

As disfunções sexuais femininas

CRISTINA PABLO*, CATARINA SOARES**

INTRODUÇÃO

Globalmente, a comunidade científica tem dedicado uma menor atenção ao estudo da sexualidade feminina e privilegiado o conhecimento dos aspectos da sexualidade masculina. Aliás, não só os responsáveis pela pesquisa no campo científico – que beneficiam do enorme apoio da indústria farmacêutica desde o lançamento do tão mundialmente famoso Viagra – como os próprios *media* (Leland, 2000 cit. por Wincze e Carey, 2001)¹ têm favorecido este crescente culto unilateral. Mesmo assim, ao longo dos últimos 30 anos, no âmbito do contexto clínico, tem subsistido um esforço por se encontrar uma resposta terapêutica para as dificuldades sexuais das mulheres apesar da desproporcionalidade do «estado da arte».

Em 1953, Alfred Kinsey publica a obra *Sexual Behaviors in The Human Female*² tornando-se numa referência obrigatória relativa à descrição pormenorizada do repertório sexual feminino.

Nas décadas de 60 e 70, William Masters e Virgínia Johnson estudam experimentalmente a resposta sexual humana editando *Human Sexual Response* (1966)³ e *Human Sexual Inadequacy* (1970)⁴. Revolucionam o conhecimento da época ao proporem um modelo quase unisexual da resposta sexual humana – o modelo EPOR baseado em quatro hipotéticas fases do ciclo da resposta sexual: Excitação, Plateau, Orgasmo e Resolução.

Helen Singer Kaplan⁵ salienta a ausência do desejo sexual na proposta EPOR e apresenta um modelo alternativo, na sua essência, trifásico DEO (Desejo, Excitação e Orgasmo).

Ambos os modelos supracitados partilham três características que exerceram uma influência considerável na prática da terapia sexual, nomeadamente⁶:

1. a atribuição à ansiedade do papel central na etiologia das disfunções sexuais;
2. trata-se de modelos organizativos das respostas sexuais periféricos que ignoram aspectos psicológicos e
3. a unisexualidade dos modelos.

É provável que a maior complexidade da resposta sexual feminina tenha contribuído para o estudo assimétrico da sexualidade masculina; contudo, salientamos que não obstante a mulher ser durante um considerável período da sua vida consumidora em massa de preparados hormonais (anovulatórios e terapêutica de substituição hormonal), proporcionando assim valiosas oportunidades de estudo, estas não foram adequadamente aproveitadas.

Foi durante a década passada que se observaram os maiores avanços e contribuições inerentes à sexualidade feminina.¹ Esperamos que os recentes desenvolvimentos permitam que o «fenómeno Viagra» tenha também um poderoso impacto sobre a sexualidade feminina.⁶ Heiman refere que a investigação futura não deve prosseguir sem procurar avaliar e considerar a informação subjectiva da resposta sexual e da satisfação da mulher.⁷

*Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual na Consulta de Sexologia Clínica do Hospital Júlio de Matos
*Mestranda em Terapias Cognitivo-Comportamentais e Sistémicas na Universidade de Coimbra.

Assistente-Estagiária no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul

**Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual na Consulta de Sexologia Clínica do Hospital Júlio de Matos

**Doutoramento em Ciências Biomédicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Professora no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul

As DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

As disfunções sexuais femininas - à excepção do vaginismo e independentemente da fase do ciclo de resposta sexual afectada -, eram denominadas pelo termo englobante «frigidez», até à década de 70.⁸ O cunho pejorativo associado a esta «categoria diagnóstica» e, conseqüentemente, à vivência da sua sexualidade, alimentaram uma visão distorcida da mulher nos séculos passados. A revolução ocorrida com os trabalhos pioneiros de Masters e Johnson vieram possibilitar o reenquadramento da «patologia» sexual feminina. A investigação conseqüente e os modelos teóricos posteriores permitiram criar uma base sólida para a compreensão do funcionamento sexual adequado e patológico a partir do estabelecimento das fases do ciclo de resposta sexual humana: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução. A disfunção sexual ocorreria perante a perturbação num destes estádios ou ainda por dor associada à relação sexual.

CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO

Os actuais sistemas de classificação - o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria e a Classificação Internacional das Doenças (CID) da

Organização Mundial de Saúde - baseiam-se na conceptualização das disfunções sexuais tendo como alicerces os modelos propostos por Masters e Johnson e Helen Kaplan. Simbolizam, deste modo, a disfunção sexual enquanto doença, o que nem sempre é verdade, e apelam ao modelo médico esquecendo que a sexualidade também tem uma leitura psicossomática.⁶ Contudo, apesar de um consenso na literatura relativamente à limitação destes sistemas, continuamos a recorrer a eles por variadíssimas razões. Não obstante, será importante ter presente que eles «de modo algum reflectem a complexidade, a riqueza e a realidade das disfunções sexuais».⁶

A quarta edição revista do DSM (DSM-IV-TR)¹⁰ concebe seis categorias de disfunção sexual feminina (Quadro I): Desejo Sexual Hipoactivo e Aversão Sexual (consideradas dentro das Perturbações de Desejo Sexual), Perturbação da Excitação Sexual na Mulher, Perturbação do Orgasmo na Mulher, Dispareunia e Vaginismo (ambas incluídas nas Perturbações por Dor Sexual). Os critérios incluem a necessidade da perturbação causar um acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal e excluem a presença de outra perturbação do Eixo I, estado físico geral ou efeitos fisiológicos directos de uma substância como causas exclusivas.

As disfunções são ainda classificadas de acordo com duas dimensões:

QUADRO I**CATEGORIAS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

Fase do ciclo de resposta sexual	Disfunção Sexual Feminina
Desejo	Desejo Sexual Hipoactivo Aversão Sexual
Excitação	Perturbação da Excitação Sexual na Mulher
Orgasmo	Perturbação do Orgasmo na Mulher
Dor	Dispareunia Vaginismo

- i) Natureza do início da disfunção sexual: ao longo da vida (primária) ou adquirida (secundária);
- ii) Contexto em que a disfunção sexual ocorre: generalizada (ocorre em todas as situações e parceiros) ou situacionais (ocorre apenas em situações ou com parceiros específicos).

Um terceiro subtipo é ainda utilizado para especificar a etiologia associada às disfunções sexuais: devido a factores psicológicos (existência de factores psicológicos relevantes na origem e manutenção da perturbação) ou devido a factores combinados (além da presença de factores psicológicos considera-se uma contribuição importante da condição física geral ou a utilização de substâncias).¹⁰

Desejo Sexual Hipoactivo

Wincze e Carey definem «desejo» como «*an interest in being sexual and in having sexual relations by oneself or with an appropriate (e.g. mutually consenting) partner*» (p.13).¹ Os autores referem que perante um quadro oposto, podem ser experienciados estados afectivos negativos – desconforto, tristeza, desapontamento, frustração, culpa, depressão ou embaraço – possivelmente resultantes da discrepância entre o sujeito e o parceiro ou da divergência entre o comportamento sexual e as expectativas transmitidas sobre a «normalidade».

A perturbação é caracterizada pela ausência ou diminuição do desejo de actividade sexual e fantasias sexuais de forma persistente e recorrente. É necessário que seja o clínico a proceder à avaliação do défice ou ausência de desejo tendo em conta variáveis como a idade e o contexto da pessoa no funcionamento sexual.¹⁰

Aversão Sexual

A principal característica desta disfunção consiste na presença persistente ou recorrente de uma aversão ao contacto sexual genital e ao seu evitamento. A

aversão pode ser específica (e.g. secreções genitais, penetração vaginal) ou generalizada a todos os estímulos sexuais como o beijar e o tocar.¹⁰ Têm sido descritos estados emocionais de ansiedade, medo ou nojo perante a situação de interacção sexual. O confronto com o estímulo pode desencadear reacções ligeiras a severas, proporcional a um comportamento fóbico, acompanhado de manifestações fisiológicas como suores, náuseas, vômitos, diarreia e palpitações.⁸

