

# 7 A disfunção sexual na mulher

Ana Alexandra Carvalheira e Francisco Allen Gomes

## 1. INTRODUÇÃO

De uma forma geral, disfunção sexual engloba todas as formas de vivências insatisfatórias no relacionamento sexual, desde a dificuldade em sentir prazer ou satisfação até à incapacidade em satisfazer o(a) parceiro(a). Nem todas as dificuldades e insatisfações são verdadeiras disfunções. Há alturas da vida em que o ajustamento sexual entre duas pessoas é mais difícil por factores circunstanciais ou individuais. O stress profissional e o stress da vida quotidiana nos tempos actuais podem, por exemplo, criar dificuldades a um relacionamento sexual satisfatório. Assim deve-se reservar o termo disfunção para quando há uma situação concreta, física ou psíquica, que torna impossível a função sexual. Problemas e dificuldades no relacionamento sexuais são situações frequentes ao longo da nossa vida. As disfunções, pelo contrário, são mais raras, estando ligadas a um estado de saúde deficiente a nível físico ou mental.

## 2. CLASSIFICAÇÃO

A classificação das disfunções sexuais femininas (DSF) esteve até há 10 anos atrás baseada no modelo da resposta sexual humana de Masters e Johnson<sup>1</sup>, posteriormente emendado ou reformulado por Kaplan com a introdução da fase do desejo sexual<sup>2,3</sup>. Trata-se dum modelo resultante de uma extensa observação clínica bem como de rigorosa investigação psicofisiológica, mas que reflecte muito mais a resposta sexual

masculina do que a feminina. Assim, a classificação das disfunções femininas foi feita com base neste modelo linear e sequencial, que contemplava três fases na resposta sexual: o desejo, a excitação e o orgasmo. Ao longo de três décadas (70, 80 e 90), a sexualidade feminina foi sendo analisada através de inferências do conhecimento da resposta masculina, por conseguinte, o seu estudo foi negligenciado.

Em 1998, realizou-se em Boston a primeira reunião de consenso para discussão da definição e classificação das DSF, que contou com um grupo multidisciplinar de 19 especialistas<sup>4</sup>.

O esquema classificativo que aqui se apresenta é a classificação norte-americana – a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) na sua edição de texto revisto<sup>5</sup> com as modificações introduzidas pelo consenso de 1998. Depois deste, foram realizadas mais duas reuniões internacionais de consenso de onde resultou uma proposta de alterações no sistema de classificação das DSF<sup>6</sup>, no sentido de melhor reflectir a realidade clínica da sexualidade das mulheres.

Disfunção sexual é uma forma apropriada e heurísticamente útil de descrever um problema sexual que resulta, quer de um padrão mal adaptativo de resposta psicofisiológica, ou das consequências de um processo patológico, hormonal ou provocado por drogas que interferem com o sistema de resposta sexual<sup>7</sup>. Há critérios indispensáveis para que uma alteração da resposta sexual, seja considerada uma disfunção:

- Ser persistente ou recorrente.
- Causar sofrimento interpessoal (DSM-IV-TR)<sup>6</sup>.
- Causar sofrimento pessoal<sup>4</sup>.

Os diagnósticos de disfunção sexual devem ainda incluir indicações relativamente ao início (primária/secundária), contexto (generalizado/situacional) e factores etiológicos associados (orgânicos, psicológicos, combinados ou desconhecidos) (Quadro 1).

### 3. DEFINIÇÕES

#### 3.1. DESEJO SEXUAL HIPOACTIVO

Definido como uma deficiência (ou ausência) persistente ou recorrente de fantasias sexuais e/ou do desejo para ter actividade sexual ou para a sua receptividade, que causa perturbação pessoal ou interpessoal. O julgamento da diminuição ou ausência de desejo é feito pelo clínico, que deve ter em consideração uma diversidade de factores que afectam o desejo sexual como, a idade e o contexto da vida pessoal.

Uma primeira crítica do painel de peritos do consenso acima referido é relativa às fantasias sexuais como principais desencadeantes do comportamento sexual. A investigação e a prática clínica mostram que os pensamentos sexuais espontâneos e as fantasias são muito menos frequentes nas mulheres em relações de longa duração e sexualmente saudáveis.

Assim, faz pouco sentido que as fantasias sexuais sejam um critério de diagnóstico. Na prática clínica, podemos observar que as mulheres têm um amplo espectro de desencadeantes da actividade sexual muito para além das fantasias sexuais, e que não são contemplados pela DSM-IV-TR. A literatura e a experiência clínica mostram uma diversidade de razões e motivações para o envolvimento das mulheres na actividade sexual<sup>8-12</sup>, tais como fortalecer o vínculo emocional, sentirem-se desejadas ou atraentes, entre muitas outras. Por outro lado, a clínica também nos mostra que muitas vezes as mulheres iniciam actividade sexual sem desejo, e muitas vezes a excitação sexual antecede o desejo. Assim, a mulher pode não sentir desejo sexual para iniciar actividade sexual, mas se for abordada pelo parceiro, poderá estar receptiva e envolver-se, e o desejo só surge posteriormente. Trata-se da distinção proposta por Basson<sup>13</sup> entre desejo espontâneo (pensamentos sexuais e fantasias, a consciência de querer sensações sexuais *per se*, antes de haver qualquer actividade sexual) e desejo reactivo (em resposta a estímulos).

Segundo Basson<sup>14</sup>, as mulheres estão mais conscientes do desejo sexual espontâneo no início das relações, sobretudo no estado de paixão, e a maioria das mulheres em relações de longa duração não experienciam desejo sem haver estimulação sexual, não deixando por isso de serem sexualmente saudáveis.

**Quadro 1.** Classificação das disfunções sexuais femininas

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| D. do desejo    | Desejo sexual hipoactivo |
|                 | Aversão sexual           |
| D. da excitação | Disfunção da excitação   |
| D. do orgasmo   | Disfunção do orgasmo     |
| D. da dor       | Dispareunia              |
|                 | Vaginismo                |
|                 | Dor sexual não-coital    |

A observação clínica mostra que as mulheres que estão em relações novas ou de curta duração, relatam maior frequência de fantasias e pensamentos sexuais, do que as que estão em relações de longa duração. As mulheres em relações de compromissos longos apresentam maior diversidade de razões ou motivações para se envolverem na actividade sexual, sendo que muitas delas não são motivações sexuais, como por exemplo, o carinho ou o vínculo emocional ou mesmo a necessidade de confirmar que é desejada pelo parceiro<sup>14</sup>. A qualidade dos estímulos é igualmente importante. Assim, deve ser avaliada a possibilidade da mulher não estar a receber a estimulação sexual adequada e suficiente por parte do parceiro. O problema do desejo ou a falta de entusiasmo para o sexo deve ser sempre analisada no contexto da relação com o parceiro. Dificuldades com a intimidade emocional, conflitos relacionais, contextos de hostilidade, ou mesmo a falta de atracção pelo parceiro, poderão ser responsáveis pela diminuição do interesse sexual. Alguns estudos mostram que o desejo sexual feminino diminui com o aumento da duração das relações<sup>16</sup> e é favorecido pela existência de um novo parceiro.

Um cenário menos frequente mas que deve ser considerado, é o problema surgir como consequência de uma disfunção sexual do parceiro. O clínico deve ainda avaliar os factores psicológicos e socioculturais na etiologia do problema. A socialização repressiva não favorece a vivência livre do prazer sexual. Em consequência do duplo padrão de moral sexual, a mulher pode facilmente internalizar um papel passivo e atitudes negativas face à sexualidade, que posteriormente dificultam a vivência do prazer livre da culpa ou da vergonha ou ansiedade.

