (dacus carota)</i>								
Sadeghi (2020)	60	30	30	37.4 (.9)	38.4 (5.6)	36.5 (5.8)	500mg (1x dia)	84
<i>Melissa officinalis (erva-cidreira)</i>								
Darvish-Mofrad (2018)	43	22	21	35.3 (.1)	35.2 (7.9)	35.4 (6.7)	500mg (2x dia)	28
<i>Ashwagandha (Withania somnifera)</i>								
Ajgaonkar (2022)	80	40	40	29.4 (.3)	29.1 (5.6)	29.8 (6.1)	300mg (2x dia)	56
Outras intervenções								
<i>TCC</i>								
Lerner (2022)	106	53	53	39.5 (1)	40.6 (6.3)	38.5 (10.3)	TCC (1x semana)	56

Nota. M= média; dp= desvio-padrão; GE= grupo experimental; GC= grupo controle; TCC = terapia cognitivo-comportamental; H-HA/L-HA = cooperativos híbridos de hialuronano; x = vezes por dia/semana/mês.

4.3.2. Amostras

Em 12 trabalhos incluídos, uma amostra total de 4398 mulheres foi incluída para os fins desta revisão. Os estudos variaram de amostras de 40 a 900 participantes, com uma média de 293.2 (dp = 300.3). As amostras foram compostas de mulheres na adultez madura (média de idade de 38.1 anos - dp = 7.5). Dois estudos (Portman et al., 2017; Simon et al., 2014) avaliaram a intervenção especificamente em mulheres no período pós menopausa, com informações de cada estudo detalhadas na Tabela 2. Todos os estudos incluíram mulheres maiores de 18 anos e com diagnóstico de TIESF feitos por profissionais de saúde. O recrutamento na maior parte das vezes foi realizado em clínicas e hospitais onde potenciais participantes realizavam acompanhamento. Ademais, para os estudos com mais de um grupo experimental, os diferenciamos em linhas separadas na Tabela 2.

4.3.3. Intervenções

Nove diferentes abordagens foram observadas nos estudos, sendo quatro farmacológicas, quatro fitoterápicas e uma classificada como outras intervenções. A duração das intervenções nos estudos variou entre 28 e 168 dias, sendo a média de 88.8 (dp= 61.6) dias. Como mencionado, em todos os artigos, menos um (Lerner et al., 2022) a metodologia envolvia uma intervenção relacionada a um fármaco ou fitoterápico destinada a aumentar o desejo e a excitação sexual feminina, enquanto o grupo controle recebia placebo. O estudo de exceção envolvia sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), enquanto o grupo controle participava de um programa educativo sobre saúde e prevenção do câncer. Sete trabalhos (Caruso et al., 2004; Clayton et al., 2016; Katz et al., 2013; Mohammed & Al-Dhubaibi, 2023; Portman et al., 2017; Simon et al., 2014; Thorp et al., 2012), testaram medicamentos, sendo a abordagem mais frequente com o Flinbanserin, em quatro estudos (Katz et al., 2013; Portman et al., 2017; Simon et al., 2014; Thorp et al., 2012). As outras intervenções farmacológicas foram exclusivas, sem nenhuma delas testada mais de uma vez. Quatro (Ajgaonkar et al., 2022; Akhtari et al., 2014; Darvish-Mofrad-Kashani et al., 2018; Sadeghi et al., 2020) trabalhos testaram intervenções

fitoterápicas. Para melhor síntese e descrição das diferentes intervenções e de suas propriedades, abaixo há informações sobre cada uma separadamente, além de dados de dosagem, frequência e duração detalhados na Tabela 2.

4.3.3.1. Intervenções Farmacológicas

4.3.3.1.1. Flinbanserin

Dos sete estudos que utilizaram fármacos, quatro (Katz et al., 2013; Portman et al., 2017; Simon et al., 2014; Thorp et al., 2012) testaram a eficácia do Flibanserin. Este é um antidepressivo serotoninérgico prescrito principalmente para mulheres na pré-menopausa que relatam falta de desejo sexual, sendo administrado oralmente uma vez ao dia (Joffe et al., 2016). Todos os estudos testaram dosagens diárias de 100mg, sendo que um (Thorp et al., 2012) incluiu um grupo de dosagem diária total de 50mg. Thorp et al (2012) utilizou três intervenções distintas no que diz respeito a dosagem e forma de administração. Uma consistiu no uso de 50mg diárias (2 vezes de 25 mg); a segunda em 100mg diárias (2 vezes de 50 mg) e a terceira de 100 mg diárias (1 vez), todos em duração de 168 dias. Para este último grupo, com uso uma vez ao dia de 100mg durante 168 dias, o protocolo foi o mesmo adotado por Katz et al (2013), Simon et al (2014) e Portman et al (2017). Em todos os estudos os grupos controles utilizaram placebo.

4.3.3.1.2. Apomorfina SL

Caruso et al (2004) adotou o uso de Apomorfina SL, medicação que age como um agonista de receptores dopaminérgicos. O fármaco tem propriedades para o tratamento de disfunção erétil, sendo utilizado no tratamento de disfunções sexuais masculinas (Thomas, 2002). O objetivo deste estudo foi verificar sua eficácia em mulheres que apresentam baixo desejo sexual. A intervenção foi realizada através de duas etapas: a primeira com o medicamento, na dosagem de 2mg, 30-45 minutos antes da possibilidade de atividade sexual, uma vez ao dia, por 14 dias; a segunda ocorreu após os 14 dias da primeira intervenção com as mesmas participantes no grupo experimental. Na segunda etapa as

mulheres utilizaram o medicamento de 3mg, uma vez ao dia e sem restrição ao horário. As participantes do grupo controle utilizaram substância placebo e participaram somente na segunda etapa do estudo.

4.3.3.1.3. Bremelanotida

Avaliar a eficácia do Bremelanotida como tratamento de TIESF foi o objetivo do estudo de Clayton et al (2016). De acordo com os autores, o fármaco foi utilizado como intervenção por ter como característica regular as vias cerebrais associadas à resposta sexual, agindo como um agonista dos receptores de melanocortina. O protocolo contou com três intervenções, sendo a administração, sempre uma vez ao dia do medicamento, mas com dosagens de (I) 0.75mg; (II) 1.25mg e (III) 1.75mg. Quanto ao uso, a medicação deveria ser utilizada 45 minutos antes da atividade sexual, não excedendo uma vez ao dia. Em casos que não houvesse prática sexual, foi sugerido o uso máximo de 16 doses (pílulas) em um período de 28 dias. Os resultados das segunda e terceira intervenção são dispostos no estudo de forma agrupada, dessa forma, adotaremos os resultados em dois grupos de intervenção. Além disso, as participantes do grupo controle fizeram uso de substância placebo.

4.3.3.1.4. H-HA/L-HA

Mohammed et al (2023) tiveram como objetivo testar a eficácia do (H-HA/L-HÁ), que compreende por ser um complexo cooperativo híbrido de hialuronano, este tem a finalidade de rejuvenescer e proporcionar uma melhoria em tecidos lesionados, além de ser um estimulador de células-tronco no local utilizado da substância (Sclafani & McCormick, 2012). Considerado como uma substância química, incluímos sua utilização como intervenção farmacológica. As participantes do grupo experimental recebiam uma injeção de 20mg da substância na região genital, com intervalo de 28 dias, sendo administrada por enfermeiros no centro onde foi realizado o estudo. Ademais, o grupo controle recebeu a mesma dosagem, contendo solução salina na injeção. Ambos os grupos recebiam uma pomada

anestésica para reduzir a irritação da pele 1h antes do procedimento.

4.3.3.2. Intervenções Fitoterápicas

4.3.3.2.1. Tribulus Terrestris

Akhtari et al (2014) utilizaram o Tribulus Terrestris. Conhecido por ser um método fitoterápico, apresenta efeitos afrodisíacos e benéficos à saúde (Akhtari et al., 2014; Mazaro-Costa et al., 2010). A intervenção utilizou dosagem de 150mg uma vez ao dia, por 28 dias, enquanto a substância placebo foi utilizada no grupo controle.

4.3.3.2.2. Semente de Cenoura (*dacus carota*)

O objetivo de Sadeghi et al (2020) foi verificar a eficácia da semente de cenoura. Conhecida por efeitos fitoterápicos e estimulador natural da libido (Khaleghi Ghadiri & Gorji, 2004; Molkara et al., 2021) a intervenção contou com a manipulação de 500mg do extrato da semente de cenoura, sendo esta utilizada pelo grupo experimental, enquanto o grupo controle utilizou uma cápsula de mesma dosagem, mas contendo substância placebo. Ambos os grupos utilizaram a cápsula via oral por 84 dias

4.3.3.2.3. Melissa Officinalis (erva-cidreira)

A Melissa officinalis (erva-cidreira) foi a intervenção utilizada no estudo de Darvish-Mofrad et al (2018), conforme os autores, esta erva possui características ansiolíticas, antidepressivas, além da melhora da função cognitiva. O objetivo do estudo foi investigar tais propriedades na função sexual. A intervenção contou com 500mg do extrato da erva-cidreira, sendo utilizado uma vez ao dia por 28 dias. Enquanto o grupo controle do estudo utilizou substância placebo de mesma dosagem e no mesmo período.

4.3.3.2.4. Ashwagandha (*Withania somnifera*)

Ajgaonkar et al (2022) utilizaram uma pílula composta de raiz de Ashwagandha (*Withania somnifera*) como método de intervenção. De acordo com os autores, esta erva é

reconhecida por suas propriedades reguladoras e tem sido associada à melhoria da satisfação sexual, além da qualidade de vida e qualidade do sono em mulheres. Além disso, as participantes do grupo experimental foram submetidas ao uso de um comprimido de 300mg da substância, uma vez ao dia por 56 dias. Enquanto as participantes do grupo controle utilizaram a mesma dosagem pelo mesmo período, no entanto, a substância era placebo.