Perturbação da Excitação Sexual da Mulher

Na fase de excitação sexual ocorrem transformações na mulher cujo objectivo é a sua preparação para o coito. Fisiologicamente salientam-se os fenómenos de vasocongestão na pélvis, lubrificação vaginal e entumescimento da genitália externa. As alterações cognitivo-afectivo (e.g. foco atencional nos estímulos eróticos, sensação subjectiva de excitação sexual) são mais subtis mas parece que as mulheres tendem a estar mais atentas que os homens a estas mudanças.¹ Inversamente as mulheres têm maior dificuldade em atribuir sensações eróticas às suas mudanças fisiológicas.

Segundo o DSM-IV-TR¹⁰, a perturbação da excitação sexual da mulher define-se como a «incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a actividade sexual, uma adequada resposta de lubrificação-entumescimento da excitação sexual». Wincze e Carey referem que subjectivamente existe uma dificuldade em encontrar prazer na actividade sexual e uma ausência de sentimentos eróticos.¹

Perturbação do Orgasmo na Mulher

O orgasmo é descrito por alguns autores⁸ como uma combinação da experiência subjectiva com alterações fisiológicas na vagina e área pélvica que resulta numa sensação de bem-estar ge-

ral. Leiblum e Rosen expõem algumas das descrições subjectivas do orgasmo: «atingir um pico», «sentir uma tensão crescente que é libertada», «sensação de perda do sentido temporal». ¹¹ Porém, a ausência de uma única definição e o papel atribuído ao longo da história ao orgasmo feminino associados à ausência duma «prova visível» e irrefutável acerca da sua existência, como a ejaculação no homem, tem gerado controvérsia, mitos e crenças erradas. Assiste-se, deste modo, a preocupações sobre o orgasmo sem coito, orgasmos vaginal e clitoriano e orgasmos múltiplos.

Sabe-se, hoje em dia, que a mulher tem a capacidade de sentir orgasmos sem que haja estimulação directa dos genitais – o que evidencia o papel do cérebro enquanto estrutura sexual, especialmente na mulher. E Kaplan, citada por Wincze e Carey¹, refere que a penetração por si só pode não ser suficientemente intensa para produzir orgasmo e que nestas mulheres talvez seja necessário uma estimulação simultânea do clitoris. Por outro lado, naquelas mulheres que experienciam orgasmo durante o coito, podem não o sentir em todos os coitos. Aliás, a ausência de orgasmo durante o coito não é uma disfunção sexual; pode ser natural e normal.¹

Deste modo, a Perturbação do Orgasmo na Mulher é definida como o atraso ou ausência de orgasmo, persistente ou recorrente, a seguir a uma fase de excitação adequada, sendo necessário recorrer ao juízo clínico tendo por base a idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe.¹⁰ Conquanto, se em algumas mulheres a perturbação nesta fase é impeditiva da actividade sexual e acompanhada por sentimentos de desilusão e insatisfação que levam a que o desejo sexual cesse, noutras mulheres anorgásticas o desejo, o aumento da excitação e satisfação sexual mantêm-se.¹

Dispareunia

A dispareunia consiste na ocorrência de uma dor genital persistente ou recorrente associada à actividade sexual na mulher (e no homem) não sendo provocada exclusivamente por vaginismo ou ausência de lubrificação.¹⁰ Esta dor pode ser manifestada antes, durante ou após o coito.

Vaginismo

O vaginismo é usualmente definido como um espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina. Segundo os critérios do DSM-IV-TR¹⁰, trata-se de uma contracção recorrente ou persistente quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espécule; o mesmo espasmo pode ocorrer perante a antecipação da introdução vaginal. A contracção ocorre nos músculos perineais e elevador do ânus e a sua intensidade pode variar de ligeira, produzindo aperto e desconforto mas tolerando algum tipo de penetração (e.g. tampão, dedo), a grave, impossibilitando a penetração.