A diminuição do desejo sexual surge nas mulheres como a queixa mais comum, mas com a etiologia mais complexa. O desejo sexual feminino é flutuante e contextual. Flutua de acordo com a saúde física, emocional e relacional; em resposta ao ciclo menstrual,

gravidez, lactação e menopausa; e ainda é afectada pela fadiga e pelas vicissitudes do quotidiano<sup>15</sup>.

### 3.2. AVERSÃO SEXUAL

É definida como sendo uma persistente ou recorrente aversão fóbica e evitamento de todo (ou quase todo) o contacto sexual genital com um parceiro sexual, que causa mal-estar pessoal ou dificuldade interpessoal.

O diagnóstico de aversão sexual distingue-se do desejo sexual hipoactivo pela existência de uma resposta emocional negativa intensa que está na origem do evitamento das situações de contacto sexual, sendo o medo e a repulsa as emoções mais comuns<sup>16</sup>.

A aversão sexual implica uma situação disfuncional que traduz vivências conflituais e traumáticas da sexualidade e que, muitas vezes, se acompanha de sintomatologia física (náuseas, cefaleias) quando o contacto sexual está eminente<sup>17-19</sup>. Pensamos que pode, de facto, traduzir aspectos mais peculiares de um desejo sexual perturbado<sup>20</sup>.

### 3.3. DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL FEMININA

Definida como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma excitação sexual suficiente, causando perturbação pessoal ou interpessoal. Pode ser expressa por uma ausência subjectiva de excitação ou por uma falta de lubrificação genital. Esta definição não foca exclusivamente a resposta genital, tendo em conta outra componente da resposta de excitação, que é a excitação sexual subjectiva. De facto, a excitação sexual feminina não é um processo linear ou simplista e contém dois aspectos: a excitação genital e a excitação subjectiva.

A excitação genital é a resposta fisiológica de vasocongestão genital.

A excitação subjectiva é uma sensação mental de excitação, desencadeada pela avaliação cognitiva dos estímulos.

Não basta ocorrer a lubrificação, a mulher tem que ser capaz de sentir essa excitação. Assim, se por um lado a excitação sexual das mulheres não se reduz à vasocongestão genital, por outro, é já sabido que a lubrificação não é um bom indicador da excitação sexual feminina. A lubrificação vaginal é uma resposta reflexa a qualquer estímulo sexual – seja ou não desejado e apreciado – e nem sempre se correlaciona com a experiência da sensação de excitação<sup>21</sup>.

Há mulheres que lubrificam quando são violadas e outras que ficam excitadas sem lubrificação – o que acontece quando há deficiência de estrogénios<sup>20</sup>. Não aparecem mulheres a queixar-se de falta de lubrificação vaginal, excepto na pós-menopausa.

Os investigadores têm consistentemente demonstrado pobres correlações entre medidas objectivas da vasocongestão genital (com a pletismografia vaginal) e a excitação subjectiva, em mulheres com queixas de disfunção da excitação<sup>22-25</sup>. Na prática clínica, as mulheres apresentam com frequência queixas de falta de excitação do tipo «Não sinto nada (...) Não me sinto excitada e não me dá prazer», mesmo quando se verifica a lubrificação. Por conseguinte, é a nível subjectivo que se detecta se uma mulher se excita ou não<sup>20</sup>.

Outro aspecto importante a ter em conta na avaliação desta perturbação é a dificuldade de muitas mulheres em se concentrarem nos estímulos sexuais. É comum as mulheres referirem falta de concentração no contexto sexual em que estão envolvidas, em relatos do tipo «estou distraída», ou «a cabeça foge-me para outras coisas». As mulheres, mais do que os homens, têm a capacidade de realizarem multitarefas, o que obriga a uma dispersão da atenção, o que pode explicar a dificuldade de concentração.

A disfunção da excitação sexual apresenta uma co-morbilidade frequente com o desejo sexual hipoactivo e com a disfunção do orgasmo, o que não é surpreendente. Muitos teóricos consideram que a maioria das dificuldades sexuais femininas reflecte uma

perturbação da excitação sexual<sup>21</sup>. O orgasmo não é possível sem a excitação, e o desejo sexual fica diminuído se não existir uma resposta de excitação suficiente para permitir uma actividade sexual satisfatória.

### 3.4. DISFUNÇÃO DO ORGASMO FEMININO

Atraso ou ausência de orgasmo persistente ou recorrente, após uma estimulação e excitação sexual suficientes, causando dificuldades pessoais ou interpessoais.

Uma vez mais o diagnóstico deve basear-se no juízo clínico acerca da capacidade orgástica da mulher tendo em conta a idade, a experiência sexual e a qualidade da estimulação sexual que recebe do parceiro.

É muito importante avaliar se a dificuldade é primária (existindo desde sempre) ou se ocorre apenas em determinados contextos, como seja nas interacções sexuais com o parceiro, mas não na masturbação. Esta situação aponta para a possibilidade da mulher não estar a receber estimulação adequada e suficiente para atingir o orgasmo.

A resposta sexual a feminina tem sido fonte de polémicas, sobretudo no que diz respeito ao orgasmo. Antigamente, havia tendência a considerar-se tipos diferentes de orgasmo de acordo com os vários estímulos utilizados. Deve-se a Freud a divisão entre orgasmos clitoridianos e vaginais. Os orgasmos vaginais chegaram a ser o paradigma da normalidade em mulheres adultas e «normais». Actualmente esta dualidade não faz sentido. Em 1974, Kaplan<sup>26</sup> foi decisiva ao afirmar que o orgasmo é um fenómeno total, desencadeado por estimulação directa ou indirecta do clítoris e vivenciado na vagina através de contracções rítmicas do seu terço externo – a plataforma orgástica. A prática clínica e a literatura oferecem clara evidência à afirmação de Kaplan, apesar da proposta de Brody, pouco interessante no nosso entender, que considera diferentes orgasmos com diversas consequências<sup>27-29</sup> e que associa o orgasmo coital a diversas

medidas fisiológicas<sup>30,31</sup>, bem como a margreza à frequência do coito<sup>32</sup>.

Nos anos 80, novas controvérsias surgem com a «descoberta» do ponto «G» e a sua suposta relação com a também suposta «ejaculação feminina»<sup>33</sup>. Para uma discussão esclarecedora sobre esta temática, consultar a revisão de Fonseca<sup>34</sup>.

A apresentação clínica de uma mulher com disfunção orgástica oferece alguma diversidade e reflecte um pouco as polémicas científicas. Assim teremos: mulheres sós ou com parceiro, absolutamente anorgásmicas, mulheres com parceiro e sem orgasmo no coito (pseudodisfunções) e mulheres com pouca consistência orgásmica<sup>20</sup>.

Também é habitual considerar as mulheres como sendo multiorgásticas. Isto é e não é verdade, ou seja, há um número limitado de mulheres (não mais de 25%) que, de facto, é multiorgástica. Daí não se poder generalizar esta capacidade a todas as mulheres. A sexualidade humana é caracterizada pela sua imensa diversidade. Variações são isto mesmo: variações! Não são regras!

### 3.5. DISPAREUNIA

Dor genital persistente ou recorrente associada à penetração vaginal (coito), causando acentuada perturbação pessoal ou dificuldades interpessoais.