4.3.3.3. Outras Intervenções

4.3.3.3.1. TCC

Apenas um estudo utilizou a psicoterapia como medida de intervenção (Lerner et al., 2022). A abordagem adotada foi a TCC que atua como um regulador de esquemas e crenças cognitivos negativos e disfuncionais (Ter Kuile et al., 2010). Nesse sentido, o objetivo de Lerner et al (2022) foi submeter as participantes do grupo experimental a sessões de TCC em grupo, sendo 8 sessões com uma média de 5 a 10 participantes por grupo. O objetivo foi modificar os esquemas e crenças negativas quanto à atividade sexual. Já o grupo controle, participou de um programa sobre a saúde da mulher e prevenção do câncer.

4.3.4. Risco de Viés

Em geral, sete estudos (Ajgaonkari et al., 2022; Akhtari et al., 2014; Clayton et al., 2016; Darvish-Mofrad et al., 2018; Portman et al., 2017; Sadeghi et al., 2020; Thorp et al., 2012) apresentam baixo risco de viés. Três (Caruso et al., 2004; Katz et al., 2013; Simon et al., 2012) risco moderado de viés e dois (Lerner et al., 2022; Mohammed et al., 2023) alto risco. As pontuações individuais dos estudos estão descritas na Tabela 3.

Quanto à randomização, todos os estudos obtiveram pontuação máxima. Já sobre o cegamento, dois tiveram pontuação mínima (Lerner et al., 2022; Mohammed et al., 2023), ainda que valha menção que Lerner et al (2022) testou uma abordagem com psicoterapia, quase inviabilizando o duplo-cegamento. Ainda sobre o cegamento, três estudos tiveram

pontuação intermediária (Caruso et al., 2004; Katz et al., 2013; Simon et al., 2012), pois apenas mencionavam o cegamento, não detalhando o procedimento. Todos os artigos obtiveram pontuação máxima quanto ao fluxo de participantes.

Tabela 3.

Risco de viés dos artigos incluídos na revisão

Item	Ajgaonkar	Akhtari	Caruso	Clayton	Darvish-Mofrad	Katz	Lerner	Mohammed	Portman	Sadeghi	Simon	Thorp
I	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
II	2	2	1	2	2	1	0	0	2	2	1	2
III	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
T	5	5	4	5	5	4	3	3	5	5	4	5

Nota. I= randomização; II= cegamento; III= fluxo de participantes; T= total.

4.3.5. Avaliações do Desejo e Excitação Sexual

Três instrumentos diferentes foram utilizados nos estudos para avaliação do desejo e excitação sexual: o Female sexual function index (FSFI) (Rosen et al., 2000), Female Sexual Quotient (FSQQ) (Abdo, 2009) e Personal Experiences Questionnaire (PEQ) (Steine et al., 2001). O FSFI foi o mais utilizado, presente em 10 artigos. Desenvolvido por Rosen et al (2000), o instrumento é composto por 19 questões, organizadas em cinco domínios diferentes sobre aspectos da resposta e função sexual feminina, como: desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. Todos os instrumentos mensuram escores específicos para excitação e desejo sexual. Entretanto, quatro estudos (Katz et al., 2013; Portman et al., 2017; Simon et al 2014; Thorp et al., 2012) não forneceram os escores de excitação. Os detalhes sobre os instrumentos utilizados, assim como a média e o desvio padrão dos escores pré/pós-intervenção estão disponíveis para visualização na Tabela 4.

Tabela 4 .

Instrumentos e escores de excitação e desejo sexual pré- e pós-intervenções

Medida		Excitação sexual				Desejo sexual			
		Escore pré-teste		Escore pós-teste		Escore pré- teste		Escore pós-teste	
		GE M(dp)	GC M(dp)	GE M(dp)	GC M(dp)	GE M(dp)	GC M(dp)	GE M(dp)	GC M(dp)
Intervenções Farmacológicas									
<i>Flibanserin</i>									
Katz	FSFI	-	-	-	-	1.9 (.7)	1.9 (.7)	2.9 (.1)	2.6 (.1)
Portman	FSFI	-	-	-	-	1.8 (.7)	1.8 (.7)	2.4 (.7)	2.2 (.7)
Simon	FSFI	-	-	-	-	1.8 (.7)	1.8 (.7)	2.5 (.1)	2.2 (.1)
Thorp (A)	FSFI	-	-	-	-	1.8 (.6)	1.8 (.7)	2.6 (.6)	2.4 (.7)
Thorp (B)	FSFI	-	-	-	-	1.8 (.7)	1.8 (.7)	2.6 (.7)	2.4 (.7)
Thorp (C)	FSFI	-	-	-	-	1.8 (.7)	1.8 (.7)	2.7 (.7)	2.4 (.7)
<i>Apomorfina SL</i>									
Caruso (A)	PEQ	1.6 (.7)	1.4 (.8)	3.3 (.6)	1.6 (.8)	2 (.4)	2 (.5)	3.4 (.4)	2.1 (.7)
Caruso (B)	PEQ	3.3 (.6)	1.4 (.8)	3.8 (.5)	1.6 (.8)	2.2 (.6)	2 (.5)	3.9 (.6)	2.1 (.7)
<i>Bremelanotida</i>									
Clayton (A)	FSFI	3.2 (1.2)	3 (1.3)	3.6 (1.2)	3.5 (1.4)	2.6 (1.1)	2.4 (1)	2.9 (1.1)	2.8 (1.1)
Clayton (B)	FSFI	2.9 (1.3)	3 (1.3)	3.8 (1.3)	3.5 (1.3)	2.5 (.9)	2.4 (1)	3 (.9)	2.8 (1.1)
<i>H-HA/L-HÁ</i>									
Mohammed	FSFI	3.1 (1.1)	2.9 (1.3)	5.1 (2.3)	2.4 (2.1)	2.1 (1.2)	3.5 (1.5)	4.7 (2.7)	3.8 (.1.8)
Intervenções Fitoterápicas									
<i>Tribulus Terrestris</i>									
Akhtari	FSFI	3.6 (.92)	3.1 (.9)	4.2 (.6)	3.1 (.7)	3 (.6)	2.6 (.7)	3.9 (.7)	2.8 (.7)
<i>Semente cenoura (Daucus Carota)</i>									
Sadeghi	FSFI	2 (.5)	2.1 (.5)	4.1 (.8)	2.2 (.6)	2.1 (.5)	2.1 (.7)	4.1 (.7)	2.2 (.8)
<i>Melissa officinalis (erva-cidreira)</i>									
Darvish-Mofrad	FSFI	2.6 (.9)	2.8 (.9)	4.5 (.6)	3.2 (.9)	1.9 (.6)	2.1 (.6)	4.2 (.6)	2.8 (.8)
<i>Ashwagandha (Withania somnifera)</i>									
Ajgaonkar	FSFI	2.3 (.3)	2.3 (.3)	3.2 (.4)	2.8 (.5)	2 (.5)	2 (.5)	3.4 (.5)	3.3 (.7)

Outras Intervenções**TCC**

Lerner	FSQQ	10.5 (5.6)	9.6 (6.2)	14.7 (5.4)	9.6 (5.7)	15.6 (7.5)	11.7 (6.2)	19.8 (6.7)	11.3 (.8)
--------	------	------------	-----------	------------	-----------	------------	------------	------------	-----------

Nota. FSFI= Female sexual function index; FSQQ = Female Sexual Quotient; PEQ = Personal Experiences Questionnaire; (A)= intervenção 1; (B) = intervenção 2; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; M = média; dp= desvio padrão.

Instrumentos e escores de excitação e desejo sexual pré- e pós-intervenções

4.3.6. Eficácia das Intervenções Pré- e Pós-Intervenção

De forma geral, todos os estudos apresentaram efeitos significativos entre a avaliação pré- e pós-intervenção nos grupos experimentais das intervenções farmacológicas, fitoterápicas e outros tipos de intervenção. Na Tabela 4 dados descritivos de médias e desvios padrão, diferenciando os instrumentos e os grupos de cada estudo são apresentados. Abaixo são descritos resultados quanto ao tipo de natureza da intervenção.

4.3.6.1. Intervenções Farmacológicas na Excitação Sexual

Entre os estudos que optaram por intervenções farmacológicas, apenas três avaliaram a eficácia dos procedimentos no domínio de excitação sexual. As médias do pós-intervenção são mais altas, o que demonstra uma diferença significativa entre as participantes submetidas ao uso dos medicamentos. Os estudos de Caruso et al (2004) e Clayton et al (2016) tiveram como objetivo a testagem em diferentes dosagens, logo, a segunda intervenção que contou com uma dosagem maior dos fármacos apresentaram níveis mais altos em comparação com dosagens menores. Já o estudo de Mohammed et al (2023) utilizou exclusivamente uma intervenção, apresentando um acréscimo significativo na média pós-intervenção do grupo experimental em comparação a média pós-intervenção do grupo controle, o que sugere eficácia da intervenção.

4.3.6.2. Intervenções Fitoterápicas na Excitação Sexual

Todos os estudos (Akhtari et al., 2014; Darvish-Mofrad et al., 2018; Sadeghi et al., 2020; Ajgaonkar et al., 2022) apontam um aumento significativo nos escores pós-intervenção dos grupos experimentais em comparação aos escores dos grupos controle. Sobretudo, o estudo de Sadeghi et al (2020) apresenta a maior acréscimo pós-intervenção do grupo experimental, favorecendo assim a intervenção com uso de semente de cenoura (*dacus carota*).

4.3.6.3. Intervenções Farmacológicas no Desejo Sexual

Em oposição ao domínio da excitação, todos os estudos adotaram a avaliação do desejo sexual. O uso do Flinbanserin foi o mais utilizado e, em todos, teve acréscimo nas médias pós-intervenção, dos grupos experimentais. Thorp et al (2012) testaram o uso do Flinbanserin de três formas diferentes, sendo a terceira intervenção a de maior dosagem e de melhor eficácia quando comparada as outras. Ainda, os outros estudos que utilizaram Apomorfina SL (Caruso et al., 2004; Clayton et al., 2016) também obtiveram resultados positivos. De forma similar, o estudo de Mohammed et al (2023) teve também resultado para eficácia, sendo observado através do aumento no escore pós-intervenção do grupo experimental.