O diagnóstico necessita de confirmação através da observação ginecológica.

Não é incomum, deste modo, que mulheres com vaginismo e uma reacção de medo extrema perante a penetração vivam a relação sexual sem a consumação do coito durante anos, apesar de sentirem desejo, prazer e com frequência orgasmos na interacção vaginal.

PREVALÊNCIA

Os dados relativos à prevalência das disfunções sexuais em geral são escassos e mostram uma grande diversidade entre si consoante os estudos. As razões prendem-se com a utilização de diferentes sistemas classificatórios, métodos de avaliação e variáveis dos grupos populacionais em que incidem estes estudos.

O estudo epidemiológico americano

*National Social and Health Life Survey*¹², realizado por Laumann, Paik e Rosen em 1999, estudou as disfunções sexuais em 1.749 mulheres com idade compreendida entre os 18 e os 54 anos nos Estados Unidos. Os dados indicam que 22% das mulheres referem diminuição do desejo sexual e que esta alteração tende a decrescer com o aumento da idade; 14% das mulheres apresentam uma perturbação da excitação sexual; 24% das mulheres reportam queixas de anorgasmia; e, entre 10% a 15% das mulheres queixam-se de dor sexual mas os autores não distinguem entre vaginismo e dispareunia.

QUADRO II

EFEITO DAS HORMONAS SOBRE O DESEJO SEXUAL (ADAPTADO DE HIRCH PARA LABORATÓRIOS LEPORI)¹³

Hormonas	Efeito sobre o Desejo Sexual
Testosterona	aumenta
Prolactina	inibitório
Estrogénios	positivo
Progesterona	inibitório (?)

QUADRO III

FACTORES ORGÂNICOS COM EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O DESEJO SEXUAL (ADAPTADO DE HIRCH PARA LABORATÓRIOS LEPORI)¹³

Doenças Endocrinológicas

- Hiperprolactinémia iatrogénica ou por adenoma hipofisário
- Hipotestosteronémia (sobretudo na menopausa)
- Hipotireoidismo
- Insuficiência da supra-renal

Doenças Astênicas

- Hepatite viral e crónica activa
- Mononucleose infecciosa
- Sida
- Alcoolismo
- Diabetes
- Tuberculose
- Tabagismo
- Insuficiência renal crónica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Parkinson

Fármacos

- Benzodiazepinas
- Antidepressivos (SSRIs, tricíclicos)
- Medicamentos com efeito anti-androgénio
- Medicamentos que aumentem a prolactina
- Anti-hipertensores centrais
- Diuréticos com efeito sedativo e depressor
- A pílula ?

FACTORES ETIOLÓGICOS

Factores Biológicos

Os factores biológicos desempenham um papel preponderante na etiologia das perturbações de cariz sexual. Contudo, a presença de patologia médica não é condição obrigatória para a disfunção sexual feminina.

• DESEJO SEXUAL

Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode resultar indirectamente na redução do desejo sexual enquanto a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais activo. Contudo, e antes de mais, a mulher está mensalmente sujeita às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, pode engravidar e assiste ao cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. O efeito da acção das hormonas sobre o desejo é apresentado no Quadro II.

Assim, algumas doenças endocrinológicas como outros factores de ordem

orgânica podem actuar sobre a diminuição do desejo sexual (Quadro III).

• EXCITAÇÃO SEXUAL

Os processos fisiológicos envolvidos no fenómeno de excitação sexual podem ser perturbados por lesões nos sistemas vascular, que originam diminuição da lubrificação vaginal, e neurológico, por exemplo défices secundários à diabetes ou esclerose múltipla. Das alterações endocrinológicas, as hipoestrogenias normativas (menopausa ou amamentação), induzidas (ooforectomia) ou patológicas, por exemplo, podem aumentar a secura vaginal e conduzir a um quadro de dispareunia. O Quadro IV apresenta estados orgânicos com um impacto adverso na excitação sexual da mulher.

• FASE ORGÁSTICA

Os factores de ordem neurológica que afectem as vias simpáticas e parassimpáticas podem estar implicados nas dificuldades orgásticas femininas, especialmente se se tratarem de situações crónicas. No Quadro V são expostas as principais condições patológicas que afectam os centros medulares D11 a L2, mediadores do funcionamento orgástico. Também as alterações hormonais ou uso de fármacos (existem sobretudo inúmeros estudos que comprovam o efeito negativo dos SSRIs), álcool e algumas drogas comprometem o orgasmo.

• DOR SEXUAL

Para Abarbanel (1978) citado por Wincze e Carey¹, na avaliação da etiologia da

QUADRO IV

SITUAÇÕES QUE AFECTAM NEGATIVAMENTE A FASE DE DESEJO SEXUAL NA MULHER (ARAÚJO E SOARES, 1987)¹⁴

Doenças Endócrinas

- Doença de Addison
- Síndrome de Cushing
- Acromegalia
- Diabetes Mellitus
- Doenças da tiróide
- Hipoestrogenias
- Lesões hipotalâmicas

Lesões Neurológicas

- Acidentes vasculares cerebrais
- Neoplasias cerebrais
- Lesões do lóbulo temporal
- Esclerose múltipla
- Esclerose lateral amiotrófica
- Neuropatias periféricas (alcoolismo, diabetes, etc.)
- Tabes dorsalis
- Miastenia grave
- Paraplegias traumáticas
- Espinha bifida
- Paralisia cerebral
- Doenças extra-piramidais (por exemplo, parkinsonismo)
- Simpatiectomia

Doenças que afectam o estado geral da pessoa

- Doenças malignas
- Doenças renais
- Doenças cardio-vasculares
- Doenças hepáticas
- Doenças pulmonares
- Hemopatias

Fármacos

- Anti-histamínicos
- Anti-colonérgicos
- Anti-hipertensores
- Anti-androgéneos
- Anti-estrogéneos
- Atropina
- Psicotrópicos
- Progestativos
- Pílula

Abuso de Substâncias Psicoactivas

- Álcool
- Anfetaminas
- Heroína

QUADRO V

CONDIÇÕES PATOLÓGICAS QUE AFECTAM OS CENTROS MEDULARES D11 A L2 IMPLICADOS NA FASE ORGÁSTICA DA MULHER (ARAÚJO E SOARES, 1987)¹⁴**Doenças Neurológicas**

- Esclerose múltipla
- Esclerose lateral amiotrófica
- Neuropatias
- Mielites
- Tabes dorsalis
- Hérnia discal
- Diabetes

Intervenções Cirúrgicas

- Simpatiectomia lombar ou torácico-lombar
- Linfadenectomia retroperineal
- Cirurgia aorto-ílica
- Cirurgia pélvica radical

Situações Traumáticas

- Paraplegia envolvendo lesão baixa da medula
- Ruptura posterior da uretra

Fármacos

- Hipnóticos
- Neurolépticos
- Ansiolíticos
- Antidepressivos
- Estimulantes
- Bloqueadores α -adrenérgicos

dispareunia devem-se considerar factores anatómicos, patológicos e iatrogénicos. Os primeiros incluem situações congénitas como malformações genitais que tornam o coito doloroso; estados de doença aguda ou crónica como infecções do tracto urinário constituem os factores de ordem patológica; por fim, os resultados de procedimentos médicos como a episiotomia podem também gerar dor na relação sexual.

Araújo e Soares¹⁴ distinguem entre dispareunia, ou seja, situações dolorosas mas nas quais é possível o coito, e apareunia, condição que torna o coito inexequível. As autoras apresentam uma lista de prováveis quadros etiológicos ginecológicos, como por exemplo, uretrites, vulvites, vaginites que afectam ambas.

No caso do vaginismo, têm sido referidos um vasto número de causas e processos biológicos, como por exemplo, vaginites, congestão pélvica, episiotomia e histerectomia vaginal. Porém, para o seu diagnóstico devem ser excluídas as seguintes situações: endometriose, relaxação do ligamento de suporte uterino, hímen rígido, hemorróidas,

estenose vaginal, tumores pélvicos, doença inflamatória pélvica, atrofia senil da vagina, patologias neonatais, cárculo uretral (Tollison e Adams, 1979 cit. por Wincze e Carey).¹

Factores Psicossociais

As contribuições psicológicas e do contexto sócio-cultural na expressão saudável da sexualidade e consequente disfunção parecem ser elevadas. Aliás, a existência exclusiva de factores psicológicos relevantes na origem e manutenção da perturbação é incluída no sistema classificatório referido ao longo do presente artigo; a alternativa - devido a factores combinados (presença de uma condição física geral ou o uso de substâncias) - implica sempre o compromisso de factores psicológicos.

É consensual na literatura a existência de determinados factores etiológicos comuns às disfunções sexuais femininas: a presença de estados emocionais negativos como a raiva, depressão, ansiedade ou medo; factores individuais como a baixa auto-estima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, com

dor ou de abuso sexual; factores educacionais e culturais como contributos na formação de crenças erróneas e desinformação acerca da sexualidade, mensagens parentais negativas acerca de sexo e ortodoxia religiosa; aspectos do relacionamento conjugal como o papel do parceiro e conflitos maritais.

No Quadro VI é apresentada uma síntese dos determinantes psicossociais das disfunções sexuais femininas.

No caso das perturbações do desejo sexual a ausência de atracção sexual pelo parceiro é um factor psicológico importante. A literatura indica que algumas perturbações psiquiátricas podem estar também associadas à diminuição do desejo sexual: depressão, perturbações da ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações do comportamento alimentar e doença mental severa como a esquizofrenia.¹

Os factores de ordem relacional como a falta de estimulação adequada do parceiro e um padrão comunicacional pobre podem interferir negativamente com a excitação sexual. Um estudo realiza-

do numa amostra de 979 mulheres na Inglaterra encontrou as dificuldades maritais como as melhores preditoras das dificuldades de excitação sexual (Dunn et al., 1999 cit. por Wincze e Carey).¹

Relativamente à disfunção orgásmica salienta-se a associação de determinados factores sócio-demográficos tais como a idade (jovens), estado civil (solteiras) e nível educacional (baixo). A distração cognitiva durante a actividade sexual e algumas características da personalidade, como a necessidade de controlar as situações (Fischer, 1973 cit. por Leiblum e Rosen)¹¹, serão também passíveis de produzir perturbação a nível da experiência subjectiva do orgasmo como as suas conseqüentes manifestações somáticas (e.g. diminuição das contracções rítmicas da plataforma orgásmica).

No que concerne à dispareunia, a seguinte citação de Masters e Johnson (1970, cit. por Wincze e Carey)¹ é ilustrativa do peso dos factores psicossociais.

«Mesmo após um exame pélvico adequado é frequente o clínico não ter a certeza se as queixas são devidas a patologia pélvica não diagnosticada, ou como acontece milhares de vezes, a mulher sexualmente disfuncional está a utilizar o sintoma dor como meio de se furtar completamente, ou pelo menos reduzir substancialmente o número de indesejáveis interacções sexuais no casamento.» (pp. 266-267)

A existência de expectativas de dor aprendidas parentalmente e factores relacionais (desconfiança e comunicação inadequada), são sobremaneira relevantes na etiologia desta disfunção.

O vaginismo, para além dos aspectos etiológicos supracitados, tem sido também conceptualizado com base no paradigma do condicionamento clássico. Desta forma, o coito (estímulo condicionado) associado a uma sensação de dor (estímulo incondicionado) gera a

QUADRO VI

DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS (PACHECO, 1987)¹⁵

Factores Individuais

- Auto-imagem
- Auto-estima
- Auto-eficácia

Experiências Prévias

- Falta de informação sexual, ignorância e concepções erróneas
- Ortodoxia religiosa
- Relação pais-filhos e ambiente familiar
- Experiência traumática

Circunstâncias Actuais

- Interação da unidade conjugal
- Discórdia conjugal

contração da musculatura vaginal (resposta incondicionada). O processo de aprendizagem implica que os estímulos condicionados (pensamentos, situações de interacção sexual com o parceiro) associados à penetração vaginal conduzam a uma resposta reflexa de espasmo muscular (resposta condicionada). O comportamento de evitamento mantém este mecanismo por reforço negativo segundo as formulações do condicionamento operante, ou seja, impede a mulher de se envolver no coito (evita o desconforto sentido) e alivia assim a ansiedade antecipatória.