Alguna controvérsia tem rodeado a questão do diagnóstico diferencial da dispareunia com o vaginismo. É habitualmente descrita como superficial (associada à vulva e/ou entrada da vagina) ou profunda (percebida no abdómen ou órgãos internos). A dificuldade reside em diferenciar a dor genital durante o coito provocada por um factor orgânico (sintoma) daquela que acontece sem um substrato orgânico que o justifique (situação disfuncional). Podem, pois, verificar-se várias formas de apresentação. Gomes, et al.<sup>35</sup> estudaram 42 mulheres com dispareunia que frequentavam a consulta de sexologia dos HUC, (Hospitais da Universidade de Coimbra) com

uma idade média de 32 anos. Nesta amostra, 30% tinham um claro substrato orgânico. Das restantes 70%, constataram que 34% apresentavam o problema desde a primeira relação sexual. Os autores identificaram os seguintes mecanismos patogénicos:

- Dispareunias inicialmente orgânicas em que a dor, por condicionamento clássico, fica associada à penetração.
- Mulheres que viveram a primeira relação sexual de forma assustadora, tendo a dor persistido, por condicionamento clássico.
- Mulheres que, por excitação/lubrificação deficientes, têm dor na relação.
- Pacientes com personalidade histérica, em que a dor é um sintoma conversivo que lhes permite o escape a conflitos com a sua sexualidade, ou com o seu parceiro.

Por seu turno, Meana, et al.<sup>36</sup>, verificaram que as mulheres com dispareunia têm mais problemas físicos, psicológicos, disfunção sexual e problemas da relação.

### 3.6. VAGINISMO

Espasmo involuntário persistente e recorrente da musculatura do terço externo da vagina que interfere com a penetração vaginal, provocando sofrimento pessoal e/ou interpessoal.

O diagnóstico faz-se sem dificuldades quando o clínico constata a existência do espasmo ao tocar a doente. Na maioria dos casos, a situação clínica é primária e aparece, sobretudo, num quadro de casamento não consumado<sup>37</sup>. A presença deste espasmo está muito longe de ser uma constante nas situações de vaginismo<sup>38</sup>. De facto, na maior parte dos casos o que se constata é uma reacção de evitamento à dor o que, na prática, tem a mesma consequência: a impossibilidade destas mulheres serem penetradas. Em relação ao diagnóstico, há uma tendência em muitos centros em estabelecer um diagnóstico diferencial entre vaginismo (ausência de componentes orgânicos locais) e a síndrome de vulvovestibulite ou vestibulite vulvar, em que existirão componentes inflamatórios locais. Embora alguns investigadores

se inclinam para um mecanismo de dor neuropática nas vulvodínias, acabam por reconhecer a sua co-morbilidade com factores psicológicos<sup>38</sup>. Devido à alta prevalência destes quadros clínicos (15 a 18%), os investigadores sugerem uma revisão das definições e subgrupos das disfunções ligadas à dor (designação global de dispareunias) e clarificação das vulvodínias: vaginismo e vestibulite vulvar<sup>39</sup>. Quando o espasmo está presente, o vaginismo pode ser considerado como uma resposta condicionada resultante da associação da dor ou medo ligados à penetração vaginal<sup>26</sup>. Mas também nesta situação as respostas não são lineares. Muitas vezes, neste desafiante quadro clínico, não se encontra qualquer acontecimento no passado destas mulheres que justifique o espasmo ou o evitamento. A nível psicopatológico estas mulheres distribuem-se num espectro que se estende da normalidade às estruturas claramente fóbicas. Mas o grande paradoxo ainda é a nível sexual: estas mulheres que tanto medo têm da relação coital são, na maioria das vezes, facilmente excitáveis e orgásticas, o que nos pode levar a uma dúvida interessante: em situações não-orgánicas, serão as vulvodínias perturbações da sexualidade ou perturbações da dor psicogénica<sup>40</sup>?

### 3.7. DOR SEXUAL NÃO-COITAL

Dor genital persistente e recorrente, induzida por uma estimulação sexual não-coital provocando perturbação pessoal. Esta categoria foi introduzida em 1998 na reunião de consenso a que já nos referimos. Pretende directamente traduzir que algumas mulheres sentem dor genital sem relação sexual e, indirectamente, que nem todas as mulheres são heterossexuais.

## 4. PREVALÊNCIA

A prevalência das DSF é um tema polémico que merece uma análise detalhada. Na última década, tem havido uma tendência em hiper-

trofiar a prevalência das DSF<sup>41</sup>. As frequências variam de estudo para estudo, dependendo não só das amostras e de possíveis factores de ordem cultural, mas também do conceito de disfunção e dos instrumentos utilizados pelos investigadores para a avaliar. As tentativas de revisão feitas provam a diversidade dos estudos e a impossibilidade de realizar metanálises<sup>42-45</sup>. Hayes, et al.<sup>46</sup> demonstram, claramente, como determinados instrumentos de avaliação da DSF podem inflacionar as prevalências quando comparados com o que elas consideram o *gold standard* da avaliação de uma DSF: o *Sexual Function Questionnaire* combinado com a *Female Sexual Distress Scale* (SFQ-FSDS). O estudo de Laumann, et al.<sup>47</sup> é um marco na prevalência das DSF. Publicado no JAMA, com uma amostra representativa norte-americana, aponta para uma prevalência global das DSF de 43%. O desejo sexual hipoactivo foi a mais frequente (33%). Como se esta frequência não fosse suficientemente elevada, ainda há autores, que baseados neste estudo, concluem por uma prevalência global entre os 30 e 50%<sup>48</sup>. Mas o estudo de Laumann, et al.<sup>47</sup> recebeu muitas críticas. De facto, as disfunções não são definidas de acordo com os critérios diagnósticos mais utilizados (DSM-IV) e a maioria corresponde a dificuldades sexuais provocadas por dificuldades afectivas e de uma vida socioprofissional insatisfatória. Um dos critérios fundamentais para definir uma situação disfuncional – a perturbação emocional que ela acarreta – não foi investigado. Bancroft<sup>49</sup>, um dos autores mais críticos em relação aos estudos de prevalência referidos, dirige uma investigação à escala nacional norte-americana, concluindo que a percentagem de mulheres com dificuldades sexuais geradoras de sofrimento emocional se cifrava à volta das 24%. Os estudos de prevalência que surgem a partir de então averiguam sempre o sofrimento emocional ligado às dificuldades sexuais, o que se traduz por prevalências altas mas não epidémicas. Citemos, a título de exemplo, um estudo da Austrália<sup>50</sup> com mulheres de meia-idade, com



uma prevalência global de 17% de disfunções e um outro na Finlândia<sup>51</sup>, com uma prevalência de 7 a 23%, dependendo das várias categorias de disfunções. O próprio Laumann reconhece implicitamente as críticas e, em estudos posteriores, passa a utilizar sempre a designação de problema sexual<sup>52,53</sup>.

Em Portugal, numa investigação patrocinada pela Sociedade Portuguesa de Andrologia<sup>54</sup> e com uma amostra representativa de 1.250 mulheres maiores entre os 18 e 75 anos (idade média de 44), registou-se uma prevalência global de 56% de disfunções sexuais. Só que esta prevalência global incluía três níveis de alterações classificados como leve, moderado e grave. Como as dificuldades consideradas ligeiras são meras variações do normal, a nossa leitura levou a considerar como possíveis estados disfuncionais as moderadas e graves que, no seu conjunto, representavam 19% das queixas o que está de acordo com os estudos atrás referidos. Deve ainda sublinhar-se que, apenas 8,5% das mulheres portuguesas inquiridas, referiram insatisfação sexual, o que nos confere toda a legitimidade em excluir da patologia os estados ligeiros.

Estudos mais recentes<sup>55</sup> mostram que há correlações positivas entre o desejo sexual, a excitação sexual e o orgasmo, confirmando a circularidade da resposta sexual feminina. Contudo, a haver uma categorização, o desejo sexual hipoactivo será a disfunção mais frequente, seguindo-se-lhe a disfunção orgástica. A persistência dos estados disfuncionais mostra que apenas 1/3 persiste durante mais de seis meses<sup>56</sup>. Devemos também realçar que os modernos estudos de prevalência pretendem, para além de calcular a frequência das disfunções, avaliar os factores físicos e psicossociais que lhe estão associados de forma a ter-se uma ideia de possíveis factores preditivos das disfunções sexuais.