4.3.6.4. Intervenções Fitoterápicas no Desejo Sexual

Considerando os quatro artigos (Akhtari et al., 2014; Darvish-Mofrad et al., 2018; Sadeghi et al., 2020; Ajgaonkar et al., 2022), os resultados no domínio desejo são semelhantes aos de excitação. Nesse sentido, em todos os casos é observado um aumento nas médias pós-intervenção a favor dos grupos experimentais em comparação as médias dos grupos controles.

4.3.6.5. Outras Intervenções na Excitação e Desejo Sexual

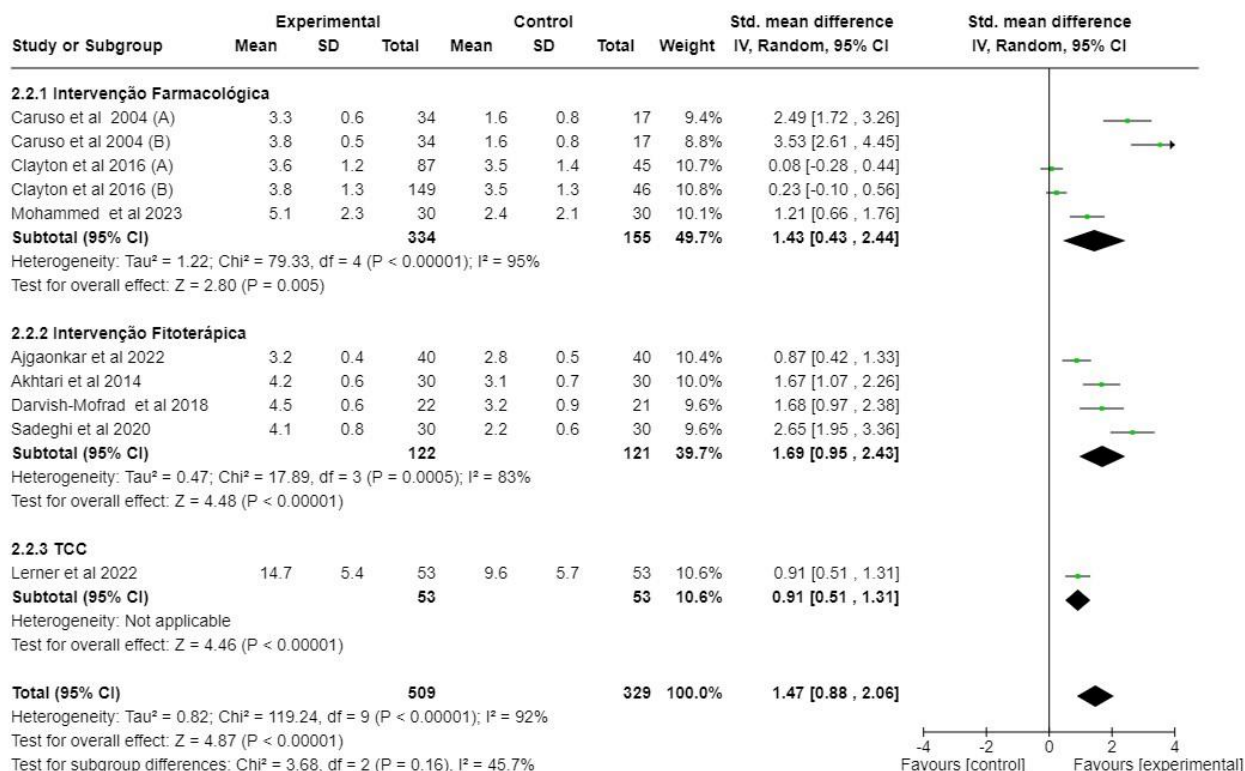
A TCC foi aplicada no grupo experimental no estudo de Lerner et al (2022), enquanto o grupo controle recebeu orientações sobre saúde e prevenção do câncer. O resultado apresenta diferença significativa no aumento dos domínios de excitação e desejo sexual. Nesse sentido a diferença média pós-intervenção foi maior no grupo experimental em comparação ao grupo controle.

4.3.7. Meta-Análise

Nas análises quantitativas, a primeira etapa consistiu na checagem da disponibilidade e compatibilidade dos dados. Foi possível realizar meta-análise utilizando análises de efeitos aleatórios com base na diferença média padronizada. Análises de sensibilidade também foram consideradas. Frente à alta heterogeneidade dos resultados e a iniciativa de sintetização dos dados, agrupamos as análises quanto à excitação e desejo sexual, além de subgrupos quanto à natureza da intervenção (farmacológicas fitoterápicas e TCC).

4.3.7.1. Efeitos na Excitação Sexual

Incluindo um total de 838 participantes, sendo 509 nos grupos experimentais. O modelo de efeitos aleatórios foi utilizado na análise e apresentou resultado significativo a favor dos grupos experimentais (SMD = 1.47, 95% CI 0.88, 2.06; $Z = 4.87$, $p < .001$, $I^2 = 92$), apesar da alta heterogeneidade entre os estudos. Na Figura 4 consta o Forest Plot com os dados das análises para a excitação sexual nos diferentes subgrupos de intervenção.

Figura 4.*Forest Plot das Intervenções na Excitação Sexual*

Nota. Caruso (A) = intervenção 1; Caruso (B) = intervenção 2; Clayton (A)=intervenção 1; Clayton (B)= intervenção 2.

4.3.7.2. Intervenções Farmacológicas na Excitação Sexual

Incluindo 489 participantes, sendo 334 nos grupos experimentais. Foi observada alta heterogeneidade entre os estudos ($P < .001$, $I^2 = 95\%$), desse modo, adotamos o modelo de efeitos aleatórios e os resultados mostram significância estatística a favor das intervenções experimentais (SMD = 1.43, 95% CI: .43, 2.44; $Z = 2.80$, $p < .05$). Os dados incluem o uso de Apomorfina SL, Bremelanotida e H-HÁ/L-HA.

4.3.7.3. Intervenções Fitoterápicas na Excitação Sexual

A fitoterapia foi utilizada em quatro estudos, incluindo uma amostra de 243 mulheres, nas quais 122 são dos grupos experimentais e apresentam desfechos significativos (SMD = 1.69, 95% CI: .95, 2.43; $Z = 4.48$, $p < .001$). A heterogeneidade se mostra menor em

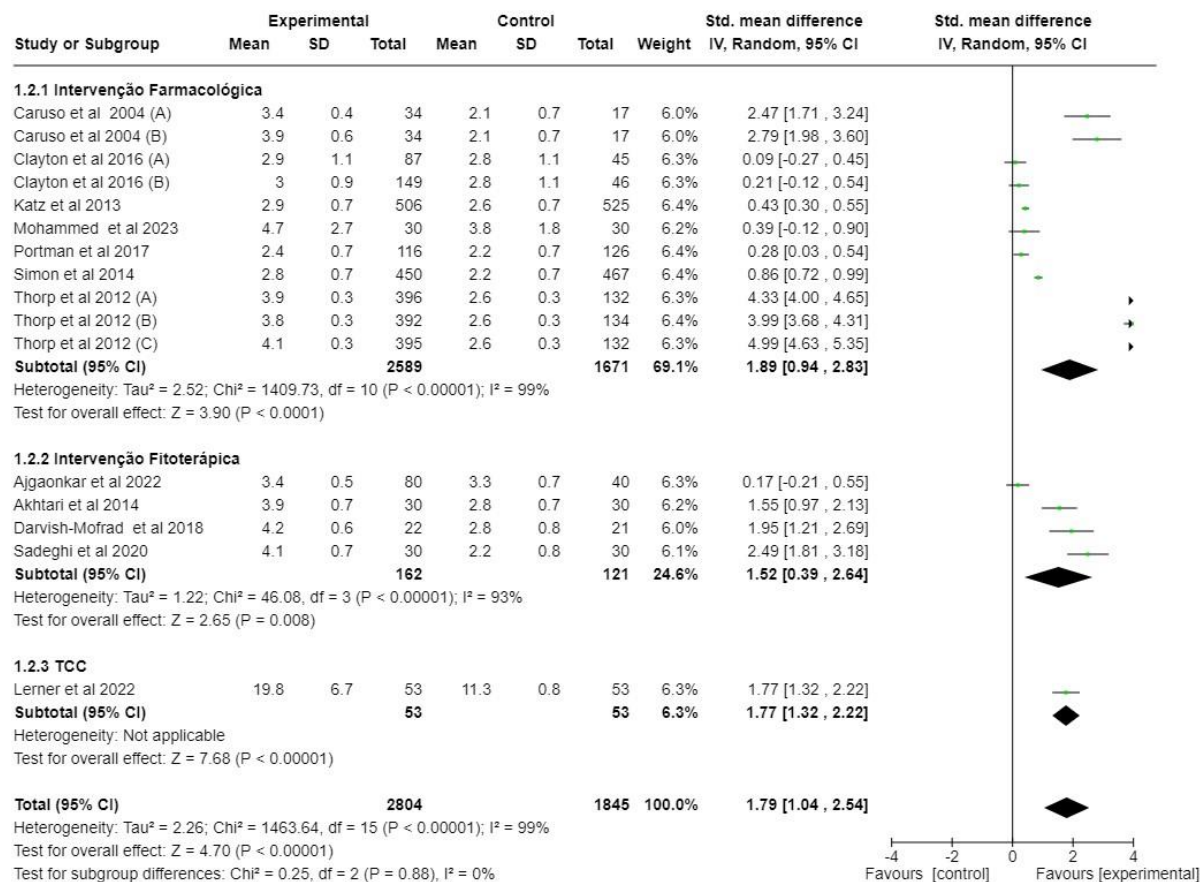
comparação a intervenção farmacológica ($P < .05$, $I^2 = 83\%$), sugerindo uma menor variabilidade entre os estudos. Os dados incluem o uso de semente de cenoura, *Tribulus Terrestris*, *Melissa officinalis* (erva-cidreira) e *Ashwagandha* (*Withania somnifera*).