Tratamento

Do exposto é possível observar a relevância atribuída aos factores de ordem psicossocial na génese e manutenção da disfunção sexual feminina. Assim, conceptualizamos a intervenção psicológica como uma estratégia terapêutica a considerar na maioria dos casos. Simultaneamente, o tratamento médico e farmacológico também pode revelar-se de extrema importância pelo que, se a situação clínica o exigir, uma terapia combinada poderá ser a melhor opção terapêutica.

Intervenção Psicológica

Proposto em 1974 por Jack Annon¹⁶, o modelo PLISSIT conceptualiza quatro níveis de aconselhamento sexual cuja complexidade e grau de conhecimento necessários para a intervenção vai aumentando de nível para nível. Privilegia o factor educacional para combater a ignorância e os mitos sexuais e coloca a abordagem especializada num ulterior plano, para as situações de disfunção sexual. Deste modo, permite que os profissionais de saúde, consoante as suas habilitações, possam desempenhar um papel activo no manejo das dificuldades sexuais.

Os quatro níveis são a Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas e Terapia Intensiva:

- **Nível I ou Permissão:** permite desculpabilizar em relação a práticas ou comportamentos sexuais (e.g. masturbação) que suscitam dúvidas em relação à normalidade, incluindo pensamentos e fantasias eróticas através da autoridade científica do técnico de saúde.

- **Nível II ou Informação Limitada:** quando o problema em causa é atribuível a mitos ou ignorância sobre determinado aspecto do funcionamento sexual (e.g. configuração anatómica dos órgãos sexuais, «normalidade» acerca da frequência do coito), a informação clara e concisa, circunscrita ao problema colocado fornecida pelo profissional tem um papel importante, quer na regulação das emoções, quer na permissão para aceitar o próprio corpo.

- **Nível III ou Sugestões Específicas:** sugerem-se técnicas de estimulação ou de mudança de comportamento com o objectivo de solucionar o problema em causa (e.g. «pseudo-anorgasmia»). A intervenção é mais exigente e requer um conhecimento sobre o funcionamento sexual (incluindo técnicas específicas) mais profundo.

Os três primeiros níveis implicam do profissional de saúde: i) o sentir-se à vontade com a sua própria sexualidade, para assim discutir sem preconceitos questões do foro sexual; ii) o recurso a uma linguagem clara, simples e concisa que lhe permita comunicar com o doente; iii) conhecimentos básicos sobre a resposta sexual humana, e qual a influência que o doente poderá exercer sobre ela.

- **Nível IV ou Terapia Intensiva:** consiste na terapia sexual propriamente dita e necessita de formação adequada e treino específico com supervisão. Seria a última linha de tratamento a ser aplicada aos casos mais difíceis e longos de padrões sexuais disfuncionais.

A terapia sexual é baseada no modelo terapêutico proposto por Masters e Johnson com algumas modificações, sobretudo na maior ênfase dada aos as-

QUADRO VII

RESUMO DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS (ARAÚJO E SOARES, 1987)¹⁴**Individual**

1. Restruturação cognitiva de pensamentos e rótulos negativos e incidentes traumáticos.
2. Manter registos diários dos pensamentos, imagens e fantasias sexuais.
3. Atribuir conotações sexuais a um maior número de estímulos.
4. Aumentar as fantasias sexuais, recorrendo a material audiovisual, se necessário.
5. Exercícios para melhorar auto-estima e auto-imagem.
6. Exercícios de auto-estimulação erótica.
7. Treinos de aptidões sociais e de auto-afirmação.