A maior parte dos estudos sugere que a função sexual feminina vai diminuindo com a idade<sup>56,57</sup>. Mas, em compensação, o grau de perturbação associado também se vai esbatendo, o que mantém um certo equilíbrio.

Uma revisão muito completa sobre a sexualidade e menopausa, onde estão incluídos estudos prospectivos, mostra um acréscimo significativo de dificuldades sexuais no período pós-menopausa<sup>58</sup>. No entanto, tudo indica que o envelhecimento, por si só, não é o responsável pela diminuição da função sexual. Laumann, et al.<sup>52</sup>, num excelente estudo sobre a sexualidade e envelhecimento com uma amostra representativa norte-americana, concluem que o importante na manutenção da função sexual feminina através dos anos é ter um bom estado de saúde físico e mental e um envolvimento afectivo harmonioso, o que confirma as conclusões de Clayton numa revisão publicada em 2007<sup>59</sup>. Relembremos que, em 2003, Bancroft<sup>9</sup> tinha afirmado que os melhores factores preditivos de perturbação sexual são os marcadores do bem-estar emocional geral e do envolvimento sexual com o parceiro emocional durante a actividade sexual. Nesta linha de pensamento, Mitchell e Graham<sup>60</sup> lançam um desafio às futuras revisões da DSM, sugerindo uma maior precaução para não transformar em patologias meras variações do normal e a introdução do contexto relacional nos critérios diagnósticos da DSF. Finalmente, ter sempre presente que um dos melhores factores preditivos da função sexual numa mulher depois dos 50 anos é o seu funcionamento sexual anterior<sup>61</sup>.

## 5. ETIOLOGIA E AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Embora a sexualidade seja uma componente importante da qualidade de vida e da satisfação individual e relacional, as queixas sexuais são extremamente difíceis de admitir e articular. A consulta de ginecologia constitui um espaço privilegiado e único, que a mulher procura para a expressão das suas dificuldades mais íntimas. O médico ginecologista tem um papel essencial, ao permitir e facilitar a comunicação das dificuldades no

contexto de uma relação de confiança, segurança e contenção, que deve caracterizar uma relação terapêutica.

A etiologia das DSF é frequentemente multifactorial, sendo que, muitas vezes, não é possível identificar uma causa específica isolada para a dificuldade sexual. Os médicos especialistas estão familiarizados com as possíveis causas orgânicas das DSF. Contudo, as vivências sexuais não ocorrem no vácuo. São protagonizadas por dois indivíduos, cada um com a sua história de vida e diferentes *backgrounds*.

Os comportamentos sexuais estão extraordinariamente interligados com factores emocionais, psicológicos e culturais. Por conseguinte, a avaliação deve consistir numa abordagem biopsicossocial, que inclui a saúde física e psicológica da mulher, bem como a sua imagem corporal, relação com o parceiro, intimidade emocional e muito importante, os factores socioculturais e o contexto sexual<sup>62</sup>. Assim, uma avaliação multifacetada é essencial para desenhar a estratégia de intervenção mais adequada.

O diagnóstico é essencialmente clínico e a entrevista clínica é o principal instrumento de avaliação. Assim, a avaliação diagnóstica deve incluir:

- A descrição do problema.
- A história psicosexual.
- Factores psicológicos.
- Factores relacionais ou interpessoais.
- O contexto.
- História médica.
- Factores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

### 5.1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A descrição do problema implica recolher informação sobre o início e duração do problema, e encorajar a descrição das queixas sexuais pela própria mulher. A avaliação subjectiva da mulher sobre o que está a causar o problema pode dar informação significativa. É necessário avaliar se o problema é

situacional ou generalizado, bem como se é primário ou secundário, e ainda a frequência (quantas vezes ocorre e como tem evoluído ao longo do tempo).

### 5.2. HISTÓRIA PSICOSEXUAL

A história psicosexual inclui aspectos do desenvolvimento como as primeiras experiências sexuais, comportamentos masturbatórios, fontes de educação sexual e atitudes da família face ao sexo. O tipo de socialização pode revelar factores que contribuíram para o desenvolvimento de crenças sexuais mal-adaptativas. Por exemplo, uma educação/socialização repressiva pode ter um impacto negativo na visão da sexualidade e na vivência do sexo<sup>63</sup>. Nas culturas ocidentais, herdeiras da tradição judaico-cristã, ainda persistem o duplo padrão de moral sexual – permissivo e exigente para os homens e repressivo para as mulheres – que pode ser responsável por mitos ou crenças sexuais disfuncionais<sup>64</sup>. Por exemplo, a crença de que «a mulher não deve tomar a iniciativa sexual», ou «de que a vagina é suja e não se deve tocar».

A influência do duplo padrão de moral sexual pode estar na origem de muitas dificuldades sexuais. Nas mulheres, o conflito diz sobretudo respeito à legitimidade do prazer. É difícil para muitas mulheres permitirem-se ter prazer ou mesmo perseguir o prazer sexual como algo que merecem e a que têm direito.

### 5.3. FACTORES PSICOLÓGICOS

Os factores psicológicos incluem aspectos emocionais e cognitivos associados à experiência sexual. Emoções negativas como a culpa, a vergonha ou a raiva podem destruir os sentimentos de prazer. Algumas mulheres referem o medo de «perder o controlo», outras referem o medo da «entrega» na actividade sexual.

Os factores cognitivos também incluem a capacidade de manter a concentração nos estímulos sexuais. As mulheres demonstram



muita dificuldade em manter o foco e a atenção nos estímulos eróticos sem se distraírem da actividade sexual.

A imagem corporal e a auto-estima também devem ser avaliadas, na medida em que são aspectos centrais na sexualidade feminina.

#### 5.4. FACTORES RELACIONAIS OU INTERPESSOAIS

A qualidade da relação em geral é um aspecto central a ser avaliado. As dificuldades sexuais podem ser um sintoma ou o resultado de uma relação insatisfatória. Os factores relacionais ou interpessoais incluem a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, a estabilidade da relação, bem como a existência de possíveis conflitos ou de um contexto de hostilidade. O grau de atracção pelo parceiro também deve ser avaliado, bem como o nível de erotismo na relação.

#### 5.5. CONTEXTO

A sexualidade feminina é fortemente contextual, ou seja, é influenciada pelo contexto em que o sexo acontece.

As variáveis de contexto incluem o ambiente físico onde a actividade sexual ocorre, os acontecimentos que antecederam a oportunidade sexual, o momento do dia, o tempo desde o último contacto sexual, a rotina sexual, a qualidade da estimulação genital e não-genital.

Factores de *stress* também devem ser considerados como constrangimentos de tempo, ou o cansaço, bem como acontecimentos de vida negativos como por exemplo problemas financeiros ou uma situação de desemprego.

#### 5.6. HISTÓRIA MÉDICA

A história médica inclui informação relativa aos factores biológicos. Abrange a história de doença, física ou mental, terapêutica farmacológica e uso de substâncias.

A doença médica pode perturbar a resposta

sexual de um modo directo, mas também pode ao mesmo tempo constituir um factor de *stress* que interfere negativamente com a vivência sexual.

Um bom exemplo de factores psicossociais em consequência de factores biológicos a perturbar a resposta sexual, é o que acontece no cancro da mama. Para além dos tratamentos tão invasivos fisicamente, a vivência psicológica e social pode ser altamente perturbadora da sexualidade<sup>62</sup>.