4.3.7.4. TCC na Excitação Sexual

Conforme dito anteriormente, apenas um estudo (Lerner et al., 2022) utilizou outro tipo de intervenção, neste caso a TCC. O resultado apresentou alta significância estatística e grande tamanho de efeito ($SMD = .91$, 95% CI: .51, 1.31; $Z = 4.46$, $p < .001$). Neste caso a heterogeneidade não pode ser calculada devido à escassez de outros estudos com intervenções semelhantes.

4.3.8.1. Efeitos no Desejo Sexual

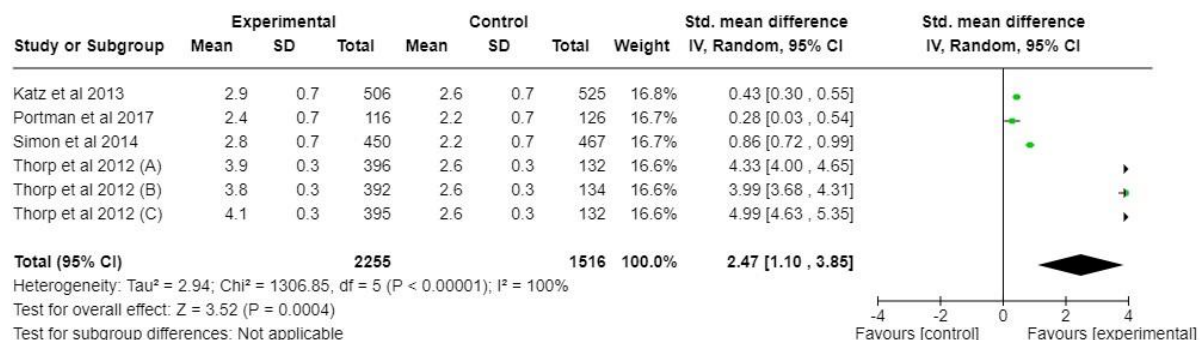
Todos os 12 estudos avaliaram as intervenções quanto ao desejo sexual, permitindo análise geral com 4649 participantes, sendo 1845 nos grupos experimentais. As comparações indicaram alta heterogeneidade ($P < .001$, $I^2 = 99\%$). Foram utilizadas análises de sensibilidade e modelos de efeitos aleatórios. O resultado geral apresenta tamanho de efeito estatisticamente significativo para as intervenções experimentais ($SMD = 1.79$, 95% CI: 1.04, 2.54; $Z = 4.70$, $p < .001$). A Figura 5 representa o Forest Plot das análises realizadas para o desejo sexual.

Figura 5.*Forest Plot das Intervenções no Desejo Sexual*

Nota. Caruso (A) = intervenção 1; Caruso (B) = intervenção 2; Clayton (A)=intervenção 1; Clayton (B)= intervenção 2; Thorp (A)= intervenção 1; Thorp (B)= intervenção 2; Thorp (C) = intervenção 3.

4.3.8.2. Intervenções Farmacológicas no Desejo Sexual

Sete estudos utilizaram intervenções farmacológicas e testaram o desejo sexual e o resultado favoreceu as intervenções farmacológicas em relação ao placebo (SMD = 1.89, 95% CI: .94, 2.83; $Z = 3.90$, $p < .001$, $I^2 = 99\%$). Considerando a heterogeneidade observada, utilizamos análises de sensibilidade e modelo de efeitos aleatórios, mas a heterogeneidade se manteve. A amostra inclui 4260 mulheres, sendo 2589 nos grupos experimentais. Adicionalmente, como há mais de dois estudos com a mesma abordagem farmacológica (o uso do Flinbanserin), análises mais restritas a esta medicação foram também realizadas. A Figura 6 apresenta o Forest Plot da análise do uso de Flibanserin.

Figura 6.*Forest Plot para uso do Flibanserin*

Nota. Thorp (A)= intervenção 1; Thorp (B)= intervenção 2; Thorp (C) = intervenção 3.

4.3.8.2.1. Intervenções Farmacológicas (Flibanserin)

O uso do Flibanserin foi reportado em quatro estudos, somando 3771 mulheres, sendo 2255 nos grupos experimentais. Foi observada grande heterogeneidade entre os estudos ($P < .001$ $I^2 = 100\%$). O resultado exclusivo apresenta alta significância para eficácia do uso do Flibanserin (SMD = 2.47, 95% CI: 1.1, 3.85; $Z = 3.52$, $p < .004$). Ainda, adotamos análises de sensibilidade, mas a heterogeneidade se manteve.

4.3.8.3. Intervenções Fitoterápicas no Desejo Sexual

Quatro estudos, somando 243 mulheres, nas quais 122 nos grupos experimentais foram avaliados com modelo de efeito aleatório e apresentaram desfecho significativos em favor das intervenções fitoterápicas (SMD = 1.52, 95% CI: .39, 2.64; $Z = 2.65$, $p < .008$). A heterogeneidade por outro lado se mostra maior em comparação a excitação sexual ($P < .001$, $I^2 = 93\%$), não eliminados com análises de sensibilidade.

4.3.8.4. TCC no Desejo Sexual

Os resultados da meta-análise indicam efeito significativo (SMD = 1.77, 95% CI: 1.32, 2.22; $Z = 7.68$, $p < .001$). Os dados mostram que a TCC apresenta forte tamanho de efeito como protocolo de intervenção. Ainda que, apenas o estudo de Lerner et al (2022)

tenha sido considerado, é notável sua consistência em comparação as intervenções farmacológicas e fitoterápicas.

4.4. Discussão

Nesta revisão sistemática sobre tratamentos do TIESF identificamos a existência de uma relativa variedade de abordagens utilizadas e já testadas em ensaios clínicos, concentrando-se principalmente em alternativas farmacológicas e fitoterápicas. Enquanto de destaque os resultados positivos de forma geral, o contraste com a grande heterogeneidade dos estudos e poucas abordagens com ensaios clínicos replicando estudos anteriores. Nosso trabalho aponta para a necessidade de uma maior coesão e replicação de ensaios clínicos, portanto, enquanto identificamos que há intervenções que promovem efeitos positivos e são superiores aos efeitos de intervenções controle no que diz respeito aos sintomas de desejo e excitação sexual no TIESF.

Recomendações sugerem alternativas psicoterapêuticas e medicamentosas como as ideais no tratamento do TIESF (Ter Kuile et al., 2010; Javadivala et al., 2018). Coerentemente, pouco mais da metade dos estudos foram ensaios clínicos com medicações cujos alvos farmacológicos são coerentes com o entendimento vigente dos mecanismos moleculares do TIESF, em particular nos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e melanocorinérgico. Entretanto, apenas um destes teve replicações, sendo o caso do Flibanserin. Este é um antidepressivo que tem ações de agonismo nos receptores serotoninérgicos 5HT_{1A}, e antagonismo nos 5HT_{2A}, características que induzem o aumento na sinalização de dopamina e norepinefrina no sistema nervoso central (Dhanuka & Simon, 2015; Stahl, 2008). Seu uso clínico para redução de desejo sexual em mulheres, principalmente no período anterior a menopausa já é bem aceito. Além disso, o uso particular do Flibanserin já foi avaliado em duas meta-análises prévias no TIESF (Gao et al., 2015; Jaspers et al., 2016). Ambas focaram em desfechos clínicos e na segurança, vendo que a medicação teve poucos efeitos colaterais e melhoras sintomáticas, incluindo no desejo. Ainda que nossos resultados reforcem o apontado por estes estudos, questões de

heterogeneidade apresentaram conflitos. Considerando que nosso objetivo foi avaliar as medidas de desfecho quanto a eficácia das intervenções no aumento do desejo e excitação sexual, ambos os estudos focaram para além disso, na segurança e possíveis efeitos adversos.

Duas das demais medicações utilizadas (i.e., Apomorfina e Bremelotonida) também são consistentes com a participação nos modelos atuais de entendimento da resposta sexual feminina. E ainda que tenham apresentado bons resultados tanto no que tange o desejo sexual como a excitação sexual, a carência de um corpo de evidências é relevante, já que apenas um estudo foi identificado para cada uma destas abordagens. No caso da apomorfina, estudos anteriores apresentam resultados de eficácia quanto sua utilização, não somente para melhora da excitação e desejo sexual, mas também para o transtorno do orgasmo feminino (Bechara et al., 2004). Nesta linha, nossos achados sugerem efeito semelhante, embora de acordo com dados de uma meta-análise, os estudos sobre sua replicabilidade sejam em maioria com amostras de homens com disfunção erétil (Guillén et al., 2020). Já sobre a Bremelotonida, há dados meta analisados com efeitos semelhantes, indicando uma melhora pós-intervenção tanto para excitação quanto desejo sexual (Weinberger et al., 2018). Ao observar estes dados paralelos na literatura, os dados aqui corroboram a eficácia da sua utilização. Finalmente, incluída como medicação, um estudo avaliou a aplicação única de H-HA/L-HA na região genital e encontrou efeitos superiores em relação ao placebo (Mohammed et al., 2023). A saber, tal proposta é baseada na modificação do tecido da pele na região e promoveria alterações capazes de impactar os sintomas. A abordagem é relativamente comum em estudos focados em condições dermatológicas e oftalmológicas, visando proteção e volume de áreas lesionadas ou com pouca rigidez (Navarro-Hernandez & Pérez-López, 2022; Sclafani & McCormick, 2012). Nesse sentido, além da eficácia quanto ao TIESF a intervenção possivelmente também seja eficaz para o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, visto que o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico é visto em sua etiologia (Komisaruk & Whipple, 2005).