Com o casal

1. Diminuição das interações negativas, aumento das interações positivas (situações não sexuais).
2. Aumentar contacto físico não-sexual.
3. Planear condições favoráveis à interação sexual.
4. Implementar interações de foco sensorial e de coito não exigente.
5. Aumentar o repertório de comunicação sexual do casal.
6. Utilizar sistema de iniciativa alternada.
7. Focar na importância da auto-proteção e da auto-afirmação.
8. Focar na qualidade e não na quantidade das relações sexuais.

pectos cognitivos associados às perturbações sexuais. Assim, a prescrição de mudanças específicas de comportamento destinam-se a eliminar a ansiedade de execução, a corrigir estilos de vida destrutivos e papéis sexuais inadequados (e.g. papel de espectador), a aumentar a comunicação e o repertório sexual. Pretende-se, acima de tudo, a promoção de atitudes sexuais positivas e a aprendizagem de aptidões sexuais cognitivas.

O casal, particularmente, é o foco da terapia; contudo, no caso de um indivíduo não possuir um companheiro ou parceiro fixo é exequível uma intervenção individual.

O Quadro VII apresenta um resumo de algumas intervenções terapêuticas nas disfunções femininas.

A relaxação pode ser considerada uma técnica útil quando estão presentes níveis elevados de ansiedade.

INTERVENÇÃO MÉDICA E FARMACOLÓGICA

A intervenção médica, sobretudo do clínico geral/médico de família, pode ser útil nos níveis I e II, dando permissão e sugestões específicas.

No que concerne à administração de fármacos, o recurso a ansiolíticos parece apropriado perante quadros ansiosos disfuncionais, alguns antidepressivos (trazodone) exercem um efeito positivo sobre o desejo e a administração de preparados hormonais, como a testosterona (desejo) e substâncias vasodilatadoras (excitação e orgasmo), pode ser benéfica. A terapia de substituição hormonal em mulheres menopáusicas também deve ser considerada. Para um maior esclarecimento, sugerimos a leitura de Leiblum e Rosen.¹¹

Salientamos ainda a necessidade de, em alguns casos, ser necessário recorrer a intervenções cirúrgicas (e.g. himelectomia).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wincze JP, Carey MP. Sexual Dysfunction – A guide for assessment and treatment. New York: Guilford Press; 2001.
2. Kinsey A. O comportamento sexual da mulher. Meridiano: Lisboa; 1970.
3. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Boston: Little Brown; 1966.
4. Masters W, Johnson V. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown; 1970.
5. Kaplan HS. Manual Ilustrado de Terapia

Sexual. Sexo e não só. Lisboa; 1979.

6. Soares C. Disfunções sexuais femininas. In Fonseca L, Soares C, Vaz JM. A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I. Coimbra: Quarteto; 2003.

7. Heiman JR. Orgasmic Disorders in Women. In Leiblum SR, Rosen, RC. Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford Press; 2000.

8. Mendes F. As disfunções sexuais femininas. In Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. Sexologia em Portugal – A sexologia clínica. Lisboa: Texto Editora; 1987.

9. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh; Churchill Livingstone; 1989.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed). Washington: American Psychiatric Association; 2000.

11. Leiblum SR, Rosen, RC. Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford Press; 2000.

12. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. JAMA 1999; 281:537-44.

13. Esther Hirsch para Laboratórios I. Lepori

14. Araújo MI, Soares C. Como lidar com uma disfunção sexual feminina. In Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. Sexologia em Portugal – A sexologia clínica. Lisboa: Texto Editora; 1987.

15. Pacheco J. Determinantes psicossociais. In Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. Sexologia em Portugal – A sexologia clínica. Lisboa: Texto Editora; 1987.

16. Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. S. Hagerstown, Md: Medical Dept.: Harper & Row; 1976.

Endereço para correspondência:

Prof.ª Catarina Soares
Av. da Liberdade, 129, 7ªA
1250-140 Lisboa