Tratamentos farmacológicos de diversos tipos que podem afectar vários neurotransmissores e níveis hormonais podem estar associados a problemas do desejo e da excitação. Uma breve história psiquiátrica deve incluir as co-morbilidades psiquiátricas. A depressão é um quadro clínico com um impacto muito negativo na sexualidade<sup>64</sup>. A disfunção sexual tem sido diagnosticada como um sintoma da depressão bem como um efeito colateral de alguns fármacos usados no tratamento da depressão, sobretudo os SSRI<sup>65</sup> (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - Inibidores selectivos da recaptção da serotonina). Tem sido geralmente aceite que a relação entre humor depressivo e disfunção sexual é bidireccional e adicionalmente agravada pelos efeitos colaterais dos antidepressivos<sup>66</sup>.

Perturbações da função do ovário ou do eixo hipotálamo-hipófise-córtex supra renal interferem com a produção de androgénios e estrogénios e têm sido associadas com a diminuição do desejo e da excitação sexual.

A questão da associação entre o desejo sexual hipoactivo e a diminuição de androgénios será discutida mais adiante neste capítulo.

Para além da condição de doença e tratamentos, o clínico deve ter em conta o ciclo de vida da mulher. A situação de gravidez, pós-parto e menopausa, constituem marcos da vida reprodutiva da mulher, que podem implicar alterações da função sexual. A transição para a menopausa tem sido a fase reprodutiva mais estudada, mas com alguns problemas metodológicos. A revisão de estudos recentes mostra evidência do efeito da menopausa em

vários domínios da função sexual<sup>58</sup>. Um estudo longitudinal, com mulheres australianas (*Melbourne Women's Midlife Health Project*), revelou uma diminuição do desejo, excitação, orgasmo e frequência de actividade sexual na transição para a menopausa<sup>67</sup>. Estas mudanças foram significativamente relacionadas com o declínio do estradiol<sup>68</sup>, mas o funcionamento prévio e os factores relacionais tiveram um efeito superior aos factores hormonais<sup>69</sup>. As alterações não estiveram associadas ao nível de testosterona<sup>68</sup>.

Um estudo recente com 2.467 mulheres, dos 20 aos 70 anos de quatro países da Europa Ocidental, mostrou uma diminuição do desejo em mulheres de todos os grupos reprodutivos, sendo as mulheres com menopausa cirúrgica as que tinham maior probabilidade de ter o desejo diminuído<sup>70</sup>.

Vários investigadores defendem que a auto-determinação sexual, a proximidade física e emocional ao parceiro, comunicação satisfatória e uma relação positiva com o corpo, são factores preditivos mais importantes para a satisfação sexual do que a situação de menopausa<sup>71,72</sup>.

#### 5.7. FACTORES PRECIPITANTES, PREDISPOANTES OU DE MANUTENÇÃO

Há tantas coisas que podem interferir no prazer e na função sexual feminina que comumente as dificuldades sexuais resultam da combinação de diversos elementos. Todos os factores previamente mencionados podem influenciar a função sexual feminina e actuar como factores precipitantes, predisponentes ou de manutenção do problema sexual.

Os factores predisponentes estão relacionados com as experiências precoces que influenciam as crenças face à sexualidade. Por exemplo, uma educação conservadora/restritiva, crenças sexuais problemáticas (e.g. «Só os orgasmos vaginais são aceitáveis»). A ocorrência de abuso sexual nalgum momento do desenvolvimento psicosexual também pode constituir um factor predis-

ponente para um problema ou disfunção sexual na vida adulta<sup>73</sup>.

Os factores precipitantes são os que desencadeiam o problema sexual. Geralmente, um acontecimento específico como o nascimento de uma criança ou uma doença.

Os factores de manutenção são aqueles que contribuem para que o problema se mantenha ou se agrave. Podem incluir conflitos na relação, ansiedade, estimulação sexual inadequada ou insuficiente, medo da intimidade ou problemas de auto-imagem.

Idealmente, o processo de avaliação deve incluir o parceiro numa sessão conjunta, visto que o comportamento sexual ocorre entre duas pessoas, cada uma com o seu *background*, inibições e motivações absolutamente únicos.

Outros aspectos que devem ser considerados são as estratégias de *coping* usadas, ou seja, o que a mulher está a fazer para lidar com o problema, bem como as expectativas sobre o tratamento.

Finalmente, é importante avaliar até que ponto a dificuldade sexual é perturbadora para a mulher, a nível individual e relacional.

A estrutura do processo de avaliação que aqui apresentamos, mostra bem a diversidade de factores determinantes da saúde sexual das mulheres. Assim, uma boa avaliação é fundamental para a definição da melhor estratégia de intervenção terapêutica.

## 6. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

### 6.1. FARMACOTERAPIA

Até à data ainda não foi autorizada, pela FDA (*Food and Drug Administration*) (norte-americana), qualquer terapêutica medicamentosa para a disfunção sexual feminina. Contudo, a EMA (*European Medicines Agency*) aprovou, e a Comissão Europeia concedeu, em 28 de Julho de 2006, à *Procter & Gamble Pharmaceuticals UK Ltd.* uma autorização de introdução

no mercado, válida para toda a União Europeia, para o medicamento *Intrinsa* (sistema transdérmico de 28 cm<sup>2</sup> contendo 8,4 mg de testosterona e fornecendo 300 µg de testosterona por 24 horas). Esta autorização tem limitações à sua utilização: mulheres com um baixo desejo sexual (perturbador para elas), que tenham sofrido ooforectomia ou histerectomia e que estejam a tomar estrogénios<sup>74</sup>. De facto, desde há umas duas décadas que se associa o desejo sexual hipoactivo a uma baixa de androgénios circulantes<sup>75-82</sup>. Mas esta associação é muito variável: 25%<sup>77</sup> a 75%<sup>76</sup>. Por outro lado, alguns estudos, embora com amostras pouco significativas, mostraram não só um efeito positivo sobre o desejo sexual em mulheres pós-menopáusicas fazendo THS (Terapêutica Hormonal de Substituição) com estrogénios<sup>80,81,83,84</sup> como em mulheres pré-menopáusicas<sup>20,85,86</sup>. Estudos muito recentes, controlados e randomizados e com uma extensão até dois anos, confirmam a eficácia da administração da testosterona transdérmica a mulheres pós-menopáusicas<sup>87</sup>, assim como a sua segurança, pelo menos durante dois anos<sup>88</sup>. O passo seguinte foi a utilização do mesmo produto a mulheres pós-menopáusicas não tomando estrogénios. Este estudo, denominado Afrodite, de Davis, et al. (2008)<sup>89</sup> comparou 277 mulheres com placebo com um grupo de 267 com um sistema transdérmico (libertando 150 µg de testosterona id) e ainda com um terceiro grupo com 267 mulheres com uma dose de libertação diária de 300 µg de testosterona. A idade média dos três grupos cifrou-se à volta dos 54 anos. Os resultados mostram uma diferença significativa a favor do grupo de maior dosagem, em termos de episódios sexuais satisfatórios (50% à partida). O grupo de maior dosagem, às 24 semanas, apresentava um aumento de 2,1 episódios satisfatórios contra 0,7 com o placebo e 1,2 com a dosagem de 150 µg. Os autores consideram este aumento da frequência «modest but appeared to be clinically meaningful» (p:2015). Por outro lado, a taxa de descontinuidade foi alta (superior a 1/3).

Os efeitos secundários mais frequentes foram os resultantes da masculinização induzida pelo androgénio. No entanto, detectaram-se nos dois grupos terapêuticos, três cancros da mama, embora um deles já existisse antes da inclusão no estudo, mas que não foi detectado por a mulher não ter apresentado queixas que, de facto, já existiam (corrimento hemorrágico mamilar). Isto implica que a prescrição da testosterona transdérmica obriga a uma cuidadosa avaliação médica da mulher a quem se destina. Quer em eficácia, quer em efeitos adversos, estamos muito longe de estar em presença de uma terapêutica que tem sido publicitada como o «viagra feminino». Aproveitamos para abrir um parêntesis devido ao facto de o sildenafil ter sido utilizado na disfunção sexual feminina. Apesar de um claro efeito vasodilatador nos genitais femininos, não se obtiveram melhorias significativas<sup>90,91</sup>, o que levou ao abandono dos estudos dos PDE5 Fosfodiesterase Tipo 5 (phosphodiesterase type 5) na função sexual feminina. Estes modestos resultados (com a testosterona transdérmica) não devem ser motivos de grande surpresa. De facto, há muitas dificuldades em estabelecer relações de causa/efeito em relação ao papel dos androgénios na função sexual. Alguns são problemas de ordem técnica e metodológica: as determinações dos níveis sanguíneos de testosterona variam de laboratório para laboratório e os valores de referência são estabelecidos sem terem em consideração a clínica<sup>92,93</sup>. Por outro lado, não há uma relação linear entre os níveis de androgénios e o desejo sexual hipoactivo<sup>94</sup>. Num estudo prospectivo recente realizado em Melbourne sobre a transição menopáusica, Burger<sup>95</sup> afirma que o declínio significativo da função sexual constatado, não só não se correlaciona com os níveis de testosterona circulante, como se correlaciona com o declínio do estradiol. Não se podem ignorar os factores psicossociais que acompanham qualquer período de transição na esfera reprodutiva feminina. Stuckey<sup>92</sup> é concludente ao afirmar que o desinteresse

sexual é prevalente na mulher antes da menopausa «despite being hormone replete» (p:2.288). Assim, as hormonas sexuais têm um efeito transformador da função sexual, mas as influências sociais e as respostas aprendidas são igualmente importantes<sup>92</sup>. Não desvalorizando a importância terapêutica da testosterona transdérmica, esta só deve ser utilizada após serem descartadas as outras causas de um desejo sexual hipactivo: problemas de saúde física e mental e dificuldades relacionais<sup>93</sup>.

## 6.2. TERAPIA SEXUAL

Em 1970, Masters e Johnson<sup>94</sup> propõem um modelo de terapia sexual que permitiu a abordagem clínica das disfunções sexuais e abriu caminho a novos modelos para a compreensão da sexualidade humana.

A terapia sexual de Masters e Johnson é directiva, breve e implica o envolvimento de ambos os membros do casal. O protocolo terapêutico é estruturado num conjunto de sessões com o casal para avaliação e prescrição de técnicas comportamentais que o casal realiza na intimidade: os exercícios de foco sensorial. A análise do comportamento e das vivências do casal nestes exercícios permite aos terapeutas avaliar o tipo de interacção do casal, sugerindo as modificações comportamentais necessárias com vista à satisfação sexual do casal. É pois, basicamente, uma terapia comportamental e de comunicação em que, progressivamente, se vai reduzindo a ansiedade, o temor e as inibições da actividade sexual, de forma a permitir-se uma vivência erótica satisfatória<sup>20,97-99</sup>.

Nos 10 anos seguintes, o protocolo terapêutico de Masters e Johnson foi modificado e enriquecido de forma a tornar-se mais flexível e eficiente<sup>100,101</sup>. Kaplan<sup>2,26</sup> valoriza as reacções emocionais e os conflitos intrapsíquicos e introduz técnicas psicodinâmicas às comportamentais já existentes. A terapia sexual de Kaplan integra exercícios eróticos estruturados, mas também o impacto emocio-

nal de tais exercícios, e coloca grande ênfase na masturbação feminina como um aspecto fundamental para a relação da mulher com o corpo e o prazer.

A intervenção terapêutica nas disfunções sexuais femininas é principalmente psicológica. Privilegia-se o trabalho com o casal, mas a intervenção também é possível na ausência do parceiro. Actualmente a intervenção é mais holística no sentido de integrar a terapia sexual num contexto psicoterapêutico mais alargado, em que se podem trabalhar outros aspectos para além dos estritamente sexuais, como por exemplo a auto-estima, as crenças disfuncionais ou a imagem corporal. Considerando o carácter multifactorial da resposta sexual feminina, não podemos simplesmente identificar o sintoma e fazer uma intervenção isolada e alheia da pessoa e dos seus contextos (psicológico, social, cultural, relacional). Devemos ainda notar que por vezes há indicações para uma psicoterapia individual. Quadros de instabilidade do humor, perturbação da imagem corporal, ou história de abuso sexual podem constituir indicação para um trabalho psicoterapêutico individual, prévio à terapia sexual.

Poderá ainda ser necessário um encaminhamento para terapia de casal, quando constatamos que existe uma insatisfação relacional, situações de conflito que o casal não consegue superar ou contextos de hostilidade que impedem a intimidade emocional e a satisfação sexual.

Muitas técnicas terapêuticas não são específicas para determinada disfunção, outras sim. A intervenção terapêutica consiste na combinação mais adequada das técnicas para cada caso.

### 6.2.1. INTERVENÇÃO NAS DISFUNÇÕES DO DESEJO SEXUAL HIPOACTIVO E DA EXCITAÇÃO

A falta de interesse pelo sexo, a diminuição do desejo ou a dificuldade na excitação podem requerer abordagens e procedimentos



diversos. Com frequência, a intervenção é no sentido de explorar inibições, desmistificar e derrubar crenças disfuncionais perpetuadas ao longo da vida, resultantes de uma socialização mais repressiva que impede a vivência livre do prazer sexual e, ao mesmo tempo, tratar de questionar e modificar atitudes negativas face à sexualidade através da reestruturação cognitiva<sup>102</sup>.

Tomar conhecimento de pensamentos, emoções e comportamentos negativos em relação à sexualidade, procurando focar as características não desejadas da relação ou do companheiro é o primeiro passo na abordagem terapêutica<sup>103</sup>.

Por vezes, é necessária a intervenção nalgumas dinâmicas da relação, nomeadamente para melhorar padrões de comunicação e promover a comunicação sexual, no sentido da mulher dar a conhecer ao outro os estímulos para ela mais adequados e preferidos. No quadro de disfunção da excitação procura-se criar situações não exigentes nas quais possa ocorrer a excitação sexual num contexto mais livre de pressão (desaconselhando o coito, por exemplo). É também útil prescrever o uso de material erótico e a elaboração de fantasias (muitas vezes consideradas como «maus pensamentos» ou «ideias de pecado»).

Podem ainda ser interessantes os exercícios de auto-estimulação ou masturbação, com o objectivo de exploração e descoberta do corpo e do prazer num contexto individual. Nalguns casos, poderá justificar-se a psicoterapia individual, por exemplo quando se verificam determinadas inibições resultantes do medo do abandono, medo de perder o controlo, personalidades altamente controladoras ou obsessivas, ou sentimentos de não ser merecedora de prazer.

Não podemos deixar de referir um instrumento de seu nome *Eros CTD* concebido para o tratamento desta disfunção. Trata-se de um instrumento que se coloca sobre o clítoris para aumentar a vasocongestão através de um mecanismo de vácuo, que não nos

parece particularmente interessante, mas está aprovado pela FDA.

Não raras vezes é absolutamente necessária uma intervenção no sentido de melhorar a capacidade de concentração nos estímulos sexuais. Técnicas de focagem da atenção são particularmente úteis. A técnica de *mindfulness* tem sido usada com sucesso com o objectivo de melhorar a capacidade de focagem nos estímulos sexuais e aumentar a excitação sexual<sup>104</sup>.

#### 6.2.2. DISFUNÇÃO DO ORGASMO

A maior parte das vezes verifica-se uma correlabilidade da disfunção do orgasmo com a disfunção da excitação sexual, por conseguinte, a intervenção terapêutica não difere. Também neste quadro diagnóstico se verifica com frequência a necessidade de desmistificar crenças e atitudes. A reestruturação cognitiva permite identificar pensamentos automáticos disfuncionais e desafiar crenças perturbadoras.

Uma intervenção psicoeducacional com o objectivo de facilitar informação específica sobre a resposta sexual feminina pode ser muito útil.

As técnicas auto-eróticas nas disfunções orgásticas têm-se revelado particularmente úteis<sup>26,105</sup>. Com a prática da masturbação, pretende-se que a mulher conheça a estimulação que necessita para aumentar a excitação sexual necessária para atingir o orgasmo.

Kaplan<sup>106</sup> sugere a «manobra da ponte» para maximizar a estimulação do clítoris durante o coito, através de uma postura que favorece o contacto directo da base do pénis com o clítoris. Os exercícios musculares, vulgarmente conhecidos como treino de Kegel, de fácil execução, também se têm mostrado muito úteis na melhoria da consistência orgástica feminina<sup>107,108</sup>.

Muitas mulheres referem medo «de perder o controlo», o que as faz bloquear exactamente no momento em que devem «perder

o controlo» que a experiência do orgasmo exige. Nestes casos, poderá estar também indicada uma psicoterapia individual breve.

### 6.2.3. DISFUNÇÕES DA DOR

No caso do vaginismo e da dispareunia recomenda-se um enfoque multidisciplinar. É fundamental analisar a experiência da dor (tipo de dor, quando e como).

A intervenção no vaginismo e na dispareunia é ainda um desafio terapêutico. Os esforços terapêuticos visam a redução ou controlo da dor, lidar com as suas consequências negativas e restabelecer uma vida sexual satisfatória. A abordagem terapêutica inclui informação sobre os aspectos biopsicossociais da dor, reestruturação cognitiva, modificação do estilo de *coping*, técnicas de relaxamento, exercícios de Kegel e utilização de dilatadores, para dessensibilização progressiva com o objectivo de esbater a dor ou o reflexo espasmódico condicionado<sup>109-121</sup>.

Apresentamos neste capítulo um sistema de classificação das disfunções sexuais (DSM-IV-TR, 2000 e consenso 98) que nos guia na compreensão e diagnóstico dos problemas. Contudo, as disfunções sexuais femininas constituem um espectro diversificado de dificuldades que exige uma abordagem holística na avaliação e intervenção<sup>102</sup>.

Pensar a etiologia e a intervenção nas diversas perspectivas – indivíduo, casal, família de origem, história/cultura/religião e ainda a perspectiva biológica, psicológica e social – desafia o nosso nível de complexidade e sofisticação – clínica e teórica – e revela a necessidade de sermos conhecedores de muitas disciplinas e abordagens terapêuticas<sup>112</sup>.

A saúde sexual feminina é um campo multidisciplinar. Assim, é absolutamente necessária a colaboração entre as várias ciências na avaliação, tratamento e investigação clínica. Acreditamos que a melhor forma de compreender e tratar os problemas sexuais é com o trabalho conjunto entre diferentes especialistas.

## Bibliografia

1. Masters WH, Johnson VE. The human sexual response. Boston: Little, Brown and Co; 1966.
2. Kaplan H. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1977;3(1):3-9.
3. Kaplan H. Disorders of sexual desire. Londres: Baillière Tindall; 1979.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Urol*. 2000;163:888-93.
5. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4.a ed. Texto rev.; DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-9.
7. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003;32(3):193-208.
8. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav*. 2007;36(4):477-507.
9. McCall K, Meston C. Cues resulting in desire for sexual activity in women. *J Sex Med*. 2006;3(5):838-52.
10. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):275-87.
11. Hill CA, Preston LK. Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res*. 1996;33(1):27-45.
12. Regan P, Berscheid E. Belief about the state, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1996;22:110-20.
13. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):395-403.
14. Basson R. Female hypoactive sexual desire disorder. Em: Balon R, Segraves RT, eds. Handbook of Sexual Dysfunction. Boca Raton, Florida: Taylor & Francis Group; 2005. p. 43-66.
15. Gomes FA. Paixão, amor e sexo. Lisboa: Dom Quixote; 2004.
16. Nobre P. Disfunções sexuais. Lisboa: Climepsi; 2006.
17. Gomes FA. Influência do duplo padrão de moral sexual na génese e plasticidade das disfunções sexuais. *Psiquiatria Clínica*. 1982;3(1):23-6.
18. Safir MP, Hoch Z. Couple interactional classification - a new theoretical conceptualization. *J Sex Marital Ther*. 1980;6(2):129-34.
19. Kolodny RC, Masters WC, Johnson VE. Handbook of sexual medicine. Boston: Little, Brown and Co; 1979.
20. Gomes FA. Disfunção sexual feminina. Em: Sociedade Portuguesa de Andrologia, eds. Andrologia Clínica. Porto; 2000. p. 717-32.
21. Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women. *Ann Rev Clin Psychol*. 2007;3:81-104.
22. Meston CM, Helman JR. Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):652-6.
23. Laan E, Everaerd W, van der Velde J, Geer JH. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*. 1995;32(5):444-51.
24. Meston CM, Gorzalka BB. The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behav Res Ther*. 1995;33(6):651-64.
25. Helman JR. Female sexual response patterns. Interactions of physiological, affective, and contextual cues. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1311-6.



26. Kaplan H. The new sex therapy. Londres: Baillière Tindall; 1974.
27. Brody S. Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *J Sex Marital Ther.* 2007;33(1):31-9.
28. Brody S, Costa RM. Vaginal Orgasm Is Associated with Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms. *J Sex Med* 2008;5(5):1167-76.
29. Costa RM, Brody S. Women's Relationship Quality is Associated with Specifically Penile-Vaginal Intercourse Orgasm and Frequency. *J Sex Marital Ther.* 2007;33(4):319-27.
30. Brody S, Veit R, Rau H. A preliminary report relating frequency of vaginal intercourse to heart rate variability, Valsalva ratio, blood pressure, and cohabitation status. *Biol Psychol.* 2000;52(3):251-7.
31. Brody S, Krüger TH. The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biol Psychol.* 2006;71(3):312-5.
32. Brody S. Slimness is associated with greater intercourse and lesser masturbation frequency. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(4):251-61.
33. Ladas AK, Whipple B, Perry JD. The G spot and others recent discoveries about human sexuality. Nova lorque: Holt, Rinehart and Winston; 1982.
34. Fonseca L. Anatomia e fisiologia da resposta sexual feminina. Em: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS, eds. *A Sexologia em Portugal. Vol. I. Lisboa: Texto Editora; 1987. p. 49-59.*
35. Gomes FA, Mendes MF, Araújo MI. Dispareunias: Considerações clínicas. *Gin Med Rep.* 1980;5(3):171-6.
36. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen S. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997;90(4 Pt 1):583-9.
37. Araújo MI, Gomes FA, Mendes MF. Vaginismo: abordagem terapêutica. *Gin Med Rep.* 1980;5(4):219-23.
38. Weijmar SW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med.* 2005;2(3):301-16.
39. Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, et al. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 2006 Jun;51(6):447-56.
40. Binik YM, Pukall CF, Reissing ED, Khalife S. The sexual pain disorders: a desexualized approach. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(2):113-6.
41. Balon R, Segraves RT, Clayton A. Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. *Am J Psychiatry.* 2007;164(2):198-200.
42. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:40-172.
43. Dunn KM, Jordan K, Croft PR, Assendelft WJJ. Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(5):399-422.
44. Heiman J. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatment. *J Sex Res.* 2002;39(1):73-8.
45. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001;30(2):177-219.
46. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the "True" Prevalence of Female Sexual Dysfunctions and Does the Way We Assess These Conditions Have an Impact. *J Sex Med.* 2008;5(4):777-87.
47. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
48. Berman JR, Berman LA, Lin H, et al. Effect of Sildenafil on Subjective and Physiologic Parameters of the Female Sexual Response in Women with Sexual Arousal Disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):411-20.
49. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003;32(3):193-208.
50. Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Leher P. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. *J Sex Med.* 2008;5(10):2291-9.
51. Witting K, Santtila P, Varjonen M, et al. Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med.* 2008;5(11):2587-99.
52. Laumann EO, Das A, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med.* 2008;5(10):2300-11.
53. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. for the GSSA. Investigator's Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39-57.
54. Pereira NM, Vendeira P, Carvalheira AA, Serrano F, Santo MC. *Rev Int Andrologia Salud Sex Reprod.* No prelo.
55. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006;3(2):212-22.
56. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med.* 2006;3(4):589-95.
57. DeRogatis LR, Burnett AL. The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *J Sex Med.* 2008;5(2):289-300.
58. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.* 2003;14:64-82.
59. Clayton AH. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2007;4(4):260-8.
60. Mitchell K, Graham CA. Two challenges for the classification of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2008;5(7):1552-8.
61. Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: A prospective, population-based Study. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(3):173-83.
62. Brotto L, Carvalheira A. Sexual function in women with cancer. Em: Kandeel F, ed. *Female reproductive and Sexual Medicine.* Human Press. No prelo.
63. Pacheco J. As disfunções sexuais femininas: etiologia – determinantes psico-sociais. Em: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS, eds. *Sexologia em Portugal. Vol. I. Lisboa: Texto Editora; 1987. p. 287-304.*
64. Gomes FA, Fonseca L, Gomes AM. Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia.* 1997;2(1):17-20.
65. Gomes FA. Efeitos sexuais secundários dos antidepressivos. *Psiquiatria Clínica.* 1998;19(3):175-86.
66. Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine.* 2005;2(6):793-800.
67. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril.* 2001;76:456-60.
68. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril.* 2002;77:S42-8.
69. Dennerstein L, Leher P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril.* 2005;84:174-80.

70. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006;3:212-22.
71. Trudel G. Sexuality and marital life: results of a survey. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(3):229-49.
72. Dennerstein L, Leher P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(11):685-91.
73. Gomes FA, Coelho T. A sexualidade traída: abuso sexual infantil e pedofilia. Porto: Âmbar; 2003.
74. Azevedo J, Coelho MAV, Correia R, et al. Testosterona e a perturbação do desejo sexual hipoativo. *Saúde Mental.* 2008;10(1):33-9.
75. Davis SR, Guay AT, Shifren JL, Mazer NA. Endocrine Aspects of Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):82-6.
76. Guay AT. Decreased free testosterone and dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S) levels in women with decreased libido. *J Sex Marital Ther.* 2002;28 Suppl 1:129-42.
77. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395-03.
78. Guay AT. Decreased testosterone in regularly menstruating women with decreased libido: a clinical observation. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):513-9.
79. Riley A, Riley E. Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(3):269-83.
80. Sarrel PM. Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behavior in postmenopause. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9 Suppl 1:25-32.
81. Basson R. Androgen replacement for women. *Can Fam Physician.* 1999;45:2100-7.
82. Davis SR. The clinical use of androgens in female sexual disorders. *J Sex Marital Ther.* 1998;24(3):153-63.
83. Lobo RA, Rosen RC, Yang H-M, et al. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril.* 2003;79(6):1341-52.
84. Sherwin B. Randomized clinical trials of combined estrogen-androgen preparations: effects on sexual functioning. *Fertil Steril.* 2002;4 Suppl 4:S49-54.
85. Chudakov B, Ben Zion IZ, Belmaker RH. Transdermal testosterone gel prn application for hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: A controlled pilot study of the effects on the Arizona Sexual Experiences Scale for females and Sexual Function Questionnaire. *J Sex Med.* 2007;4(1):204-8.
86. van Anders SM, Chernick AB, Chernick BA, Hampson E, Fisher WA. Preliminary clinical experience with androgen administration for pre- and postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):173-85.
87. Kingsberg S. Testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med.* 2007;4(s3):227-34.
88. Braunstein GD. Management of female sexual dysfunction in postmenopausal women by testosterone administration: Safety issues and controversies. *J Sex Med.* 2007;4(4):859-66.
89. Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008;359(19):2005-17.
90. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2003;110(11):1014-24.
91. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(4):367-77.
92. Stuckey BGA. Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: The influence of endogenous and exogenous sex hormones. *J Sex Med.* 2008;5(10):2282-90.
93. Lazarou S, Reyes-Vallejo L, Morgentaler A. Wide variability in laboratory reference values for serum testosterone. *J Sex Med.* 2006;3(6):1085-9.
94. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res.* 2008;20(5):466-78.
95. Burger H. The menopausal transition – Endocrinology. *J Sex Med.* 2008;5(10):2266-73.
96. Masters WH, Johnson VE. The human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co; 1970.
97. Gomes FA. A terapia de casal. *Psiquiatria Clínica.* 1987;8(3):163-8.
98. Gomes FA. Os problemas sexuais na prática clínica (IV). *Psiquiatria Clínica.* 1981;2(2):133-42.
99. Gomes FA, Mendes MF. Terapêutica sexual (apresentação de um quadro clínico em que foi utilizado o protocolo Masters & Johnson). *Bol Soc Port Ginecol.* 1977;2(2):115-20.
100. Gomes FA. Os problemas sexuais na prática clínica (II). *Psiquiatria Clínica.* 1980;1(4):277-82.
101. Gomes FA. Terapêutica da disfunção sexual. *Bol Soc Port Ginecol.* 1977;2(1):68-72.
102. Carvalheira AA. Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexualógica. *Rev Int Androl.* 2007;5(1):88-91.
103. Fonseca L, Figueiredo M, Nobre P. As terapias sexuais: novos desenvolvimentos das abordagens psicológicas. Em: Fonseca L, Soares C, Vaz JM, coord. *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I.* Coimbra: Quarteto; 2003. p. 291-358.
104. Brotto L, Heiman J. Mindfulness in sex therapy: applications for women with sexual difficulties following gynaecologic cancer. *Sex Relation Ther.* 2007;22(1):3-11.
105. LoPiccolo J, Lobitz WC. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Arch Sex Behav.* 1972;2(2):163-71.
106. Kaplan H. Manual ilustrado de terapia sexual. Lisboa: Sexo & Não Só; 1979.
107. Trudel G, Saint-Laurent S. A comparison between the effects of Kegel's exercise and a combination of sexual awareness relaxation and breathing on situational orgasmic dysfunction in women. *J Sex Marital Ther.* 1983;9(3):204-9.
108. Roughan PA, Kunst L. Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential? *J Sex Marital Ther.* 1981;7(3):223-9.
109. Araújo I, Gomes FA, Mendes MF. Vaginismo: abordagem terapêutica. *Gim Med Rep.* 5(4):219-23.
110. Soares C, Araújo MI. As disfunções sexuais femininas: como lidar com uma disfunção sexual feminina. Em: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS, eds. *Sexologia em Portugal. Vol. I.* Lisboa: Texto Editora; 1987. p. 311-30.
111. Santos G. Vaginismo e dispareunia. Em: Fonseca L, Soares C, Vaz JM, coord. *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I.* Coimbra: Quarteto; 2003. p. 95-109.
112. Weeks G. The emergence of a new paradigm in sex therapy: Integration. *Sex Relationship Therapy.* 2005;20(1):89-103.