Em contrapartida, mesmo com a recomendação de psicoterapias, apenas um ensaio

clínico avaliou efeitos de abordagem psicoterápica (Lerner et al., 2022). Apesar de positivos, os efeitos ficam complexos de serem comparados. Uma interessante observação é a existência de manuais voltados para a condição (Conn & Hodges, 2023) e até abordagens terapêuticas com histórico de atenção a quadros como a obsoleta “frigidez” (Richardson, 1963), mas ao mesmo tempo a carência de ensaios clínicos com tais abordagens. Há uma clara demanda de estudos clínicos com psicoterapias para o TIESF, portanto, sendo atualmente a única evidência com a TCC.

Em acordo com o amplamente conhecido da relação da vida sexual com aspectos afrodisíacos, bem como atravessamentos culturais relacionados ao uso de plantas e raízes para auxiliar a sexualidade, intervenções fitoterápicas foram identificadas. Os ensaios clínicos com fitoterápicos correspondeu a um terço do volume de estudos identificados e, considerando as quatro abordagens testadas, pouco menos de metade das distintas intervenções. E não totalmente de forma curiosa, os “conhecimentos ancestrais” das propriedades destas intervenções mostraram bons resultados. (Ajgaonkar et al., 2022; Akhtari et al, 2014; Darvish-Mofrad et al., 2018; Sadeghi et al., 2020). A utilização dos diferentes substratos demonstra efeitos ansiolíticos (Darvish-Mofrad et al., 2018), estimulantes de libido (Sadeghi et al., 2020) e afrodisíacos (Ajgaonkar et al., 2022; Akhtari et al, 2014), resultando significativamente no aumento do desejo e excitação sexual.

A questão, entretanto, de maior reticência é a falta de replicabilidade (nenhuma intervenção foi testada por dois estudos ao menos). No caso, os tamanhos de efeito identificados não foram substancialmente menores do que os observados nas medicações e a heterogeneidade geral foi até menor. Sendo os mecanismos dos ativos (tribulus terrestris, semente de cenoura, *melissa officinalis* e raiz de ashwagandha) ainda questionáveis. Mesmo que reconhecidos ações, carecendo de ensaios clínicos, as substâncias permanecem em uma zona de dúvidas e requerem de fato iniciativas de investigação. A considerar o quadro geral identificado de diversidade de intervenções, resultados em geral positivos, pode-se apontar que nossos achados são semelhantes aos de uma meta-análise sobre intervenções farmacológicas e não farmacológicas em mulheres com baixo desejo

sexual (Javadivala et al., 2018). Em especial, no trabalho as pequenas diferenças levantaram a possibilidade de que substâncias fitoterápicas podem ser uma opção viável e eficaz para mulheres com TIESF, sendo uma alternativa ou complemento às intervenções farmacológicas tradicionais. Embora, claro, seja premente a realização de estudos.

Ao propor esta revisão tínhamos também alguns objetivos secundários. Um destes era a identificação de métodos de avaliação utilizados de forma mais recorrente, para indicar métodos preferenciais no futuro. Poucos instrumentos distintos foram identificados e uma clara preferência pelo Female sexual function index (Rosen et al., 2000) foi vista, com seu uso em 10 estudos. Logo, para a continuidade de pesquisas na área, o incentivo ao uso da medida é reforçado. Também tínhamos como meta identificar aspectos de duração das intervenções e, neste sentido, intervenções medicamentosas eram mais longas do que fitoterápicas. Dentre as intervenções farmacológicas, a mais longa foi justamente o Flibanserin, com 168 dias. Apesar de a mais longa, todos os estudos adotaram o mesmo tempo. Finalmente, pretendíamos também identificar variações nos protocolos das abordagens, mas a quase total ausência de estudos com a mesma abordagem inviabilizou o processo. A única exceção de fato se restringe ao Flibanserin. Ainda que os estudos em geral tenham adotado a mesma dosagem diária (100mg), pequenas variações do horário e divisão foram testadas, em particular no estudo de Thorp et al (2012). Mesmo que interessante a iniciativa, diferenças não foram observadas.

Sumarizando o observado, podemos dizer que há uma grande variedade de intervenções e baixa replicação de ensaios clínicos para abordagens focadas no tratamento do TIESF. Nossos objetivos nesta revisão eram levantar as diferentes abordagens e, neste sentido, identificamos quatro classificadas como farmacológicas, quatro como fitoterápicas e uma como psicoterapêutica. Também buscávamos identificar quais seriam eficazes e, neste sentido, individualmente todos os 12 estudos incluídos indicaram algum efeito no desejo ou na excitação sexual. Entretanto, apenas para o Flibanserin pode-se indicar que há um pouco mais de confiança nesta prática, já que somente para esta medicação estudos de replicação foram realizados. Ainda assim, grande heterogeneidade pode ser uma questão.

Em particular, nossa revisão possui limitações importantes que devem ser consideradas e implicam cautela na sua interpretação. A alta heterogeneidade identificada nesta meta-análise indica imitações a serem consideradas. Principalmente nas análises com o Flibanserin, visto que dois estudos (Simon et al., 2014; Portman et al., 2017) analisaram a eficácia mulheres na pós-menopausa. Isso sugere que as alterações envolvidas neste período, como redução dos níveis de estrogênio e andrógenos e diminuição da libido (Davison et al., 2005; Thornton et al., 2015) possam interferir no resultado geral. A heterogeneidade permaneceu mesmo após testarmos análises de sensibilidade e, portanto, entendemos que não foram fruto somente de aspectos metodológicos. É claro, a abordagem parece central, mas também há variáveis contextuais que podem ter influenciado. A diversidade quanto à nacionalidade de publicação dos artigos potencialmente pode ser um fator explicativo, no sentido que há publicações do Irã (Akhtari et al., 2014; Darvish-Mofrad et al., 2018; Sadeghi et al., 2020), Índia (Ajgaonkar et al., 2022), Egito (Mohammed et al., 2023), Alemanha (Simon et al., 2012) e Itália (Caruso et al., 2004). Apesar da maioria dos estudos utilizarem a mesma medida é possível que algum fator se perca nas traduções dos instrumentos e adaptações socioculturais. Somado a tudo isto, nossa revisão avaliou os resultados sempre em comparação a intervenções de controle, não permitindo indicar qual método é superior ao outro.

4.5. Conclusão

Esta revisão sistemática e meta-análise fornecem evidências de que intervenções farmacológicas e fitoterápicas podem ser eficazes no tratamento do TIESF, com efeitos significativos observados em ambos os domínios de excitação e desejo sexual. Da mesma forma, encontramos promissor resultado para a psicoterapia, com a abordagem da TCC. Entretanto, as direções dos nossos resultados não permitem de forma alguma sugerir o uso terapêutico de forma geral, pois a escassa replicabilidade e a heterogeneidade foram flagrantes. No momento, a diversidade de abordagens e a variabilidade nos resultados

destacam a importância de um tratamento personalizado e a necessidade de considerar os contextos específicos de cada paciente ao escolher uma intervenção. Para o desenvolvimento da área, o investimento em estudos clínicos com as abordagens já documentadas e a busca por mais métodos psicoterapêuticos, investigação da combinação de abordagens e comparação entre elas é fundamental.

5. Conclusão Geral

Esta dissertação teve como foco a disfunção sexual feminina. A princípio uma revisão sobre o tema foi realizada, a partir disso foi elaborado dois artigos. O primeiro artigo consiste em uma pesquisa empírica com o objetivo de avaliar o papel mediador dos sintomas de TEPT entre ASI e DSF. Os resultados desse artigo evidenciaram o desfecho de DSF através da mediação do TEPT em mulheres com histórico de vitimização sexual. Logo, confirmam achados anteriores (Aşcı et al., 2023; Gewirtz-Meydan & Lahav, 2020; Kelley & Gidycz, 2019). Dessa forma, torna-se necessário que profissionais da saúde utilizem metodologias de rastreio de vitimização sexual passada, uma vez que, de acordo com dados do boletim epidemiológico, somente no primeiro semestre de 2024 houve mais de 26 mil denúncias relacionadas a violências sexuais, principalmente crianças do sexo feminino, sendo 76.8-92.7% dos casos ocorridos entre aquelas com idades de 4 a 9 anos e 10 a 18 anos de idade, respetivamente (BRASIL, 2024). Visto a altíssima prevalência a ocorrência de ASI é considerado um problema de saúde publica, portanto, profissionais da área da saúde devem utilizar métodos de intervenção que sejam abrangentes ao rastreio de vitimização sexual passada, bem como o impacto causado na atividade sexual posterior.

Nesse sentido, considerando a prevalência de disfunção sexual em mulheres o segundo artigo corresponde a uma revisão sistemática com meta-análise com ensaios clínicos randomizados que avaliaram as intervenções utilizadas no tratamento do transtorno de interesse/excitação sexual feminina. O artigo contou com 12 estudos que utilizavam intervenções farmacológicas, fitoterápicas e terapia cognitivo-comportamental em amostras de mulheres com diagnostico para TIESF. Logo, os resultados da meta-análise fornecem evidências que a intervenção proposta tem efeito significativo na diminuição dos sintomas da disfunção sexual, sobretudo a intervenção utilizando a TCC. Entretanto, há uma alta heterogeneidade entre os estudos, isso se deve a diferenças metodológicas quanto ao número da amostra, bem como a diversidade da nacionalidade das publicações. Desse modo, a eficácia deve ser interpretada com limitações. Compreendendo a eficácia da psicoterapia no tratamento de queixas sexuais, principalmente a TCC o mesmo deve ser

considerado como intervenção para o TEPT. Nesse sentido, há evidências que além da TCC, técnicas de dessensibilização e reprocessamento do movimento ocular (EMDR) e Somatic experiencing (SE) demonstraram ser igualmente eficazes como intervenções terapêuticas para o TEPT (Cusack et al., 2016; Hudays et al., 2022; Kuhfuß et al., 2021).

