

Artigo escrito pelo Acordo Ortográfico de Língua Portuguesa de 1990

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMO..... | 3 |
| PALAVRAS-CHAVE..... | 4 |
| ABSTRACT..... | 5 |
| ASPECTOS HISTÓRICOS DO COMPORTAMENTO SEXUAL..... | 7 |
| MODELOS DE RESPOSTA SEXUAL FEMININA..... | 13 |
| DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO:..... | 22 |
| - Perturbação do desejo sexual..... | 27 |
| - Perturbação da excitação sexual..... | 29 |
| - Críticas aos actuais sistemas classificativos das disfunções sexuais..... | 31 |
| - Proposta de classificação da DSM-V..... | 37 |
| ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS..... | 42 |
| FACTORES ETIOLÓGICOS: | 49 |
| - Factores orgânicos..... | 49 |
| - Factores psicossociais..... | 54 |
| AVALIAÇÃO E FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA..... | 61 |
| CONCLUSÃO..... | 65 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 67 |

RESUMO

Introdução: Ao longo do curso de Medicina, a omissão e o silêncio relativamente à sexualidade feminina nas diversas disciplinas, levou a uma maior interesse da minha parte por este tema em específico. O estudo desta área visou preencher esta lacuna, não só como uma forma de dar resposta à minha curiosidade, mas por ser uma referência na minha formação como futura profissional de saúde.

Objectivos: Este artigo teve como objectivo fazer uma revisão geral da literatura sobre disfunções sexuais femininas, da excitação e desejo, abordando modelos de resposta sexual feminina, definições das perturbações do desejo e excitação, epidemiologia e factores etiológicos implicados nessas disfunções sexuais, tendo em conta os novos desenvolvimentos na área.

Desenvolvimento: A sexualidade humana assistiu a grandes transformações nas últimas décadas, especialmente no que diz respeito à mulher, cuja sexualidade tem sofrido adaptações tendo em conta o seu contexto e evolução sócio-cultural. Partiu-se do modelo clássico, linear e sequencial de resposta sexual proposto por Masters e Johnson, até aos mais recentes modelos circulares, onde as fases que integram a resposta sexual feminina se sobrepõem, numa ordem não definida e são amplamente condicionadas por contextos de ordem biológica, psicológica e social. Impõe-se, portanto, a necessidade de observar a resposta sexual feminina por uma nova perspectiva. No entanto, a subjectividade e a dificuldade de mensuração de parâmetros biológicos e psicossomáticos tornam este tema, ainda, bastante controverso e pouco consensual. Apresentam-se as propostas de novos critérios e nomenclaturas de perturbações da excitação e desejo para a V edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* relativamente às disfunções sexuais femininas. Estudos mais fidedignos são necessários, não só para compreender o real impacto da disfunção na população feminina,

mas para distinguir situações transitórias e adaptativas da resposta sexual feminina de verdadeiras disfunções sexuais.

Conclusões: Dada a contextualidade da sexualidade feminina, bem como a ênfase dada a este tema nas últimas décadas, várias são as áreas em reformulações, estudos e debates. São precisos mais estudos com base nas novas conceptualizações de modelos de resposta sexual feminina, que tenham em conta a sua complexidade e dimensão biopsicossocial, condições estas que afectarão abordagens e tratamentos dessas mesmas perturbações sexuais.

PALAVRAS-CHAVE

Disfunção sexual feminina; perturbação da excitação sexual; perturbação do desejo sexual; modelos de resposta sexual; sistemas classificativos; critérios de diagnóstico; epidemiologia; factores etiológicos; avaliação.

ABSTRACT

Introduction: Over Medicine's course, omission and silence regarding female sexuality in various disciplines, called particularly my attention to this subject. The purpose of this article was to fulfill this gap, not only as a way of satisfying my curiosity, but also in order to become a reference in my development as a future health professional.

Objectives: The aim of this article is to make a general review of the literature on female sexual dysfunction, with focus on arousal and desire disorders, by addressing models of female sexual response, definitions of desire and arousal disorders, epidemiology and etiological factors implicated in sexual dysfunction, taking into account new developments in the area.

Development: Human sexuality has witnessed great changes in recent decades, especially with regard to women's one, whose sexuality has undergone an adaptation process taking into account its context and socio-cultural evolution. It started from the classical, linear and sequential sexual response model proposed by Masters and Johnson, up to the most recent circular model, where the phases that comprise the female sexual response overlap, in an order not defined and that are largely conditioned by biological, psychological and social contexts. Stands, therefore, the need to observe the female sexual response by a new perspective. However, the subjectivity and the difficulty of measuring biological and psychosomatic parameters make this theme still quite controversial and little consensus. Here are presented the proposed new criteria and classifications of arousal and desire's disorders for the V edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* regarding to female sexual dysfunctions. More reliable studies are needed not only to understand the real impact of dysfunction in the female population, but to distinguish transitory and adaptive response situations of real female sexual dysfunction.

Conclusions: Given the contextuality of female sexuality and the emphasis given to the subject in recent decades, there are several areas in restatements, studies and debates. Further studies are needed based on new conceptualizations of female sexual response's models, which take into account their complexity and biopsychosocial dimension, as these conditions affect the approach and treatment of sexual disorders.

KEYWORDS:

Female sexual dysfunction; sexual arousal disorder; sexual desire disorder; sexual response models; classificatory systems; diagnostic criteria; epidemiology; etiological factors; assessment.

ASPECTOS HISTÓRICOS DO COMPORTAMENTO SEXUAL

A história do sexo e da sexualidade humana está ligada de forma inequívoca à evolução do Homem e, sendo um elemento intrínseco da própria condição humana, a sua contextualização histórica e social pode e deve ser investigada à luz dessa perspectiva. A sexualidade é uma das dimensões de maior importância e complexidade na vida das pessoas, não apenas como elemento facilitador da integração da sua identidade, mas pela forma como condiciona a relação interpessoal, a vivência do prazer e a manutenção da espécie humana.

No entanto, a forma como a sociedade encara o sexo tem sofrido modificações através do tempo.

Supõe-se que na Pré-História o acto sexual teria um objectivo centrado na satisfação física. Provavelmente, só no decurso da evolução do homem, veio a ser reconhecida a sua relação com a procriação. Era comum entre os povos o culto ao *falo* (pénis) e à *yoni* (vulva), através do uso de objectos divinizados, que chegaram aos dias de hoje.

Remontando à herança grega, onde imperava o culto do corpo, o acto sexual era, para além do seu fim reprodutivo, também muito valorizado como uma fonte de prazer e interacção social. Nesta época, entre mestres e pupilos estabelecia-se uma ligação com finalidade pedagógica, em que comportamentos de cariz homossexual vincavam essa ligação, que significava a condução do aprendiz pelo mestre. No decurso deste período histórico, foi, também introduzido por Platão um dualismo quase que indelével, que proclamava a existência de coisas consideradas inferiores e desprezíveis, ao invés de outras, superiores, e que deveriam ser almejadas. Assim, do lado das inferiores estariam as coisas sensíveis, o nosso corpo, os escravos e as mulheres, ao passo que no lado das superiores e desejadas, estariam aquelas que são inteligíveis, racionais, espirituais, como a alma e os homens com condições para ascender a este mundo superior.

Na Era Romana e com a introdução do Cristianismo como instituição religiosa por volta do séc. IV, o sexo começou a ser associado ao “deboche”, tendo-se instituído, a partir desse momento, uma série de medidas proibitivas, de abstenção e austeridade, para que o indivíduo como sujeito social, se limitasse a essas novas normas impostas em torno do âmbito sexual. O sexo encontrava-se voltado exclusivamente para a reprodução e toda e qualquer forma de manifestação da sexualidade que não visasse a reprodução e se direccionasse ao prazer, era vista como pecaminosa. Negaram-se os ideais gregos de valorização do corpo para se pregar o desenvolvimento da espiritualidade. É no decurso do Cristianismo que surgem as influências da cultura judaico-cristã, de onde se demarca o duplo padrão moral sexual - permissivo para os homens e repressivo para as mulheres.

Durante a Idade Média, período caracterizado pela influência da Igreja sobre a sociedade, a prática sexual era encarada como um instrumento de dominação, regulado por instituições religiosas e governamentais que procuravam controlar o comportamento sexual através da instituição de regras e tabus.

No entanto, a Idade Moderna, mais propriamente no decurso do período dos Descobrimentos (séc. XV- XVII), traduziu-se numa alteração dos comportamentos sexuais pelo estabelecimento de novos contactos e padrões de migração.

A partir dos sécs. XVIII e XIX, particularmente no mundo ocidental, com a Revolução Industrial, verificou-se uma mudança nos comportamentos sexuais, incitados por revoluções, sendo que este foi um período conturbado na história global da sexualidade.

No decurso da Revolução Industrial, que integrou o conjunto das chamadas Revoluções Burguesas do séc. XVIII, a mulher foi incorporada de forma subalterna no mundo fabril, não só como uma forma de incrementar a produção, mas porque em épocas de crise, a mão-de-obra proporcionada pela mulher saía mais barata. Além do emprego diário, a mulher era obrigada a chegar a casa e ainda exercer as suas funções como mulher, dona de casa e

mãe. Neste contexto de desigualdade, nasceu a luta das mulheres por melhores condições de trabalho. Surge, então, o feminismo como movimento e filosofia. Com a expansão do capitalismo introduzido pela Revolução Industrial e o despoletar da Revolução Francesa, as mulheres encontraram espaço para se expressarem junto dos movimentos operários, sendo este o primeiro vínculo entre as mulheres e a política.

A Revolução Francesa de 1789 que parecia ir proporcionar às mulheres a igualdade tão desejada não lhes trouxe os direitos e as oportunidades que esperavam, e depois, com a chegada ao poder de Napoleão Bonaparte com o seu sexista Código Civil, de 1804, onde remete a mulher para a quase exclusiva tarefa da maternidade (continuando a permanecer propriedade do marido ou do pai), tudo ficou na mesma. No entanto, os ventos de mudança da Revolução que pedia «Liberdade, Igualdade e Fraternidade» para todos e todas, tinham deixado a semente da rebelião.

Na época vitoriana (séc. XIX), nasceu o puritanismo moderno, com imposição do seu triplo decreto: interdição, inexistência, mutismo (Foucault, 1978a). Formou-se uma sociedade repressiva, que reduziu o sexo à sua função reprodutora. Segundo Foucault (1978a), vivia-se uma hipocrisia das sociedades burguesas, acentuando-se o duplo padrão entre géneros. Este movimento de repressão moderna do sexo coincide com o desenvolvimento do capitalismo.

Durante o séc. XX, as mulheres alcançaram várias conquistas, fruto da força reivindicativa que exerceram no sentido da igualdade de direitos, como o direito ao voto e à emancipação no mercado de trabalho. Mas a época que ainda viria a marcar de forma mais significativa a forma como a sexualidade feminina era encarada só chegou nos anos 60, com o desenvolvimento de contraceptivos orais e as suas consequências sociais, permitindo à mulher o controlo da natalidade, liberdade sexual, direito a desfrutar do prazer sexual e ainda possibilidade de ampliar a sua independência face ao homem (revolução sexual dos anos 60).

No decurso deste mesmo século abriu-se espaço para o início da sexologia (Idade Contemporânea), com o desenvolvimento de vários paradigmas da mesma.

O primeiro paradigma proposto surge em 1906 por Iwan Bloch, que definia o comportamento sexual (patológico ou não) como biologicamente determinado – paradigma médico-biológico. Foi nesta altura também que se iniciaram estudos sobre comportamentos sexuais ditos “desviantes” (tais como homossexualidade, fetichismo, sadomasoquismo), ainda fortemente associados a uma cultura repressiva em termos morais e culturais. A medicina substituiu a visão de sexo pecaminoso pela de patológico, de forma a que a intervenção terapêutica substituísse a punição pelo “pecado sexual”. Mas já nesta fase se incitava à revolução. Surgiu, então, um movimento reformista, dirigido por Magnus Hirshfield, Havelock Ellis e Iwan Bloch, que se opôs à “patologização” dos comportamentos homossexuais, concebendo-os como uma variante da normalidade, existentes em todas as culturas e sociedades. De realçar o trabalho de Ellis na defesa da importância da sexualidade feminina, tão ignorada e subvalorizada desde sempre.

Outra entidade de carácter relevante é Sigmund Freud, com o desenvolvimento da psicanálise e a obra “Os três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905). Freud defendia que o desejo sexual era a energia motivacional primária da vida humana, tendo, nesse sentido, criado o modelo psicosexual, onde afirmava que as manifestações patológicas seriam o resultado de conflitos inconscientes não resolvidos. Outro tópico bastante chocante para a época foi a declaração da existência de uma sexualidade infantil.

Demarcando-se do trabalho de Freud surge Kinsey, autor do reconhecido Relatório Kinsey, composto por dois volumes (*Sexual Behaviour in Human Male*, 1948 e *Sexual Behaviour in Human Female*, 1953). Kinsey desenvolveu um modelo empírico-comportamentalista, que se centrava na obtenção de observações objectivas e rigorosas do comportamento sexual, preterindo as interpretações e métodos subjectivos da psicanálise. De

acordo com este novo paradigma, Masters e Johnson (1966) expandiram os seus estudos à psicofisiologia da resposta sexual em ambos os sexos, ao conceito de disfunção sexual e sua classificação, e criação de protocolos de intervenção terapêutica validados empiricamente.

O surgimento de uma nova terapia sexual teve vários seguidores durante os anos 70, como Kaplan, LoPiccolo, Lobitz e muitos outros. Contudo, verificaram-se que os índices de êxito terapêutico eram inferiores ao esperado, instalando-se o cepticismo. A descrença no modelo comportamental, bem como progressos na ciência médica vieram dar uma maior ênfase aos factores biológicos na etiologia das disfunções sexuais e às intervenções de ordem médico-farmacológica. A esta fase, mais tarde designada por Tiefer (1996) como a “medicalização da sexualidade”, seguiu-se uma aposta por parte da indústria farmacêutica que viu neste campo um futuro promissor. Assistiu-se ao desenvolvimento do sildenafil e à contínua procura de um mesmo fármaco similar aplicável ao sexo feminino. Difundiu-se o conceito de Medicina Sexual, pretendendo, de certa forma, substituir o de Sexologia.

Em conclusão, a sexualidade humana assistiu a grandes transformações nas últimas décadas: surgiram métodos contraceptivos eficazes, o sexo assumiu a sua importância recreativa e movimentos sociais, como o feminismo, lutaram por direitos iguais e inclusão da mulher no mundo laboral de forma igualitária. Estas situações proporcionaram mais oportunidades para interações sexuais para a mulher. A grupos minoritários, como os homossexuais, foram reconhecidos direitos iguais de cidadania e direito à diferença.

Vivemos na “Renascença” da Sexologia (Zucker, 2002). Uma das razões pelas quais a história da sexualidade adquire importância advém da oportunidade de analisar padrões de mudança vigentes e reacções à mudança, usando a história recente para compreender melhor as nossas identidades globais contemporâneas.

Ao longo da história tem havido movimentos de repressão-liberalização. É preciso compreender o enquadramento histórico para perceber o motivo pelo qual só neste século se

deu primazia ao estudo da fisiopatologia dos comportamentos sexuais, especialmente dos femininos, de entre os quais se encontra o tema deste artigo, incidente nas disfunções sexuais femininas.

MODELOS DE RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Historicamente, sempre foi dada pouca atenção à sexualidade feminina. Os estudos de Kinsey, nos anos 50, sobre as práticas sexuais de homens e mulheres americanos, desfizeram a ideia de que as mulheres não tinham interesse pelo sexo. No entanto, demorou bastante tempo para que a cultura ocidental reconhecesse o direito da mulher ao prazer sexual. A luta pela igualdade sexual continua ainda hoje de pé, bem como a dificuldade em aceitar, por parte da sociedade, que os problemas de origem sexual são tão disruptivos para homens, como para mulheres e determinantes na sua qualidade de vida. Das várias razões pelas quais as investigações sempre se centraram nos problemas sexuais masculinos, em detrimento dos femininos, destaca-se a dificuldade de avaliação da resposta a estímulos sexuais em mulheres, no decurso de testes clínicos, ao invés dos homens, cuja excitação se traduz biologicamente de forma objectivamente mensurável (como a erecção).

Desde os meados do séc. XX, vários estudos e investigações foram conduzidos no sentido de averiguar como se processariam as fases da resposta sexual feminina. Os pioneiros Masters e Johnson, considerados os pais da terapia sexual, através de obras emblemáticas, como *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970), desenvolveram conceptualizações e modelos psicológicos de intervenção das disfunções sexuais. Através do estudo da fisiologia da resposta sexual, estes autores propuseram um modelo de resposta sexual masculino e feminino (unissexual), com tradução numa similaridade de mecanismos sexuais fisiológicos em ambos os sexos. Esta ênfase na semelhança foi uma reviravolta positiva para as mulheres devido à valorização da sexualidade feminina, que durante tantos anos esteve submetida à inferioridade e à repressão.

Este modelo linear, sequencial, progressivo e com um marcado foco genital (Figura 1), baseia-se em quatro fases distintas: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução:

- A excitação consiste em modificações fisiológicas, que a nível genital se caracterizam, na mulher, pela lubrificação vaginal, intumescimento do clítoris e pequenos lábios e erecção dos mamilos e, no homem, pela erecção peniana;
- A fase de *plateau* é considerada uma fase de transição entre a excitação e o orgasmo, traduzindo no seu decurso, o pico máximo de excitação, que se manteria inalterável até ao orgasmo;
- A fase do orgasmo caracteriza-se pelo clímax, observável no homem pela ejaculação e avaliado em ambos os sexos pela contracção dos músculos pélvicos;
- Por fim, a fase de resolução, que corresponde ao período pós-orgasmo, onde ocorrem processos de normalização das modificações fisiológicas vivenciadas nas fases anteriores.

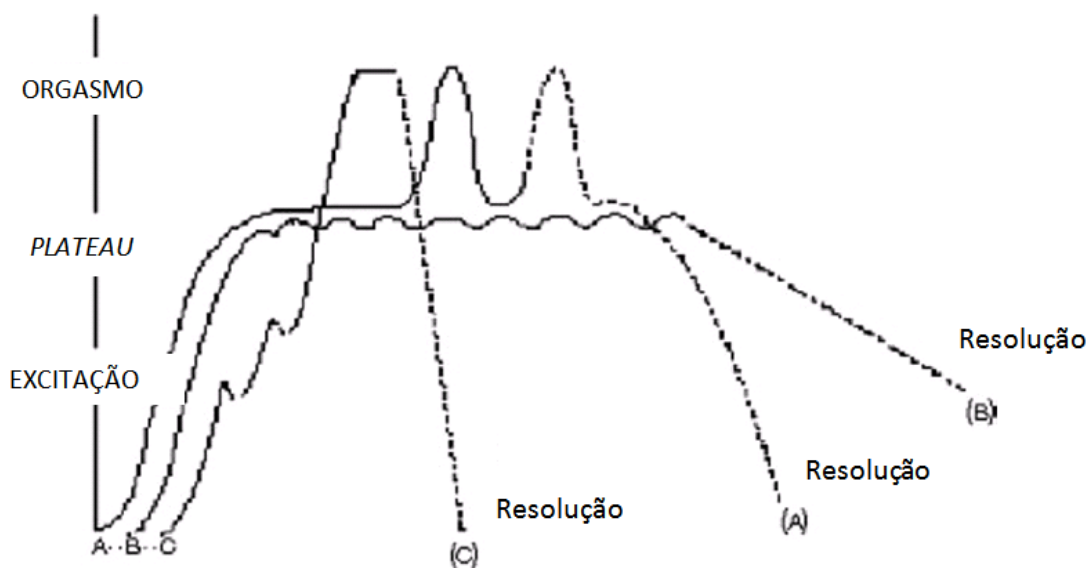


Figura 1: Modelo linear da sexualidade humana proposto por Masters e Johnson, 1966.
 (A) e (B) – respostas femininas multiorgásticas;
 (C) – resposta com único orgasmo e resolução rápida, tipicamente masculina.
 (adaptado de DoMoney, C., 2009)

Para além do modelo de resposta sexual baseado em quatro fases, Masters e Johnson foram os pioneiros no âmbito da terapia sexual, sendo que conceptualizavam as disfunções sexuais como resultado de dois factores: a ansiedade de desempenho e de espectador, ou seja, os indivíduos com disfunção apresentariam medos associados ao seu desempenho sexual, assumindo uma postura de espectadores de si próprios durante o desempenho. Como tal, a base da terapia deste modelo centrado na ansiedade consistia na eliminação da ansiedade, uma vez que Masters e Johnson atribuíam a esta o papel principal na etiologia das disfunções sexuais femininas e masculinas (conceptualização também defendida por Kaplan, 1977). No entanto, este modelo foi questionado, argumentando-se que, nesse caso, os ansiolíticos deveriam revelar alguma eficácia no tratamento destas disfunções, o que efectivamente não se verificava.

Helen Kaplan (1977), personalidade importante para o desenvolvimento da sexologia moderna, desenvolveu um modelo de resposta sexual baseado em três fases (ao invés de quatro), também ele sequencial: fase do desejo, da excitação e do orgasmo. Este modelo, tornou-se uma alternativa ao de Masters e Johnson devido à incorporação de uma fase em que sobressai a natureza motivacional – a fase do desejo. Nesta, Kaplan defende a existência de sensações específicas que motivam o indivíduo a iniciar ou responder a uma estimulação sexual, fenómeno associado à libido, resultante da activação de determinados centros do sistema límbico. À fase da excitação está associada a vasocongestão genital reflexa mediada pelo sistema parassimpático em ambos os sexos, de uma maneira muito semelhante ao exposto no modelo de Masters e Johnson. A fase do orgasmo é desencadeada por determinados mecanismos neurofisiológicos mediadores da resposta sexual, manifestando-se por sensações cerebrais de intenso prazer, algum grau de alteração nos níveis de consciência, sensações específicas a nível genital com extensão corporal variável, bem como contracções dos músculos do pavimento pélvico e perivaginais. Vários estudos recentes têm revelado que

o orgasmo não está somente dependente de mecanismos que ocorrem a nível da espinhal medula, verificando-se, também, uma activação de várias áreas cerebrais aquando do mesmo, o que significa que a fase do orgasmo resulta de uma interacção entre componentes centrais e periféricos. Neste modelo trifásico, a conceptualização de razões motivacionais para iniciar o acto em si foi assumida como uma pré-condição necessária à ocorrência de excitação e orgasmo, no entanto, tal perspectiva tem vindo a ser questionada por diversos autores.

Ainda hoje, a prática da terapia sexual se baseia nestes dois modelos acima descritos. Ora sendo que a sexualidade humana depende muito dos seus contextos, sobretudo a feminina, as explicações biológicas, *per si*, não poderão fornecer substrato suficiente para responder a todos os problemas sexuais. A sexualidade é uma característica humana inscrita no contexto sócio-cultural de cada sociedade, modulada por uma grande variedade de factores. Estando reconhecida a complexidade do comportamento sexual, impera a necessidade de questionar modelos erguidos sobre bases tão simples. Após vários anos de estudos, aplicações e terapia, várias críticas foram desenvolvidas a este modelo linear:

- trata-se de um modelo com limitada aplicação terapêutica na componente orgânica disfuncional, embora ainda seja o padrão da base da terapia sexual;

- através de vários estudos, verificou-se que não é necessária a existência do desejo como condição prévia à ocorrência da excitação ou do orgasmo;

- o desejo é vivenciado de forma significativamente diferente por homens e mulheres e, como tal, um modelo unissexual decalcado da resposta masculina encontrar-se-ia desajustado para a mulher;

- segundo este mesmo modelo, a satisfação sexual só poderia ser obtida se as fases fossem atingidas sequencialmente e culminassem no orgasmo. No entanto, não é necessária a presença de um orgasmo para que a mulher obtenha essa satisfação;

- verifica-se também uma descrição das fases de excitação e orgasmo, apenas com base em fenómenos fisiológicos periféricos, marginalizando a eventual influência de factores psicológicos (é um modelo com foco genital acentuado);

- a motivação sexual da mulher não se radicaria só na presença ou ausência de desejo sexual, traduzido por pensamentos ou fantasias relacionadas com sexo; outros factores, tais como a procura de intimidade, afecto e prazer, entre outros, poderiam actuar como predisponentes para a interacção sexual;

Como tal, estes dados impõem a necessidade de reconceptualizar o modelo de resposta sexual feminina.

Em 1982, Rosemary Basson, que também fez algumas críticas acérrimas aos modelos anteriores, propôs um novo modelo circular de resposta sexual feminina, que permite a sobreposição de fases de ordem variável. Este novo modelo integra o conceito de intimidade, estímulo sexual e satisfação na relação. Através deste modelo, é possível reconhecer a complexidade do funcionamento da resposta sexual da mulher, bem como delimitar fronteiras entre homem e mulher neste campo, visto reagirem de maneiras diferentes. Este novo modelo admite que uma mulher pode iniciar uma actividade sexual a partir de um ponto de neutralidade, ou seja, o desejo pode estar inicialmente ausente. As motivações apresentadas que a incitam à actividade sexual são complexas e abrangem um largo espectro, variando desde motivos emocionais (a busca de intimidade emocional com o parceiro, a procura de amor), físicos (como a redução do *stress* e busca do prazer), associados a um determinado objectivo (*status*, vingança, recursos, etc.) e por motivos de insegurança ou baixa auto-estima (Basson, 2008b).

Quando uma mulher se predispõe a ficar excitada, se concentra no estímulo sexual e se este for eficaz, desenvolver-se-á um estado de excitação subjectiva. Obviamente que o tipo de estimulação, o tempo necessário e o contexto (tanto erótico como interpessoal) são processos

individuais. O processamento da informação sexual é modulado por diversos factores, sendo que estes podem aumentar ou reduzir a excitação subjectiva. Entretanto, o desejo e a excitação coincidem e completam-se mutuamente. A satisfação sexual é, então, desejada, e pode envolver um ou vários orgasmos (antes da excitação máxima ou no pico desta) ou pode mesmo ocorrer sem orgasmos. Como tal, para as mulheres, orgasmo e excitação não são entidades particularmente distintas. Um resultado positivo em termos emocionais e físicos permite à mulher, além de atingir o objectivo inicial, aumentar subsequentemente a sua motivação sexual (criando um mecanismo de *feedback* positivo). Algumas mulheres referem presença de desejo aparentemente espontâneo, levando à excitação ou a uma maior predisposição para a estimulação sexual. Tal como referido acima, as definições prévias de disfunção sexual feminina assumiam que o ciclo de resposta da mulher começava invariavelmente pelo desejo sexual, pensamentos ou fantasias sexuais e que a sua ausência estava, portanto, associada a disfunção.

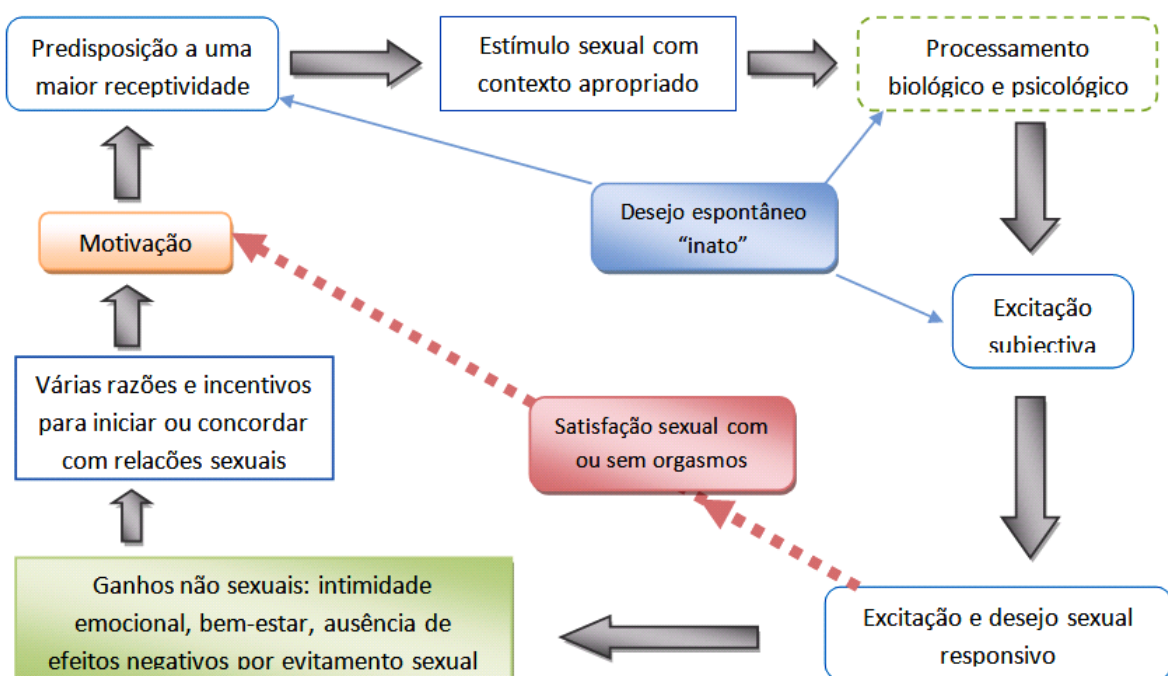


Figura 2: Ciclo de resposta sexual feminino proposto por Basson [adaptado de Basson, R. (2005)].

Observa-se, então, a resposta sexual feminina por uma nova perspectiva. A partir do momento em que são introduzidas novas variáveis nessa mesma resposta constituída por uma sobreposição de fases de ordem variável, torna-se imperativa uma revisão de conceitos, abordagens e avaliações das disfunções sexuais femininas.

De forma a poder avaliar e explicar melhor os múltiplos factores que contribuem para as dificuldades sexuais, é necessário criar um modelo razoável e simples da resposta sexual humana que ilustre a interação entre o cérebro e o sistema sexual periférico, bem como a existência de vários motivos que podem levar à predisposição para o sexo e à modulação da resposta sexual.

Neste contexto, vários modelos foram sendo desenvolvidos de forma a enquadrar no seu seio a influência de factores cognitivo-emocionais sobre a resposta sexual. O primeiro desses modelos, desenvolvido por Barlow (1986)¹, revelou-se um trabalho pioneiro por se demarcar dos modelos conceptualizados previamente por Masters e Johnson (1966, 1970) e Kaplan (1974), pois, na sua opinião, apresentavam várias limitações. O modelo defendido por Masters e Johnson atribuía à ansiedade um papel principal na etiologia e manutenção das disfunções sexuais. Kaplan, no seu modelo de resposta sexual, apesar de realçar também a importância do papel da ansiedade, faz ainda uma referência às exigências de desempenho sexual. A acrescentar a estas limitações, se a base das disfunções sexuais se resumia à ansiedade sexual, esta deveria ser o foco principal de intervenção terapêutica. No entanto, estudos efectuados com base na abordagem terapêutica da ansiedade (Cranston-Cuebas e Barlow, 1990)¹ revelaram-se um fracasso no que diz respeito à diminuição da ansiedade, facto este que levou Barlow a procurar um paradigma alternativo que pudesse explicar que factores teriam influência na resposta sexual, quer funcional, quer disfuncional. Este modelo, baseado em dados obtidos por estudos empíricos, tentava enquadrar três possíveis factores que modelassem a resposta sexual: (1) a ansiedade e o seu papel na actividade sexual; (2) a

importância dos processos cognitivos na resposta sexual e (3) o papel do afecto e outras variáveis subjectivas no desempenho sexual. O seu modelo dá uma ênfase significativa à interacção entre a activação fisiológica e os processos cognitivos na determinação da resposta sexual funcional e disfuncional. Assim, através do estudo do papel da ansiedade e das variáveis cognitivas intervenientes, Barlow tentou justificar a influência que estes parâmetros teriam na resposta sexual, neste caso, avaliando o foco da atenção para o desempenho sexual e para os estímulos sexuais. Segundo Barlow, o aumento da activação fisiológica facilita o foco de atenção pré-existente, ou seja, um indivíduo funcional, ao apresentar um foco de atenção dirigido para os estímulos sexuais, responde de forma sexualmente mais activa aos aumentos dos níveis de excitação fisiológica, pois estes facilitariam o foco de atenção que previamente já existia. Já num indivíduo disfuncional, o foco de atenção deste desvia-se para as preocupações relacionadas com as exigências de desempenho e as experiências passadas que se revelaram um fracasso, centrando-se muito em si próprio, o que condiciona uma menor capacidade de focalização nos estímulos eróticos, traduzindo-se numa diminuição dos níveis de resposta sexual. No fundo, este modelo compõe um sistema de *feedback* positivo para os indivíduos funcionais, sendo que estes, tendo a capacidade de se centrarem em estímulos sexuais (foco de atenção), reagem ao aumento da activação fisiológica, processo que facilita o desempenho sexual. Já nos indivíduos disfuncionais, há um sistema de *feedback* negativo, em que o foco de atenção desses indivíduos está virado para estímulos de foco não sexual, o que se traduz por um desempenho sexual disfuncional.

Este modelo teve a sua importância por ter sido pioneiro no âmbito dos paradigmas cognitivos, no entanto, muitos outros foram sendo desenvolvidos, a maioria deles visando apenas a resposta sexual masculina (modelo de Shrocco e Barlow, 1996; modelo cognitivo-comportamental de Baker, 1993; modelo dos scripts sexuais de Gagnon e Simon, 1973)¹. O modelo mais recente é o modelo cognitivo-emocional, que incorpora estudos sobre a

funcionalidade da resposta sexual masculina e feminina. Este modelo aborda a importância dos factores de ordem cognitiva e emocional nos processos de disfuncionalidade sexual, tais como os esquemas cognitivos activados em função de situações de insucesso sexual (“sou um fraco, um falhado”; “sou indesejável”; “sou incompetente”), crenças sexuais (“qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral”; “a vida sexual da mulher pára com a menopausa.”; “Um homem sem erecção não é homem”), pensamentos automáticos (“não estou a satisfazer o meu parceiro”; “como é que vou sair desta situação”; “se não ceder ao sexo, ele ainda arranja outra”) no decurso da actividade sexual, bem como as emoções vividas nesse contexto, como a tristeza, desilusão, culpa, irritação, entre outros (Nobre, 2001a, 2003; Nobre e Pinto Gouveia, 2000, 2003; Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003)¹. De acordo com os dados obtidos no decurso destes estudos, a influência dos factores de ordem cognitiva e emocional na determinação da resposta sexual feminina e masculina são incontestáveis, sem contudo, desvalorizar o eventual papel de factores de ordem biológica, sócio-cultural ou relacional.

¹ Citado por Pedro Nobre (2006).

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

As classificações propõem-se a facilitar o conhecimento, a análise e a comparação de categorias. Em medicina, os sistemas classificativos têm como objectivos, entre outros, estabelecer uma distinção entre o normal e o patológico, definir entidades nosológicas e uniformizar critérios de diagnóstico.

Em 1893, James Bertillon foi o precursor do primeiro sistema de classificação internacional de causas de morte, o qual esteve na base do sistema que hoje conhecemos como *World Health International Classification Disease (ICD)*, um utensílio de referência no âmbito médico-psiquiátrico. Contudo, esta não foi a única classificação desenvolvida em psiquiatria. Em 1952, a *American Psychiatric Association* criou um novo sistema classificativo, aplicado apenas às doenças mentais e designado por *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Regularmente, ambas as classificações estão sujeitas a revisão, quer para uma actualização de dados e/ou conceitos, quer para estabelecimento de critérios mais rigorosos e fidedignos. Actualmente, a ICD vai na sua décima revisão (ICD-10) e o DSM na quarta edição revista (DSM-IV-TR). Após o desenvolvimento da primeira versão do DSM, todas as consequentes revisões foram evoluindo no sentido de uma maior conjugação de informação entre a ICD e este sistema.

Também no que respeita às perturbações sexuais, verifica-se que as revisões têm sofrido adaptações, tanto mais que a distinção entre o normal e o patológico se tem mostrado fortemente dependente de contextos sócio-culturais. Em ambos os sistemas, a resposta sexual é conceptualizada como um processo psicossomático, envolvendo componentes psicológicos e anatomofisiológicos.

Dado que o âmbito deste trabalho recai sobre as disfunções da excitação e desejo sexuais na mulher, só estas categorias serão abordadas de forma mais específica.

Nas duas primeiras versões do DSM, o conceito de disfunção sexual não existia. A DSM-I (1952) fazia referência a perturbações psicofisiológicas autonómicas e viscerais, que incluíam termos como frigidez, impotência e vaginismo. Na DSM-II (1968), surgiu a categoria das perturbações psicofisiológicas urogenitais, constando como exemplos desta categoria a dispareunia e a impotência.

A DSM-III (1980) foi um ponto de viragem nesta área, ao introduzir a categoria de distúrbios psicosexuais, os quais englobavam as disfunções sexuais, conceptualizadas de acordo com o modelo de resposta sexual trifásica e definidas como "inibição da apetência sexual ou das modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo completo de resposta sexual". Assim, consoante a fase de resposta sexual que se encontrava afectada, surgiram os conceitos de desejo sexual inibido, excitação sexual inibida e orgasmo inibido (tabela 1). Estes diagnósticos, contudo, eram aplicados em ambos os sexos, pressupondo que homens e mulheres apresentavam uma resposta sexual similar. O conceito de excitação sexual inibida, definido como sendo uma "sensação subjectiva de prazer sexual que se acompanha de alterações fisiológicas", apesar de fazer referência ao prazer subjectivo, apenas requeria como diagnóstico a ausência de resposta fisiológica (lubrificação e intumescimento). O conceito de "desejo sexual inibido" baseava-se na ausência persistente ou recorrente de desejo de actividade sexual. Das disfunções sexuais, constavam ainda as categorias de dispareunia funcional e vaginismo funcional (tabela 1).

Disfunções psicosexuais (DSM-III)

- Desejo sexual inibido
- Excitação sexual inibida
- Orgasmo inibido (masculino e feminino)
- Ejaculação prematura
- Dispareunia funcional
- Vaginismo funcional

Tabela 1: Categorias de disfunções sexuais (masculinas/femininas) segundo o DSM-III (1980).

Esta terceira edição foi posteriormente revista em 1987 (DSM-III-R), tendo sido as perturbações da excitação sexual subdivididas por género: perturbação da função erétil e perturbação da excitação sexual feminina. Nesta revisão, esta última foi definida como uma ausência consistente de excitação subjectiva ou fisiológica, sendo que na DSM-III apenas se fazia referência à ausência do componente fisiológico. O termo “desejo sexual inibido” foi também alterado para “desejo sexual hipoactivo” e esta definição foi expandida no sentido de incluir a ausência de fantasias sexuais (tabela 2). Acrescentou-se, também, uma nova categoria – a aversão sexual. Foram, de igual modo, introduzidos subtipos para caracterizar as diversas disfunções, como (1) ao longo da vida vs. adquirido; (2) generalizado vs. situacional; (3) devido a factores psicológicos vs. devido a factores combinados (psicogénicos e biológicos).

Em 1994, a quarta edição (DSM-IV) não propõe alterações muito significativas em relação às disfunções sexuais, à excepção da perturbação da excitação sexual na mulher, cujos critérios não mencionam a ausência da sensação de excitação subjectiva ou prazer, ou seja, este tipo de disfunção sexual, na mulher, seria baseado unicamente na ausência de sinais objectivos de excitação sexual, tais como o ingurgitamento clitoridiano e dos pequenos lábios e a lubrificação. Este facto contribuiu para alguma controvérsia, constituindo um retrocesso face à DSM-III-R (tabela 2). Outra questão levantada na altura, dizia respeito aos factores

duração ou frequência e severidade das disfunções sexuais, no entanto, na ausência de dados empíricos sobre a inter-relação entre estes factores, tal inclusão não foi permitida.

Tabela 2: Alterações entre os sistemas classificativos DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR em relação às disfunções da excitação e desejo sexuais

(A) DSM-III

- Introdução de critérios específicos para as seguintes perturbações sexuais: desejo sexual inibido, excitação sexual inibida, orgasmo inibido (masculino/feminino), ejaculação prematura, dispareunia funcional, vaginismo funcional.

(B) DSM-III-R

- Alteração do termo “desejo sexual inibido” para “desejo sexual hipoactivo”, sendo que esta definição foi expandida no sentido de incluir a ausência de fantasias sexuais;
- Adição da categoria aversão sexual;
- Divisão da excitação sexual inibida em perturbação erétil masculina e perturbação da excitação sexual feminina, ambos com ausência de excitação sexual subjectiva e ausência de resposta genital nos critérios;
- Introdução de subtipos: ao longo da vida vs. adquirido; generalizado vs. situacional; devido a factores psicológicos vs. devido a factores combinados (psicogénicos e biológicos).

(C) DSM-IV e DSM-IV-TR

- Ausência de excitação subjectiva foi eliminada da definição de perturbação da excitação sexual feminina e perturbação erétil masculina;
- Adição das categorias de disfunção sexual devida a condição médica geral e induzida por substâncias.

Adaptado de Segraves e cols., 2007.

A quarta edição do DSM, revista em 2000 (DSM-IV-TR – *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision*), é a versão actual em vigor para a classificação das disfunções sexuais. Esta classificação mantém o modelo linear e sequencial proposto por Masters e Johnson, modelo este que tem sido criticado e preterido em detrimento de um novo modelo de resposta sexual feminino: o modelo circular. Acrescentou-se, ainda, uma nova categoria no âmbito das perturbações associadas à dor sexual (tabela 3), que englobou as duas categorias anteriores de dispareunia e vaginismo.

| Fase da resposta sexual afectada | Disfunções sexuais femininas |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Desejo | Desejo sexual hipoactivo |
| | Aversão sexual |
| Excitação | Perturbação da excitação sexual |
| Orgasmo | Perturbação do orgasmo |
| Dor | Dispareunia |
| | Vaginismo |

Tabela 3: Categorias de disfunção sexual em função do sistema de classificação proposto pela DSM-IV-TR (adaptado de Pedro Nobre, 2006).

Cada categoria diagnóstica é especificada em relação ao seu início, contexto e factores etiológicos:

- o início da disfunção sexual: se tipo ao longo da vida (desde o início do funcionamento sexual do indivíduo) ou do tipo adquirido (após um período de funcionamento normal);

- o contexto em que a disfunção ocorre: tipo generalizado (em que a disfunção não se limita apenas a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros) ou tipo situacional (em que a disfunção se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros);

- factores etiológicos associados à disfunção sexual: devido a factores psicológicos (quando estes têm um papel relevante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual, e o estado físico ou geral ou o consumo de substâncias não estão implicados na etiologia da disfunção sexual) ou devido a factores combinados (em que se considera para além do acima descrito para os factores psicológicos, se atribuiu concomitantemente o estado físico geral ou a utilização de substâncias como justificativas da disfunção sexual).

A DSM-IV-TR estabelece ainda outras duas categorias diagnósticas separadas – “disfunção sexual secundária a um estado físico geral” e “disfunção sexual induzida por substâncias” - para problemas sexuais diagnosticados exclusivamente devido aos efeitos fisiológicos de uma condição médica ou uso de substâncias, respectivamente.

Neste trabalho, serão unicamente abordadas as disfunções sexuais da excitação e do desejo na mulher, pelo que só estes parâmetros serão alvo de atenção.

Perturbação do desejo sexual

De acordo com o sistema classificativo DSM-IV-TR, são considerados dentro das perturbações do desejo sexual duas categorias: o desejo sexual hipoactivo e a aversão sexual.

Para se proceder aos seus diagnósticos, é necessário satisfazer certos critérios descritos nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Critérios de Diagnóstico da DSM-IV-TR para Desejo Sexual Hipoactivo

(A) Desejo de actividade sexual e fantasias sexuais persistentemente ou recorrentemente deficientes (ou ausentes). O juízo da deficiência ou ausência é feito pelo clínico, tomando em consideração factores que afectam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida pessoal.

(B) A perturbação causa acentuado mau estar ou dificuldade interpessoal.

(C) A disfunção sexual não é melhor explicada por outra perturbação do Eixo I (excepto outra disfunção sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou um estado físico geral.

Especificar tipo:

- Tipo ao longo da vida vs. Tipo adquirido
- Tipo generalizado vs. Tipo situacional
- Devido a factores psicológicos vs. Devido a factores combinados

American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2000)

Tabela 5: Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Aversão Sexual

(A) Persistente ou recorrente aversão extrema e evitamento de todo (ou quase todo) o contacto genital com um parceiro sexual.

(B) A perturbação causa acentuado mau estar ou dificuldade interpessoal.

(C) A disfunção sexual não é melhor explicada por outra perturbação do Eixo I (excepto outra disfunção sexual).

Especificar tipo:

- Tipo ao longo da vida vs. Tipo adquirido
- Tipo generalizado vs. Tipo situacional
- Devido a factores psicológicos vs. Devido a factores combinados

American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2000)

Perturbação da excitação sexual

Relativamente aos critérios diagnósticos das perturbações de excitação sexual feminina, estes encontram-se descritos na tabela 6.

Tabela 6: Critérios de Diagnóstico da DSM-IV-TR para Perturbação da Excitação Sexual

- (A) Incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada resposta de lubrificação de excitação sexual até completar a actividade sexual.
- (B) A perturbação causa acentuado mau estar ou dificuldade interpessoal.
- (C) A disfunção sexual não é melhor explicada por outra perturbação do Eixo I (excepto outra disfunção sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou um estado físico geral.

Especificar tipo:

- Tipo ao longo da vida vs. Tipo adquirido
- Tipo generalizado vs. Tipo situacional
- Devido a factores psicológicos vs. Devido a factores combinados

American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2000).

Tem-se verificado uma maior tendência no sentido de uniformizar e compatibilizar conceitos no que concerne aos sistemas de classificação propostos pelo DSM e ICD, no entanto, este último (ICD-10) apresenta algumas diferenças relativamente à DSM-IV-TR. Essas diferenças residem não só nas diferentes nomações relativas às categorias (tabela 7), mas também na integração de novas categorias: ausência de prazer sexual e desejo sexual excessivo.

A inclusão de uma categoria alusiva à ausência de prazer sexual veio colmatar uma das falhas mais criticadas na DSM-IV-TR, o que permitiu incluir em estudo um maior número

de casos clínicos que, mesmo apresentando desejo e uma resposta de excitação fisiológica (traduzida, por exemplo, pela lubrificação), bem como o orgasmo, não sentiram prazer subjectivo no decurso da relação de carácter sexual.

Já o diagnóstico de desejo sexual excessivo tem levantado muitas questões e críticas, visto que cada sujeito é único e não há maneira de padronizar comportamentos como sendo patológicos, pelo facto de a frequência da actividade sexual ser significativamente maior que a média. Esta crítica encontra-se, de certa forma, salvaguardada pelos critérios de mau estar pessoal e dificuldades interpessoais, comuns a todas as disfunções. Ainda assim, a fronteira entre o normal e o patológico é difícil de demarcar.

Tabela 7: Critérios de Diagnóstico da ICD-10 para as Disfunções Sexuais relacionadas com o Desejo e Excitação

(F52) Disfunção Sexual não causada por perturbação ou doença orgânica: a disfunção sexual cobre as diversas formas nas quais um indivíduo se encontra impossibilitado de participar num relacionamento sexual tal como ele ou ela gostariam. Poderá haver falta de interesse, falta de prazer, falha na resposta fisiológica necessária para uma efectiva interacção sexual (por exemplo, erecção), ou incapacidade de controlar ou experienciar o orgasmo.

- (F52.0) – ausência ou perda de desejo (ou pulsão) sexual: perda de desejo sexual constitui o principal problema, não sendo secundário relativamente a outra dificuldade sexual, como a dificuldade de erecção ou dispareunia. A ausência de desejo sexual não impossibilita o prazer ou excitação sexual, mas diminui a probabilidade de iniciação sexual.
- (F52.1) Aversão sexual e ausência de prazer sexual:
 - (F52.10) – Aversão Sexual: a ideia de interacção sexual com um parceiro está associada a fortes sentimentos negativos e produz medo ou ansiedade suficiente para o evitamento da actividade sexual.
 - (F52.11) – Ausência de prazer sexual: a resposta sexual ocorre normalmente e o orgasmo é atingido, mas existe uma ausência de

prazer apropriado. Esta queixa é muito mais comum na mulher que no homem.

- (F52.7) Desejo (pulsão) sexual excessivo: tanto os homens como as mulheres podem, ocasionalmente, queixar-se de desejo sexual excessivo como um problema por si só. Estas queixas surgem, usualmente, durante o final da adolescência, ou início da idade adulta.

Organização Mundial de Saúde, 1992 (adaptado de Pedro Nobre, 2006).

Críticas aos actuais sistemas classificativos de disfunções sexuais

Estudos sobre a vida sexual das mulheres nas duas últimas décadas levantaram algumas questões relativamente a definições e diagnósticos das classificações actualmente vigentes.

A ausência de um sistema de classificação bem definido e aceite tem imposto limites ao desenvolvimento da investigação clínica e da prática. Além disso, a dependência de estrutura e conceptualização das disfunções sexuais propostas por ambos os sistemas classificativos (DSM-IV-TR e ICD-10) relativamente ao ciclo de resposta sexual da mulher tem sido alvo de críticas, uma vez que os conceitos formulados nestes sistemas ainda assumem que homem e mulher partilham os mesmos mecanismos básicos, lineares e sequenciais de fases do ciclo de resposta sexual.

Outra das críticas apresentadas consiste na distinção da etiologia psicogénica e combinada das disfunções devidas a factores médicos ou ao consumo de substâncias (que são apresentados em categorias diferentes), o que não promove uma utilização consistente dos critérios de diagnóstico noutras áreas da medicina, desencorajando a multidisciplinariedade e o desenvolvimento de investigações integradas.

Neste sentido, foi desenvolvida, em 2003, uma nova proposta de classificação apresentada pela Conferência de Desenvolvimento do Consenso Internacional da *American Foundation of Urologic Disease* (AFUD), relativamente às disfunções sexuais femininas. (Basson, 2008a). Vários especialistas presidiram ao desenvolvimento deste sistema classificativo, não só com o intuito de promover investigações conjuntas na área da sexualidade feminina, mas também para formar um consenso em termos de definição e classificação das disfunções sexuais femininas que incluíssem perturbações com base psicogénica e orgânica. Assim sendo, o sistema classificativo proposto pelo Consenso (tabela 8) apresenta as seguintes alterações relativamente ao DSM-IV-TR no que toca às perturbações do desejo sexual e excitação:

- os critérios da perturbação do desejo sexual hipoactivo seriam reconceptualizados no sentido de incluir para além da falta de desejo espontâneo, a ausência de responsividade à actividade sexual;

- os critérios de perturbação da excitação sexual seriam alargados, englobando perturbações da excitação subjectiva, da excitação genital e combinada. Com a inclusão da ausência de excitação sexual subjectiva como critério, permitiu-se o diagnóstico, não só quando a resposta de excitação fisiológica está comprometida, mas também no caso da mulher não vivenciar excitação subjectiva no decurso da actividade sexual, ainda que apresente uma resposta fisiológica de excitação;

- faz-se, ainda, referência à perturbação da excitação genital persistente que, por ser muito rara, não será abordado nesta dissertação;

- quanto ao critério “dificuldades interpessoais”, este seria eliminado e substituído pela experiência de mal-estar pessoal como consequência das diferentes dificuldades. Os autores justificam esta transição como a necessidade de não fazer depender do julgamento do parceiro a existência ou não de disfunção;

- Quanto aos subtipos classificativos, no que concerne à etiologia das disfunções sexuais, incluiriam factores psicogénicos, orgânicos, mistos ou desconhecidos;

Tabela 8: Definições propostas pelo *Comité do Consenso Internacional da American Foundation of Urologic Disease (AFUD)* para as disfunções sexuais femininas do desejo e excitação.

- **Perturbação do desejo sexual:**

- ausência ou diminuição do desejo sexual, ausência de pensamentos e fantasias sexuais e ausência de receptividade sexual. As motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para ficar sexualmente excitado, são escassas ou estão ausentes.

- **Perturbação da excitação sexual:**

- (A) Perturbação da excitação sexual combinada:

- sensação de excitação sexual diminuída ou ausente com qualquer tipo de estimulação, e ausência ou dificuldade da excitação sexual genital (intumescimento vulvar e lubrificação).

- (B) Perturbação da excitação sexual subjectiva:

- ausência ou redução marcada de sensação de excitação sexual com qualquer tipo de estimulação. Pode ocorrer lubrificação vaginal, bem como outros tipos de resposta fisiológica.

- (C) Perturbação da excitação sexual genital:

- excitação sexual genital ausente ou limitada – intumescimento vulvar ou lubrificação vaginal mínimos e redução da sensibilidade genital com qualquer tipo de estimulação. A excitação sexual subjectiva pode ocorrer, mesmo na ausência de estimulação genital.

- (D) Perturbação da excitação sexual genital persistente:

- Excitação genital espontânea, não desejada quando o interesse sexual ou o desejo estão ausentes. Percepção da excitação subjectiva é pouco frequente, mas muito desagradável. A excitação não é aliviada por orgasmos e as sensações persistem por horas ou dias.

Adaptado de R. Basson, 2008a.

Mas, tal como todos os sistemas classificativos, este também não é consensual. Vários investigadores reputados, tais como Bancroft, Graham, Basson e Tiefer, têm escrito sobre a sexualidade feminina, destacando que a resposta sexual da mulher é amplamente variável e, acima de tudo, é individual, estando na dependência do contexto e da fase de vida da mulher. Como tal, logo o primeiro desafio que se coloca é determinar se os sintomas sexuais são o reflexo de uma mudança normal, uma adaptação às circunstâncias correntes ou se realmente traduzem uma perturbação do sistema de resposta sexual. Como referência, seja nas perturbações do desejo sexual ou nas adições sexuais, os clínicos deparam-se com dificuldades diagnósticas devido à inexistência de parâmetros quantitativos relativamente ao que se considera como normativo. Quando é que a dificuldade se torna disfunção? Torna-se imperativo discutir os métodos de recolha de informação para os estudos epidemiológicos, tais como a frequência da disfunção ou os seus períodos de duração, visto que a disfunção sexual em si precisa de ser separada das alterações transitórias do comportamento sexual, motivado por factores de diversas ordens (*stress* quotidiano, problemas ou outras patologias que podem interferir com a resposta sexual).

As definições da DSM-IV-TR, no respeitante às perturbações do desejo, apenas se focaram na ausência de fantasias sexuais e desejo sexual espontâneo previamente à actividade sexual e excitação, mesmo sabendo-se que a frequência deste tipo de desejo varia consideravelmente entre mulheres. Não está, ainda, esclarecido quantas mulheres reportam a não existência de desejo espontâneo, embora sejam receptivas à relação sexual e respondam aos estímulos sexuais com desejo e excitação. Além disso, de uma maneira geral, as mulheres afirmam que as fantasias sexuais são uma forma de manter a concentração no estímulo sexual, ao invés de serem um indicador do desejo sexual. Estas críticas têm vindo a ser fundamentadas através de estudos com largas amostras de mulheres da população normal, de entre os quais se destaca o estudo português de Ana Carvalheira (2010), sendo um dos seus

objectivos a avaliação da proporção de mulheres que iniciam uma relação sexual sem desejo espontâneo, mas que se tornam facilmente excitadas no decurso da actividade sexual. Outro objectivo do estudo é avaliar a proporção de mulheres que apresentam fantasias sexuais. Esta investigação foi realizada numa amostra de 3687 mulheres portuguesas entre os 17 e os 75 anos, através de um questionário via *internet (web survey)*, não sendo, no entanto, uma amostra representativa da população em geral. Dessa amostra, 1865 mulheres não apresentavam dificuldades de excitação sexual. Verificou-se que 15,5% dessas mulheres só iniciavam a relação sexual se tivessem sentido desejo sexual previamente à actividade sexual (desejo espontâneo), ao passo que 30,7%, quase sempre ou sempre, experienciavam desejo só depois de se sentirem excitadas. Relativamente às fantasias sexuais, da totalidade das mulheres inquiridas, apenas 12% referiram que, frequentemente, têm fantasias sexuais, 52,5% referem a sua presença às vezes, e 7,3% nunca tinham tido fantasias sexuais.

Regressando às críticas apresentadas à DSM-IV-TR, é de fazer referência à limitação dos critérios de diagnóstico a dificuldades de resposta de excitação fisiológica (como a lubrificação), excluindo a resposta de excitação subjectiva, traduzida pela vivência de prazer. Aliás, várias são as mulheres que procuram ajuda clínica devido à ausência de prazer durante o sexo (que pode ser acompanhado ou não por dificuldades na lubrificação), mas na realidade, serão poucos os casos que se devem exclusivamente à ausência de lubrificação. No sexo masculino, a ausência de resposta fisiológica que acompanha a excitação sexual é facilmente observável (ausência de erecção), ao passo que nas mulheres, os sinais não são tão notórios. No entanto, é nessa percepção de excitação com foco genital que as classificações da DSM-IV-TR e ICD-10 se concentram. Ao passo que nos homens a correlação entre a excitação subjectiva e a congestão genital traduzida pela erecção é forte, nas mulheres tal facto não se verifica. Em vez disso, a excitação nas mulheres é francamente modulada por emoções e pensamentos despoletados pelo estado de excitação sexual. As definições de excitação sexual

da DSM-IV-TR são meramente focadas para a resposta genital, ignorando a má correlação entre a vasocongestão genital e a excitação subjectiva que a mulher experiencia em resposta à estimulação sexual.

O reconhecimento que as mulheres fazem sobre a sua própria excitação é confuso. Vários estudos reportaram que a maioria das mulheres não consegue distinguir claramente entre desejo e excitação. Este facto põe em causa a adequação dos questionários validados para avaliar a função sexual da mulher. Apesar de surgirem novas propostas de classificação, os modelos de avaliação continuam a basear-se no modelo linear, trifásico de resposta sexual.

Outro aspecto a ser considerado, em futuras revisões, diz respeito à motivação sexual das mulheres. Esta é bem mais complexa do que o simples processo de presença ou ausência de desejo, porque no início de uma determinada experiência sexual, a mulher pode não experienciar desejo sexual *per si*. Porém, outras motivações (sejam razões de ordem emocional, física, por insegurança ou com um determinado objectivo), tornam-na predisposta a ficar excitada.

Também o critério de inclusão, comum a todos os diagnósticos de disfunção sexual na DSM-IV-TR, a saber, o mau estar acentuado e as dificuldades interpessoais, tem levantado questões. Intuitivamente, este critério ajuda na distinção entre uma perturbação ou uma variante do normal. No entanto, de acordo com alguns estudos (por exemplo, Bancroft e cols., 2003), que reportavam prevalências de disfunção sexual, não se inquiriram os indivíduos sobre esse critério, ou então verificou-se que uma porção significativa das pessoas que sofria de disfunção sexual (de acordo com os critérios vigentes) não se sentia afectada e incomodada por essa situação. Como tal, tem-se proposto uma reavaliação deste critério e, a ser mantido, deve ser claramente definido, bem como a severidade da disfunção, pois esta pode traduzir-se em diferentes graus de *stress* e dificuldade interpessoal.

Dado que a normalidade da função sexual é algo variável, torna-se complicado encontrar uma definição que delimite a linha entre o normal e o patológico. Tal como noutros conceitos do DSM não relacionados com o contexto sexual, a duração de uma determinada disfunção deve ser ponderada, no sentido de encontrar grupos mais homogêneos e distinguir indivíduos com disfunções reais de outros com alterações transitórias ou adaptações da resposta sexual num determinado contexto.

Aqui, entra também um ponto controverso no que diz respeito aos critérios de persistência e recorrência, uma vez que são vagos, estando na dependência do julgamento do médico, com implicações clínicas e epidemiológicas.

Por último, realça-se o facto de o tema das disfunções sexuais femininas ser, actualmente, alvo de grande interesse científico, desencadeado, ainda que não só, pela expectativa de encontrar o “Viagra” feminino. Assim, segundo muitas vozes críticas, interesses económicos não deixam de estar presentes, numa perspectiva medicalizada dos problemas sexuais da mulher. Esta consiste no estabelecimento de uma suposta normalidade de resposta sexual, definida por mensurações fisiológicas, que já se comprovaram não ter correlação significativa com a satisfação sexual da mulher.

Proposta de classificação da DSM-V

Diversas revisões e modificações, quer de definições, quer de critérios diagnósticos, têm sido sugeridas na última década (Basson e cols, 2003; Segraves e cols., 2007). Contudo, a proposta que integrará a quinta edição do DSM, no que concerne às perturbações do desejo e excitação, foi desenvolvida por Brotto (2009a) e propõe a fusão de ambas as categorias diagnósticas (desejo e excitação) numa só.

A sua proposta fundamenta-se, essencialmente, em investigações empíricas. Se por um lado, estas sugerem uma dificuldade na diferenciação entre desejo e excitação sexual por parte das próprias mulheres, por outro, verifica-se um elevado grau de comorbilidade entre desejo sexual hipoactivo e perturbações da excitação. Aliás, cada vez mais surgem evidências crescentes que suportam a ideia que desejo e excitação não são fases distintas da resposta sexual feminina e, como tal, não são experienciadas pela mulher como entidades individuais e não sobreponíveis. É neste sentido que Brotto (2009a) sugere a união dessas duas categorias diagnósticas numa única, sob a designação de Perturbação do Interesse/Excitação Sexual, cujos critérios estão discriminados na tabela 9.

Tabela 9: Critérios diagnósticos propostos para a categoria Perturbação do Interesse/Excitação Sexual a integrar na DSM-V.

- A. Ausência de interesse/excitação sexual por um período mínimo de 6 meses, com manifestação de, pelo menos, quatro dos seguintes indicadores:
- (1) Ausência/Diminuição do interesse em actividades sexuais
 - (2) Ausência/diminuição de pensamentos sexuais/eróticos ou fantasias
 - (3) Sem iniciativa na actividade sexual e sem receptividade às solicitações do parceiro
 - (4) Ausência/diminuição da excitação sexual/prazer durante a actividade sexual (em pelos menos 75% das relações sexuais)
 - (5) O desejo não é desencadeado por nenhum estímulo sexual/erótico (por exemplo, escrito, verbal, visual, etc.)
 - (6) Ausência/diminuição de alterações físicas genitais e/ou não-genitais durante a actividade sexual (em pelos menos 75% das relações sexuais)
- B. A perturbação causa clinicamente angústia ou dificuldade significativa

Especificações:

- (1) Ao longo da vida ou Adquirido
- (2) Generalizado ou Situacional

- (3) Factores relacionados com o parceiro (problemas sexuais do parceiro, o estado de saúde do parceiro)
- (4) Factores associados à relação (por exemplo, a falta de comunicação, os desentendimentos e discussões, as discrepâncias relativamente ao desejo de actividade sexual)
- (5) Factores associados às vulnerabilidades individuais (como por exemplo, depressão ou ansiedade, a má auto-imagem corporal, histórias de traumas ou abusos sexuais passados)
- (6) Factores associados a um contexto cultural e religioso (como crenças e mitos)
- (7) Factores médicos (por exemplo, doenças ou medicação)

Adaptado Brotto L., 2009a.

Devido ao facto de ser uma proposta baseada em dados empíricos, o número preciso de critérios requeridos para se poder enquadrar um determinado comportamento sexual como uma Perturbação do Interesse/Excitação Sexual ainda necessita de mais considerações. No entanto, de acordo com Brotto (2009a), parece razoável que, no mínimo, estejam presentes quatro dos seis critérios diagnósticos apresentados. De forma a uniformizar critérios ou diagnósticos, torna-se necessária a realização de estudos clínicos que possam averiguar não só o número mínimo de requisitos a ter em consideração, mas também o nível de intensidade dos sintomas, de forma a evitar “patologizar” uma variação do normal. Brotto (2009a) sugeriu que a sintomatologia estivesse presente por um período mínimo de 6 meses, e que ocorresse em, pelo menos, 75% das relações sexuais.

Segundo Graham (2010), a vantagem desta abordagem de carácter politético, assenta no reconhecimento que faz quanto à heterogeneidade inerente à resposta sexual da mulher, não dando primazia a nenhum tipo específico de excitação (por exemplo, genital, subjectivo, etc.).

Contudo, não há critérios que sejam perfeitos, sendo que já surgiram algumas críticas quanto a esta perspectiva. De acordo com investigações conduzidas por DeRogatis e cols. (2010), verificou-se que o desejo sexual hipoactivo e a perturbação da excitação eram duas entidades nosologicamente diferentes, especialmente em termos de padrão sintomático e, como tal, não faria sentido enquadrar mulheres com sintomatologia diferente no mesmo grupo diagnóstico. Além disso, a mudança de perspectiva da resposta sexual feminina acarreta um risco significativo, visto que a fusão das categorias pode excluir mulheres que não apresentam os critérios necessários dentro dos padrões da nova categoria de Perturbação do Interesse/Excitação Sexual, o que pode comprometer a capacidade diagnóstica e terapêutica de mulheres com disfunção sexual feminina.

No mesmo estudo, DeRogatis sugere alguma precaução aquando da modificação de nomenclaturas sem que estas tenham um suporte baseado na evidência. Na sua opinião, na ausência dessas evidências baseadas em estudos clínicos, é preferível a manutenção das definições nosológicas vigentes até à obtenção de dados mais fidedignos e válidos.

Quanto ao critério diagnóstico “aversão sexual”, até agora incorporado nas perturbações do desejo sexual, verifica-se que poucos são os estudos, investigações e dados relativos a esta perturbação. Por este motivo, questiona-se a sua incorporação na DSM-V, sendo apresentadas três opções por Brotto (2009b):

- (1) Remover o critério diagnóstico “aversão sexual” e expandir o conceito de vaginismo, de forma a abranger mulheres com aversão sexual. Esta opção fundamenta-se no facto de algumas mulheres com vaginismo experienciarem aversão à actividade sexual. Segundo Crenshaw (1988), citado por Brotto (2009b), verificou-se uma elevada correlação entre aversão sexual primária e vaginismo nas mulheres, no entanto, esta alegação nunca foi empiricamente provada. Contudo, subsistem especulações, no sentido em que a aversão sexual nas mulheres com

vaginismo será resultado de um processo adaptativo, de forma a evitarem experiências dolorosas no decurso do acto sexual.

- (2) Remover o diagnóstico de “aversão sexual” do DSM-V e incluir os casos de “fobia ao contacto genital” num grupo designado por “Fobias Específicas”, sem que tenham que proceder a alterações de critérios diagnósticos, classificando-se a aversão sexual como “Outro tipo” de fobia específica. Uma das desvantagens desta inclusão reside no facto de os doentes poderem procurar resolver este problema como se de uma perturbação da ansiedade se tratasse, transferindo o foco do problema de origem sexual, para aspectos relacionados com a ansiedade.
- (3) Reter a categoria da “aversão sexual” no DSM-V como uma disfunção sexual. Dado que não houve quaisquer publicações empíricas que sugerissem aprimoramento de critérios diagnósticos, nenhuma recomendação pode ser feita no sentido de modificação de categorias, o que vai de encontro à proposta apresentada pelo site oficial do DSM-V (www.dsm5.org), na qual a aversão sexual figura como uma “disfunção sexual sem outra especificação”.

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os estudos sobre prevalências de disfunções sexuais femininas têm aumentado consideravelmente. No entanto, estes estudos apresentam certas fragilidades, que se prendem, por um lado, com a natureza privada do tema, o que, sobretudo em população não clínica, dificulta a recolha de dados. Por outro lado, a falta de acuidade dos critérios de diagnóstico e a pouca dimensão ou homogeneidade das amostras também não contribuem para resultados fidedignos que correspondam às reais prevalências.

Um dos estudos que suscitou mais atenções foi publicado por Laumann e cols. (1999). Neste estudo foi analisada uma larga amostra de 13882 mulheres americanas da população geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Os resultados encontrados revelaram prevalências cumulativas de disfunção sexual feminina numa minoria muito significativa de mulheres (43%), o que a ser verdadeiro, pressupõe a necessidade de abordar os problemas de ordem sexual como uma questão de saúde pública.

Contudo, este estudo, apesar de amplamente citado, tem sido criticado por sexologistas de renome, como Bancroft, Tiefer e Basson. Estes atribuem as elevadas prevalências de disfunção sexual feminina encontradas, à inclusão de casos que não constituem verdadeiras disfunções sexuais, mas antes dificuldades relacionadas com contextos de vida das mulheres.

Além dos estudos realizados na população geral, outras investigações são direccionadas a populações clínicas. Torna-se importante realçar esta diferença, visto que os dados obtidos relativamente a amostras de população e a amostras clínicas apresentam tendencialmente resultados distintos. Ao passo que nos estudos aplicados em amostras de população geral, as perturbações sexuais femininas mais frequentes são as do desejo e orgasmo, nos estudos de amostras clínicas, é o desejo sexual hipoactivo que sobressai. Também a prevalência se mostra compreensivelmente superior nas amostras clínicas.

Na tabela 10 é apresentado o resultado de estudos efectuados no âmbito das perturbações do desejo e excitação da mulher, em amostras da população geral.

Quanto ao diagnóstico de aversão sexual, não são conhecidos estudos epidemiológicos publicados na comunidade científica que possibilitem uma estimativa da sua prevalência na população em geral.

Embora diferentes instrumentos tenham sido usados para avaliar as prevalências das disfunções sexuais femininas (escalas, entrevistas directas, questionários, entrevistas pela *internet*), de uma maneira geral, estes estudos encontram uma convergência relativamente à frequência de desejo sexual diminuído nas mulheres – aproximadamente 20 a 30% (Brotto e cols., 2010). No entanto, quando se adiciona o critério de mau estar pessoal, a prevalência de desejo sexual diminuído cai para metade (Brotto e cols., 2010).

Na maioria dos estudos realizados para avaliar as dificuldades inerentes à excitação, o critério usado cingiu-se à ausência de resposta sexual fisiológica, traduzida pela lubrificação e intumescimento genital. Assim, a prevalência de outras dificuldades associadas à excitação (como a perturbação da excitação sexual subjectiva) é largamente desconhecida. Tal como acontece nas perturbações do desejo, quando o critério mau estar pessoal é introduzido, a prevalência das dificuldades de excitação sexual diminuem significativamente (Brotto e cols., 2010).

| Estudo | Características da amostra | Idade | Estar numa relação de carácter sexual | Avaliação do critério mau-estar | Prevalência das perturbações do desejo | Prevalência das perturbações da excitação |
|--------------------------------|---|-------|---|---|---|---|
| Fugl-Meyer e Fugl-Meyer (1999) | 1335 mulheres suecas | 18-74 | Não necessário | Indirectamente com a questão: “Isto tem sido um problema na sua vida sexual no último ano?” | Deficiência sexual foi definida como tendo desejo diminuído frequentemente/quase sempre/sempre=34%. Dentro destes, 43% viam a situação como um problema. Os sintomas tinham que ocorrer nos últimos 12 meses. | Deficiência sexual foi definida como ausência de lubrificação vaginal durante o acto sexual frequentemente/quase sempre/sempre=12%. De entre estes, 63% viam a situação como um problema. |
| Bancroft e cols. (2003) | 987 mulheres americanas; metade eram afro-americanas | 20-65 | Estar, pelo menos, 6 meses numa relação heterossexual | Avaliado o critério mau estar no seio da relação e em relação à própria sexualidade | Desejo diminuído: 7,2% Foram avaliadas as experiências sexuais no decurso do último mês | Problemas na lubrificação: 31,2% Dificuldades na excitação: 12,2% |
| Oberg e cols. (2004) | 1056 mulheres suecas | 18-65 | Ter sido sexualmente activa nos últimos 12 meses | Mau estar manifestado: várias vezes/ quase sempre/ sempre | Desejo diminuído: marcado (1)– 29%; moderado: 60% Sintomas foram avaliados nos últimos 12 meses | Lubrificação insuficiente: marcada- 12%; moderada-50% |
| Laumann e cols. (2005) | 13882 mulheres recrutadas internacionalment e (29 países). Análises baseadas em 9000 mulheres sexualmente activas (GSSAB) | 40-80 | Necessidade de ter tido pelo menos uma relação sexual no último ano | Não | 26-43% em vários países reportaram ausência de interesse em sexo com duração de 2 meses ou mais | 16,1-37,9% em vários países |
| Leiblum e cols. (2006) | 952 mulheres americanas com menopausa ocorrida naturalmente ou | 20-70 | Sexualmente activas no presente | Escala de mau estar pessoal | 24-36% dependendo da idade e o <i>status</i> menopáusico. De entre aquelas que também tiveram mau estar, as taxas de DSH variaram entre 9 e 26%. Foram avaliados os | n/a |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|-------|---|--|--|--|
| | induzida cirurgicamente (WISHeS) | | | | sintomas dos últimos 30 dias. | |
| Dennerstein e cols. (2006) | 2467 mulheres europeias (França, Alemanha, Itália, Inglaterra) e americanas | 20-70 | Sexualmente activas no presente | Escala de mau estar pessoal | 14-46% dependendo da idade e o <i>status</i> menopáusico. De entre aquelas que também tiveram mau estar, as taxas de DSH variaram entre 7 e 16%. Foram avaliados os sintomas dos últimos 30 dias | n/a |
| West e cols. (2008) | 755 americanas pré-menopausicas, 552 em menopausa surgida naturalmente e 637 em menopausa induzida cirurgicamente | 30-70 | Em relações estáveis com duração mínima de 3 meses | Escala de mau estar pessoal | Taxa geral de desejo diminuído – 36,2%. Taxa de DSH – 8,3%. Foram avaliados os sintomas dos últimos 30 dias | n/a |
| Witting e cols. (2008) | 5463 mulheres filandesas | 18-49 | Necessidade de actividade sexual com parceiro nas ultimas 4 semanas | <i>Female Sexual Distress Scale</i> (FSDS) | Usando o FSFI <i>cut-off score</i> de 3.16, 55% apresentaram desejo diminuído. Usando o FSDS <i>cut-off score</i> de 8.75, 23% apresentaram desejo diminuído e mau estar. Sintomas foram avaliados nas últimas 4 semanas | Usando o FSFI <i>cut-off score</i> de 4.31, 10,9% apresentaram dificuldades na lubrificação. Usando o FSDS <i>cut-off score</i> , 7% apresentaram dificuldades na lubrificação e mau estar |

Tabela 10: Prevalência das perturbações do desejo e excitação sexual em estudos transversais representativos (adaptado de Brotto e cols., 2010)

GSSAB= Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours; WISHeS= Women's International Study of Health and Sexuality; DSH= Desejo Sexual Hipoactivo; FSFI= Female Sexual Function Index; n/a= não aplicável

Em relação à população portuguesa, não abundam os estudos nesta área. Na tabela 11 apresentam-se alguns resultados relativos à frequência de disfunções sexuais em amostras de populações gerais e em amostras clínicas. Um dos estudos, referente a uma amostra da população geral (Nobre, 2003)², referenciou 15% de mulheres com desejo sexual diminuído e 5% com perturbações da excitação. Porém, a amostra analisada neste trabalho não era representativa da população portuguesa.

Um estudo mais recente referente a uma amostra da população geral (Episex-pt: epidemiologia das disfunções sexuais em Portugal Continental) conduzido por Pereira, N. e cols. (2005), apresentou valores substancialmente mais elevados de perturbações do desejo (35%) e perturbações da excitação (32%). Provavelmente, esta disparidade terá origem na forma como foi avaliada a presença de dificuldades sexuais nos dois estudos, sendo que no primeiro (Nobre, 2003)², os sintomas incluídos eram avaliados como sendo de grau moderado ou grave e no segundo (Pereira, N. e cols., 2005), de grau ligeiro a grave.

Relativamente a estudos efectuados em contextos clínicos em Portugal, Gomes e cols. (1997)² numa amostra de 90 indivíduos recolhida na consulta de Sexologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, indicam valores de prevalência de perturbações femininas do desejo sexual na ordem dos 45% e para as perturbações da excitação sexual feminina cerca de 12%, segundo os critérios da DSM-IV. Num estudo mais recente (Pedro Nobre, 2006), conduzido na mesma consulta, com uma amostra de 97 doentes, Nobre e colaboradores verificaram uma prevalência de 40% de perturbações do desejo sexual feminino e 4% de perturbações da excitação nas mulheres.

Tabela 11: Estudos sobre a prevalência de perturbações do desejo e excitação sexuais nas mulheres em amostras de população geral e de amostras clínicas em Portugal.

| Autores | Amostra | Avaliação | Prevalência de perturbações do desejo | Prevalência de perturbações da excitação |
|---|---|---------------------------|--|---|
| Nobre (2003) ² | 263 mulheres da população geral com idades compreendidas entre os 18 e 79 anos | Questionário | 15%* | 5%* |
| Pereira, N. e cols. (2005) Episex-pt | 1250 mulheres da população geral com idades compreendidas entre os 18 e 75 anos | Entrevista + Questionário | 35%** | 32%** |
| Gomes e cols. (2007) ² | 90 indivíduos de uma amostra clínica da consulta de Sexologia dos HUC (33 mulheres) | Entrevista clínica | 45% | 12% |
| Nobre e cols. ² | 97 indivíduos de uma amostra clínica da consulta de Sexologia dos HUC (47 mulheres) | Entrevista clínica | 40% | 4% |

* Percentagens calculadas tendo em conta o nível e frequência das dificuldades de moderado a grave.

** Percentagens calculadas tendo em conta um grau de gravidade das dificuldades de ligeiro a grave.

Como vemos, de forma geral, verificam-se certas discrepâncias em resultados obtidos em estudos epidemiológicos sobre as perturbações do desejo e excitação. Estas podem ser justificadas por: (1) diferentes faixas etárias dos grupos estudados; (2) a própria recolha e selecção dos dados pode comprometer a orientação diagnóstica; (3) a duração da disfunção; (4) o grau de severidade da disfunção (como já aplicado em alguns estudos epidemiológicos na população portuguesa) e (5) as diferenças sócio-culturais.

Tem-se atribuído importância à avaliação de prevalências de disfunção sexual feminina por faixas etárias, visto que estudos (Lewis, R. e cols., 2010) apontam para uma

maior prevalência com o aumento da idade, em ambos os sexos. No caso das mulheres, a prevalência de interesse sexual diminuído varia entre 17% e 55%, sendo que 10% das mulheres com idade máxima de 49 anos apresentam níveis de desejo sexual diminuídos, duplicando para 22% em mulheres com idades compreendidas entre 50-65 anos, tornando a duplicar para 47% em mulheres com idades entre 66 e 74 anos. No entanto, outro estudo afirma que o aumento do desejo sexual hipoactivo associado à idade não se verifica quando para esta perturbação se adiciona o critério de mau estar pessoal (Hayes, R., 2008).

Assim, de forma a obter uma maior conformidade de dados relativos a estudos epidemiológicos sobre disfunções sexuais, Spector e Carey (1990) formularam quatro sugestões para futuras pesquisas nesta área, que consistiam no (1) uso de amostras representativas da população em geral; (2) uso de técnicas psicométricas de avaliação que facilitassem a interpretação e pudessem ser reprodutíveis; (3) o uso de um sistema de classificação comum a todos os estudos para facilitar comparações entre estudos e, por último, (4) colecção de dados.

² Citado por Pedro Nobre (2006).

FACTORES ETIOLÓGICOS

A função sexual é uma consequência directa da componente biofísica e do contexto psicossocial e interpessoal da mulher. Em parte, estas duas componentes são determinadas pela sua história médica e sexual. Como tal, na abordagem de situações disfuncionais ou de dificuldades sexuais, é necessário avaliar quer os factores orgânicos, quer os psicossociais.

Factores orgânicos

Os factores biológicos desempenham um papel preponderante na etiologia das perturbações sexuais. Contudo, a presença de patologia médica não é condição obrigatória para a disfunção sexual feminina. De entre esses factores, destacam-se o papel dos factores hormonais, vasculares e neurológicos, bem como o papel da medicação, entre outros.

Factores Hormonais

A acção hormonal esteróide (proporcionada por estrogéneos, androgéneos e progesterona) desenrola-se a nível celular através da ligação destas hormonas a proteínas específicas – receptores hormonais – existentes em determinados órgãos (designados como órgãos-alvo), que permitem a transmissão de informações às estruturas celulares interessadas. Assim, consoante esta ligação, promovem-se modificações nos órgãos-alvo, sendo estas mais acentuadas a nível do aparelho genital feminino, devido ao maior número de receptores hormonais presentes (Torgal, I., 2004).

Os estrogéneos são as hormonas responsáveis pela troficidade da vulva, bem como pela lubrificação vaginal. Os androgéneos, por sua vez, são as hormonas associadas à libido,

sendo que os seus receptores se localizam nas áreas límbicas, hipotalâmicas e troncoencefálicas, relacionadas com o comportamento sexual.

Ao longo da sua vida, a mulher passa por vários períodos: mensalmente, sujeita-se às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, pode ainda engravidar e por fim, assiste ao cessar desse ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. O climatério cursa com alterações dos níveis hormonais, apresentando repercussões biológicas e psicológicas face aos sistemas envolvidos na resposta sexual fisiológica. Quando uma mulher atinge o período da menopausa, a actividade secretora do ovário torna-se mínima (não sendo, no entanto, nula!). O ovário, nesta fase, produz principalmente testosterona (derivada do estroma ovárico), mas também androstenediona, estrona e estradiol em quantidades mínimas. É esta capacidade marginal de esteroidogénese ovárica que estabelece a diferença, tanto clínica como bioquímica, entre a menopausa espontânea e a cirúrgica, obrigando, nesta última, a uma terapêutica mais precoce e agressiva.

Nas hipoestrogenias normativas (menopausa ou amamentação), induzidas (ooforectomia) ou patológicas, ocorre uma diminuição importante da secreção dos esteróides ováricos, sendo que a deficiência destas hormonas conduz a alterações orgânicas significativas relativamente ao sistema de resposta sexual da mulher (Pablo, C., Soares, C., 2004). A deficiência estrogénica é responsável por um processo de atrofia vulvar e vaginal, bem como dificuldades na lubrificação, situação esta que pode causar dispareunia. Além disso, os efeitos sistémicos da deficiência estrogénica, tais como os sintomas vasomotores, dores de cabeça, variações de humor e perturbações do sono podem limitar a motivação sexual das mulheres. A deficiência androgénica está associada a uma diminuição do desejo sexual, pois como anteriormente referido, os receptores androgénicos localizam-se em diversas áreas relacionadas com o comportamento sexual.

Além destas alterações hormonais, verifica-se também que certas afecções endócrinas influenciam negativamente a resposta sexual feminina (Tabela 12). Contam-se entre estas a hiperprolactinémia (a prolactina tem um efeito inibitório sobre o desejo sexual), a hipotesteronémia (a testosterona tem um efeito positivo sobre o desejo sexual), o hipotireoidismo e ainda a insuficiência da supra-renal (sendo que é a nível da supra-renal que também se produzem androgéneos, periféricamente convertidos pela aromatase em estrogéneos).

Tabela 12: Factores orgânicos com interferência negativa no desejo e na excitação sexuais

Doenças Endócrinas

- Hiperprolactinémia
- Hipotesteronémia
- Hipotireoidismo
- Insuficiência da supra-renal
- Diabetes Mellitus
- Hipoestrogenias

Fármacos/Substâncias recreacionais

- Benzodiazepinas
- Antidepressivos (ISRS, tricíclicos)
- Anti-hipertensores
- Anti-histamínicos
- Anticolinérgicos
- Medicamentos com efeito anti-androgénico e anti-estrogénico
- Medicamentos que aumentem níveis de prolactina
- Álcool
- Canabinóides
- Heroína
- Anfetaminas

Lesões Neurológicas

- Acidentes vasculares cerebrais
- Lesões cerebrais (neoplasias, lesões no lobo temporal, etc)
- Esclerose múltipla
- Esclerose lateral amiotrófica
- Neuropatias periféricas (alcoolismo, diabetes, etc.)
- Tabes dorsalis
- Miastenia grave
- Espinha bífida
- Paralisia cerebral
- Doenças extra-piramidais
- Simpaticectomia
- Paraplegias traumáticas
- Outros traumatismos

Factores Vasculares

- Doença cardíaca
- Doença vascular periférica
- Lesões do plexo hipogástrico/pudendo (por fractura, traumatismo)

Adaptado de Araújo, M. e Soares, C., (1987) e Esther Hirsch para Laboratórios I. Lepori.

Factores Vasculares

As alterações vasculares no homem são determinantes na etiologia das disfunções, e na mulher, embora não assumam um papel importante, podem condicionar alterações na resposta sexual feminina.

As dificuldades sexuais relacionadas com os factores vasculares decorrem de uma deficiência significativa sanguínea da rede hipogástrica/pudenda, o que se traduz na diminuição do fluxo arterial que irriga a vagina e clítoris. Estas alterações podem prejudicar o processo de excitação sexual a nível genital.

De entre as patologias vasculares que condicionam negativamente a resposta sexual feminina, destacam-se a doença cardíaca e/ou vascular periférica, diabetes, lesões do plexo hipogástrico/pudendo por fractura pélvica ou traumatismo cirúrgico, entre outras (Tabela 12).

Factores Neurológicos

São várias as patologias neurológicas com implicação a nível da resposta sexual feminina. A lesão dos centros sexuais cerebrais resultante de traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais ou outros processos patológicos podem afectar o desejo ou excitação sexuais. As lesões traumáticas e doenças da espinal medula, como a esclerose múltipla, podem afectar a fase da excitação, de orgasmo ou ambas, dependendo da extensão e localização das lesões. A nível periférico, as neuropatias diabética e alcoólica, assim como traumatismos ou secções cirúrgicas dos plexos nervosos pélvicos também podem traduzir-se em alterações da excitação e orgasmo (tabela 12).

Medicações

Tanto as drogas de abuso (lícitas e ilícitas), como os efeitos sexuais secundários de várias medicações, nomeadamente, psicotrópicos e anti-hipertensores, contam-se entre as causas mais frequentes de disfunção sexual nos dois sexos (tabela 12). Estima-se que o uso dos antidepressivos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS) se associe a uma taxa de cerca de 40 a 50 % de disfunção sexual em ambos os sexos (Gomes, F.A., 2000). O impacto sobre a sexualidade feminina, apesar de menos frequente, é mais importante. Embora todas as fases da resposta sexual possam ser afectadas, o desejo e orgasmo parecem ser os mais prejudicados.

Factores psicossociais

O ser humano, como uma entidade inserida num contexto biopsicossocial, não pode ser encarado apenas numa das suas vertentes. Sendo assim, torna-se necessário avaliar os factores psicossociais, assim designados por englobarem todos os fenómenos, eventos e circunstâncias que ultrapassem os parâmetros biológicos de uma disfunção sexual feminina. Assim sendo, incluem os aspectos desenvolvimentais, os factores cognitivo-emocionais, o vínculo afectivo, bem como os aspectos relacionais e situacionais.

Aspectos desenvolvimentais

A mulher, desde que nasce, ingressa no seio de uma determinada cultura, o que, à partida, condiciona uma orientação no que toca ao desempenho de determinados papéis sexuais. As experiências prévias vivenciadas pela mulher, reflectem-se na evolução dos seus padrões de comportamento sexual que, por vezes, podem culminar em situações disfuncionais. De entre essas experiências prévias, consideradas elementos fundamentais no processo de desenvolvimento sexual e afectivo da própria mulher, realçam-se a falta de informação sexual, ignorância e concepções erróneas sobre sexualidade, o papel repressivo das instituições religiosas, a relação entre pais e filhos, o ambiente familiar e ainda as experiências traumáticas.

Inseridos numa cultura onde ainda se vivencia a influência da tradição judaico-cristã [embora segundo Pacheco (1987), se tenha verificado uma diminuição global dessas concepções na nossa sociedade], o uso de um sistema educativo que assenta na reprovação e criticismo por parte dos pais em relação ao sexo, pode influenciar, de forma negativa, as primeiras experiências sexuais da mulher. A própria visão das instituições religiosas, que

imprimem um cunho negativo ao sexo, pode deixar a sua marca em mulheres que tenham recebido uma formação mais rígida nesta área.

Outra das variáveis com influência no processo de desenvolvimento sexual e afectivo da mulher, diz respeito à relação que estabelece com os pais, o próprio ambiente familiar, a forma como na família se exprimem os afectos, a atitude perante a sexualidade, bem como a forma como esta é abordada. De acordo com Fisher (1973), citado por Pacheco (1987), admite-se que pais ausentes na infância e adolescência possam levar a adolescente a concepções distorcidas relativamente ao sexo oposto (“os homens são todos iguais”), o que mais tarde se pode traduzir numa dificuldade acrescida em confiar num parceiro, o que, indirectamente, teria repercussões no plano sexual.

As experiências traumáticas são experiências prévias que constituem factores de vulnerabilidade, podendo estar na etiologia de uma disfunção sexual. De entre essas experiências traumáticas, destacam-se o incesto, abuso e violação. Estas situações podem levar a um evitamento de qualquer tipo de contacto sexual, ao desinteresse sexual, à aversão, bem como à falta de apetite sexual.

Em súpula, educação sexual repressiva, relações familiares perturbadas, experiências sexuais traumáticas precoces, nomeadamente abuso sexual infantil, bem como informação sexual inadequada e crenças erróneas, são alguns dos factores que podem determinar uma aprendizagem deficiente dos afectos, da intimidade e da sexualidade, com risco de futuras situações disfuncionais.

Factores cognitivos e emocionais

De acordo com diversos estudos desenvolvidos com foco nos esquemas cognitivos e emocionais e sua influência na disfuncionalidade sexual (Nobre, 2001a, 2003; Nobre e Pinto-Gouveia, 2000, 2003; Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003)³, verificou-se uma inequívoca

contribuição por parte de diversas variáveis cognitivo-emocionais para explicar os fenómenos disfuncionais que ocorrem nas respostas sexuais, quer de homens, quer de mulheres, isto sem, contudo, desvalorizar o eventual contributo de factores de outras ordens (biológicos, relacionais e socioculturais). Vários autores (por exemplo, Barlow, 1986)³ têm enfatizado a importância das cognições (por exemplo, distração, interferência cognitiva, pensamentos neutros, aversivos, cognições negativas) nas dificuldades sexuais da mulher, até porque as cognições induzem e associam-se a estados emocionais (como a ansiedade), que interferem ao nível sexual. Além disso, é no plano cognitivo que se formulam desejos, que se auto-monitoriza e auto-avalia o que acontece sexualmente (José Pacheco, 1987).

Através da evolução de conceptualizações de modelos de resposta sexual, compreendeu-se que determinados factores poderiam ter uma influência (positiva ou negativa) na resposta sexual, tais como a ansiedade e os processos cognitivos (como as crenças e mitos sexuais).

Embora se concebiam críticas teóricas sobre o estudo da influência que as crenças sexuais terão na resposta sexual, poucos são os estudos sistemáticos para avaliar o real impacto desta variável. Heimam e LoPicollo (1988)³ avaliaram os tipos de mitos que as mulheres mais frequentemente associam ao sexo, sendo de destacar os mitos relacionados com a idade, imagem corporal e a beleza física e ainda as exigências de desempenho. Estudos realizados por Nobre e colaboradores (2003)³, além de confirmarem que as crenças acima descritas são as que mais se encontram presentes na mulher disfuncional, vieram ainda reforçar a ideia de que as crenças sexuais conservadoras e a crença no sexo como pecado, embora não estatisticamente significativas, foram relevantes no que toca à diferenciação entre mulheres funcionais e disfuncionais.

Relativamente às exigências de desempenho, uma das hipóteses defendida por Masters e Johnson (1970) era a de que os sujeitos sexualmente disfuncionais apresentariam um papel

de espectador do seu próprio desempenho sexual durante a actividade sexual, enquanto que os indivíduos funcionais dirigiriam o seu foco de atenção para os estímulos sexuais e eróticos. No fundo, a diferença residia no foco de atenção atribuída por parte das populações funcionais e disfuncionais em relação à resposta sexual.

Os estudos acerca do papel da ansiedade são já longos e têm-se revelado até um pouco contraditórios. Inicialmente, associava-se a ansiedade como sendo inibidora da resposta sexual, no entanto, estudos mais recentes realizados com populações femininas, têm vindo a confirmar o efeito facilitador da ansiedade na resposta sexual. Um estudo realizado com mulheres sexualmente funcionais e disfuncionais, cujo objectivo era avaliar a resposta sexual fisiológica e subjectiva perante a visualização de um filme erótico, sendo que previamente a essa visualização, um dos grupos teria sido submetido a um estímulo desencadeador de ansiedade e o outro teria sido submetido a um estímulo neutro, verificou que ambos os grupos de mulheres apresentavam uma resposta sexual fisiológica significativamente mais elevada. No entanto, no que toca à resposta sexual subjectiva (excitação sexual sentida), verificou-se que esta era mais elevada no grupo sujeito previamente ao estímulo neutro comparativamente ao grupo sujeito ao estímulo ansiogénico (Palace e Gorzalka, 1990)³. Na mulher, a ansiedade relacionada com a actividade sexual centra-se, essencialmente, nas reacções e sensações sexuais, ou nas consequências resultantes do envolvimento sexual. Relativamente às reacções e sensações sexuais, a mulher pode direccionar os seus receios na antecipação de que os seus desejos não se irão concretizar (por exemplo, não conseguir atingir o orgasmo, não se excitar), de que vai ser criticada pelo parceiro, entre outras situações. Quanto às consequências resultantes do envolvimento sexual, a ansiedade pode manifestar-se por receios de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, ser rejeitada, entre outros.

³ Citado por Pedro Nobre (2006).

Vínculo afectivo e aspectos relacionais

Para uma grande maioria das mulheres, o corpo é um mediador importante no contexto de trocas emocionais e afectivas entre o homem e a mulher e é através dele e, fundamentalmente, através da auto-imagem, que a mulher vai construir a sua relação interpessoal com o parceiro. A sua auto-imagem corporal é resultado, não só da forma como a mulher vive o seu corpo, mas também de todo o conjunto de sinais que o parceiro lhe fornece. Assim, este pode reforçar a auto-imagem da mulher (através de apreciações aos seus atributos físicos, mostrando que a deseja, etc.) ou pode contribuir para a distorção negativa da imagem que a mulher tem do seu próprio corpo quando, por exemplo, ameaça abandoná-la ou manifesta desejo de a substituir, seja sexual ou emocionalmente, culminando frequentemente em diminuição dos níveis de desejo sexual.

Além da auto-imagem, várias são as situações em que a auto-estima desempenha um papel significativo aquando de dificuldades ou disfunções sexuais. De uma maneira geral, a auto-estima é o produto da relação interpessoal que a mulher estabelece com o seu parceiro, sendo a interacção sexual importante neste domínio. A mulher necessita de se sentir, acima de tudo, pessoa, e que o seu companheiro a aprecia, admira e estima. Para que isto suceda, é necessário existir uma boa comunicação, uma interdependência afectiva e um envolvimento emocional entre o casal, condições estas que permitem a existência de um ambiente onde a mulher sinta segurança e confiança, evitando os seus receios de ser abandonada, rejeitada ou substituída. Quando a mulher pensa que o parceiro não a vê como pessoa, não atribui importância às suas acções e empreendimentos, não se encontra disponível quando esta está perante dificuldades e, acima de tudo, quando conflitos, agressões físicas e verbais são frequentes, instala-se um clima de ressentimento e insegurança, que conduz a uma capacidade diminuída de envolvimento sexual por parte da mulher, como diminuição do interesse sexual.

As dificuldades sexuais do parceiro são tidas, também, como um factor stressante na vida conjugal. Por exemplo, quando o parceiro tem ejaculação prematura, é frequente a mulher ter a sensação de ser um “objecto sexual”, interpretando a situação como egoísmo e desinteresse por parte do parceiro, especialmente se este atinge elevados níveis de excitação.

Como salientou Sandra Leiblum (1999b), ausência de amor, paixão, romance e sensualidade, em geral, são as queixas mais frequentes das mulheres em consultas de sexologia. Sem um forte sentimento afectivo, a sexualidade da mulher não se exprime. Já Helen Kaplan (1974) dizia que o amor é o melhor afrodisíaco feminino. No entanto, a presença de sentimentos amorosos não é suficiente para uma relação ser considerada satisfatória.

Vários são os aspectos que têm conduzido, de forma cada vez mais crescente, a um ambiente de insatisfação sexual, tais como a falta de comunicação, dificuldade na expressão de necessidades, expectativas, desejos e medos sexuais. Estilos de vida incompatíveis, a luta pelo poder dentro da relação, desapontamentos na divisão de tarefas, infidelidade do parceiro, uma abordagem sexual inadequada (traduzida por falta de romance, rotina, pouca sensualidade e focalização genital predominante), indisponibilidade para o sexo, contribuem fortemente para o desencanto na relação e instalação de um clima de desinteresse sexual e dificuldade ou incapacidade em experimentar prazer sexual.

Situacionais

Stress profissional, condições de vida desfavoráveis (sobretudo a chamada dupla jornada de trabalho feminino), desemprego, dificuldades económicas, interferência das famílias de origem, preocupação com os filhos e falta de privacidade, são alguns dos elementos importantes para criar, na mulher, uma falta de disponibilidade para o relacionamento sexual.

Como afirmam Tiefer e cols. (2002), os problemas sexuais das mulheres relacionam-se mais com a pobreza, instabilidade relacional, estatuto minoritário e uma vida globalmente infeliz, do que propriamente com disfunções corporais.

As perturbações psiquiátricas (sobretudo a depressão) e a reacção psicológica a doenças orgânicas, bem como aos seus tratamentos, são outras das fontes que, circunstancialmente, são responsáveis por acentuadas dificuldades sexuais femininas. A fundamentar este argumento, estão os estudos desenvolvidos por Soares, C. (1999), que demonstram a existência de altas taxas de disfunção sexual em mulheres mastectomizadas, bem como os estudos de Araújo e cols. (1982), que também reportam prevalências de disfunção sexual elevadas em mulheres histerectomizadas.

É importante realçar a associação entre depressão e perturbação sexual, tendo em conta a magnitude que a primeira tem tido nos dias de hoje. É difícil saber se uma precede a outra, contudo, em qualquer dos casos, quer a depressão, quer as dificuldades sexuais, apresentam-se sinérgicas nos seus efeitos, facto a ter em consideração na avaliação e abordagem terapêutica.

Quer os factores biológicos, quer os psicossociais são elementos que se interrelacionam e que devem ser abordados numa perspectiva multidimensional, e não como entidades separadas. Fica, assim, ao encargo do médico avaliar cada um destes aspectos e ter a capacidade de discernir quais os factores que poderão estar a contribuir para o aparecimento e/ou manutenção de dada disfunção sexual, e se estes são passíveis de modulação.

AVALIAÇÃO E FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para avaliar uma potencial disfunção sexual feminina, é necessário enquadrar a mulher na sua vertente biopsicossocial. A forma mais comum de o fazer é através de uma entrevista clínica à mulher e, se possível, ao seu parceiro, no decurso da qual deve ser avaliado o problema presente, bem como factores de predisposição, precipitação e manutenção da disfunção. Embora seja complicado diferenciar cada um destes factores e a sua relevância, a entrevista clínica assume, aqui, um papel primordial, de forma a identificar o eventual factor que despoletou ou precipitou uma determinada alteração recente na resposta sexual feminina, permitindo, posteriormente, abordá-la em fases iniciais do tratamento. Vários são os factores que podem ser etiologicamente relevantes, tais como um divórcio, a morte de um ente querido, infertilidade, um nascimento, desemprego, relações extra-conjugais, experiências sexuais traumáticas e desentendimentos conjugais (Brotto e cols., 2010). De igual modo, é importante avaliar aspectos que contribuam para a manutenção de uma perturbação sexual, de entre as quais se destacam (1) os factores contextuais actuais – a satisfação sexual, o estado de saúde actual da mulher e/ou do parceiro, problemas do foro médico-psiquiátrico, assuntos privados, consumo de substâncias (medicamentos ou outras recreativas) – e (2) os factores que podem agravar as dificuldades sexuais (“*current stressors*”).

Além da entrevista biopsicossocial, existem outros instrumentos disponíveis que interpretam um papel importante no âmbito diagnóstico-terapêutico das disfunções sexuais, como é o caso dos questionários e as próprias informações fornecidas pelos doentes (*patient-reported outcomes*), cujos objectivos são: (1) identificação dos indivíduos com uma disfunção em particular; (2) avaliação da severidade da disfunção; (3) avaliação de melhorias ou da satisfação no decurso do tratamento; (4) avaliação do impacto da disfunção na qualidade de vida da mulher (como a satisfação conjugal, o humor, a intimidade/confiança sexual) e (5) estudo do impacto da disfunção sexual da mulher no parceiro e na sua qualidade de vida.

(Kingsberg e Stanley, 2009). No entanto, embora estes instrumentos possam ser de utilidade significativa em termos de diagnóstico e tratamento, nenhum deles pode ou deve substituir a entrevista clínica.

De uma maneira geral, um exame físico deve ser realizado periodicamente, de forma a assegurar um bom estado de saúde geral. Se a mulher verbalizar queixas sexuais, um exame ginecológico deve ser realizado, não só para avaliar a situação actual, mas também para excluir factores de ordem física que possam estar implicados na etiologia da mesma.

Um exame ginecológico deve incluir a avaliação do nível do controlo voluntário dos músculos pélvicos, bem como do seu tónus, a presença de prolapso da parede vaginal, sinais de atrofia vaginal, o tamanho do intróito, presença de corrimentos, evidência de infecção, alterações epiteliais, alterações da sensibilidade térmica, táctil e da pressão e/ou dor (Basson e cols., 2005).

O próprio exame em si revela-se como um momento adequado para a obtenção e/ou confirmação de respostas face a informações recolhidas no decurso da entrevista clínica, tais como crenças, percepções e atitudes da mulher face ao seu próprio corpo. A todas as mulheres, qualquer procedimento, e em particular este, deve ser explicado, na medida em que, em algumas mulheres, o mesmo pode despertar emoções negativas associadas a um passado traumático ou abusivo e/ou associado a experiências sexuais dolorosas.

Têm sido desenvolvidas várias técnicas no sentido de avaliar as alterações fisiológicas genitais em resposta a estímulos sexuais, sendo que a mais frequentemente usada é a fotopletismografia vaginal, que através da vasocongestão vaginal, avalia o nível de excitação fisiológica nas mulheres. No entanto, apesar de ser um método com sensibilidade elevada, não é muito útil em termos diagnósticos, visto não poder ser calibrado (Brotto, 2010). Até à data, estas técnicas têm-se reservado apenas para áreas de investigação, necessitando de mais estudos no futuro.

Testes laboratoriais são pedidos no contexto de sintomas relevantes ou achados no decurso da avaliação do estado geral médico, que possam justificar a presença de alterações na resposta sexual feminina. Podem ser realizados:

- Detecção dos níveis de estradiol e hormona estimulante dos folículos (FSH);
- Avaliação dos níveis de actividade androgénica;
- Culturas e avaliação microscópica de corrimentos vaginais;
- Outros pedidos hormonais (por exemplo, em doentes com sintomatologia tiroideia, com hiperprolactinémia, entre outros).

Após um enquadramento biopsicossocial de ambos os elementos da relação (de forma individual e conjunta, se possível) e da avaliação das vertentes física, psicológica e hormonal, o médico faz um diagnóstico quanto ao problema sexual que está a interferir com a mulher.

Graham e Bancroft (2009) descrevem um sistema que auxilia na conceptualização de factores que possam exercer a sua influência nas queixas sexuais – “*the three window approach*” (figura 3).

A primeira janela descreve aspectos relativos à situação actual da mulher, que possam justificar as preocupações sexuais, tais como problemas conjugais, falta de comunicação, de tempo e/ou privacidade, fadiga, entre outros.

Na segunda janela, avaliam-se aspectos relativos à vulnerabilidade individual, onde se procuram factores que possam influenciar a apresentação sintomática, como a presença de atitudes negativas, a necessidade de manter um controlo sobre as situações, experiências passadas de abuso e/ou trauma sexual, propensão à inibição sexual, entre outros. Se este for o caso, a mulher pode beneficiar de uma terapêutica cognitivo-comportamental, que incida nesta vulnerabilidade.

A terceira janela avalia factores orgânicos que possam afectar a resposta sexual – a saúde mental (como a depressão e a ansiedade), a saúde física (avaliando, por exemplo, as

vias nervosas associadas ao desejo e excitação, problemas do foro vascular, endócrino ou metabólico), bem como os efeitos colaterais de determinados tipos de medicação (como os antidepressivos e antipsicóticos).

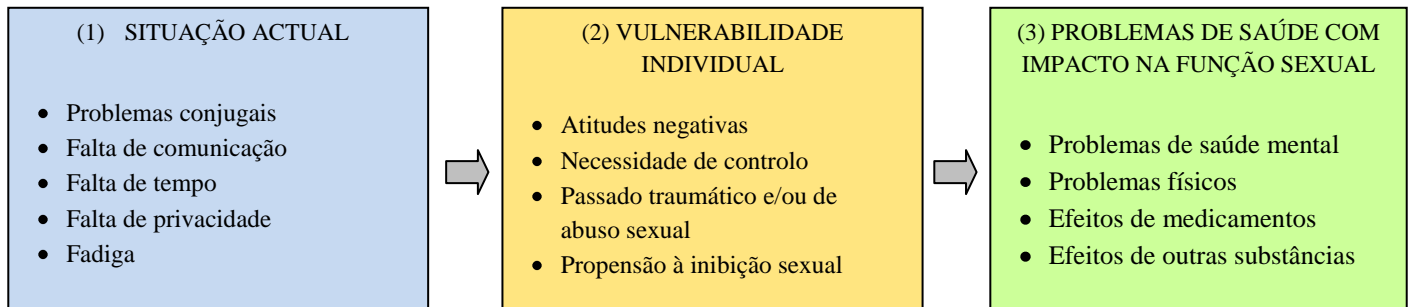


Figura 3: “*The three window approach*” [adaptado de Graham e Bancroft (2009)].

Além desta sistematização, de acordo com a classificação da DSM-IV-TR para as disfunções sexuais femininas, pode-se incluir na caracterização das mesmas os determinantes: ao longo da vida vs adquirido (usar uma especificação temporal), situacional vs generalizado, bem como ainda avaliar o grau de perturbação associado ao problema sexual em si (ligeiro, moderado ou severo).

CONCLUSÃO

A evidência de uma nova conceptualização de resposta sexual feminina influenciada por determinantes biológicos, psicológicos, interpessoais e contextuais, tem levado a publicações recentes no sentido de promover novas revisões das definições de perturbações da resposta sexual feminina, especialmente associadas à excitação e desejo.

Torna-se imperativo avaliar a real prevalência das disfunções sexuais na população feminina, de forma a identificar factores de risco que, futuramente, possam ser enquadrados numa abordagem preventiva. Para o efeito, definições claras de disfunção sexual feminina são necessárias, na medida em que a resposta sexual da mulher é altamente contextual e adaptativa. Neste sentido, torna-se premente que surjam critérios discriminativos para separar a disfunção sexual em si de alterações transitórias do comportamento sexual relacionadas com o *stress* da vida quotidiana, problemas do foro pessoal ou devido a outras disfunções. O desafio é determinar se os sintomas sexuais da mulher são o reflexo de uma mudança normal, adaptação a circunstâncias correntes ou traduzem uma disfunção do seu próprio sistema de resposta sexual.

Devido à pluralidade de factores que intervêm no funcionamento da resposta sexual feminina, uma abordagem biopsicossocial dessa resposta é necessária.

À medida que nos afastamos de antigos modelos de resposta sexual linear, com dissociação da influência de factores biológicos e psicológicos, novos modelos de resposta sexual feminina surgiram (modelo circular), valorizando a sobreposição de fases dessa mesma resposta sexual. Nesse sentido, e devido à multiplicidade de factores implicados na resposta sexual da mulher, torna-se crucial a formulação de um modelo de resposta sexual de consequência-causa-efeito que tenha em conta a complexidade, a multidimensionalidade e a

diversidade de factores etiológicos integrados na resposta sexual feminina, no sentido de uma abordagem cada vez mais multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andersen, B., Cyranowski, J. (1995) Women's sexuality: behaviors, responses, and individual differences; *J Consult Clin Psychol*. December; **63**(6): 891–906.
- Araújo, M. e cols. (1982). Histerectomia (Sequelas Psicosexuais).
- Araújo, M, Soares, C. (1987) Como lidar com uma disfunção sexual feminina. In Gomes, F., Albuquerque, A., Nunes, J., *Sexologia em Portugal – A sexologia clínica.*; Texto Editora; Lisboa
- Balon, R., e cols. (2007). Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. *Am J Psychiatry*, **164**, 198–200.

- Bancroft, J. (2009) Sexual arousal and response – the psychosomatic circle In *Human sexuality and its problems*, **4**: 56-111; third edition; Churchill Livingstone; Edimburgh
- Bancroft, J., e cols (2001). Conceptualizing women’s sexual problems. *J Sex Marital Ther*, **27**, 95–103.
- Bancroft, J. e cols. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch. Sex. Behav.*, **32**, 193–208.
- Barlow, D. e cols. (1986) Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference; *J Consult Clin Psychol*, **54**, pp.140-148.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther*, **26**, 51–65.
- Basson R. (2005). Women’ sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ* **172**:1227–33.
- Basson R. (2006). Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*; **354**:1497–506.
- Basson, R. (2008a). Women’s sexual desire and arousal disorders. *Primary Psychiatry*, **15**, 72–81.
- Basson, R. (2008b) Women’s sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions; *Int J Impot Res* **20**, 466–478.
- Basson, R., e cols. (2000). Report of the international consensus development congress on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, **163**, 888–893.

- Basson, R., e cols. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision; *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **24**, 221–229.
- Basson R, e cols. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* **1**:40–8.
- Basson, R. e cols. (2005) Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal; *J Sex Med* **2**: 291–300.
- Brotto, L. (2009a) The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women; *Arch Sex Behav*; DOI 10.1007/s10508-009-9543-1.
- Brotto, L. (2009b) The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder; *Arch Sex Behav*; DOI 10.1007/s10508-009-9534-2.
- Brotto, L. e cols. (2010) Women's sexual desire and arousal disorders 586; *J Sex Med* **7**:586–614.
- Carvalheira, A. e cols. (2010); Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders; *J Sex Med* **7**:1454–1463.
- Dennerstein, L. e cols. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of western European women. *J Sex Med*, **3**, 212–222.
- DeRogatis, L. e cols. (2010) Should sexual desire and arousal disorders in women be merged?; *Arch Sex Behav*; DOI 10.1007/s10508-010-9677-1.
- Domoney, C., (2009) Sexual function in women: what is normal? *Int Urogynecol J* **20** (Suppl 1): S9–S17.

- Dunn, K., e cols. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross-sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* **53**, 144–148.
- Esther Hirsch para Laboratórios I. Lepori
- Fonseca, L., Soares, C., Vaz, J. (2003) *A sexologia: perspectiva multidisciplinar (volume I)*; Colecção Saúde e Sociedade; 1ª edição; Quarteto Editora; Coimbra.
- Foucault, M. (1978a) *The history of sexuality: an introduction* (volume I); pp. 1-50; first edition; Pantheon Books; New York.
- Foucault, M. (1978b) *The history of sexuality: the use of pleasure* (volume II); pp. 1-37; first edition; Vintage Books Edition; New York.
- Fugl-Meyer, A., Fugl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18–74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, **2**, 79–105.
- Gomes, F.A. (2000) Disfunção sexual feminina *In Andrologia Clínica*; pp.717-727; Editora Sociedade Portuguesa de Andrologia; Porto.
- Graham, C. (2010) The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder; *Arch Sex Behav* **39**:240–255.
- Graham, C., Bancroft, J. (2009) The sexual dysfunctions. *In: Andreasen, N., Gelder, M., Lopez-Ibor, J., Geddes, J.*; *New oxford textbook of psychiatry*; 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; in press: 472–83.
- Hartmann, U., e cols. (2002). Female sexual desire disorders: Subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol*, **20**, 79–88.

- Hatzimouratidis, K., Hatzichristou, D. (2007) Sexual dysfunctions: classifications and definitions, *J Sex Med* **4**:241–250.
- Hayes, R. (2008). Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health*, **5**, 215–218.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunction.*; Brunner-Routledge; New York.
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*, **3**, 3–9.
- Kingsberg, S., Althof, S. (2009) Evaluation and treatment of female sexual disorders; *Int Urogynecol J* **20** (Suppl 1): S33–S43.
- Kinsey, A. e cols (1953) *Sexual behavior in human female*; W.B. Saunders; Philadelphia.
- Laan, E., e cols. (1995). Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*, **32**, 444–451.
- Laan, E., e cols. (2008). Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med*, **5**, 1424–1435.
- Laumann, E. e cols. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, **281**, 537–544.
- Laumann, E. e cols. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80: Prevalence and correlates identified by the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, **17**, 39–57.

- Leiblum, S., (1999a) Sexual Problems and Dysfunction: Epidemiology, Classification and Risk Factors; *Journal of Gender-Specific Medicine*, **2**, 5:41-45.
- Leiblum, S. (1999b) What every urologist should know about female sexual dysfunction; *Int J Impot Res*, **11**, 1:39-40.
- Leiblum, S. e cols. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*, **13**, 46–56.
- Lewis, R., e cols. (2010) Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction; *J Sex Med* **7**:1598–1607.
- Masters, W., Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W., Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Mercer, C. e cols. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *BMJ*, **327**, 426–427.
- Nobre, P. (2006) *Disfunções sexuais*; 1ª edição; Climepsi Editores; Lisboa.
- Oberg, K. e cols. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *Int J Impot Res* **16**, 261–269.
- Pablo, C., Soares, C. (2004) As disfunções sexuais femininas; *Rev Port Clin Geral* **20**:357-70.
- Pacheco, J. (1987) Determinantes psicossociais *In* Gomes, A., Albuquerque, A., Nunes, J., *Sexologia em Portugal: a sexologia clínica (volume I)*; pp.287-304; 1ª edição; Texto Editora; Lisboa.

- Pereira, N. e cols. (2005) Episex-pt: epidemiologia das disfunções sexuais em Portugal Continental *In Sociedade Portuguesa de Andrologia*; pp. 18-82.
- Segraves, R. e cols. (2007). Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *J Sex Med*, **4**, 567–580.
- Simons, J., Carey, M. (2001) Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research; *Arch Sex Behav*. April ; **30**(2): 177–219.
- Soares, M.C. (1999) *Contribuição para uma melhor compreensão da morbilidade sexual e da perturbação da imagem corporal da mulher mastectomizada*; Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas; Biblioteca Nacional, Biblioteca da Universidade do Porto.
- Spector, I., Carey, M. (1990) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* **19**: 389-408.
- Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical, and feminist criticisms of “the human sexual response cycle” model. *Annu Rev Sex Res*, **2**, 1–23.
- Tiefer, L. (1996) The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues; *Annu Rev Sex Res*, **7**, pp. 252-284.
- Tiefer, L. e cols. (2002) Beyond dysfunction: a new view of women’s sexual problems; *J Sex Marital Ther*, **28**:225-232.
- Torgal, I. (2004) *Fisiologia do Ovário – Manual de Ginecologia*; 1ª edição; Ediliber; Coimbra.

- West, S. e cols. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med*, **168**, 1441–1449.
- Witting, K. e cols. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med*, **5**:2587– 2599.
- World Health Organization (1992) *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems*, Geneva: World Health Organization.
- Zucker, K. (2002) From the editor’s desk: receiving the torch in the era os sexology’s renaissance; *Arch Sex Behav*, **31**(1): 1-6.

Referências electrónicas

- *The History of sexuality*; acedido em 16 de Novembro de 2010;
http://en.wikipedia.org/wiki/The_History_of_Sexuality
- Acedido em Novembro de 2010;
<http://www.diaadiarevista.com.br/News/13/2934/livro-retrata-o-sexo-na-historia-da-humanidade.aspx>
- História da sexualidade no mundo; acedido em Novembro de 2010;
http://www.redeapoio.com.br/artigos/A_HISTORIA_DA_SEXUALIDADE_NO_MUNDO.doc
- OMS (1992); ICD-10; acedido em Dezembro de 2010;
<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- História da sexualidade; Acedido em Dezembro de 2010;
<http://www.scribd.com/doc/4100872/Historia-da-sexualidade-1-Michel-Foucault->

- História da mulher; acessado em Dezembro de 2010;
http://historiamulher.tripod.com/historia_mulher.htm
- Veloso, M.; A crise do masculino; acessado em Dezembro de 2010;
http://www.psicnet.psc.br/v2/site/temas/temas_default.asp?ID=1770
- Pinho, L., História da sexualidade feminina; acessado em Dezembro de 2010;
http://www.anpuhpb.org/anais_xiii_eeph/textos/ST%2009%20-%20L%C3%BAcia%20de%20F%C3%A1tima%20Souto%20Pinho%20TC.PDF
- Três ensaios sobre a teoria da sexualidade; acessado em Janeiro de 2011;
<http://www.scribd.com/doc/16372490/Tres-Ensaio-da-Sexualidade-Freud>
- *Site* oficial do DSM-V; acessado em Março de 2011; www.dsm5.org