O EMDR tem como modelo de tratamento o processamento adaptativo de informações, ou seja, propõe que as memórias de trauma não são processadas e tornam-se fisiologicamente armazenadas, levando a problemas na vida diária e na prática sexual. Posto isso, a intervenção é conduzida através de movimentos oculares, de modo que os pacientes acompanhem visualmente o dedo da terapeuta que estará realizando os movimentos, ademais a técnica de dessensibilização é integrada a esse contexto a partir da estimulação dupla, de modo que a movimentação dos braços juntamente a batidas repetidas das mãos do paciente são acompanhadas dos movimentos oculares feitos pelo terapeuta (Van Den Berg et al., 2015). A finalidade do EMDR é reverter ou limitar o bloqueio neural desenvolvido pelo evento traumático e há dados meta-analisados que confirmam sua eficácia (Chen et al., 2014). Por outro lado, a SE é baseada em um modelo psicobiológico generalizado de resiliência no qual o objetivo terapêutico se concentra nas consequências psicofisiológicas do evento traumático, trazendo o corpo como parte do processo terapêutico (Levine, 1997). Um “processo de descarga” é o objetivo central desse método. A intervenção ocorre através da redução gradual da excitação associada ao trauma, levando o indivíduo a maior tolerância e aceitação das sensações físicas internas e as emoções relacionadas, além da ativação de recursos internos e externos, como identificar partes do corpo ou memórias que estão associadas a um sentimento positivo e reconfortante (Brom et al., 2017; Kuhfuß et al., 2021).

Em resumo, futuros estudos devem continuar submetendo intervenções psicológicas voltadas a trauma sexual, visando reduzir os sintomas de TEPT, bem como proporcionar uma melhor qualidade na vida sexual de mulheres, mesmo sem a presença de algum episódio de vitimização sexual em algum momento da vida.

6. Referências

- Abdo, C. H. N. (2009). Quociente sexual feminino: Um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. *Diagn. tratamento*, 89–90.
- Ajgaonkar, A., Jain, M., & Debnath, K. (2022). Efficacy and Safety of Ashwagandha (Withania somnifera) Root Extract for Improvement of Sexual Health in Healthy Women: A Prospective, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Cureus*, 14(10), e30787. <https://doi.org/10.7759/cureus.30787>
- Akhtari, E., Raisi, F., Keshavarz, M., Hosseini, H., Sohrabvand, F., Bioos, S., Kamalinejad, M., & Ghobadi, A. (2014). Tribulus terrestris for treatment of sexual dysfunction in women: Randomized double-blind placebo - controlled study. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 22(1), 40. <https://doi.org/10.1186/2008-2231-22-40>
- American Psychiatnc Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5-TR*.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*.
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods*, 52(1), 376–387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>
- Aşçı, Ö., Bal, M. D., & Koçoğlu, F. (2023). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Adult Female Sexual Function and Sexual Distress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Turkish Journal of Psychiatry*, 35(1), 63–74. <https://doi.org/10.5080/u26991>
- Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., & Davidov, D. M. (2020). Sexual Assault in Adolescents. *Primary Care*, 47(2), 331–349. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.010>
- Barry R. Komisaruk & Beverly Whipple. (2005). *Functional MRI of the Brain during Orgasm in Women*, *Annual Review of Sex Research*, 16:1, 62- 86, DOI: 10.1080/10532528.2005.10559829. ([s.d.]).
- 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>
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Bechara, A., Bertolino, M. V., Casabé, A., & Fredotovich, N. (2004). A Double-Blind Randomized Placebo Control Study Comparing the Objective and Subjective Changes in Female Sexual Response Using Sublingual Apomorphine. *Journal of Sexual Medicine*, 1(2), 209–214. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.04030.x>
- Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M.-P., Nolin, M.-C., & Bergeron, S. (2021). Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood: A Systematic Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332–352. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825148>
- Blais, R. K., Bird, E., Sartin-Tarm, A., Campbell, S. B., & Lorenz, T. (2022). Mechanisms of the association between PTSD and sexual arousal and lubrication functioning among trauma-exposed female service members/veterans. *Journal of Affective Disorders*, 301, 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.106>
- Bornefeld-Ettmann, P., Steil, R., Lieberz, K. A., Bohus, M., Rausch, S., Herzog, J., Priebe, K., Fydrich, T., & Müller-Engelmann, M. (2018). Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 529–538. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.016>
- BRASIL. (2012). *Práticas integrativas e complementares: Plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*.
- BRASIL. (2024). *Boletim Epidemiológico—Volume 54—Nº 08—Ministério da Saúde*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08/view>
- Broadbush-Shea, E. T., Scott, K., Reijnders, M., & Amin, A. (2021). A review of the literature

- on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 116(Pt 1), 104225.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104225>
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 304–312.
<https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Caruso, S., Agnello, C., Intelisano, G., Farina, M., Di Mari, L., & Cianci, A. (2004). Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology*, 63(5), 955–959.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.12.018>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629.
<https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Chen, Y.-R., Hung, K.-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., Liao, Y.-M., Ou, K.-L., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(8), e103676.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>
- Clayton, A. H., Althof, S. E., Kingsberg, S., DeRogatis, L. R., Kroll, R., Goldstein, I., Kaminetsky, J., Spana, C., Lucas, J., Jordan, R., & Portman, D. J. (2016). Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: A randomized, placebo-controlled dose-finding trial. *Women's Health (London, England)*, 12(3), 325–337. <https://doi.org/10.2217/whe-2016-0018>
- Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. *The Medical*

Clinics of North America, 103(4), 681–698.

<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008>

Conn, A., & Hodges. ([s.d.]). *Sexual Interest/Arousal Disorder—Women's Health Issues*.

MSD Manual Consumer Version. Recuperado 4 de julho de 2024, de

<https://www.msdmanuals.com/home/women-s-health-issues/sexual-function-and-dysfunction-in-women/sexual-interest-arousal-disorder>

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016).

Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>

Darvish-Mofrad-Kashani, Z., Emaratkar, E., Hashem-Dabaghian, F., Emadi, F., Raisi, F., Aliasl, J., Kamalinejad, M., Hasheminejad, S. A., Eftekhar, T., & Zafarghandi, N.

(2018). Effect of *Melissa officinalis* (Lemon balm) on Sexual Dysfunction in Women: A Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Study. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, 17(Suppl), 89–100.

Davison, S. L., Bell, R., Donath, S., Montalto, J. G., & Davis, S. R. (2005). Androgen levels in adult females: Changes with age, menopause, and oophorectomy. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(7), 3847–3853.

<https://doi.org/10.1210/jc.2005-0212>

de Pasquale, A. (1984). Pharmacognosy: The oldest modern science. *Journal of*

Ethnopharmacology, 11(1), 1–16. [https://doi.org/10.1016/0378-8741\(84\)90092-8](https://doi.org/10.1016/0378-8741(84)90092-8)

Dhanuka, I., & Simon, J. A. (2015). Flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16(16), 2523–2529. <https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1090426>

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>

Gagnon-Sanschagrin, P., Schein, J., Urganus, A., Serra, E., Liang, Y., Musingarimi, P.,

Cloutier, M., Guérin, A., & Davis, L. L. (2022). Identifying individuals with undiagnosed post-traumatic stress disorder in a large United States civilian population—A machine learning approach. *BMC Psychiatry*, 22(1), 630.

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04267-6>

Gao, Z., Yang, D., Yu, L., & Cui, Y. (2015). Efficacy and Safety of Flibanserin in Women with

Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2095–2104. <https://doi.org/10.1111/jsm.13037>

Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2020). 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>

Goldsmith, R. E., Freyd, J. J., & DePrince, A. P. (2012). Betrayal trauma: Associations with

psychological and physical symptoms in young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(3), 547–567. <https://doi.org/10.1177/0886260511421672>

Goldstein, I., Kim, N. N., Clayton, A. H., DeRogatis, L. R., Giralaldi, A., Parish, S. J., Pfaus, J.,

Simon, J. A., Kingsberg, S. A., Meston, C., Stahl, S. M., Wallen, K., & Worsley, R. (2017). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 114–128. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.018>

Guillén, V., Rueda, J.-R., Lopez-Argumedo, M., Solà, I., & Ballesteros, J. (2020).

Apomorphine for the Treatment of Erectile Dysfunction: Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 49(8), 2963–2979.

<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01817-5>

Haase, A., Boos, A., Schönfeld, S., & Hoyer, J. (2009). Naa. *Verhaltenstherapie*, 19(3), 161–

167. <https://doi.org/10.1159/000228725>

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)

Hayes. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*.

Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2006). ASPECTOS FISIOLÓGICOS E DISFUNCIONAIS DA SEXUALIDADE FEMININA. *Clinical and Biomedical Research*, 26(2), Artigo 2.

<https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/100247>

Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio. (2014). *Metodologia de pesquisa*. (6º ed). McGraw-Hill.

Higgins, Thomas, & Page. (2023). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. <https://training.cochrane.org/handbook>

Högbeck, I., & Möller, A. (2022). Female sexual function six months after sexual assault: Post-traumatic stress disorder strongest risk factor for impaired function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(2), 112–120.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1958964>

Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., & Bahari, G. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>

Jadad et al. (2005). Appendix: Jadad Scale for Reporting Randomized Controlled Trials. Em *Evidence-based Obstetric Anesthesia* (p. 237–238). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470988343.app1>

Jaspers, L., Feys, F., Bramer, W. M., Franco, O. H., Leusink, P., & Laan, E. T. M. (2016). Efficacy and Safety of Flibanserin for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 453–462. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8565>

Javadivala, Z., Khoei, E., Asghari Jafarabadi, M., Allahverdipour, H., Mirghafourvand, M., Nadrian, H., & Kouzekanani, K. (2018). Efficacy of pharmacological and non-

- pharmacological interventions on low sexual interest/arousal of peri- and post-menopausal women: A meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy*, 34, 1–29. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1446515>
- Kaplan, H. S. (1980). The New Sex Therapy. Em J. Marmor & S. M. Woods (Orgs.), *The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies* (p. 363–377). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3000-4_25
- Karsten, M. D. A., Wekker, V., Bakker, A., Groen, H., Olff, M., Hoek, A., Laan, E. T. M., & Roseboom, T. J. (2020). Sexual function and pelvic floor activity in women: The role of traumatic events and PTSD symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1764246. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1764246>
- Katz, M., DeRogatis, L. R., Ackerman, R., Hedges, P., Lesko, L., Garcia, M., Sand, M., & BEGONIA trial investigators. (2013). Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: Results from the BEGONIA trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1807–1815. <https://doi.org/10.1111/jsm.12189>
- Kavanaugh, B., Dupont-Frechette, J., Jerskey, B., & Holler, K. (2016). Neurocognitive Deficits in Children and Adolescents Following Maltreatment: Neurodevelopmental Consequences and Neuropsychological Implications of Traumatic Stress. *Applied Neuropsychology: Child*, 6. <https://doi.org/10.1080/21622965.2015.1079712>
- Kelley, E. L., & Gidycz, C. A. (2019). Posttraumatic stress and sexual functioning difficulties in college women with a history of sexual assault victimization. *Psychology of Violence*, 9(1), 98–107. <https://doi.org/10.1037/vio0000162>
- Khaleghi Ghadiri, M., & Gorji, A. (2004). Natural remedies for impotence in medieval Persia. *International Journal of Impotence Research*, 16(1), 80–83. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901153>
- Kiefer, R., Goncharenko, S., Contractor, A. A., DePina, M. Z., & Weiss, N. H. (2021). Posttraumatic stress disorder symptoms moderate the relation between childhood sexual abuse and disordered eating in a community sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1819–1828. <https://doi.org/10.1002/eat.23593>

- Kingsberg, S. A., Clayton, A. H., Portman, D., Williams, L. A., Krop, J., Jordan, R., Lucas, J., & Simon, J. A. (2019). Bremelanotide for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Two Randomized Phase 3 Trials. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), 899. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003500>
- Kratzer, L., Heinz, P., Schennach, R., Knefel, M., Schiepek, G., Biedermann, S. V., & Büttner, M. (2022). Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: A network analysis. *Psychological Medicine*, 52(1), 90–101. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001750>
- Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. ([s.d.]). Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: A scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929023. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- Lerner, T., Bagnoli, V. R., de Pereyra, E. A. G., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Júnior, J. M. S., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 77, 100054. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100054>
- Lim-Watson, M. Z., Hays, R. D., Kingsberg, S., Kallich, J. D., & Murimi-Worstell, I. B. (2022). A Systematic Literature Review of Health-related Quality of Life Measures for Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder and Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Sexual Medicine Reviews*, 10(1), 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.07.003>
- Lutfey, K. E., Link, C. L., Rosen, R. C., Wiegel, M., & McKinlay, J. B. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 514–527. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9290-0>
- Macedo, A., Capela, E., & Peixoto, M. (2023). Sexual Satisfaction among Lesbian and Heterosexual Cisgender Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1680.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11121680>

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 593–614.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>

Malarewicz, A., Szymkiewicz, J., & Rogala, J. (2006). [Sexuality of pregnant women].

Ginekologia Polska, 77(9), 733–739.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.

Mathews, A. (1983). Progress in the treatment of female sexual dysfunction. *Journal of*

Psychosomatic Research, 27(2), 165–173. [https://doi.org/10.1016/0022-](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90094-6)

[3999\(83\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90094-6)

Mathews & Collin-Vézina. (2019). *Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and*

Definition 20 (2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1524838017738726>

Mazaro-Costa, R., Andersen, M. L., Hachul, H., & Tufik, S. (2010). Medicinal plants as

alternative treatments for female sexual dysfunction: Utopian vision or possible

treatment in climacteric women? *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3695–3714.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01987.x>

McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C.,

O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A

systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>

Mitchell, K. R., Jones, K. G., Wellings, K., Johnson, A. M., Graham, C. A., Datta, J., Copas,

A. J., Bancroft, J., Sonnenberg, P., Macdowall, W., Field, N., & Mercer, C. H. (2016).

Estimating the prevalence of sexual function problems: The impact of morbidity

criteria. *Journal of Sex Research*, 53(8), 955–967.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1089214>

Mohammed, G. F., & Al-Dhubaibi, M. S. (2023). Hybrid high- and low-molecular weight

chains of hyaluronan is an effective modality treatment for increasing female sexual

- satisfaction: An interventional, randomized-control parallel study. *Health Science Reports*, 6(3), e870. <https://doi.org/10.1002/hsr2.870>
- Molkara, T., Motavasselian, M., Akhlaghi, F., Ramezani, M. A., Naghedi Baghdar, H., Ghazanfari, S. M., & Salari, R. (2021). The Effects of Herbal Medicines on Women Sexual Dysfunction: A Systematic Review. *Current Drug Discovery Technologies*, 18(6), e130921186972. <https://doi.org/10.2174/1570163817666201019130139>
- Muller, D., Errington, S., Szabo, C. P., Pitts, N., & Jacklin, L. (2014). Cortisol and IL-6 Responses to Stress in Female Children Presenting at a Sexual Abuse Clinic. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 7(3), 185–191. <https://doi.org/10.1007/s40653-014-0019-7>
- 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>
- Nastri, C. O., Lara, L. A., Ferriani, R. A., Rosa-E-Silva, A. C. J. S., Figueiredo, J. B. P., & Martins, W. P. (2013). Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009672.pub2>
- Navarro-Hernandez, E., & Pérez-López, M. (2022). Effectiveness of retrobulbar hyaluronidase in the treatment of visual loss caused by periocular hyaluronic acid injection. A systematic review. *Archivos De La Sociedad Espanola De Oftalmologia*, 97(9), 521–538. <https://doi.org/10.1016/j.oftale.2022.06.005>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nurnberg, H. G., Hensley, P. L., Heiman, J. R., Croft, H. A., Debattista, C., & Paine, S. (2008). Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual

- dysfunction: A randomized controlled trial. *JAMA*, 300(4), 395–404.
<https://doi.org/10.1001/jama.300.4.395>
- O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351–367. <https://doi.org/10.1111/papt.12077>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J. (2021). Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Women Using the Childhood Trauma Questionnaire: A Worldwide Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(5), 1181–1191. <https://doi.org/10.1177/1524838020912867>
- Parish, S. J., & Hahn, S. R. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 103–120. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
- Pfaus, J. G. (2009). Pathways of sexual desire. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1506–1533. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01309.x>
- Ph.D, P. A. L. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. North Atlantic Books.
- Polland, A. R., Davis, M., Zeymo, A., & Iglesia, C. B. (2019). Association between comorbidities and female sexual dysfunction: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *International Urogynecology Journal*, 30(3), 377–383. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3739-7>
- Pool, L. R., Aguayo, L., Brzezinski, M., Perak, A. M., Davis, M. M., Greenland, P., Hou, L., Marino, B. S., Van Horn, L., Wakschlag, L., Labarthe, D., Lloyd-Jones, D., & Allen, N.

- B. (2021). Childhood Risk Factors and Adulthood Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *The Journal of Pediatrics*, 232, 118-126.e23.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.01.053>
- Portman, D. J., Brown, L., Yuan, J., Kissling, R., & Kingsberg, S. A. (2017). Flibanserin in Postmenopausal Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: Results of the PLUMERIA Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 834–842.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.258>
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188–200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Richardson, T. A. (1963). Hypnotherapy in frigidity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 5(3), 194–199. <https://doi.org/10.1080/00029157.1963.10402291>
- Rosen, N. O., Corsini-Munt, S., Dubé, J. P., Boudreau, C., & Muise, A. (2020). Partner Responses to Low Desire: Associations With Sexual, Relational, and Psychological Well-Being Among Couples Coping With Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2168–2180.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.015>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Sadeghi, S., Bahrami, R., Raisi, F., Rampisheh, Z., Ghobadi, A., & Akhtari, E. (2020). Evaluation of the effect of carrot seed (*Daucus Carota*) in women of fertile age with hypoactive sexual desire disorder: A randomized double-blind clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 54, 102543.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102543>
- Sanvicente-Vieira, B., Rovaris, D. L., Ornell, F., Sordi, A., Rothmann, L. M., Niederauer, J. P. O., Schuch, J. B., von Diemen, L., Kessler, F. H. P., & Grassi-Oliveira, R. (2019).

- Sex-based differences in multidimensional clinical assessments of early-abstinence crack cocaine users. *PLoS ONE*, 14(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218334>
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 963–972. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00085-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00085-3)
- Sclafani, A. P., & McCormick, S. A. (2012). Induction of dermal collagenesis, angiogenesis, and adipogenesis in human skin by injection of platelet-rich fibrin matrix. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 14(2), 132–136. <https://doi.org/10.1001/archfacial.2011.784>
- Simon, J. A., Kingsberg, S. A., Shumel, B., Hanes, V., Garcia, M., & Sand, M. (2014). Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: Results of the SNOWDROP trial. *Menopause (New York, N.Y.)*, 21(6), 633–640. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000134>
- Stahl, S. M. (2008). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (3rd ed, Fully rev. and expanded). Cambridge University Press.
- Stahl, S. M. (2010). Targeting Circuits of Sexual Desire as a Treatment Strategy for Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 20749. <https://doi.org/10.4088/JCP.10bs06117blu>
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Shahly, V., Spiegel, D., Borges, G., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J. M., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., ... Kessler, R. C. (2013). Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302–312. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.022>
- Steine, S., Finset, A., & Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18(4), 410–418. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.410>
- Sungur, M. Z., & Gündüz, A. (2014). A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for

- sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 364–373. <https://doi.org/10.1111/jsm.12379>
- Tan, P. L. (2021). Stress, Fatigue, and Sexual Spontaneity Among Married Couples in a High-Stress Society: Evidence from Sex Diary Data from Singapore. *Archives of Sexual Behavior*, 50(6), 2579–2588. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01848-y>
- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. *PLoS ONE*, 10(2), e0117423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. D. M. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595–610. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010>
- The jamovi project*. (2024). [Software].
- Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.009>
- Thorp, J., Simon, J., Dattani, D., Taylor, L., Kimura, T., Garcia, M., Lesko, L., Pyke, R., & DAISY trial investigators. (2012). Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: Efficacy of flibanserin in the DAISY study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 793–804. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02595.x>
- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*

- Psychiatry*, 72(3), 259–267. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(1), 67–80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- 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>
- Weathers, Keane, Marx, & Schnurr. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov. [General Information]. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., Patel, D. N., Baskin, A. S., Ackerman, A. L., Eilber, K. S., & Anger, J. T. (2018). Female Sexual Dysfunction and the Placebo Effect: A Meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 132(2), 453–458. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002733>
- Weiss, J., Steil, R., Priebe, K., Lindauer, P., Kleindienst, N., Fydrich, T., & Müller-Engelmann, M. (2023). Sexual Dysfunctions in Women with Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse: Prevalence Rates According to DSM-5 and Clinical Correlates. *Archives of Sexual Behavior*, 52(8), 3365–3378. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02652-0>
- Wheeler, L. J., & Guntupalli, S. R. (2020). Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. *Obstetrics and Gynecology*, 136(1), 174–186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003941>
- WHO. (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11)*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>
- Yehuda, R., Lehrner, A. m. y., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1107–1119.

7. Anexos

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada: **“DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS E O PAPEL DOS SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”**, coordenada pelo Prof. Dr. Breno Sanvicente Vieira, vinculado ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). O objetivo mais amplo desta pesquisa é compreender melhor se os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) causados pelo abuso sexual na infância/adolescência desempenham papel mediador no desenvolvimento de disfunções sexuais femininas na idade adulta. Caso você concorde em participar, você responderá de forma online instrumentos sobre funcionamento sexual, e sobre possíveis sintomas psicológicos que algumas pessoas podem apresentar. Além disso, também responderá algumas perguntas sobre experiências potencialmente traumáticas ocorridas durante sua infância e adolescência.

Então, neste momento te convidamos a participar de forma totalmente livre desta pesquisa que é totalmente online, realizada através do preenchimento de escalas. A sua participação será totalmente anônima. Mesmo que você precise se identificar para responder alguns questionários, nenhuma informação que possa revelar sua identidade será revelada, sendo todas elas mantidas em sigilo.

A sua participação é voluntária, então você tem toda liberdade de se recusar a participar, desistir a qualquer momento, ou ainda de retirar a sua participação sem nenhum prejuízo ou penalização. Os dados da pesquisa devem ser utilizados para publicações científicas, mas é importante você saber que nenhum tipo de identificação será feita sobre você ou qualquer outro participante, sendo as identidades totalmente protegidas. Todos os questionários são anônimos e os dados serão protegidos pelo Laboratório de Pesquisas em Diferenças Individuais e Psicopatologia (LaDIP), coordenado pelo Prof. Dr. Breno Sanvicente Vieira enquanto esta pesquisa durar, sendo todas informações descartadas totalmente quando a pesquisa for encerrada. Considerando que é uma pesquisa feita online, não é possível a garantia de proteção absoluta contra possíveis hackers, ainda que todos os

esforços possíveis sejam feitos nesse sentido. Com relação aos benefícios, sua participação não envolve benefícios diretos, mas seu esforço e participação podem ajudar a melhorar o entendimento, prevenção e tratamento de condições de saúde.

A sua participação envolve poucos riscos, estando esses ligados principalmente a uma possível fadiga. Além disso, algumas questões podem ser desconfortáveis de responder em função de lembranças dolorosas, e podem evocar sintomas de ansiedade ou outras manifestações. Caso esse desconforto seja significativo, como dito anteriormente, é possível interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento para aliviar esse sentimento. Além disso, caso o desconforto persista, você pode enviar um e-mail para psi.clarissa@outlook.com que a pesquisadora responsável responderá o mais rápido possível, fornecendo um acolhimento psicológico inicial.

Além disso, como alguns instrumentos investigam sintomas comuns em alguns quadros de saúde mental, caso seja identificada alguma hipótese diagnóstica, você será informado a respeito, bem como será orientado (caso tenha interesse) sobre como buscar algum tipo de ajuda profissional adequada. Este estudo segue as determinações da legislação vigente: Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e está em conformidade com a Resolução CNS No 510 de 2016 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, bem como respeitar todos os preceitos éticos do anonimato, da participação voluntária, da ciência dos objetivos de pesquisa, dos cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes.

Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável, Breno Sanvicente Vieira pelo telefone (51) 999934873, ou pelo e-mail brenosanvicente@puc-rio.br e através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ulbra Canoas (RS), com endereço na Rua Farroupilha, 8.001 – Prédio 14 – Sala 224, Bairro São José, CEP 92425-900 - telefone (51) 3477-9217, e-mail comitedeetica@ulbra.br. Horário de atendimento externo: De segunda a sexta-feira, entre 13 h e 30 min às 17 h e 30 min, EXCETO nos horários das Reuniões do Colegiado.

Atenciosamente, Breno Sanvicente Vieira

Caso aceite participar, assinale o campo abaixo. Você pode salvar também uma cópia deste documento.

Declaro que tenho mais de 18, que li o termo de consentimento livre e esclarecido e que aceito participar desta pesquisa.

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

Está em período gestacional:

- 1) Sim
- 2) Não

Idade:

Possui algum diagnóstico psiquiátrico:

Faz uso de alguma medição psiquiátrica:

Caso a resposta seja "sim", qual:

Atualmente você está:

1. Solteira (o)
2. Em um relacionamento
3. Outro

Sexo:

- 1) Feminino
- 2) Masculino
- 3) Outro

Dentre as seguintes alternativas, você se reconhece ou se identifica como de cor ou raça:

- 1) Amarela
- 2) Branca
- 3) Indígena
- 4) Parda
- 5) Preta
- 6) Outra

Qual o seu nível de escolaridade:

- 1) Sem escolaridade
- 2) Ensino Fundamental incompleto
- 3) Ensino Fundamental completo
- 4) Ensino Médio incompleto
- 5) Ensino Médio completo
- 6) Superior completo
- 7) Superior incompleto

8) Pós-graduação

Qual a sua orientação sexual

- 1) Heterossexual
- 2) Homossexual
- 3) Bissexual
- 4) Outras

Teve oportunidade de ter relação sexual de forma consensual?

- 1. Sim
- 2. Não

Anexo 3. Female sexual function index (FSFI)

Instruções:

Estas questões são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às perguntas que seguem da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo. As definições a seguir se aplicam nas respostas:

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA.

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- () Sempre ou quase sempre
- () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- () Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- () Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- () Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- () Muito alto
- () Alto
- () Moderado
- () Baixo

☐ Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (metade das vezes)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito alto

☐ Alto

☐ Moderado

☐ Baixo

☐ Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Altíssima confiança

☐ Alta confiança

☐ Moderada confiança

☐ Baixa confiança

☐ Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco difícil

☐ Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco Difícil

☐ Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco Difícil

☐ Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração

- () Altíssimo
- () Alto
- () Moderado
- () Baixo
- () Baixíssimo ou nenhum

Anexo 4. Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0= nunca; 1 = raramente; 2= às vezes; 3 = aproximadamente 50% das vezes; 4 = a maioria das vezes; 5 = sempre.

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

Anexo 5. Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) Subescala (3)

Abuso Sexual

Abaixo você encontrará uma série de situações nas quais diferentes tipos de experiência

desagradáveis podem ter ocorrido. Responda sim ou não para cada uma que recorda (ou sabe) ter passado antes dos 18 anos.

Algumas vezes, pais, padrastos/madrastas ou outros adultos que moram na mesma casa fazem coisas dolorosas e que machucam. Sinalize se isso aconteceu durante a sua infância ou adolescência.

12. Fizeram comentários ou sugestões sexuais inapropriadas para você.
Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18

☐ Sim₁ ☐ Não₀

13. Tocaram ou acariciaram seu corpo de uma forma sexual.
Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18

☐ Sim₁ ☐ Não₀

14. Teve que tocar o corpo de alguém de uma forma sexual.
Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18

☐ Sim₁ ☐ Não₀

Algumas vezes, outros adultos ou pessoas mais velhas que **NÃO** moram na mesma casa fazem coisas dolorosas e que machucam. Se isso aconteceu durante a sua infância (ou seja, os primeiros 18 anos de sua vida) por favor forneça a melhor estimativa da idade que você tinha quando isso aconteceu.

Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

19. Teve que tocar o corpo de alguém de uma forma sexual.
Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18

☐ Sim₁ ☐ Não₀

20. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) com você.
Por favor, indique todas as idades em que isso aconteceu.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18

☐ Sim₁ ☐ Não₀

Anexo 6. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4

De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante	0	1	2	3	4
Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
Não conseguir se lembrar de parte importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “existe algo seriamente errado comigo”, “ninguém é confiável”, “o mundo todo é perigoso”)?	0	1	2	3	4
Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
Ficar “super” alerta, vigilante ou desobrevivo?	0	1	2	3	4
Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

Anexo 7. ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMA NÍVEL 1 AUTO-APLICÁVEL DO DSM-5 – ADULTO (ETS-5).

Instruções: As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

1	Pouco interesse em fazer as coisas?	0	1	2	3	4
2	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4
3	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado, ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4
4	Dormiu menos do que o usual, mais ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4
5	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4
6	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4
7	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4
8	Evitou situações que o deixem ansioso?	0	1	2	3	4
9	Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdômen, pernas)?	0	1	2	3	4
10	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4
11	Pensamento de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4
12	Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4
13	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4
14	Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono no geral?	0	1	2	3	4
15	Problemas com a memória (p. ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa).	0	1	2	3	4
16	Pensamentos impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 17 | Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico no seu redor ou de suas lembranças? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Fumou cigarros, charuto, cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito?

(p. ex., analgênicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam], ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], inalantes ou solvente [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |