

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

**DESEJO SEXUAL FEMININO ESPONTÂNEO VERSUS
RESPONSIVO: O PAPEL DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM

PSICOLOGIA CLÍNICA

LILIANA JUNOT ROCHA

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientador: Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre

Universidade de Aveiro

Co-Orientador: Professora Otilia Maria Monteiro Fernandes

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



Vila Real, 2010

Agradecimentos

Apesar de uma dissertação de Mestrado ser geralmente um processo solitário, a que um investigador está destinado, acaba por reunir contributos de várias pessoas.

É desta forma que expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível.

Gostaria antes de mais de agradecer ao Professor Doutor Pedro Nobre, orientador desta tese, pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Às mulheres que participaram neste estudo e sem as quais esta investigação não teria sido possível.

A todos os meus amigos pelo apoio e incentivo incondicional.

Aos meus pais e irmã, pela motivação, compreensão e força, que me orientaram.

Por fim, ao meu marido, Paulo, cujo apoio foi essencial, tendo em conta o tempo que não lhe consegui dedicar durante este percurso e à minha filha Leonor (ainda em gestação), pela ansiedade e poucas horas de descanso a que a sujeitei.

Resumo

A compreensão dos factores psicológicos inerentes na etiologia, desenvolvimento e manutenção das disfunções sexuais femininas, tem tido especial enfoque da comunidade científica, gerando um crescente interesse nos últimos anos. No entanto, carecem os estudos que incidem sobre o desejo sexual espontâneo versus responsivo. Daí a tese, intitulada “Desejo Sexual Feminino Espontâneo Versus Responsivo: O Papel das Variáveis Psicossociais”. É formada por dois artigos. O primeiro – “As Dificuldades do Desejo Sexual: Um Breve Enquadramento Teórico” – que faz a revisão da literatura sobre as Disfunções Sexuais Femininas: caracterização, classificação, redefinição, prevalência, comorbilidade e as inerentes variáveis psicossociais. O segundo, – “O Papel das Variáveis Psicossociais no Desejo Sexual Feminino Espontâneo e Responsivo – Resultados de um Estudo Empírico”, que analisa várias hipóteses acerca do papel das variáveis psicossociais, tais como, crenças sexuais, pensamentos automáticos, psicopatologia, ajustamento diádico e funcionamento sexual, no desejo sexual espontâneo e responsivo. Os resultados obtidos sugerem que as mulheres com Baixo Desejo Global (espontâneo e responsivo) apresentam índices mais baixos de ajustamento diádico, menores níveis de funcionamento sexual (excitação, lubrificação, satisfação) e mais crenças sexuais disfuncionais relativamente ao corpo, idade e conservadorismo sexual e maiores índices de psicopatologia (Depressão, Ideação Paranóide e Hostilidade) comparativamente às mulheres do grupo de controlo e do grupo baixo desejo espontâneo. De uma forma geral, os resultados demonstram o papel relevante desempenhado pelos Factores Cognitivo-Emocionais e psicossociais no funcionamento sexual, tornando-se necessário avaliar e incluir estas dimensões e estratégias nos protocolos terapêuticos, na intervenção das disfunções sexuais.

Abstract

The understanding of the psychological factors involved in the etiology, development and maintenance of female sexual dysfunction, has had a special focus of the scientific community, generating a growing interest in recent years. However, we have a lack of studies focusing on sexual spontaneous desire versus responsive. So, the current manuscript titled "Female Sexual Spontaneous Desire Versus Responsive: The Role of Psychosocial Variables." It is composed by two articles. The first – “The Difficulties of Sexual Desire: a brief theoretical framework – which is reviewing the literature in the Female Sexual Disorders: characterization, classification, redefinition, prevalence, comorbidity and psychosocial variables involved. The second - "The Role of Psychosocial Variables in Female Sexual Spontaneous and Responsive Desire - Results from an Empirical Study," which examines several hypotheses about the psychosocial variables paper, such as sexual beliefs, automatic thoughts, psychopathology, dyadic adjustment and sexual functioning in spontaneous and responsive sexual desire. The results suggests that women with Lower Global Desire (spontaneous and responsive) have lower rates of dyadic adjustment, excitement, lubrication, satisfaction, and more sexual dysfunctional beliefs regarding the body, age and sexual conservatism and higher rates of psychopathology (depression, hostility and paranoid ideation) compared to women of the control group and the Low Desire Spontaneous Group. Overall, the results demonstrate the important role played by Cognitive, Emotional and psychosocial factors in sexual functioning, making it necessary to consider and incorporate these dimensions and strategies in therapeutic protocols, in the intervention of sexual dysfunctions.

Índice

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Parte I: O Desejo Sexual Feminino Espontâneo Versus Responsivo: O Papel das Variáveis Psicossociais - Um Breve Enquadramento Teórico.....	7
I. 1. Resumo.....	8
I.2. Abstract.....	9
I. 3. Disfunções Sexuais Femininas: Caracterização, Classificação e Variáveis Psico-sociais.....	10
I. 4. Classificação das Disfunções Sexuais Femininas.....	11
I. 5. Redefinição das Disfunções Sexuais Femininas.....	15
I. 6. Prevalência e Comorbilidade.....	19
I. 7. As Variáveis Psicossociais e o Funcionamento Sexual na Mulher.....	21
I. 8. Referências Bibliográficas.....	26
Parte II: O Papel das Variáveis Psicossociais no Desejo Sexual Feminino Espontâneo versus Responsivo - Estudo Empírico.....	36
II. 1. Resumo.....	37
II. 2 Abstract.....	38
II. 3. O Papel das Variáveis Psicossociais no Desejo Sexual Feminino Espontâneo versus Responsivo.....	39
II. 4. Metodologia.....	44
II. 4.1. Participantes.....	44
II. 4.2. Procedimentos.....	46

II. 4.3.	Instrumentos.....	46
II.5	Resultados.....	49
II.6.	Discussão.....	54
II.7.	Referências Bibliográficas.....	59
III.	Anexo A (Tabelas).....	68
IV.	Anexo B.....	76
V.	Anexo C.....	77
VI.	Anexo D.....	90
VII.	Anexo E.....	91
VIII.	Anexo F.....	92
IX.	Anexo G.....	93
X.	Anexo H.....	95

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características demográficas do Grupo de Controlo, Grupo Clínico e Grupo Sub-Clínico.....	69
Tabela 2 – Diagnósticos principais e adicionais do Grupo Baixo Desejo Global e Baixo Desejo Espontâneo.....	70
Tabela 3 - Dimensões de Ajustamento Diádico em função dos Grupos	71
Tabela 4 - Dimensões da Psicopatologia (BSI) em função dos Grupos	72
Tabela 5 - Dimensões do Funcionamento Sexual em função dos Grupos	73
Tabela 6 - Dimensões das Crenças Sexuais Disfuncionais em função dos Grupos	74
Tabela 7- Pensamentos Automáticos (QMS) em função dos Grupos	75

Cabeçalho: DESEJO SEXUAL FEMININO ESPONTÂNEO VERSUS RESPONSIVO: O
PAPEL DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

PARTE I

AS DIFICULDADES DO DESEJO SEXUAL FEMININO:

UM BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Liliana Junot Rocha

Departamento de Educação e Psicologia

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

Um bom funcionamento sexual exige um certo equilíbrio na forma de ser, viver e pensar a sexualidade e numa maior ou menor abertura a um mundo complexo de pensamentos, emoções e comportamentos sexuais. As disfunções sexuais ocorrem e desenvolvem-se sempre no contexto interpessoal e relacional de cada mulher. A disfunção sexual feminina é definida como desordem relacionada com o desejo sexual, excitação, orgasmo e ou dor sexual que resulta em sofrimento pessoal e mal-estar acentuado e pode ter impacto negativo na qualidade de vida de cada mulher. O desejo sexual, mais especificamente é uma das fases da resposta sexual comumente associada a um estado psicológico ou subjectivo responsável pela motivação face a comportamentos de índole sexual, de procura de intimidade e criação de vínculos interpessoais. A sexualidade feminina e a sua dimensão psicossocial durante muitos anos não foram verdadeiramente investigadas. No entanto, nos últimos anos assiste-se a uma crescente proliferação de investigações nesta temática. Contudo, registamos uma escassez de estudos em torno do desejo sexual espontâneo e responsivo. A revisão da literatura ilustra exactamente este facto. Para além da controvérsia no que concerne à resposta sexual feminina, e às próprias disfunções sexuais, demonstrando o quanto complicado é concluir e generalizar acerca da sexualidade humana, onde permanece ainda num profundo desconhecimento, alimentando assim a busca por um conhecimento mais abrangente.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina, desejo sexual espontâneo e responsivo, sexualidade feminina.

Abstract

A good sexual functioning requires the balanced in the way of being, living and thinking the sexuality and in a greater or lesser openness to a complex world of thoughts, emotions and sexual behaviors. The sexual dysfunctions occur and develop always in the interpersonal and relationship context of each woman. Female sexual dysfunction is defined as a disorder related to sexual desire, arousal, orgasm and/or sexual pain that results in personal suffering and discomfort and can have negative impact on quality of life of each woman. Sexual desire, more specifically is one of the stages of sexual response commonly associated with a psychological or subjective state responsible for motivation to sexual behavior, the search for intimacy and the creation of interpersonal bonds. Female sexuality and its psychosocial dimension for many years not been truly investigated. However, in recent years there has also been a growing proliferation of research on this topic. But, we note a lack of studies about the spontaneous and responsive sexual desire. The literature review illustrates exactly this. In addition to the controversy regarding the female sexual response and sexual dysfunctions, showing how complicated is to conclude and generalize about human sexuality, which remains a deep ignorance, fueling the search for a more comprehensive knowledge.

Key-words: female sexual dysfunction, sexual desire, spontaneous and responsive sexual desire, female sexuality.

Disfunções Sexuais Femininas: Caracterização, Classificação e

Variáveis Psico-sociais

A sexualidade desde sempre integrou a combinação entre os aspectos individuais emocionais e físicos, abarcando questões como o prazer, a satisfação sexual, a intimidade, a expressão de sentimentos, e a própria relação conjugal. Tendo como objectivo o prazer e o jogo lúdico da interacção sexual ou então apenas o factor reprodutivo. Toda esta interacção encontra-se associada ao próprio estado de saúde e bem-estar, equilíbrio psíquico e emocional. O acto sexual refere-se a uma importante forma de expressão de sentimentos de partilha, compromisso e intimidade, vivenciados pelo homem e mulher (Burns, 1999).

O campo de investigação da sexualidade tem sofrido diferentes tendências, que podemos enquadrar em três marcos distintos, segundo Gomes (2006): o primeiro - os “anos do casal” (1970-1982), caracterizado pela investigação científica e laboratorial na área da psicologia e da fisiologia do acto sexual, em que publicam a *Human Sexual Inadequacy*; o segundo - “os anos do homem” (1982 - 1998), distinguido pelo interesse científico na disfunção erétil, após a comprovada eficácia da papaverina; e, o terceiro - “os anos da mulher”, (a partir de 1998), em que os investigadores e clínicos dirigem a sua atenção para a mulher, e incluem o parceiro no processo terapêutico. Assim, Gomes (2006), definiu esta época como “os anos da mulher, continuação dos anos do homem e provável regresso aos anos do casal...”.

A comunidade científica privilegiou o conhecimento dos aspectos da sexualidade masculina, e apenas nos últimos 30 anos se tem debruçado sobre o estudo da sexualidade feminina, para dar resposta terapêutica e desenvolvimento de tratamentos eficientes relativamente às disfunções sexuais. Começaram a dar mais importância aos conceitos relacionados com a psicologia individual, em detrimento das questões biológicas da reprodução.

O estudo da sexualidade feminina tem conhecido poderosos avanços, tendo cada vez mais notoriedade em congressos, livros, conferências e páginas da internet. Contudo, a falta de recursos económicos para suportar a investigação científica, promove a ligação preocupante com a indústria farmacêutica na produção, divulgação e aplicação do conhecimento médico. O que antes se propunha ser uma colaboração transformou-se numa dependência, que poderá comprometer a credibilidade do processo de construção do conhecimento médico, incentivando distorções nos critérios de avaliação da qualidade dos

artigos científicos (Bodenheimer, 2000; Ross, 2000; Korn, 2000). Face à crescente globalização e desregulação da indústria farmacêutica, corremos o risco de negligenciarmos conceitos que se referem à psicologia individual e relacional da sexualidade humana, e focarmo-nos nas disfunções sexuais apenas como problemas médicos (Moynihan, 2003; Tiefer, 2000, 2002).

No entanto, actualmente é reconhecida a importância de outros factores tanto afectivos, cognitivos, fisiológicos ou sociais que também interferem de forma significativa no funcionamento sexual (Wincze & Carey, 2001), e que é através do equilíbrio entre todos estes factores que este se torna adequado (Basson, 2004; Safir & Almagor, 1991; Dunn, Croft & Hackett, 1999).

Classificação das Disfunções Sexuais Femininas

As disfunções sexuais têm sido alvo de debate ao longo das últimas décadas, sobre o que se considera como normal ou patológico. Esta preocupação tem gerado a criação de sistemas de classificação das perturbações mentais. A Classificação Internacional de Doenças (ICD-10), criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem um capítulo direccionado às perturbações psiquiátricas. Concomitantemente, surge o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Psiquiátricas (DSM IV) da American Psychiatric Association (APA). Desde então, tanto a ICD como o DSM-IV tem sofrido inúmeras revisões, enquadrando as disfunções sexuais tendo em conta as concepções de normalidade vs patologia sexual. No entanto, é notório a inerente influência dos determinantes socioculturais no sistema nosológico das disfunções sexuais. Como é o caso da masturbação que durante muito tempo foi considerada uma perversão sexual (Tissot, 1766, in Nobre, 2006) e, neste momento, é utilizada como estratégia terapêutica no tratamento de disfunções sexuais (Heiman e LoPiccolo, 1988).

A ICD-10 concentra-se nos factores físicos que influenciam a resposta sexual, e o DSM-IV enfatiza a factores emocionais e psicológicos envolvidos. Ambos têm subconjuntos da categoria de disfunção sexual que se aplicam exclusivamente às mulheres. Na ICD-10, a classificação de Disfunção Sexual surge como sendo a incapacidade do indivíduo participar numa relação sexual da forma que pretende (OMS, 1992). Neste sistema podemos salientar a falta ou perda de desejo sexual, a Perturbação de Aversão Sexual, a falha na resposta sexual, a Dispareunia não orgânica e o impulso sexual excessivo (Basson, 2001b).

Em 1966, as pesquisas laboratoriais de Masters e Johnson, dividiram a resposta sexual humana em quatro fases consecutivas: desejo – correspondente aos instintos e fantasias sexuais e à “vontade” em iniciar a actividade sexual; excitação – caracterizada por uma sensação subjectiva de prazer sexual, com as modificações fisiológicas inerentes; orgasmo – que corresponde ao ápice de prazer, com libertação da tensão sexual e contracção fisiológica; e, por fim, a fase da resolução – que gera uma sensação generalizada de bem-estar. Por sua vez, Kaplan (1979), propôs o conceito trifásico, envolvendo o desejo, a excitação e orgasmo. Esta autora, incluiu o desejo como fenómeno subjectivo e comportamental de extrema complexidade, onde concorrem uma série de factores subtis, como o pensamento, a imaginação (fantasias e sonhos), a receptividade do parceiro, entre outros.

As quatro fases descritas servem como base de referência para o diagnóstico das Disfunções Sexuais Femininas, que se enumeram seguidamente: Perturbações do Desejo – Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo e Aversão Sexual; Perturbação da Excitação Sexual; Perturbação do Orgasmo e por fim, Perturbação da Dor Sexual – Dispareunia e Vaginismo (APA, 2000). Segundo o DSM-IV- TR (APA, 2002), a Disfunção Sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual (baseado no modelo convencional de Masters e Johnson) ou por uma dor associada no decurso da actividade sexual, que causa sofrimento para o próprio e conduz a dificuldades no relacionamento interpessoal. O diagnóstico de disfunção sexual deverá ser classificado tendo em conta o início, a origem e contexto em que ocorre. As dificuldades poderão surgir em qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual, e podem ser originadas quer por factores biológicos (doenças, idade, consumo substâncias, etc), psicológicos (problemas relacionais, educação, perturbações psicológicas, etc), ou ambos (APA, 2002; Bach, Wincze, & Barlow, 2001).

Leiblum (1998) e Tiefer (1991), dão-nos conta de algumas limitações no uso desta classificação, referindo que o foco na resposta genital e nos tradicionais indicadores de desejo, incluindo as fantasias sexuais e a necessidade de auto-estimulação, ignora a maioria dos componentes da satisfação sexual feminina, tais como a confiança, a intimidade, o respeito, a comunicação, o afecto e o prazer do toque sensual. Estes autores evocam a importância das características não genitais na satisfação sexual feminina e do facto da sua ausência gerar desconforto e distanciamento dessa intimidade requerida pela mulher. A maioria das investigações existentes não contempla estes aspectos.

Leiblum (2001), acrescenta que as diferentes categorias diagnósticas, apresentadas

anteriormente, reflectem um modelo idêntico para homens e mulheres, em que o coito é implicado de forma obrigatória. Paralelamente, não valoriza os aspectos emocionais e interpessoais do relacionamento sexual, geralmente mais valorizados pelas mulheres, do que a resposta genital (Basson, 2000a; 2000; 2001a; 2005; Leiblum, 2001). O modelo em causa, enfatiza a sequência linear das fases – excitação, desejo e orgasmo, não privilegiando a mútua influência circular entre desejo/excitação, aspecto considerado mais pertinente na sexualidade feminina (Basson e tal., 2001; Basson e tal., 2004; Basson, 2005; Leiblum, 1998, 2001).

Segundo Tiefer (1991), o modelo clássico do ciclo de resposta sexual é baseado em componentes restritos e redutores da sexualidade feminina. No entanto, tem sido muito útil na compreensão da função e disfunção sexual.

Tendo em conta as críticas dirigidas a este modelo, mais recentemente, Rosemary Basson (2000; 2001a), descreveu um modelo alternativo da resposta sexual feminina, para uma melhor compreensão e categorização das Disfunções Sexuais Femininas, quer ao nível do ciclo de resposta sexual humano, quer ao nível do processo de classificação. Basson (2000, 2001a, 2004b), confere uma nova perspectiva ao desejo sexual, e por consequência ao desejo sexual hipoactivo, referindo que, a resposta sexual iniciava com uma neutralidade sexual, sendo o desejo sexual um fenómeno responsivo e não um fenómeno espontâneo. A resposta sexual feminina nascia da necessidade de intimidade e não tanto da excitação sexual. A mulher, numa situação de neutralidade sexual, tendo como objectivo um conjunto de recompensas que aumentam a intimidade emocional com o parceiro, procura estímulos/sinais sexuais, sente excitação psicológica e desejo sexual, o que provoca excitação sexual física. O desejo sexual, desencadeado desta forma, coincide ou é posterior à excitação sexual subjectiva, e juntos geram satisfação física e emocional (Basson, 2000, 2001a, 2004b).

Esta autora reconhece que a motivação sexual para ter experiência sexual surge do desejo de ter ganhos do tipo proximidade emocional, vinculação com o parceiro, compromisso, amor, aceitação, intimidade, que não são elementos sexuais mas que são mais importantes para a mulher do que o desejo sexual ou a necessidade biológica de ter sexo (Basson, 2000, 2001b, 2001c). A receptividade depende mais do contexto (ex. carinho, consideração, segurança e privacidade) do que da estimulação física (Basson, 2001a).

Neste sentido, a excitação sexual e o desejo sexual responsivo ocorrem simultaneamente, depois de a mulher deliberadamente optar por experienciar estimulação sexual (Basson, 2000, 2001b; Goldmeier, 2001). Esta escolha é baseada em necessidades, do tipo ganhos e recompensas (intimidade emocional, compromisso, tolerância às imperfeições

do relacionamento, bem estar do parceiro) mais do que desejo de experienciar excitação física e libertação orgásmica. O bem-estar físico sexual pode acontecer mesmo sem orgasmo (Basson, 2000). Neste sentido, este tipo de recompensas geram uma força motivacional isolada, integrando assim, o desejo sexual responsivo e espontâneo (Basson, 2000, 2001a, Goldmeier, 2001). Assim, este desejo mais responsivo do que espontâneo, é então visto como uma apetência para sensações sexuais para o seu próprio benefício. Neste sentido, a experiência sexual começaria com uma atitude neutra, não havendo percepção de desejo, sendo a necessidade de intimidade o que motivaria para o envolvimento sexual. Os factores interpessoais tornam-se mais relevantes e, como o modelo é circular, o comprometimento em qualquer ponto do círculo poderá levar à diminuição do desejo (Basson, 2001a).

Segundo esta autora, muitas mulheres sentem-se sexualmente bem e realizadas e não tem desejo sexual espontâneo (Basson, 2000, 2001a, 2001b, 2002b).

O desejo pode também eclodir ao ser provocado pelo clima de intimidade, carinho, estímulos eróticos, sendo portanto, um estágio posterior à excitação. Assim, sempre que esta satisfação acontecer, aumenta a intimidade entre o casal.

Este modelo, aplica-se sobretudo aos relacionamentos sexuais a longo prazo, nos quais as experiências sexuais frequentemente se iniciam de um estado não sexual (Basson, 2000, Goldmeier, 2001). A ausência de indicadores de desejo sexual, incluindo pensamentos, fantasias sexuais espontâneas e necessidade de auto-estimulação sexual, não impede a receptividade do estímulo sexual, incluindo aquele que é providenciado pelo companheiro (Basson, 2004b; Cawood e Bancroft, 1996; Levine, 2003).

O reconhecimento que a resposta sexual feminina está mais implicada com a necessidade de intimidade, do que com as necessidades físicas de excitação sexual, gerou uma compreensão alternativa da excitação sexual feminina e concomitante definição de desejo sexual hipoactivo, que ganha uma nova ampliação, caracterizando-se por ausência ou diminuição de interesse ou desejo, pensamentos ou fantasias e ausência de desejo responsivo (Basson, et. al, 2004).

O modelo tradicional do ciclo de resposta sexual proposto por Kaplan, (1979) e Masters e Johnson, (1966), que é representado pelo desejo, excitação, orgasmo e resolução, é frequentemente relatado pelas mulheres no início de um novo relacionamento. Contudo, num relacionamento de longo prazo, a resposta sexual feminina é diferente. A modificação coincide com alguma frequência com o aumento das distrações e da fadiga associados ao facto de ter filhos (Basson, 2000). Nos relacionamentos monogâmicos a longo prazo, só

ocasionalmente a mulher inicia a experiência sexual com desejo sexual (necessidade sexual consciente, pensamentos sexuais, fantasias sexuais), com as fases posteriores de excitação, orgasmo e resolução.

Em suma, a proposta de Basson (2000) gera uma visão distinta da anteriormente dada pelo modelo tradicional, que postula a resposta sexual de uma mulher saudável com início no desejo sexual, seguida da excitação sexual, orgasmo e resolução.

O modelo alternativo de Basson (2000) incluiu vários aspectos distintos, que até ao momento não tinham sido contemplados por diversos autores nas investigações na área da disfunção sexual feminina, reconhecendo a vinculação com o parceiro, a aceitação, a tolerância às imperfeições, a intimidade, como “ganhos” que, não sendo elementos sexuais, são importantes para o surgimento do desejo sexual.

Redefinição das Disfunções Sexuais Femininas - os novos sistemas de classificação

Ainda que sejam considerados inovadores, os critérios do DSM têm sido criticados desde a primeira edição.

Em 1998, um grupo multidisciplinar de peritos especializados na sexualidade feminina reuniram-se com o intuito de rever e actualizar as Disfunções Sexuais Femininas (Basson e tal., 2001). O objectivo seria tentar resolver as incongruências e problemas relacionados com as classificações anteriores da disfunção sexual feminina. A informação científica e as investigações inerentes foram revistas e avaliadas, com o intuito de poderem ser operacionalizadas na prática clínica, com o desenvolvimento de directrizes de avaliação clínica, pelos diversos profissionais de saúde e público em geral o sistema de classificação final segue a mesma estrutura geral do DSM-IV (APA, 2000), sendo preservados as quatro grandes categorias de Disfunção Sexual - desejo, excitação, orgasmo e perturbação da dor (Basson, 2000, 2001b). Foi incluída uma nova tipologia nos subtipos para distinguir o orgânico, psicogénico, misto ou indefinido.

Por outro lado, as definições de vários distúrbios foram alteradas para reflectir as actuais práticas clínicas e de pesquisa, e foi incluída uma nova categoria de Perturbação de Dor sem Penetração. Esta nova definição vem enquadrar as mulheres que sentem dor mesmo sem a existência de penetração (mulheres heterossexuais).

Tendo em conta a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo (HSDD), o consenso definiu como deficiência ou ausência de fantasias/pensamentos sexuais e/ou desejo por ou receptividade à actividade sexual, que causa angústia pessoal. Esta definição expandiu a

problemática do desejo ao conceito de receptividade para a actividade sexual sem a presença do desejo sexual espontâneo (Basson, 2001a, Basson e tal., 2001; 2005; Garde & Lunde, 1980; Leiblum, 2000).

A Perturbação de Aversão Sexual foi definida como uma persistente ou recorrente aversão fóbica no contacto sexual com o parceiro, causando sofrimento pessoal (Basson e tal., 2001). Por sua vez, a Perturbação da Excitação Sexual definiu-se como a incapacidade persistente ou recorrente de atingir ou manter a lubrificação na actividade sexual, causando angústia pessoal, que pode ser expressa como falta de excitação subjetiva ou falta de lubrificação genital ou outras respostas somáticas (Basson e tal., 2001). Por fim, a Perturbação do Orgasmo é traduzida pelo “atraso persistente ou recorrente, dificuldade ou ausência em atingir o orgasmo após estimulação sexual e excitação suficiente, provocando angústia pessoal” (Basson e tal., 2001, p.87).

Analisando as novas propostas, Bancroft, Graham & MacCord, (2001) e Carson (1991) lançam novas críticas quanto à contribuição das mudanças para a prática clínica e investigação científica. A estrutura é a mesma, focando-se uma vez mais no ciclo de resposta sexual clássico. Segundo estes autores há uma maior preocupação em categorizar as perturbações, mas não dando resposta a origem e tratamento das mesmas, não distinguindo uma queixa de uma disfunção sexual. Existe ainda uma negligência pelos factores interpessoais, que deverão ser tidos em conta na análise das disfunções sexuais femininas (Leiblum, 2001; Sugrue & Whipple, 2001; Basson, 2001b).

Em 2004 e 2005, os mesmos especialistas reuniram-se novamente e propuseram novas faces da função sexual feminina. Basson (2005), baseado-se no relatório do comité internacional da American Foundation of Urological Disease elaborou novas definições para as disfunções sexuais femininas e conceptualizou, entre outras alterações, o HSDD como a ausência ou diminuição do interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos sexuais ou fantasias, e falta de desejo responsivo. A motivação para a excitação sexual é ausente ou escassa. O distinto modelo de resposta sexual feminina de Basson (2000), argumentava exactamente que é tanto a ausência de factores de desejo espontâneo, como a incapacidade de experienciar qualquer desejo responsivo (que geralmente coincide com excitação prévia), que constitui a real HSDD.

Relativamente à Perturbação da Excitação, a ausência de desejo ao longo de qualquer momento da envolvência sexual caracteriza esta mesma perturbação. Este conceito preconiza o que Basson referia anteriormente acerca desta perturbação, indicando que o conceito da

excitação sexual implica numa mente que está desperta sexualmente e que tem registado o estímulo sexual. Uma vez que o estímulo, é reconhecido como “sexual” facilitará a vasocongestão genital, na mulher saudável.

Tanto o estímulo sexual, como o seu contexto, são avaliados, permitindo a intercorrência de factores biológicos e psicológicos na excitação subjectiva (Basson, 2000, 2002a). Segundo a autora, a excitação sexual, na mulher, é mais uma excitação mental, da apreciação do estímulo sexual como um todo, e menos da excitação consciente das mudanças genitais. A lubrificação vaginal, que tem sido considerada o marcador genital da excitação, segundo Basson (2000), nem sempre é facilmente perceptível, mesmo quando acontece. A percepção do ingurgitamento genital, como sexualmente excitante, intensifica a excitação subjectiva. Ela menciona que é positivo e erótico, em mulheres saudáveis, a leitura e a interpretação da mente subjectiva, sobre o estímulo, o contexto do estímulo e sobre as mudanças genitais. Descreve, assim, um feedback positivo, entre o corpo e a mente, em mulheres saudáveis, relativamente à excitação sexual, onde o contexto, a história psicosssexual e o estado médico actual é de extrema importância no que diz respeito à sexualidade feminina (Basson, 2004a, 2005).

Tiefer (2001, 2002, 2003), por sua vez, criticou a nomenclatura definida pela Associação Americana de Psiquiatria para as disfunções sexuais, que segundo esta autora eram reduzidas às funções fisiológicas, negligenciando o contexto social e relacional em que as dificuldades ocorriam e a adequada distinção entre o homem e a mulher. Paralelamente, referiu que a ausência de "receptividade" ou de apetite sexual na mulher é, em diversas situações, uma reacção "adaptada", que não pode ser reduzida a uma disfunção ou patologia.

Em 2003, Bancroft et al., (p. 194) acrescenta ainda que "a ausência ou diminuição de interesse sexual não é necessariamente disfuncional ou inadaptada: a reacção a certas circunstâncias situacionais, o que, no mundo actual, compreende estados de cansaço ou depressão, ou a presença de circunstâncias adversas na relação sexual ou nas condições de vida da mulher [...] não são a prova de uma disfunção do sistema da resposta sexual". Esta posição de bom senso se contrapõe à nova nomenclatura dos transtornos da função sexual feminina, que definiram o "desejo hipoactivo" como um dos principais transtornos sexuais da mulher (Rosen; Leiblum, 1995).

Nesta continuidade, em conjunto com outros profissionais, Tiefer (2001, 2002, 2003), propôs um novo sistema de classificação fundada na existência de poucas investigações que estimulem as mulheres a descrever as suas próprias experiências. Segundo esta autora, as

mulheres expressariam pouca distinção entre o desejo e a excitação, contrariando o modelo proposto por Masters e Johnson, seriam menos propensas à excitação física e mais à subjectiva e as suas queixas estariam ausentes no DSM. Assim, o novo sistema foi classificado em quatro categorias: problemas sexuais resultantes de factores socioculturais, políticos e económicos; problemas sexuais relacionados com o parceiro e relação amorosa; problemas sexuais devido a factores psicológicos e relacionados com problemas médicos. Este sistema tem uma inerente preocupação com a abrangência dos problemas sexuais femininos como um todo, numa vertente bio-psico-social. Qualquer mulher consegue identificar o seu problema nesta definição: “descontentamento ou insatisfação com qualquer aspecto emocional, físico ou relacional da experiência sexual” (Tiefer, 2001, p.130).

A disfunção sexual feminina é uma área que carece de inúmeros estudos, tanto no que se refere a causas psicológicas e fisiológicas, como na própria sexologia feminina. São necessários estudos experimentais, epidemiológicos e anatómicos que reconheçam o funcionamento sexual feminino analisando os factores preditores e as suas consequências negativas. São pertinentes estudos que analisem os mecanismos biológicos de excitação sexual e orgasmo; o efeito do envelhecimento e da própria menopausa no funcionamento sexual, assim como a mediação dos seus efeitos; a relação entre a disfunção sexual e o bem-estar físico ou emocional, e a sua qualidade de vida.

Muitas mulheres demonstram estar insatisfeitas com o seu relacionamento sexual, apesar da sua capacidade de se sentirem excitadas e de atingirem o orgasmo (Rosen et al., 1993). É impreterível ainda o desenvolvimento de instrumentos de avaliação que analisem fisiologicamente os parâmetros de resposta sexual da mulher em *setting clínico*, sem negligenciar a avaliação e informação subjectiva da resposta sexual e da satisfação da mulher (Heiman, 2000).

Paralelamente, é necessário um maior investimento na formação dos técnicos que trabalham na área das disfunções sexuais, para uma maior compreensão do doente no seu todo (Basson e tal., 2001; Heiman, 2002).

Recentemente, Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum, Luria (2010), referiram que o DSM IV é imperfeito e tem vindo a ser criticado na última década. Neste sentido, propõem novos critérios tendo em conta os estudos mais recentes nas disfunções sexuais femininas. O diagnóstico das dificuldades sexuais é facilitado através de uma entrevista clínica biopsicossocial e a presença do parceiro, através de investigações laboratoriais, exames físicos e medidas psicofisiológicas. Referem ainda não existir medicação aprovada para o tratamento

das disfunções sexuais e que a eficácia dos tratamentos psicológicos ainda é baseada em poucos estudos. Daí a necessidade de mais estudos sobre a etiologia e tratamento da disfunção persistente da excitação, desejo e orgasmo.

Prevalência e Comorbilidade

Os estudos sobre as disfunções sexuais femininas em surgido de forma mais continuada, no entanto, pouca atenção lhe tem sido dada, pela ausência de diagnóstico bem definido, de uma classificação universal, e de escalas validadas. Para além disso, operacionalizam de forma divergente os problemas inerentes às disfunções sexuais femininas (Basson, 2000; Bach, Wincze, & Barlow, 2001; Hayes & Dennerstein, 2005; Heiman, 2002; Lewis e tal., 2004).

Existem poucos dados epidemiológicos sistemáticos respeitantes à prevalência relativa dos vários tipos da Disfunção Sexual Feminina, e os que existem são um pouco díspares. A grande maioria revela a perturbação do desejo como a mais comum Nusbaum, et al (2000); Kaplan, (1995, 1999), Laumann, Paik, Rosen (1999). Reportando-nos a este último estudo, Laumann e colaboradores (1999) dirigiram um estudo através do National Health and Social Life Survey (NHSLs), em que participaram 1749 mulheres americanas, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Os resultados evidenciaram uma prevalência de 43% de mulheres com disfunção. Deste grupo, 32% referem não sentir interesse por sexo, 26% não conseguem atingir o orgasmo e 10 a 15% referem dor durante a relação sexual Os resultados aparecem associados a variadas características demográficas, incluindo a idade e educação. Mulheres com diferentes grupos raciais parecem demonstrar diferentes padrões de disfunção sexual. Esta surge com mais frequência entre mulheres com saúde física e emocional debilitada e é altamente influenciada pelas experiências negativas durante a relação sexual e com o seu bem-estar geral (Laumann, et al., 1999; Heiman, 2002). Laumann e colaboradores (1999) sugerem o nível de habilitações literárias como preditor demográfico mais consistente das disfunções sexuais femininas.

Estudos realizados na Europa e EUA observam que 40% a 45% das mulheres adultas apresentam pelo menos uma manifestação de disfunção sexual na vida. Nas mulheres a ausência de desejo varia entre 17 e 55% e progride com a idade, sendo 1% desses acima de 49 anos, queixando-se de diminuição de desejo sexual, 22% entre os 50 aos 65 anos e 47% entre 66 a 74 anos. A Perturbação da Excitação tem como prevalência 8 a 15%, e 21 a 28%

com o aumento da idade. A disfunção do orgasmo medeia os 25% entre os 18 e os 74 anos. O Vaginismo ronda os 6% e a Dispareunia varia entre os 18 e os 20% (Lewis et al., 2004).

De uma forma geral, a actividade sexual parece ter tendência a diminuir com a idade (Berman, 1999; Hayes & Dennerstein, 2005; Hartmann, et al. 2002; Hartmann, et al. 2004; Lewis et al. 2004) contudo, a investigação carece de dados que corroborem esta afirmação. No entanto, há estudos que revelam o contrário e que há subtipos que estão associados a mulheres mais jovens (Perturbação do Desejo, do Orgasmo e Dispareunia), estando a Perturbação da Excitação associada a idades superiores (Laumann, et al., 1999).

A HSDD, por exemplo, parece estar mais relacionada com aspectos emocionais e psicológicos, e com a satisfação sexual com o parceiro, em detrimento da peri e pós-menopausa (Leiblum, 2006).

Laumann & Waite (2008), promoveram a análise estatística numa amostra de 1550 mulheres, com idades entre os 57 e os 85 anos. Dos resultados obtidos podemos referir que os problemas sexuais entre os idosos não são consequência inevitável do envelhecimento, mas são respostas à presença de factores de stress em vários domínios da vida. O mecanismo de ligação entre o stress da vida e os problemas sexuais poderá ser saúde mental debilitada e a insatisfação com a sua relação.

Alguns estudos mostraram uma diminuição do interesse sexual em mulheres peri e pós – menopáusicas (Avis, Stellato, Crawford, Johannes, & Longcope, 2000; Cawood & Bancroft, 1996; Dennerstein, et al. 2006; Graziottin, et al., 2009), contudo, outros autores não encontraram qualquer associação (Hawton, Gath, & Day, 1994).

Um outro estudo realizado com 1219 mulheres brasileiras, com idade superior a dezoito anos, revelou uma prevalência de Disfunções Sexuais Femininas de 49%, tendo a Perturbação do Desejo Sexual sido a mais prevalente (26,7%), seguida da Dispareunia (23,1%) e da Perturbação do Orgasmo (21,0%) (Abdo, 2004).

Num estudo de Geiss (2003), os resultados revelaram que as Perturbações do Orgasmo (24,4%) e Dispareunia (24,3%) como as mais comuns, seguidas da Perturbação do Desejo (23,2%) e da Perturbação da Excitação (17,9%) em mulheres que procuram cuidados de ginecologia. Já a Perturbação do Desejo (28,8%) e Dispareunia (24,9%) afectam mais as que procuram cuidados de urologia, sendo o orgasmo, aparentemente, o menos afectado (17,8%).

Em 2005, Nicolosi, Glasser, Kim, Marumo e Laumann, procuraram estudar a actividade sexual e prevalência da disfunção sexual em pessoas de meia-idade e idosos na Ásia. O estudo envolveu 3350 mulheres e 3350 homens. Dos resultados obtidos podemos

referir que mais de 30% das mulheres queixaram-se de ter pelo menos uma disfunção sexual, embora houvesse variações acentuadas entre os países. As disfunções sexuais mais frequentemente relatadas foram a falta de interesse sexual (27%, 25 - 29), dificuldades de lubrificação (24%, 22-25), e incapacidade de atingir o orgasmo (23%, 22-25) entre as mulheres.

No que concerne a estudos incidentes na população portuguesa, podemos referir que poucos são os estudos acerca desta problemática. Contudo, é possível expor a investigação da Sociedade Portuguesa de Andrologia, orientada por Vendeira e colaboradores (2005), que compreendeu 1250 mulheres e 1250 homens da população geral com idades entre os 18 e os 75 anos. Os dados demonstram a prevalência de 35% de casos reportando Perturbação do Desejo Sexual, 32% Perturbação da Excitação, 32 % Perturbação do Orgasmo e 35 % Dispareunia.

Tendo em conta amostras clínicas, Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2006a) trabalharam uma amostra de 47 mulheres com Disfunção Sexual e verificaram que 40,4% da amostra evidenciava Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, 25,5% Vaginismo e 21,3% Perturbação do Orgasmo. Foi concomitante a associação entre Desejo Sexual Hipoactivo e Perturbação de Excitação, assim como entre Dispareunia e Vaginismo.

As variáveis Psicossociais e o Funcionamento Sexual na Mulher

Tendo em conta as variáveis psicossociais, poucos são os estudos existentes. No que diz respeito à Psicopatologia, a depressão (ansiedade e dimensões cognitivas, estão fortemente associadas à diminuição do desejo sexual (HSDD) (Avis, Stellato, Crawford, et al, 2000; Kockott & Pfeifer, 1996; Heiman, 2000) e qualidade da resposta do desejo sexual (Trudel, Marchand, Ravart, Aubin, Turgeon, & Fortier, 2001), sendo complexa a relação entre essa doença, conflitos conjugais, disfunção sexual e estado de saúde em geral (Carey, 2006; Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton, Rosen, 2006).

Em 2004, Cyranowski, Bromberger, Youk, Mathews, Kravitz & Powell, investigaram a relação existente entre a história de Depressão ao longo da vida e o funcionamento sexual. A amostra foi constituída por 914 mulheres. Os dados revelaram que as mulheres com uma história de Depressão recorrente evidenciavam uma menor resposta de excitação e uma relação sexual actual menos satisfatória em termos físicos e emocionais, quando comparadas com mulheres com um Episódio Depressivo e mulheres sem história de Depressão.

De facto, a depressão e a ansiedade encontram-se frequentemente associados à redução do desejo sexual em ambos os sexos (Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic & Long, 2003; Levine, 2002; Lykins, Janssen & Graham, 2006; Safir & Almagor, 1991; Ware et al., 1996). Contudo, o facto de existir diminuição do interesse sexual, tendo em conta a depressão, pode não constituir por si só disfunção do sistema de resposta sexual (Bancroft et al., 2003). As disfunções sexuais e a depressão co-ocorrem com muita frequência, principalmente no sexo feminino (Angst, 1998; Lykins, Janssen & Graham, 2006), reduzindo o interesse e a resposta sexual (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Althof et al., 2005b).

Dunn et al. (1999) refere que, as perturbações do desejo e orgasmo feminino estão associadas à ansiedade e à depressão. Nessas mesmas mulheres, o Vaginismo e a Dispareunia estão relacionados com factores psicológicos, principalmente com a depressão.

De facto, a psicopatologia e o funcionamento sexual, encontram-se interligados. Indivíduos com disfunção sexual, apresentam previamente sintomas depressivos, ansiosos, sensibilidade interpessoal (Derogatis & Meyer, 1979). e stress psicológico (Derogatis, Meyer & King, 1981). Verifica-se assim uma elevada comorbilidade psiquiátrica com a disfunção sexual e a apresentação sintomática de variados quadros psicopatológicos (nomeadamente: depressão, ansiedade, anorexia, perturbação obsessivo-compulsiva, esquizofrenia e perturbação de pânico) (Aksaray, Yelken, Kaptanoglu, Oflu, Özaltın, 2001; Dobkin, Leiblum, Rosen, Menza & Marin, 2006; Figueira, Possidente, Marques e Hayes 2001; Hartmann, 2007; Mercan, Karamustafalioglu, Ayaydin, Akpinar, Goksan, Gonenli & Guven, 2006; Michael & O'Keane, 2000; Minnen, & Kampman, 2000; Segraves, 2002).

Tendo em conta os mecanismos utilizados pela psicopatologia na redução do desejo sexual, poderemos associar a presença de cognições disfuncionais ou pouco adaptativas (valor pessoal e auto-estima sexual reduzidos) como variáveis intervenientes na alteração da resposta sexual, sobretudo em estados prolongados de depressão (Bancroft, 1989; 2003). A depressão está geralmente associada a problemas conjugais que pode gerar paralelamente o comportamento sexual disfuncional (Bancroft, 1989). Contudo, é frequentes as mulheres manterem a actividade sexual sem apresentar desejo sexual (Beck, Bozman & Qualtrough, 1991; O'Sullivan & Allgeier, 1998).

De acordo com Basson (2004b), as emoções e os pensamentos tem um impacto mais forte na excitação sexual do que a sensibilidade genital.

As dinâmicas conjugais nem sempre funcionam como se deseja. Por vezes, quando um dos lados da relação ou ambos deixam de funcionar, baixa o desejo sexual, existem

modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e tudo isto acompanhado por um acentuado mal-estar e dificuldades interpessoais, surgem as dificuldades denominadas de Disfunções Sexuais (APA, 2002). Para além do bem-estar fisiológico e psicológico, também a integridade do relacionamento conjugal contribui para o bom funcionamento sexual. Neste sentido, quando um destes parâmetros está comprometido, interfere com a Disfunção Sexual.

O contexto relacional interfere no desejo sexual feminino, tendo em conta o relacionamento conjugal (Ridley, et al., 2006, Dunn et al., 1999). Quando a dinâmica conjugal é pouco funcional pode, simultaneamente, ser a consequência (e não apenas a causa) da disfunção sexual (Metz & Epstein, 2002, Rosen, 2007). O desejo sexual parece ser mantido pela satisfação sexual (Laumann, 1999) e estabilidade marital (Basson, 2000; Lachtar, Lachtar & Jarraya, 2006; Laumann, 1999). A satisfação conjugal prediz o desejo sexual tanto nos homens como nas mulheres (Brezsnyak & Whisman, 2004). Por sua vez, os conflitos e a qualidade relacional interferem na satisfação e ajustamento sexual (McCabe, 2005).

A Disfunção sexual pode estar relacionada com as dificuldades de comunicação (LoPiccolo & Stock, 1986) ou de interacção do casal, que gera sentimentos negativos, afectando assim o funcionamento sexual (Safir & Almagor, 1991), não estando por isso associadas a qualquer perturbação psicológica.

Os factores interpessoais e de cariz sexual podem estar relacionados com o surgimento da perturbação do orgasmo feminino (Carey, 2002). As mulheres com esta perturbação, comparadas com mulheres sem dificuldades sexuais, encontram-se mais insatisfeitas com a sua relação e com o seu desempenho sexual (Kilman et al., 1984).

Stuart, Hammond e Pett (1987) investigaram mulheres com baixo desejo sexual e mulheres sexualmente saudáveis e concluíram que a escassa qualidade da relação conjugal era o factor mais importante no desenvolvimento da Disfunção Sexual.

Os problemas conjugais estão, normalmente, relacionados com a depressão, podendo emergir conseqüentemente um comportamento sexual disfuncional (Bancroft, 1989; Carey, 2006), como o surgimento da perturbação do orgasmo feminino (Carey, 2002).

Num estudo de Basson (2001b), 47 mulheres, referenciadas com baixo desejo sexual, foram apresentadas ao seu modelo alternativo. Foi observado que múltiplos factores interrompem o ciclo, tal como a presença ou ausência de estimulação, depressão (43%), envolvendo factores biológicos e psicológicos (85%). Cerca de 50% das mulheres

consideraram a intimidade emocional como factor relevante no desejo sexual, tal como o ambiente apropriado (53%), a consideração do companheiro e o respeito.

Brotto, Heiman, Tolman (2009), num recente estudo com mulheres com e sem disfunção da excitação feminina, pode-se constatar que mulheres com FSAD evidenciaram baixos índices de desejo sexual no FSFI, no entanto relataram experiências de desejo que não diferiam do grupo de controlo. Identificaram uma serie de aspectos que implicavam com o desejo, incluindo o toque, as memórias, e as interacção do parceiro, factor dos quais funcionava ora como impulsionador ora como inibidor. A maioria das mulheres reconheceu a conexão emocional com o parceiro como o factor mais importante no desejo sexual.

Relativamente aos pensamentos automáticos, Nobre e Pinto Gouveia (2006b), investigaram as diferenças entre 491 indivíduos (Homens e Mulheres) com e sem disfunção sexual relativamente aos pensamentos automáticos, durante a actividade sexual. Os resultados indicaram que homens e mulheres com disfunção sexual apresentaram significativamente mais pensamentos negativos durante a actividade sexual quando comparados com indivíduos funcionais. Mulheres com disfunção sexual apresentaram mais pensamentos de fracasso e desistência, falta de pensamentos eróticos e pensamentos de abuso sexual. No geral, estes dados corroboram com alguns outros dados (Adams et al, 1985; Elliot e O'Donohue 1997; Hawton 1985, Hawton & Catalan, 1986), sugerindo que a distracção cognitiva a estímulos eróticos está intimamente associado com a disfunção sexual feminina. A atenção durante o acto sexual está mais centralizada com as preocupações relacionadas com a imagem corporal, desempenho sexual e pensamentos de fracasso e desistência (Dove e Weiderman, 2000).

A dimensão cognitivo-emocional é de extrema importância no início e desenrolar da actividade sexual. Os indivíduos com disfunção sexual, apresentam um processamento cognitivo e emocional durante a actividade sexual tendencialmente mais negativo relativamente aos indivíduos sexualmente funcionais (Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2000, 2003, 2006a, 2006b). Nas mulheres verifica-se a presença de pensamentos de fracasso/desistência sexual ou ausência de pensamentos eróticos durante a actividade sexual exercendo um efeito directo na redução do desejo sexual feminino (Nobre, 2009).

As crenças sexuais, nomeadamente aquelas que se relacionam com o conservadorismo sexual, predizem a redução do desejo sexual nas mulheres (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b), sugerindo o impacto cultural na inibição da sexualidade feminina (Baumeister, 2000; Bancroft, 2003). As crenças conservadoras é um factor presente nas mulheres com disfunção sexual (Kaplan, 1979; LoPiccolo and Friedman (1988); Masters and Johnson, 1970; Nobre &

Pinto-Gouveia, 2006b), tal como a idade, beleza física e exigências de desempenho na actividade sexual (Heiman e LoPiccolo, 1988). Segundo Heiman e LoPiccolo (1988) e Hawton, (1985), as mulheres sofrem a influência negativa dos mitos na sua performance sexual.

As crenças disfuncionais (i.e., na medida que inviabilizam a adaptação sexual) encontram-se implicadas na funcionalidade sexual e resultam de um processamento cognitivo da experiência prévia do sujeito, da sua aculturação e da existência de pensamentos automáticos negativos associados às várias vertentes do comportamento sexual (Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2000, 2006a; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003).

As crenças sexuais assumem assim um papel relevante na dinâmica sexual do indivíduo, pois determina a presença de esquemas sexuais positivos ou negativos durante a actividade sexual que resultará, numa série de pensamentos automáticos, passíveis de direccionar a resposta cognitiva, emocional e comportamental do indivíduo (Nobre, 2009). A imagem corporal é um factor de satisfação nas mulheres sexualmente funcionais e o contrário nas disfuncionais. Mulheres com disfunção sexual feminina conceptualizam as crenças acerca do sexo e prazer como pecado (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b). Estas crenças disfuncionais estão relacionadas com Perturbação do Desejo Sexual, mas não com a Perturbação do Orgasmo ou Dispareunia, enquanto as crenças relacionadas com a idade parecem estar relacionadas tanto com a Perturbação do Desejo Sexual como com a Dispareunia (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b). As crenças relativas à maternidade, parecem não apresentar relevância nas disfunções sexuais (Tevlin e Leiblum, 1983).

Segundo um recente estudo de Carvalho e Nobre (2010), o conservadorismo sexual, as crenças relativas à idade, a coesão diádica e o afecto diádico são uns bons preditores de desejo sexual.

O funcionamento sexual adequado requer o equilíbrio entre os factores fisiológicos, psicológicos (Basson, 2004a; Safir & Almagor, 1991), relacionais e físicos (Dunn, Croft & Hackett, 1999). Sabe-se que factores psicológicos e interpessoais, afectam a prevalência e a severidade das Disfunções Sexuais, ambos independentemente ou em conjugação com factores orgânicos (Rosen et al., 2006).

Concluindo, as variáveis psicossociais parecem interferir de maneira significativa nas disfunções sexuais femininas.

O modelo alternativo de Basson (2000) incluiu vários aspectos distintos, que até ao momento não tinham sido contemplados por diversos autores nas investigações na área da

disfunção sexual feminina. A experiência de neutralidade sexual, contrariando o modelo tradicional, a força motivacional gerada pelos ganhos emocionais, que incluem, segundo a autora, o desejo sexual espontâneo e responsivo, refletem um novo modelo que facilita a compreensão do comportamento sexual feminino. Assim, a etiologia das dificuldades sexuais relacionadas à diminuição do desejo sexual seria multifatorial, sendo necessária, para uma proposta terapêutica, uma compreensão mais detalhada dos mecanismos envolvidos.

Referências Bibliográficas

- Abdo C. H.; Oliveira W. M.; Moreira E. D.; Fittipaldi J. A. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behaviour (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16,160-166.
- Adams, A. E., Haynes, S. N., & Brayer, M. A. (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology*, 22(6), 689-696.
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Özaltın, M. (2001). Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 273-277.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartman, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005b). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800
- American Psychiatric Association (2000), *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR* (4ª Ed.) *Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi Editora.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, quarta edição, revisão de texto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *Internacional Clinical Psychofarmacology*, 13, 1-4.
- Avis, N. E.; Stellato, R.; Crawford, S.; Johannes, C.; e Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, 7, 297-309.
- Bach, A. K., Wincze, P. J., & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In Barlow, D. H.(Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (562-608). New York, The Guilford Press.

- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone.
- Bancroft, J., Graham, C. A., & McCord, C. (2001). Commentary: Conceptualising women's sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 95-103.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S., (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208.
- Basson, R. (2002a). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 1-10.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 264-271.
- Basson, R. (2001c). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R.; Berman, J.; Burnett, A.; Derogatis, L, Ferguson D, Fourcroy, J. (2000). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *World Journal of Urology*. 163, 888-893.
- Basson R. (2004a). Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause*, 11, 709-713.
- Basson R. (2001a). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27 (1), 33-43.
- Basson, R. (2004b). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*. 11, 714-725.
- Basson R. (2002b). Women's sexual desire: disordered or misunderstood? *Journal of Sex Marital Therapy*. 28(1):17-28.
- Basson, R., (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (10), 1327-1333.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, J., Ferguson, D., Fourcroy, J., et al., (2001). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 83-94.
- Basson, R. (2001b). Commentary: Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 105- 112.
- Basson, R. (2004b). Recent advances in women's sexual function and dysfunction.

- Menopause. 11, 714-725.
- Basson, R. (2001b). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R., Leiblum, L., Brotto, L., Derogatis, J., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al., (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1 (1), 40-48.
- Baumeister, R. (2000). Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126, 347-374.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J.G., Bozman, A.W., Qualtrough, T. (1991). The experience of sexual desire: psychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research*, 28, 443-456.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. (1999). Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *World Journal of Urology*. 54, 385-391.
- Bodenheimer, T. (2000). Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *New England Journal of Medicine*, 342, 1540-1543.
- Brezsnyak, M., Whisman, M. A. (2004). Sexual desire an relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 199-217.
- Brotto, L. A.; Heiman, J. R.; Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of sex research*. 46, 387-98.
- Brotto, L. A.; Bitzer, J.; Laan, E.; Leiblum, Sandra; Luria M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *The journal of sexual medicine*. 7, 586-614.
- Burns, L. H. (1999). Sexual Counseling and infertility. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.), *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 149-176). New York, London: The Parthenon Publishing Group.
- Carson, R. C. (1991). Dilemmas in the pathway of the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 302-307.
- Carey, M. P. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales. In Vicente E. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales, efectivos y psicóticos* (2ª ed.) (171-210). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

- Carey, J.C. (2006). Disorders of sexual desire and arousal. *Obstetric Gynecology Clinic North American*, 33, 549-564.
- Carvalho J, & Nobre P. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sex Medicine*, 7, 928–937.
- Cawood, E. H. H., & Bancroft, J. (1996). Steroid hormones, the menopause and well-being of women. *Psychological Medicine*, 26(5), 925-936.
- Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Mathews, K., Kravitz, H. M., & Powell, L. H. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 539-538.
- Dennerstein, L.; Koochaki, P.; Barton, I.; Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European Women. *Journal of Sex Medicine*, 3, 212-222.
- Derogatis, L. R., & Meyer, J. K. (1979). A psychological profile of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 201-225.
- Derogatis, L. R., Meyer, J. K., & King, M. A. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 138, 757-763.
- Dobkin, R. D., Leiblum, S. R., Rosen, R. C., Menza, M., & Marin, H. (2006). Depression and Sexual Functioning in Minority Women: Current Status and Future Directions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32 (1), 23-36.
- Dove, N. L. & Weideman, M.W.(2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67–78.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hacket, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53, 144-148.
- Elliot, A.N., O'Donohue, W.T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a non clinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 26, 607-624.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 369-377.
- Garde, K. & Lunde, I.(1980). Female sexual behavior: A study in a random sample of 40 year old women. *Maturitas*, 2, 240-255.

- Geiss, I.M.; Umek, W. H.; Dungl, A.; Sam, C.; Riss, P.; Hanzal E. I. (2003). Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the International Consensus Classification. *World Journal of Urology*, 62, 514-518.
- Goldmeier, D. (2001). "Responsive" sexual desire in women – managing the normal?. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 381-387.
- Gomes, F. A. (2006). Introdução. In Nobre, P. *Disfunções Sexuais* (13-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Graziottin, A.; Koochaki, P. E.; Rodenberg, C. A.; Dennerstein, L. (2009). The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: an epidemiological study of women in four European countries. *The Journal of Sex Medicine*, 6, 2143-2153.
- Hartmann, U., Heiser, K., Hesse, C., Kloth, G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20, 79-88.
- Hartmann, U.; Philippsonhn S.; Heiser, K.; Ruffer-Hesse, C.(2004). Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*, 11, 726-740.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. *JMHG*, 4, 18-25.
- Hawton, K. (1985). *Sex Therapy: A Pratical Guide*, Northvale, NJ, Aronson.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 377-385.
- Hawton, K., Gath, D., & day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, 23(4), 375-395.
- Hayes, R., Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Heiman J. R.; LoPiccolo, J. (1988). *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women* (ed. rev.). Nova Iorque, Prentice-Hall.
- Heiman, J. R. (2000). Orgasmic Disorders in Women. In Leiblum SR, Rosen, RC. *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.

- Heiman, J. R. (2002). Sexual Dysfunction: Overview of Prevalence, Etiological Factors, and Treatments. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 73-78.
- Kaplan S. A.; Reis R. B.; Kohn I. J.; Ikeguchi E. F.; Laor E.; Te A. E. (1999). Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *World Journal of Urology*. 53, 481-486.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. Nova York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1995). *The sexual desire disorders - Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Kilman, P. R., Mills, K. H., Caid, C., Bella, B., Davidson, E., & Wanlass, R. (1984). The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 41-49.
- Kockott, G., Pfeiffer, W. (1996). Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 56-61.
- Korn, D. (2000). Conflicts of interest in biomedical research. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2234-2237.
- Laumann E. O.; Paik A.; Rosen R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Laumann, E. O.; Waite, L. J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U. S. probability sample of men 57-85 years of age. 5, 2300-2311.
- Leiblum, S. R. (2001). Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 159- 168.
- Leiblum, S. R.(1998). Definition and Classification of Female Sexual Disorders. *International Journal of Impotence Research*, 10, 102-106.
- Leiblum, S.R. (2000). Redefining female sexual response. *Contemporary & Obstetric Gynecology*. 45: 120-126,
- Leiblum, S.R; Koochaki, P.E; Rodenberg, C.A.; Barton, I.P.; Rosen, RC. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality. *Menopause*. 13, 46-56.
- Levine, S. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 39-51.

- Levine, S. (2003). The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 279-285.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. ., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sex Medicine*, 1(1), 35-39.
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.
- LoPiccolo, J., Friedman, J.M. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioural and systemic therapy. In S. Leiblum, R. Rosen (Eds), (107-144). *Sexual Desire Disorders*. Nova York: Guildford Press.
- Lykins, A.D., Janssen, E., Graham, C.A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43, 136-143.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston, Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. (2005). The Role of Performance Anxiety in the Development and Maintenance of Sexual Dysfunction in Men and Women. *International Journal of Stress Management*, 12, 379-388.
- Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E.B., Akpinar, A., Goksan, B., Gonenli, S., Guven, T. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 235-240.
- Metz, M.E., Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139-164.
- Michael, A., O'Keane, V. (2000). Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology*, 15, 337-345.
- Minnen, A., Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47-57.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: Female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326, 45-47.

- Nicolosi, A.; Glasser, D.B.; Kim, S. C.; Marumo, K.; Laumann, E. O. (2005). Sexual Behavior and Dysfunctional and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the Urban Population of Asian Countries. *BJU Internationals*, 95, 609-614.
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a Cognitive-Emotional Model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35, 360-377.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2000). Erectile dysfunctions: an empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 351-366.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions and sexual response. *Journal of Sex Research*, 40, 368-382.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35,491-499.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 101-135.
- Nusbaum M. R.; Gamble G.; Skinner B.; Heiman J.; (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *The Journal of Family Practice*. 49 (3), 229-232.
- Organização Mundial da Saúde (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genebra: author.
- O'Sullivan, L.F., Allgeier, E.R. (1998). Feigning sexual desire: consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *Journal of Sex Research*, 35, 234-243.
- Ridley, C.A., Cate, R. M., Collins, D.M., Reesing, A.L., Lucero, A.A., Gilson, M.S., Almeida, D. M. (2006). The ebb and flow of marital lust: a relational approach. *Journal of Sex Research*, 43, 144-153.

- Rosen, R. C. Taylor, J.; Leiblum, S. R.; Bachman, G. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study in 329 women in a outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 171-188.
- Rosen, R.; Leiblum, S. (1995). Hypoactive Sexual Desire. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, n. 1, p. 107–121.
- Rosen, R. C., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., Seigraves, R. T., & Barlow, D. (2006). Psychological and Interpersonal Correlates in Men with Erectile Dysfunction and their Partners: A Pilot Study of Treatment Outcome with Sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 215-234.
- Ross L. F., Norton J. W., Young S. A., Lebowitz J., Leong G. B., Silva J. A., Dillon D. C., Jagger J., Firlik A. D., Lowry D. W., Diamond C., Ruane T. J., Hagan B. M., Miller P. D., Angell M. N. (2000). Is Academic Medicine for Sale?. *New England Journal of Medicine*, 343, 508-510.
- Safir, M. P., Almagor, M. (1991). Psychopathology Associated with Sexual Dysfunction. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 17-27.
- Stuart, F. M, Hammond, D. C., & Pett, M. A. (1987). Inhibited sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 91-106.
- Sugrue, D. P., & Whipple, B. (2001). The consensus-based classification of female sexual dysfunction: Barriers to universal acceptance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 221-226.
- Tevlin, H. F. e Leiblum, S. R. (1983). Sex role stereotypes and female sexual dysfunction. in Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.
- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: a campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction'. *Sexual and Relationship Therapy*, 17,127-135.
- Tiefer, L. (2003). Female sexual dysfunction (FSD): Witnessing social construction in action. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5, 33-36.
- Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical and feminist criticism of "The human sexual response cycle model". *Annual Review of sex Research*, 2, pp.1-23.
- Tiefer, L. (2000). Sexology and the pharmaceutical industry: the threat of co-optation. *Journal of Sex Research*, 37, 273-283.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of*

Sex Research, 38, 89-96.

- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioural group treatment program on hypoactive sexual desire in Women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 145-164.
- Vendeira, P.; Pereira, N. M.; Santo, M. C.; Macedo, A. (2005). *Prevalência da disfunção sexual feminina em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Ware, M. R., Emmanuel, N. P., Johnson, M. R., Brawman-Mintzer, O., Knapp, R., & Crawford-Harrison, M. (1996). Self-reported sexual dysfunction in anxiety disorder patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 530.
- Warner, P., & Bancroft, J. (1988). Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 417-427.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.

Cabeçalho: DESEJO SEXUAL FEMININO ESPONTÂNEO VERSUS RESPONSIVO: O
PAPEL DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

PARTE II

O Papel das Variáveis Psicossociais no Desejo Sexual Feminino

Espontâneo versus Responsivo – Estudo Empírico

Liliana Junot Rocha

Departamento de Educação e Psicologia

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

O presente estudo teve como objectivo avaliar o papel de um conjunto de variáveis psicossociais em mulheres com dificuldades de desejo sexual responsivo versus espontâneo. As variáveis estudadas incluíram: crenças sexuais, psicopatologia, funcionamento sexual, ajustamento diádico e pensamentos automáticos durante a actividade sexual. Um total de 107 mulheres participou no estudo: 34 mulheres no Grupo de Controlo (sem problemas sexuais), 43 no Grupo Baixo Desejo Espontâneo (sem dificuldades no desejo responsivo) e 30 mulheres no Grupo Baixo Desejo Global (Baixo Desejo Sexual Espontâneo e responsivo). As participantes responderam a uma entrevista de avaliação de disfunções sexuais (SDI; Sbroco, 1992), bem como a um conjunto de questionários: Breve Inventário de Sintomas (BSI; Derogatis, 1982), Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000), Escala de Ajustamento Diádico (DAS; Spanier, 1976), Questionário de Modos Sexuais (QMS; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003) e Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003). Os resultados mostraram que as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global apresentam índices significativamente inferiores de ajustamento diádico e significativamente mais crenças sexuais disfuncionais relativamente ao corpo, idade e conservadorismo sexual, quando comparadas com o Grupo de Controlo e Grupo Baixo Desejo Espontâneo. Relativamente à psicopatologia as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global apresentaram níveis mais elevados de Depressão, Ideação Paranóide, Ansiedade e Hostilidade, comparativamente ao Grupo de Controlo. Paralelamente, as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global evidenciaram níveis inferiores de Funcionamento Sexual e maior frequência de pensamentos automáticos negativos, quando comparadas com o Grupo de Controlo e Grupo Baixo Desejo Espontâneo. Estes resultados sugerem que as mulheres com baixo desejo espontâneo mas sem dificuldades de desejo responsivo se aproximam mais das mulheres sem problemas sexuais do que das mulheres com baixo desejo sexual global, apoiando a proposta do DSM-V de exclusão deste primeiro grupo de mulheres do diagnóstico de Perturbação do Interesse/Excitação Sexual.

Palavras-chave: crenças sexuais, psicopatologia, funcionamento sexual, ajustamento diádico, pensamentos automáticos, desejo sexual responsivo e espontâneo.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the role of psychosocial variables in women with difficulties in spontaneous versus responsive sexual desire. The variables studied included: sexual beliefs, psychopathology, sexual functioning, dyadic adjustment and automatic thoughts during sexual activity. A total of 107 women participated in the study, 34 women in the Control Group (without sexual problems), 43 in the Low Spontaneous Desire Group and 30 women in the Low Global Desire Group (Low Spontaneous and responsive Sexual Desire). The participants answered to different questionnaires: Sexual Dysfunction Inventory (SDI; Sbroco, 1992), Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982), *Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen et al., 2000), Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976), *Sexual Modes Questionnaire* (QMS; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003) and *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (QCSD; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003). The results showed that women in the Low Global Desire Group exhibit significantly lower rates of dyadic adjustment and higher sexual dysfunctional beliefs regarding the body, age and sexual conservatism, compared to the Control and the Low Desire Spontaneous Group. Additionally, women in the Low Global Desire Group showed significantly higher levels of psychopathology, namely depression, paranoid ideation, anxiety, and hostility when compared to the Control Group. Finally, these women also presented with lower levels of sexual functioning and higher frequency of negative automatic thoughts during sexual activity when compared to the control and the low spontaneous desire group. These results suggest that women with low spontaneous sexual desire but without difficulties in responsive sexual desire are closer to women without sexual problems than to women with low global sexual desire, supporting the DSM-V proposal for the exclusion of this first group of women from the Sexual Interest / Arousal disorder.

Key-words: sexual beliefs, psychopathology, sexual functioning, dyadic adjustment and automatic thoughts, sexual responsive and spontaneous desire.

O Papel das Variáveis Psicossociais no Desejo Sexual Feminino Espontâneo versus Responsivo

No século XX, o comportamento sexual tornou-se objecto de estudo empírico. Uma das barreiras ao desenvolvimento desses estudos é a falta de consenso sobre o modelo ou paradigma para a compreensão da resposta sexual feminina (Althof, et al. 2005a). Os modelos mais recentemente propostos têm contestado o modelo de Masters & Johnson (1966), sugerindo que possivelmente a resposta sexual não seria comum a ambos os sexos, pois a mulher apresenta um componente subjectivo mais evidente comparativamente ao homem (Tiefer, 2002).

As disfunções sexuais ocorrem em 30 a 50% das mulheres (Laumann et al., 1999). Num estudo sobre a prevalência da perturbação do desejo sexual hipoactivo (HSDD) conduzido em 2207 com mulheres na pré-menopausa, menopausa e menopausa cirúrgica nos Estados Unidos, os resultados indicaram que a prevalência do baixo desejo sexual foi de 26,7%, nas mulheres na pré-menopausa e 52,4% nas restantes, sugerindo uma prevalência significativamente mais elevada desta problemática em mulheres na menopausa e menopausa cirúrgica (West, D'Aloisio, Agans, Kalsbeek, Borisov, Thorp, 2008).

A grande sobreposição e comorbilidade com diferentes quadros clínicos têm dificultado a sua prevalência e distinção. Tal é o caso da prevalência actual da Perturbação da Excitação e Desejo, pois torna-se difícil saber qual das perturbações ocorreu primeiro (Leiblum, 2005).

No que diz respeito à etiologia e manutenção do desejo sexual hipoactivo, e embora esta seja ainda pouco conhecida, os diferentes modelos e estudos empíricos sugerem a implicação de vários factores de ordem multidisciplinar (Segraves, Croft & Kavoussi, 2001). A satisfação conjugal (Laumann, 1999), a depressão e ansiedade, as dimensões cognitivas no contexto da sexualidade, bem como mecanismos do foro biológico ou médico, enquadram as principais componentes associadas à qualidade da resposta do desejo sexual (Trudel, Marchand, Ravart, Aubin, Turgeon, & Fortier, 2001).

Num estudo de Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton e Rosen (2006), a HSDD encontrava-se amplamente associada a problemas psicológicos e emocionais e a baixa satisfação com a vida sexual e com o companheiro. A HSDD estava também associada ao decréscimo do estado de saúde em geral (saúde física e mental). Os dados existentes parecem associar os sintomas depressivos e o baixo desejo, excitação e satisfação sexuais (Avis, Stellato, Crawford, et al, 2000; Angst, 1998; Lykins, Janssen & Graham, 2006; Bancroft,

Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic & Long, 2003; Cyranowski, Bromberger, Youk, Mathews, Kravitz & Powell, 2004, Kockott & Pfeifer, 1996; Levine, 2002; Heiman, 2000; Lykins, Janssen & Graham; 2006; Safir & Almagor, 1991; Ware et al., 1996), reduzindo o interesse e a resposta sexual (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Althof et al., 2005b). Contudo, o facto de existir diminuição do interesse sexual, associado por exemplo a estados depressivos, pode não constituir por si só uma disfunção do sistema de resposta sexual (Bancroft et al., 2003).

As perturbações do desejo e orgasmo feminino parecem estar associadas à ansiedade, depressão (Dunn et al., 1999), sensibilidade interpessoal (Derogatis & Meyer, 1979) e stress psicológico (Derogatis, Meyer & King, 1981). Nessas mesmas mulheres, o Vaginismo e a Dispareunia estão relacionados com factores psicológicos, principalmente com a depressão (Dunn et al., 1999).

Verifica-se assim uma elevada comorbilidade psiquiátrica no sentido da disfunção sexual representar uma parte da apresentação sintomática de variados quadros psicopatológicos (nomeadamente: depressão, ansiedade, anorexia, perturbação obsessivo-compulsiva, esquizofrenia e perturbação de pânico) (Aksaray, Yelken, Kaptanoglu, Oflu, Özaltın, 2001; Dobkin, Leiblum, Rosen, Menza & Marin, 2006; Figueira, Possidente, Marques e Hayes 2001; Hartmann, 2007; Mercan, Karamustafalioglu, Ayaydin, Akpınar, Goksan, Gonenli & Guven, 2006; Michael & O'Keane, 2000; Minnen, & Kampman, 2000; Segraves, 2002).

A depressão está geralmente associada a problemas conjugais que podem por sua vez ter um impacto no comportamento sexual disfuncional (Bancroft, 1989; Laumann, et al. 1999). Contudo, é frequente as mulheres manterem a actividade sexual sem apresentar desejo sexual (Beck, Bozman & Qualtrough, 1991; O'Sullivan & Allgeier, 1998). Em estados prolongados de depressão, a resposta sexual poderá ser alterada pela presença de cognições disfuncionais (Bancroft, 1989, 2003). As emoções e os pensamentos têm um impacto mais forte na excitação sexual do que a sensibilidade genital (Basson, 2004b).

As dificuldades de comunicação (LoPiccolo & Stock, 1986) ou de interacção do casal (Ridley, et al., 2006, Dunn et al., 1999; McCabe, 2005), são outros factores que poderão estar inerentes nas disfunções sexuais, aliados a sentimentos negativos, afectando assim o funcionamento sexual (Kilmann et al., 1984; Safir & Almagor, 1991). O desejo sexual parece ser mantido pela satisfação sexual e estabilidade marital (Basson, 2000; Breznsnyak &

Whisman, 2004; Lachtar, Lachtar & Jarraya, 2006; Laumann, 1999; Stuart, Hammond e Pett (1987).

Quando a dinâmica conjugal é pouco funcional pode, simultaneamente, ser a consequência (e não apenas a causa) da disfunção sexual (Metz & Epstein, 2002, Rosen, 2007. Os problemas conjugais estão, normalmente, relacionados com a depressão e consequentemente pode emergir um comportamento sexual disfuncional (Bancroft, 1989; Carey, 2002, 2006).

Brotto, Heiman e Tolman (2009), num recente estudo identificaram uma série de aspectos que implicavam com o desejo sexual, incluindo o toque, as memórias, e as interações com o parceiro, factores que funcionava ora como impulsionadores ora como inibidores, reconhecendo a conexão emocional com o parceiro como o factor mais importante no desejo sexual (Basson, 2001b; Brotto, Heiman, Tolman, 2009).

Relativamente ao papel dos pensamentos automáticos durante a actividade sexual, Nobre e Pinto Gouveia (2006b), investigaram as diferenças entre 491 indivíduos e os resultados indicaram as mulheres com disfunção sexual apresentaram mais pensamentos de fracasso e desistência, falta de pensamentos eróticos e pensamentos de abuso sexual. No geral, estes dados corroboram com alguns outros dados (Adams et al, 1985; Elliot e O'Donohue 1997; Hawton 1985, Hawton & Catalan, 1989; Nobre, 2009; Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2000, 2003, 2006a, 2006b), sugerindo que a distração cognitiva a estímulos eróticos está intimamente associado com a disfunção sexual feminina, existindo uma maior preocupação relacionada com a imagem corporal, desempenho sexual e pensamentos de fracasso e desistência (Dove e Weiderman, 2000).

As crenças sexuais, nomeadamente aquelas que se relacionam com o conservadorismo sexual, predizem a redução do desejo sexual nas mulheres (Nobre, 2009), sugerindo o impacto cultural na inibição da sexualidade feminina (Baumeister, 2000; Bancroft, 2002). As crenças conservadoras são um factor presente nas mulheres com disfunção sexual (Kaplan, 1979; LoPiccolo & Friedman (1988); Masters & Johnson, 1970; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b), bem como as crenças relativas ao papel da idade, beleza física e exigências de desempenho na actividade sexual (Heiman & LoPiccolo, 1988). Segundo Heiman e LoPiccolo (1988) e Hawton, (1985), as mulheres sofrem a influência negativa dos mitos condicionando o seu funcionamento sexual (Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2000, 2006; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003). As crenças acerca do sexo e prazer como pecado e crenças relativas à idade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b), parecem estar

relacionadas com a Perturbação do Desejo Sexual. Neste sentido, assumem um papel relevante na dinâmica sexual do indivíduo, pois determinam a activação de esquemas sexuais negativos durante a actividade sexual que por sua vez promovem uma série de pensamentos automáticos negativos no decorrer da actividade sexual, passíveis de direccionar a resposta cognitiva, emocional e comportamental do indivíduo para aspectos negativos e distraindo-os dos estímulos eróticos (Nobre, 2009).

Um estudo recente investigou o contributo de diferentes variáveis psicossociais na determinação do desejo sexual feminino e indicou que o conservadorismo sexual, as crenças relativas à idade, a coesão diádica e o afecto diádico, bem como os pensamentos de fracasso e escassez de pensamentos eróticos no decorrer da actividades sexual se constituíram como os melhores preditores do desejo sexual (Carvalho e Nobre, 2010).

Um funcionamento sexual adequado requer o equilíbrio entre os factores fisiológicos, psicológicos (Basson, 2004a; Safir & Almagor, 1991), relacionais e físicos (Dunn, Croft & Hackett, 1999), pois tornou-se evidente que estes factores afectam a prevalência e a severidade das Disfunções Sexuais (Rosen et al., 2006).

Relativamente às questões relativas ao desejo espontâneo versus responsivo, tema central neste trabalho, podemos salientar o contributo de Rosemary Basson (2000, 2001a, 2002a). Esta autora descreveu um modelo alternativo de resposta sexual, centralizado no facto da excitação sexual e o desejo responsivo ocorrerem simultaneamente, após a mulher deliberadamente responder à estimulação sexual. Esta aceitação, segundo esta autora, deriva da recompensa (intimidade emocional, compromisso, tolerância às imperfeições do relacionamento, bem - estar do parceiro) que a mulher retirar da experiência, em detrimento da excitação física e do orgasmo. Estes ganhos funcionariam como uma força motivacional isolada, que poderia ser também acompanhada de necessidade física ou de desejo sexual espontâneo, integrando assim, o desejo sexual responsivo e "espontâneo" (desencadeado por pensamentos, fantasias, desejo sexual consciente), podendo um estimular e fortalecer o outro, gerando assim satisfação física e emocional. Esta satisfação promove a receptividade da mulher para uma próxima experiência sexual. Basson salienta que o desejo dito "espontâneo" é mais frequente nos homens e mais raro em mulheres, nos relacionamentos de longo prazo (Basson, 2000, 2001a, 2002^a, 2002b).

Assim, a mulher não iniciaria a experiência sexual com o desejo sexual, tal como postulado no modelo tradicional de Masters & Johnson (1966), mas sim de uma situação de neutralidade sexual, tendo como objectivo um conjunto de recompensas emocionais que

aumentariam a intimidade emocional com o parceiro. O desejo sexual desencadeado desta forma, coincide ou é posterior à excitação sexual e em conjunto geram satisfação física e emocional. Segundo Basson (2000, 2001a, 2002a, 2002b), a excitação sexual, na mulher, é mais uma excitação mental, da apreciação do estímulo sexual como um todo, e menos da excitação consciente das mudanças genitais.

Apesar deste novo modelo integrar o “desejo espontâneo”, o mais descrito é o desejo responsivo, utilizando a motivação sexual na procura de intimidade emocional, o que desmistifica o facto da mulher com funcionamento sexual saudável não ter implícito o desejo sexual espontâneo (Basson, 2000, 2001a, 2002a, 2002b). Actualmente, os mais variados especialistas da área da sexualidade, compreendem que os aspectos subjectivos e o próprio contexto são fundamentais para a maioria das mulheres. A experiência sexual pode iniciar sem motivação sexual, apenas com o desejo de uma maior proximidade, envolvimento, afecto e outras razões de carácter não sexual.

Nesta continuidade, o presente estudo teve como objectivo avaliar o papel de um conjunto de variáveis psicossociais na diferenciação de mulheres com dificuldades de desejo sexual responsivo versus desejo sexual espontâneo. Nesse sentido foram constituídos três grupos: 1) mulheres sem problemas sexuais, 2) mulheres com baixo desejo sexual espontâneo mas sem dificuldades de desejo responsivo e 3) mulheres com Baixo Desejo Sexual Espontâneo e responsivo.

De acordo com a revisão da literatura foram levantadas as seguintes hipóteses:

- 1) As mulheres com dificuldades de desejo sexual generalizadas (Grupo Baixo Desejo Global) apresentam maiores níveis de Psicopatologia quando comparadas com o grupo de mulheres com dificuldades de desejo espontâneo, mas com desejo sexual responsivo (Grupo Baixo Desejo Espontâneo) e com as mulheres do grupo de controlo.
- 2) As mulheres com dificuldades de desejo sexual generalizadas (Grupo Baixo Desejo Global) apresentam menor ajustamento diádico quando comparadas com o grupo de mulheres com dificuldades de desejo espontâneo, mas com desejo sexual responsivo (Grupo Baixo Desejo Espontâneo) e com as mulheres do grupo de controlo.

- 3) As mulheres com dificuldades de desejo sexual generalizadas (Grupo Baixo Desejo Global) evidenciam mais pensamentos automáticos negativos durante a actividade sexual, quando comparadas com o grupo de mulheres com dificuldades de desejo espontâneo, mas com desejo sexual responsivo (Grupo Baixo Desejo Espontâneo) e com as mulheres do grupo de controlo.
- 4) As mulheres com dificuldades de desejo sexual generalizadas (Grupo Baixo Desejo Global) apresentam níveis superiores de crenças sexuais disfuncionais em comparação com as mulheres pertencentes ao Grupo Baixo Desejo Espontâneo e com as mulheres do grupo de controlo.
- 5) As mulheres pertencentes ao Grupo Baixo Desejo Global apresentam menores índices de Funcionamento Sexual em diferentes dimensões (e.g., Excitação, Lubrificação, Orgasmo) quando comparadas com as mulheres do Grupo Baixo Desejo Espontâneo e com as mulheres do grupo de controlo.

Metodologia

Participantes

A amostra desta investigação é constituída por 107 mulheres com idades superiores a 18 anos, divididas em três grupos: o primeiro grupo (Grupo Baixo Desejo Global) é constituído por 30 mulheres com baixo desejo sexual espontâneo ou responsivo (com dificuldades generalizadas); o segundo grupo (Grupo Baixo Desejo Espontâneo) compreende 43 mulheres com baixo desejo sexual espontâneo, mas que quando são estimuladas respondem com desejo (desejo responsivo) e por fim, o terceiro grupo (grupo de controlo) com 34 mulheres sem dificuldade de desejo sexual. Os grupos foram constituídos tendo em conta os seguintes critérios: as mulheres que referiam não ter qualquer disfunção sexual na entrevista SDI, foram enquadradas no Grupo de Controlo. As mulheres que na questão do SDI “Habitualmente sente desejo sexual espontâneo, para iniciar a actividade sexual?” respondiam “nunca” ou “raramente”, e na questão “Após efectuar alguma das acções descritas na pergunta anterior, o desejo sexual evidencia-se?” ou seja, se após o estímulo do companheiro, da masturbação, da utilização de algum material erótico, o desejo se evidenciava “a maioria das

vezes” ou “sempre”, eram enquadradas no Grupo Baixo Desejo Espontâneo. Por fim, as mulheres que na questão “Habitualmente sente desejo sexual espontâneo, para iniciar a actividade sexual?” respondiam “nunca” ou “raramente”, e na questão “Após efectuar alguma das acções descritas na pergunta anterior, o desejo sexual evidencia-se?”, respondiam “nunca” ou “raramente” eram enquadradas no Grupo Baixo Desejo Global. Para a visualização das características demográficas dos três grupos, apresentamos a tabela 1.

INSERIR A TABELA 1 APROXIMADAMENTE AQUI

No que concerne aos diagnósticos apresentados, o Grupo Controlo não apresenta qualquer diagnóstico, no grupo de mulheres com Baixo Desejo Global, o principal diagnóstico encontrado foi o Desejo Sexual Hipoactivo. Quanto aos diagnósticos adicionais podemos evidenciar a Perturbação do Orgasmo (57,1%), a Perturbação da Excitação (21,4%) e a Aversão Sexual (17,9%). Relativamente ao grupo de Mulheres com Baixo Desejo Espontâneo, o principal diagnóstico apresentado foi o Desejo Sexual Hipoactivo (95,3%). Os diagnósticos adicionais mais evidenciados foram a Perturbação do Orgasmo (30,8%), seguido da Dispareunia (17,9%), Excitação (15,4), Vaginismo e Aversão Sexual (5,1) (ver tabela 2).

Os três grupos apresentaram diferenças significativas no que diz respeito às variáveis idade [$F(2,104) = 16,4, p < .001$] e habilitações literárias [$H(3) = 20,72, p < .01$]. As participantes do Grupo Baixo Desejo Global apresentaram uma média de idades significativamente mais alta ($M = 40,60; DP = 11,7$) comparativamente ao Grupo de Controlo ($M = 28,41; DP = 7$) e Grupo Baixo Desejo Espontâneo ($M = 31,2; DP = 8$). Relativamente às habilitações literárias verificou-se que o Grupo Baixo Desejo Global, apresenta mulheres com níveis de escolaridade mais baixos (9 anos de escolaridade), enquanto que o Grupo de Controlo e o Grupo Baixo Desejo espontâneo evidenciam níveis de escolaridade mais elevados (Ensino Secundário e Superior). No que concerne ao estado civil, os três grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(8) = 20,7, p = < .01$]. No Grupo de Controlo a maioria das mulheres são solteiras, enquanto nos dois Grupos Clínicos predominam as mulheres casadas, tal como se pode verificar na Tabela 2.

INSERIR A TABELA 2 APROXIMADAMENTE AQUI

Procedimentos

As participantes desta investigação foram recrutadas em alguns Centros de Saúde da região norte, após o pedido de colaboração voluntária no estudo e a explicação do decorrer da investigação. Foi assinado o formulário de consentimento informado e foram informadas da confidencialidade e anonimato dos questionários (Anexo B). Todas as participantes responderam a uma entrevista semi-estruturada (SDI) e a um conjunto de questionários de auto-resposta em condições de privacidade, no próprio Centro de Saúde, em local reservado. A taxa de resposta foi de aproximadamente 92%.

Instrumentos

Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI) - (Sexual Dysfunction Inventory)

A Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI – versão feminina; Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992; tradução e adaptação de Nobre, Fonseca, & Carvalheira, 2003) é uma entrevista estruturada que permite avaliar especificamente cada uma das dimensões de Disfunção Sexual identificadas pela DSM-IV-TR (APA, 2000), bem como informações acerca da orientação sexual, história e frequência do comportamento sexual e história de experiências sexuais indesejadas (Anexo C). Desta forma, é um instrumento que facilita a atribuição de diagnósticos clínicos consistentes e válidos com base nos critérios definidos pelo DSM-IV-TR.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O FSFI (Rosen et al., 2000) é um questionário com 19 itens, com escala tipo Likert, com 5 opções, facilmente aplicado e cotado, providenciando informação detalhada acerca do funcionamento sexual (Anexo D). A análise de componentes principais identificou seis factores: interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor. As características psicométricas atestam uma boa consistência interna do instrumento (O alfa de Cronbach's = .82 e superior), validade discriminante (demonstrada por diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo clínico; Rosen et al., 2000) e fidelidade temporal (valores do teste reteste de $r = .79$ a $r = .86$). Este instrumento permite o cálculo de índices específicos para cada dimensão, assim como um índice de funcionalidade sexual (calculado com o somatório dos índices das dimensões específicas), com valores elevados

indicando um bom funcionamento sexual (desejo: 1.2-6, excitação: 0-6, lubrificação: 0-6, orgasmo: 0-6, satisfação global: 0.8-6, dor: 0-6, total: 2-36). No que diz respeito à validade e fidelidade da versão portuguesa do FSFI, os dados sugerem igualmente boas características psicométricas (Nobre, 2010).

Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) – Versão Feminina

O QCSD (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003) é um questionário constituído por 40 itens, que avalia estereótipos específicos e crenças, descritas na literatura como factores preditores do aparecimento das disfunções sexuais masculinas e femininas (Hawton, 1985; Heiman & LoPiccolo, 1988). Neste questionário é pedido para identificar o grau de concordância, de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente), com 40 itens abordando diferentes crenças sexuais (Anexo E). A análise factorial identificou 6 dimensões: conservadorismo sexual, desejo sexual e prazer como pecado, crenças relativas à idade, imagem corporal, maternidade e afecto. Estudos psicométricos têm demonstrado a sua validade e fidelidade (Nobre, Pinto – Gouveia & Gomes, 2003). O teste reteste apresenta correlações estatisticamente significativas ($r = .73$). O alfa de Cronbach's da versão feminina é de .81 demonstrando a consistência interna do questionário.

Questionário de Modos Sexuais (QMS – Versão Feminina)

O QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003) é um instrumento que tem como objectivo avaliar pensamentos automáticos, emoções e resposta sexual durante a actividade sexual. O questionário é composto por três sub-escalas: pensamentos automáticos (PA), resposta emocional (RE) e resposta sexual (RS) (Anexo F). A PA é composta por 33 itens que avaliam pensamentos automáticos e imagens presentes no decurso da actividade sexual. Os participantes têm que responder numa escala entre 1 (nunca) e 5 (sempre), indicando a frequência com que apresentam os pensamentos automáticos durante a actividade sexual. Estudos psicométricos indicam a validade e consistência da escala (Nobre e Pinto Gouveia, 2003). O teste-reteste indica correlação estatisticamente significativa ($r = .95$, $p < .01$) na escala total entre duas administrações consecutivas e o alfa de Cronbach's apresenta um valor de .87. A análise factorial da sub-escala de PA identificou seis dimensões: pensamentos de abuso sexual, pensamentos de fracasso, pensamentos de falta de afecto, pensamentos de passividade, pensamentos eróticos e pensamentos relativos à imagem corporal.

A RE é composta por 33 itens que avaliam as emoções presentes pelos indivíduos durante a actividade sexual. Os itens estão directamente conectados com os itens da escala dos pensamentos automáticos. É apresentada uma lista de 10 emoções (preocupação, tristeza, desilusão, medo, culpa, fúria, vergonha, mágoa, prazer e satisfação) e os participantes têm que responder que sentimentos são suscitados em função dos pensamentos automáticos apresentados.

A RS tem 33 itens e tem como objectivo aceder à resposta sexual subjectiva durante a actividade sexual (excitação sexual subjectiva). Os itens estão directamente conectados aos itens da escala de pensamentos automáticos.

Escala de Ajustamento Diádico (DAS)

A DAS foi construída por Spanier, (1976), e traduzida e adaptada por Nobre (2003). Esta escala avalia a qualidade da interacção do casal em contextos não sexuais, i.e., avalia a percepção que os parceiros têm do relacionamento avaliando quatro dimensões que definem quatro subescalas. É constituída por 32 itens divididos em quatro sub-escalas. A sub-escala Consenso Diádico, Satisfação Diádica, Coesão Diádica e Afecto Diádico (Anexo G). Para além disso é possível calcular um índice global de ajustamento diádico sendo que a valores mais elevados corresponde um melhor ajustamento diádico. Os testes realizados pelo autor apontaram que a escala mantém as suas propriedades psicométricas, fidelidade e validade. Apresenta níveis de consistência interna elevados no total da escala (*alpha de Cronbach* = 0.96) e nas quatro subescalas (consenso diádico = 0.90, satisfação diádica = 0.94, coesão diádica = 0.86, expressão de afecto = 0.73) (Spanier, 1976). A versão portuguesa do DAS revela boa validade e fidelidade (Nobre, 2008c).

Breve Inventário de Sintomas (BSI)

O BSI (Derogatis & Spencer 1982), é um inventário de auto – resposta com 53 itens, onde o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde “Nunca” (0) a “Muitas Vezes” (4) (Anexo H). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. Derogatis & Spencer (1982), enumerou as nove dimensões primárias da seguinte forma: Somatização, Obsessões – Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica –Ideação Paranoide e Psicoticismo. Este instrumento apresenta boas características psicométricas com valores *alpha* de *Cronbach*

entre .71 (psicoticismo) e .85 (depressão) (Derogatis & Spencer, 1982). Os estudos psicométricos efectuados com uma amostra portuguesa referem que este instrumento apresenta níveis de consistência interna com valores *alpha* de *Cronbach* entre 0.62 (psicoticismo) e 0.80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0.63 (ideação paranóide) e 0.81 (depressão), sendo ainda eficaz na discriminação de sujeitos com alterações do foro emocional e sujeitos psicologicamente adaptados (Canavarro, 1999).

Resultados

Ajustamento Diádico

De forma a serem estudadas as diferenças entre os três grupos relativamente ao ajustamento diádico, foi efectuada uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), sendo as variáveis dependentes as dimensões do ajustamento diádico (avaliado com a Escala de Ajustamento Diádico) e a variável independente o Grupo (Grupo Baixo Desejo Global, Grupo Baixo Desejo Espontâneo e Grupo de Controlo). Tendo em conta as diferenças entre os grupos nas variáveis demográficas (idade, habilitações académicas e estado civil) estas foram incluídas na análise como covariáveis por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes: idade [lambda de *Wilks* = .975, $F(4,77) = .491$, $p = .743$, η^2 parcial = .025]; estado civil [lambda de *Wilks* = .925, $F(4,77) = 1,563$; $p = .193$, η^2 parcial = .075]; e habilitações académicas [lambda de *Wilks* = .895, $F(4,77) = 2,25$, $p = .072$, η^2 parcial = .105]. Uma vez controlado este efeito, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [lambda de *Wilks* = .586, $F(8,154) = 5,89$; $p = .000$, η^2 parcial = .234].

Com o objectivo de identificar diferenças entre as médias dos três grupos nas quatro dimensões da Escala DAS, efectuamos Análises Univariadas da Variância (ANOVAS), seguidas de testes Post-Hoc de Bonferroni. Como podemos constatar através da tabela 3, as análises univariadas apontam para a existência de diferenças entre os três grupos nas dimensões Consenso Diádico [$F(2,80) = 14,59$, $p < .001$, $\eta^2 = .267$]; Satisfação Diádica, [$F(2,80) = 12,99$, $p < .001$, $\eta^2 = .245$]; Coesão Diádica [$F(2,80) = 11,87$, $p < .001$, $\eta^2 = .229$]; e Afecto Diádico [$F(2,80) = 10,30$, $p < .001$, $\eta^2 = .205$].

As comparações Post-hoc indicam que o Grupo Baixo Desejo Global apresenta médias significativamente mais baixas em todas as dimensões da escala de ajustamento diádico

comparativamente aos grupos de controlo ($p < .001$ para todas as dimensões) e Grupo Baixo Desejo Espontâneo ($p < .001$ para todas as dimensões, excepto no afecto diádico – $p < .05$). Por outro lado, os resultados não indicaram diferenças significativas entre os grupos de controlo e Baixo Desejo Espontâneo em nenhuma das dimensões de ajustamento diádico.

 INSERIR A TABELA 3 APROXIMADAMENTE AQUI

Psicopatologia

Para investigar as diferenças entre os três grupos relativamente à Psicopatologia, procedeu-se a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), sendo as variáveis dependentes as dimensões da Psicopatologia (avaliado com o Breve Inventário de Sintomas - BSI) e a variável independente o Grupo (Grupo Baixo Desejo Global, Grupo Baixo Desejo Espontâneo e Grupo de Controlo). As variáveis demográficas (idade, habilitações académicas e estado civil) foram incluídas na análise como covariáveis por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes: idade [λ de *Wilks* = .679, $F(9,92) = 4,83$, $p = .000$, η^2 parcial = .321]; estado civil [λ de *Wilks* = .832, $F(9,92) = 2,059$; $p = .041$, η^2 parcial = .168]; e habilitações académicas [λ de *Wilks* = .775, $F(9,92) = 2,96$ $p = .004$, η^2 parcial = .225]. Uma vez controlado este efeito, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [λ de *Wilks* = .721, $F(18,184) = 1,82$; $p = .026$, η^2 parcial = .151].

De forma a avaliar as diferenças entre as médias dos três grupos nas várias dimensões da Escala BSI, efectuamos Análises Univariadas da Variância (ANOVA), seguidas de testes Post-Hoc de Bonferroni. Como podemos constatar através da tabela 4, as análises univariadas apontam para a existência de diferenças entre os três grupos nas dimensões de Depressão [$F(2,100) = 4,02$, $p < .05$, $\eta^2 = .074$]; Hostilidade [$F(2,100) = 5,06$, $p < .01$, $\eta^2 = .092$]; Ansiedade [$F(2,100) = 4,69$, $p < .05$, $\eta^2 = .086$]; Ideação Paranóide [$F(2,100) = 5,50$, $p < .01$, $\eta^2 = .099$]; Obsessão_Compulsão [$F(2,100) = 3,97$, $p < .05$, $\eta^2 = .074$] e total do BSI [$F(2,100) = 4,36$ $p < .05$, $\eta^2 = .080$].

Os testes de contraste de Bonferroni identificaram diferenças significativas entre o grupo de baixo desejo global e o grupo de controlo nos Índices de Depressão, Hostilidade, Ansiedade e total do BSI. Os dados relativos a estas dimensões indicaram que as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global apresentam valores médios significativamente mais elevados

comparativamente com as mulheres do Grupo de Controlo, sendo que nenhum destes dois grupos se diferencia do Grupo Baixo Desejo Espontâneo. Na dimensão Ideação Paranóide, os resultados médios no Grupo de Controlo foram significativamente inferiores ao dos dois Grupos de Desejo ($p < .01$). Na dimensão Obsessão Compulsão o Grupo de Controlo e o Grupo Baixo Desejo Espontâneo apresentam diferenças significativas, com o primeiro grupo a revelar valores médios inferiores ($p < .05$).

 INSERIR A TABELA 4 APROXIMADAMENTE AQUI

Funcionamento Sexual

No sentido de serem averiguadas as diferenças no funcionamento sexual feminino nos três grupos, procedemos à análise multivariada da covariância (MANCOVA), sendo as variáveis dependentes as dimensões do funcionamento sexual (avaliado com o Índice de Funcionamento Sexual Feminino - FSFI) e a variável independente o Grupo (Grupo Baixo Desejo Global, Grupo Baixo Desejo Espontâneo e Grupo Não Clínico). As variáveis demográficas (idade, habilitações académicas e estado civil) foram incluídas na análise como covariáveis por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes: idade [lambda de *Wilks* = ,958, $F(7,89) = ,556$, $p = .789$, η^2 parcial = .042]; estado civil [lambda de *Wilks* = .875, $F(7,89) = 1,81$; $p = .094$, η^2 parcial = .125]; e habilitações académicas [lambda de *Wilks* = .905, $F(7,89) = 1,34$, $p = .243$, η^2 parcial = .095]. Uma vez controlado este efeito, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [lambda de *Wilks* = .384, $F(14,178) = 7,80$; $p = .000$, η^2 parcial = .380].

Tendo como intuito detectar diferenças entre as médias dos três grupos nas várias dimensões da Escala FSFI, efectuamos Análises Univariadas da Variância (ANOVA), seguidas de testes Post-Hoc de Bonferroni. Como podemos constatar através da tabela 5, as análises univariadas apontam para a existência de diferenças entre os três grupos nas dimensões Desejo [$F(2,95) = 24,20$, $p < .001$, $\eta^2 = .338$]; Excitação [$F(2,95) = 26,60$, $p < .001$, $\eta^2 = .359$]; Lubrificação [$F(2,95) = 21,88$, $p < .001$, $\eta^2 = .307$]; Orgasmo, [$F(2,95) = 29,63$, $p < .001$, $\eta^2 = .384$]; Satisfação Sexual [$F(2,95) = 37,26$, $p < .001$, $\eta^2 = .440$]; Dispareunia [$F(2,95) = 9,81$, $p < .001$, $\eta^2 = .171$]; Vaginismo [$F(2,95) = 6,17$, $p < .01$, $\eta^2 = .115$]; e total do FSFI [$F(2,95) = 45,25$, $p < .001$, $\eta^2 = .488$].

As comparações Post-hoc indicaram que o Grupo Baixo Desejo Global apresenta médias significativamente mais baixas em todas as dimensões da escala de Funcionamento Sexual comparativamente ao grupo de controlo ($p < .001$ para todas as dimensões, excepto na dimensão Vaginismo, $p < .01$) e Grupo Baixo Desejo Espontâneo ($p < .001$ para todas as dimensões, excepto Vaginismo). Por outro lado, os resultados não indicaram diferenças significativas entre o Grupo de Controlo e Baixo Desejo Espontâneo, em nenhuma das dimensões.

INSERIR A TABELA 5 APROXIMADAMENTE AQUI

Crenças Sexuais

Para investigar as diferenças entre os três grupos relativamente às Crenças Sexuais apresentadas, procedeu-se a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), sendo as variáveis dependentes as dimensões das Crenças Sexuais (avaliadas com o Questionário das Crenças Sexuais Disfuncionais - QCSD) e a variável independente o Grupo (Grupo Baixo Desejo Global, Grupo Baixo Desejo Espontâneo e Grupo Não Clínico). As variáveis demográficas (idade, habilitações académicas e estado civil) foram incluídas na análise como covariáveis por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes: idade [λ de *Wilks* = .846, $F(6,95) = 2,87$, $p = .013$, η^2 parcial = .154]; estado civil [λ de *Wilks* = .925, $F(6,95) = 1,28$; $p = .276$, η^2 parcial = .075]; e habilitações académicas [λ de *Wilks* = .891, $F(6,95) = 1,93$ $p = .084$, η^2 parcial = .109]. Uma vez controlado este efeito, o teste multivariado para o grupo não mostrou ser estatisticamente significativo [λ de *Wilks* = .823, $F(12,190) = 1,62$; $p = .090$, η^2 parcial = .093].

De forma a avaliar as diferenças entre as médias dos três grupos nas várias dimensões da Escala QCSD, efectuamos Análises Univariadas da Variância (ANOVA), seguidas de testes Post-Hoc de Bonferroni. Como podemos constatar através da tabela 6, as análises univariadas apontam para a existência de diferenças entre os três grupos nas dimensões de conservadorismo sexual [$F(2,100) = 3,94$, $p < .05$, $\eta^2 = .073$]; crenças relacionadas com a idade [$F(2,100) = 3,89$ $p < .05$, $\eta^2 = .072$]; crenças relacionadas com a imagem corporal [$F(2,100) = 5,90$, $p < .01$, $\eta^2 = .106$]; crenças de maternidade [$F(2,100) = 3,90$, $p < .05$, $\eta^2 = .072$] e o total da escala [$F(2,100) = 7,73$, $p < .01$, $\eta^2 = .134$].

Os testes de contraste de Bonferroni revelaram que as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global apresentam valores médios significativamente mais elevados comparativamente com as mulheres do Grupo de Controlo e do Grupo Baixo Desejo Espontâneo nas dimensões de conservadorismo sexual, crenças relacionadas com a idade, crenças relacionadas com a imagem corporal e o total da escala. A dimensão crenças relacionadas com a maternidade apenas apresentou diferenças significativas entre o Grupo Baixo Desejo Global e Grupo de Controlo, com as mulheres do primeiro grupo a apresentarem valores mais elevados.

 INSERIR A TABELA 6 APROXIMADAMENTE AQUI

Pensamentos Automáticos

No sentido de investigar as diferenças nos pensamentos automáticos nos três grupos, procedemos a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), sendo as variáveis dependentes as dimensões da sub-escala de pensamentos automáticos do Questionário de Modos Sexuais e a variável independente o Grupo (Grupo Baixo Desejo Global, Grupo Baixo Desejo Espontâneo e Grupo Não Clínico). As variáveis demográficas (idade, habilitações académicas e estado civil) foram incluídas na análise como covariáveis, com o objectivo de controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes: idade [λ de *Wilks* = ,880, $F(6,95) = ,2,17$, $p = .053$, η^2 parcial = .120]; estado civil [λ de *Wilks* = .787, $F(6,95) = 4,30$; $p = .001$, η^2 parcial = .213]; e habilitações académicas [λ de *Wilks* = .933, $F(6,95) = 1,14$, $p = .343$, η^2 parcial = .067]. Uma vez controlado este efeito, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [λ de *Wilks* = .528, $F(12,190) = 5,96$; $p = .000$, η^2 parcial = .273.

Tendo como intuito detectar diferenças entre as médias dos três grupos nas várias dimensões do Questionário dos Modos Sexuais, efectuamos Análises Univariadas da Variância (ANOVA), seguidas de testes Post-Hoc de Bonferroni.

Como podemos constatar através da tabela 7, as análises univariadas apontam para a existência de diferenças entre os três grupos nas dimensões escassez de pensamentos eróticos [$F(2,100) = 28,70$, $p < .001$, $\eta^2 = .365$]; pensamentos de abuso [$F(2,100) = 3,66$, $p < .05$, $\eta^2 = .068$]; pensamentos de fracasso [$F(2,100) = 6,01$, $p < .01$, $\eta^2 = .107$] pensamentos de falta de

afecto [$F(2,100) = 4,82, p < .05, \eta^2 = .088$] e total dos pensamentos automáticos negativos [$F(2,100) = 12,29, p < .001, \eta^2 = .197$].

As comparações Post-hoc indicam que o Grupo Baixo Desejo Global apresenta médias significativamente mais altas em todas as dimensões de pensamentos automáticos (com excepção dos pensamentos relativos à imagem corporal) comparativamente ao grupo de controlo. O mesmo sucede relativamente ao Grupo Baixo Desejo Espontâneo para as dimensões pensamentos de passividade, escassez de pensamentos eróticos e total da escala de pensamentos negativos. De salientar que os grupos de controlo e baixo desejo espontâneo não apresentam diferenças significativas em nenhuma das dimensões de pensamentos no decorrer da actividade sexual.

INSERIR A TABELA 7 APROXIMADAMENTE AQUI

Discussão

O objectivo da presente investigação foi avaliar o papel destas variáveis procurando determinar as diferenças entre o Desejo Sexual Espontâneo e Responsivo em mulheres. Os resultados apresentados demonstram que as mulheres pertencentes ao Grupo Baixo Desejo Global apresentaram maiores níveis de Depressão, Ideação Paranóide, Ansiedade e Hostilidade, em comparação com o Grupo de Controlo. Por outro lado, quando comparamos o Grupo Baixo Desejo Global com o Grupo Baixo Desejo Espontâneo não encontramos diferenças significativas. Outro aspecto a salientar traduz-se no facto do Grupo Baixo Desejo Espontâneo também não diferir significativamente do Grupo de Controlo na maioria das dimensões, à excepção da Ideação Paranóide e Obsessão Compulsão.

Os resultados corroboram a hipótese levantada, relativamente à existência de maiores níveis de Psicopatologia nas mulheres do Grupo Baixo Desejo Global, comparativamente com o Grupo de Controlo, mas tal não se verifica, quando comparadas com o Grupo Baixo Desejo Espontâneo. A literatura tem-se focalizado bastante na implicação da Psicopatologia nas disfunções sexuais. Os resultados apresentados vão ao encontro dos dados disponíveis na literatura, que realçam que os níveis elevados de Psicopatologia interferem no funcionamento sexual (Cyranowski, Bromberger, Youk, Mathews, Kravitz & Powell, 2004; Bancroft,

Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic & Long, 2003; Levine, 2002; Lykins, Janssen & Graham; 2006; Safir & Almagor, 1991; Ware et al., 1996).

No que respeita aos resultados do ajustamento diádico, os dados encontrados encontram-se de acordo com a nossa hipótese inicial. Verificamos que as mulheres com Baixo Desejo Global apresentam menor ajustamento diádico comparativamente com as mulheres com Baixo Desejo Sexual Espontâneo. As mulheres com Baixo Desejo Global, apresentam menor consenso, satisfação, coesão e afecto diádico. Este grupo difere de forma significativa tanto do Grupo Baixo Desejo Espontâneo como do Grupo de Controlo.

De uma forma global estes resultados são consistentes com a generalidade dos estudos anteriores nesta temática (Basson, 2000; 2001a; Brezsnyak & Whisman, 2004; Brotto, L.; Heiman J.; Tolman D., 2009; Kilmann et al., 1984; Lachtar, Lachtar & Jarraya, 2006; McCabe, 2005; Rosen, 2007; Stuart, Hammond e Pett, 1987). Num recente estudo, Carvalho e Nobre (2010) indicaram a coesão diádica e afecto diádico, como sendo os melhores preditores de desejo sexual. De facto, a resposta sexual feminina parece mais implicada com a intimidade e proximidade emocional, do que propriamente das necessidades físicas da relação sexual. Tal como postulado por Basson (2000, 2001b, 2002b), o desejo sexual feminino surge com o intuito de gerar proximidade emocional, coesão com o parceiro, intimidade e partilha e não da necessidade biológica da experiência sexual. Esta proximidade emocional acaba mesmo por ser a sua força motriz, para iniciar a actividade sexual (Basson, 2001b). Neste sentido, tendo em conta os dados obtidos no nosso estudo, uma mulher que se encontra numa relação conjugal em que não existe consenso, satisfação com a relação, coesão ou afecto, que não são elementos sexuais, inevitavelmente gera compromisso do desejo sexual na sua globalidade. Há que ter em conta que por vezes são relacionamentos de longo prazo em que as situações de desajustamento conjugal já existem há algum tempo e a mulher perde a capacidade de desejo sexual pelo seu companheiro.

A maioria das investigações e o próprio DSM IV, não contempla os aspectos emocionais na resposta sexual, focalizando-se no ciclo tradicional de resposta sexual (Leiblum, 1998; Tiefer, 1991).

Relativamente ao papel dos pensamentos e conforme a nossa expectativa, verificamos que as mulheres do Grupo Baixo Desejo Global evidenciam mais pensamentos automáticos negativos durante a actividade sexual, quando comparadas com o grupo de mulheres com Baixo Desejo Espontâneo, nomeadamente na dimensão do pensamento acerca da passividade sexual e pensamentos eróticos. Por outro lado, as mulheres do grupo baixo desejo global

também apresentaram significativamente mais pensamentos negativos em todas as dimensões avaliadas comparativamente ao grupo de controlo.

Relativamente aos pensamentos de passividade sexual (ex.: “tenho que esperar que ele avance”) e pensamentos eróticos (ex.: “Esta forma de falar excita-me”), estes diferiram o Grupo Baixo Desejo Global do Grupo Baixo Desejo Espontâneo. A passividade sexual feminina traduz os valores que são cultural e socialmente aceitáveis na dimensão sexual feminina. No entanto, paralelamente, para muitas mulheres que não tem desejo sexual espontâneo ou responsivo, como é o caso das mulheres do Grupo Baixo Desejo Global, a passividade é parece ser uma das formas de “escapar”, não mostrando iniciativa de iniciar a actividade sexual. No caso das mulheres do Grupo Baixo Desejo Espontâneo, mas responsivo a passividade poderá ser encarada como neutralidade sexual, condição referida por Basson (2001a, 2001b, 2002a, 2002b, 2003) como o início da resposta sexual feminina.

De facto, os dados são consistentes com a importância dada à dimensão cognitiva no funcionamento sexual. Quando esta dimensão é negativa influencia as disfunções sexuais (Carvalho e Nobre, 2010; Nobre & Pinto-Gouveia, 2000, 2003, 2007; Nobre, 2006a, Nobre, 2006b), e, paralelamente, o desejo sexual (Nobre, 2008).

Quanto aos pensamentos eróticos os dados apresentados corroboram com os dados da literatura que refere a ausência de pensamentos eróticos durante a actividade sexual exercendo um efeito directo na redução do desejo sexual feminino (Nobre, 2008). A atenção durante o acto sexual, nas mulheres, focaliza-se mais na imagem corporal, desempenho sexual e pensamentos de fracasso e desistência (Dove e Weiderman, 2000). No geral, estes dados corroboram com alguns outros dados (Adams et al, 1985; Elliot e O'Donohue 1997; Hawton 1985, 1989), sugerindo que a distração cognitiva a estímulos eróticos, gera uma clara interferência cognitiva, afastando o pensamento dos estímulos sexuais e eróticos, tendo como consequência, a diminuição da resposta sexual (Nobre, 2006a, Nobre, 2006b). Os resultados suportam o papel das dimensões cognitivas na manutenção do interesse sexual feminino (Carvalho e Nobre, 2010).

Tendo em conta os dados apresentados relativamente às crenças sexuais, a hipótese levantada confirma-se nas dimensões do conservadorismo sexual (ex. “a masturbação é um acto errado e pecaminoso”, crenças tendo em conta a idade (ex. “com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo”), e o corpo (ex. “Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o parceiro”). Os níveis apresentados nestas dimensões são superiores no Grupo Baixo Desejo Global, quando comparado com o Grupo Baixo Desejo Espontâneo. Na dimensão crenças

acerca da maternidade, os resultados evidenciados apenas se diferenciam significativamente entre o Grupo Baixo Desejo Global e o Grupo de Controlo, facto partilhado pela evidência de outros estudos (Tevlin e Leiblum, 1983). Os dados apresentados condizem com a literatura existente, tanto no conservadorismo sexual feminino (Carvalho e Nobre, 2010; Kaplan, 1979; LoPiccolo and Friedman, 1988; Masters and Johnson, 1970; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b), como nas crenças relacionadas com o corpo e idade (Carvalho e Nobre, 2010; Heiman e LoPiccolo, 1988). De facto, as crenças sexuais disfuncionais parecem preditivas de níveis inferiores de desejo sexual (Carvalho, 2008; Hawton, 1985; Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003).

No que concerne ao funcionamento sexual, podemos referir que, a hipótese é corroborada com os dados apresentados neste estudo. As mulheres com Baixo Desejo Global apresentam menores Índices de Funcionamento Sexual, nomeadamente, nas dimensões de Excitação, Lubrificação e Satisfação, quando analisadas comparativamente com o Grupo de mulheres com Baixo Desejo Espontâneo. Nas dimensões Desejo, Orgasmo e Dispareunia, o Grupo Baixo Desejo Global apenas apresenta diferenças significativas quando comparado com o Grupo de Controlo.

De facto, as mulheres pertencentes ao Grupo Baixo Desejo Global, sendo este grupo composto por mulheres com baixo desejo sexual espontâneo e responsivo não é de estranhar o facto de revelarem menores índices de excitação, lubrificação e conseqüente satisfação. A perda do desejo sexual conduz, geralmente, a uma menor iniciativa, menor actividade sexual e à perda da satisfação sexual (Hicks, Goodall, Quattrone, Lydon- Rochelle, 2004). Esta questão pode ser justificada através do modelo circular de resposta sexual de Basson (2001a), uma vez que a iniciativa sexual está ligada a factores interpessoais e subjectivos da relação. Basson (2001a, Basson, 2003), refere que a mulher funcional promove a procura espontânea estímulos sexuais, desencadeando a excitação e favorecendo a sua receptividade. Contudo, no caso de uma mulher disfuncional, com baixo desejo sexual espontâneo e responsivo, tal não se verifica, desencadeando a insatisfação sexual. Levine (2003) também partilha desta ideia, referindo-se à motivação eficaz para a expressão sexual. Num estudo de Rosen et. al (1993), 20% das mulheres, apesar de experienciar pensamentos sexuais, excitação física e orgasmo, demonstraram insatisfação sexual, demonstrando que a satisfação sexual da mulher poderá estar mais ligada a factores psicossociais, do que a factores físicos (Basson, 2001a, 2001b; Mah & Binik, 2005). O orgasmo é extremamente variável e não é essencial para a satisfação sexual da mulher (Basson, 2000).

O facto de deferir relativamente ao Grupo Baixo Desejo Espontâneo poderá estar relacionados com o facto da capacidade de excitação estar preservada, e que perante os variados estímulos sexuais (companheiro, filmes, etc., o desejo acaba por se desencadear, acabando por não se verificar as limitações na excitação e conseqüente satisfação. Relativamente à questão da dispareunia, tem sido amplamente sustentado que o facto de as mulheres experimentarem dor e desconforto durante a penetração leva a uma fraca motivação para a actividade sexual coital, diminuindo a sua frequência em ocasiões subseqüentes (Basson, 2004b), e que poderá alimentar paralelamente o baixo desejo sexual.

Uma questão importante a salientar prende-se com o facto do Grupo Baixo Desejo Espontâneo, se aproximar em alguns dados, do Grupo de Controlo, podendo o facto da ausência de desejo espontâneo não ser caracterizado como uma disfunção sexual (Basson, 2000, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b). O desejo sexual pode ser traduzido como um fenómeno responsivo e não um fenómeno espontâneo, em que a resposta sexual feminina nascia da necessidade de intimidade e não tanto da excitação sexual. (Basson, 2000, Goldmeier, 2001). Segundo esta autora, muitas mulheres sentem-se sexualmente bem e realizadas e não têm desejo sexual espontâneo (Basson, 2000, 2001a), não havendo desta forma mal-estar associado. Este facto contraria a noção de resposta sexual humana, defendida por Masters e Johnson (1966). Daí, Basson (2002c) referir que a definição de Perturbação do Desejo Sexual deveria ser revista, pois, ausência de desejo sexual espontâneo (no início do ciclo) não significa disfunção sexual, o que exclui muitas mulheres da categoria de disfuncionais. O modelo inovador da Rosemary Basson facilita a compreensão do comportamento sexual feminino, em relacionamentos de longa duração, com a existência de níveis elevados de desejo sexual não espontâneo, que é influenciado não só pelo estímulo sexual, mas predominantemente pelo contexto. Assim, a etiologia das dificuldades sexuais relacionadas com a diminuição do desejo sexual seria multifactorial, sendo necessária, para uma proposta terapêutica, uma compreensão mais detalhada dos mecanismos envolvidos.

Os dados recorrentes desta investigação devem contudo, ser interpretados com algum cuidado, uma vez que existem várias limitações que interferem com a generalização dos resultados. Estamos perante um número de participantes nas amostras, tanto Clínicas como Não Clínicas muito reduzido, a idade das mulheres pertencentes ao Grupo Baixo Desejo Global é substancialmente mais elevado do que os restantes dois grupos e foi recolhida numa zona específica do país (zona norte), não podendo ser por isso reflexo da população portuguesa. A replicação deste estudo tendo em conta uma amostra clínica mais abrangente

poderia contribuir para resultados mais específicos e pertinentes acerca da distinção entre as mulheres com desejo sexual espontâneo e responsivo. Outra limitação deste estudo deve-se ao facto de ser um estudo correlacional não permitindo assim retirar ilações de causalidade acerca do eventual efeito das variáveis psicossociais analisadas no desejo sexual feminino.

É então imperativo o desenvolvimento de mais estudos que tenham em conta estas limitações e que continuem a investigar a repercussão destas variáveis nas mulheres com e sem Disfunção Sexual.

Tornou-se evidente a pertinência de um estudo exaustivo do historial médico, sexual e psicossocial para o correcto diagnóstico e tratamento (Basson, 2010), onde é necessária a cooperação de profissionais das diversas áreas, numa visão multidisciplinar. Nenhuma das áreas isoladamente é suficiente para a resolução dos vários casos (McCabe, Althof, Assalian, Chevret-Measson, Leiblum, Simonelli, Wylie, 2010).

Em síntese, o nosso estudo deu mais um contributo nesta vasta área de estudo que é a Sexualidade Feminina, pois estudou em simultâneo um número de variáveis considerável, que interferem no funcionamento sexual, e que poderá auxiliar nos modelos de intervenção psicológica e na reestruturação de tratamentos clínicos na área.

Referências Bibliográficas

- Adams, A. E., Haynes, S. N., & Brayer, M. A. (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology*, 22(6), 689-696.
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Özaltın, M. (2001). Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 273-277.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartman, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005b). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800.
- Althof, S. E.; Rosen, R. C., Derogatis, L., Corty, E., Quirk, F., Symonds, T. (2005a). Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 31:153-66.
- American Psychiatric Association (2000), *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR* (4ª Ed.) *Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi

Editora.

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *Internacional Clinical Psychofarmacology*, 13, 1-4.
- Avis, N.E., Stellato, R., Crawford, S., et al. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning?. *Menopause*, 7, 297-309.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Churchil Livingstone.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The Relation Between Mood and Sexuality in Heterosexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 217-230.
- Bancroft, J.; Loftus, J.; Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 451-455.
- Basson, R. (2002a). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 1-10.
- Basson, R. (2002c). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 289-300.
- Basson, R. (2003). Biopsychosocial models of women's sexual response: applications to management of "desire disorders". *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 107-115.
- Basson, R. (2001a). Human sex-response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 33-43.
- Basson R. (2004a). Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause*, 11, 709-713.
- Basson, R. (2004b). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*, 11, 714-725.
- Basson, R. (2006). Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *The new england journal of medicine*, 354, 1497-1506.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 264-271.
- Basson, R. (2001b). Using a different model for female sexual response to address

- women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R., Wierman, M. E., Lankveld, J., Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*. 7, 314-326.
- Basson R. (2002b). Women's sexual desire: disordered or misunderstood? *Journal of Sex Marital Therapy*. 28(1):17-28.
- Baumeister, R. (2000). Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126, 347-374.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J.G., Bozman, A.W., Qualtrough, T. (1991). The experience of sexual desire: psychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research*, 28, 443-456.
- Breznysak, M., Whisman, M. A. (2004). Sexual desire an relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 199-217.
- Brotto, L. A., Heiman, J. R., Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*. 46, 387-398.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (vol.2)*, (pp. 95-109). Braga: APPORT / SHO.
- Canavarro, M. C. (no prelo). Inventário de sintomas psicológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. machado e M. Gonçalves (Eds). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol.III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carey, M. P. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales. In Vicente E. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales, efectivos y psicóticos (2ª ed.)* (171-210). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Carey, J.C.. (2006). Disorders of sexual desire and arousal. *Obstetric Gynecology Clinic North American*. 33, 549-564.
- Carvalho, J. (2008). A Importância de Factores Psicológicos, Orgânicos e Relacionais na Resposta de Desejo Sexual Masculino e Feminino. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Trás os Montes e Alto Douro. Vila Real.

- Carvalho J, & Nobre P. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sex Medicine*, 7, 928–937.
- Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Mathews, K., Kravitz, H. M., & Powell, L. H. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 539-538.
- Derogatis, L. R., & Meyer, J. K. (1979). A psychological profile of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 201-225.
- Derogatis, L. R., Meyer, J. K., & King, M. A. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 138, 757-763.
- Derogatis, L. R., Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures manual – I*. Baltimore, Clinical Psychometric Research.
- Dobkin, R. D., Leiblum, S. R., Rosen, R. C., Menza, M., & Marin, H. (2006). Depression and Sexual Functioning in Minority Women: Current Status and Future Directions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32 (1), 23-36.
- Dove, N. L. & Weideman, M.W.(2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67–78.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hacket, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53, 144-148.
- Elliot, A.N., O'Donohue, W.T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a non clinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 26, 607-624.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 369-377.
- Goldmeier, D. (2001). “Responsive” sexual desire in women – managing the normal?. *Sexual and Relationship Therapy*. 16, 381-387.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. *JMHG*, 4, 18-25.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 377-385.
- Hawton, K. (1985). *Sex Therapy: A Practical Guide*, Northvale, NJ, Aronson.

- Heiman, J. R. (2000). Orgasmic disorders in women. In S. R. Leiblum & R.C. Rosen (Ed.), *Principles and practices of sex therapy* (pp. 118-153). New York: The Guilford Press.
- Heiman J. R.; LoPiccolo, J. (1988). *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women* (ed. rev.). Nova Iorque, Prentice-Hall.
- Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon- Rochelle MT. 2004. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal of Midwifery Women's Health* Sep-Oct; 49(5): 430-436.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. Nova York: Brunner/Mazel.
- Kilmann, P. R., Mills, K. H., Caid, C., Bella, B., Davidson, E., & Wanlass, R. (1984). The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 41-49.
- Kockott, G., Pfeiffer, W. (1996). Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 56-61.
- Lachtar, C., Lachtar, F., Jarraya, A. (2006). Sexual desire in Tunisian conjugal couple: particularities and maintenance factors. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 402-409.
- Laumann, EO., Paik, A., Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.
- Leiblum, S.(2005). Pharmacotherapy for women: will we, won't we, should we? *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 375-376.
- Leiblum, S. R., Koochaki, C. A., Barton, I. P., Rosen, R. C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality. *Menopause*. 13, 46-56.
- Levine, S. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 39-51.
- Levine S. (2003). What patients mean by love, intimacy and sexual desire. In: Levine SB, ed. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge. 21-36.
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.
- LoPiccolo, J., Friedman, J.M. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire:

- integration of cognitive, behavioural and systemic therapy. In S. Leiblum, R. Rosen (Eds), (107-144). *Sexual Desire Disorders*. Nova York: Guildford Press.
- Lykins, A.D., Janssen, E., Graham, C.A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43, 136-143.
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are Orgasm in the Mind or the Body? Psychosocial Versus Physiological Correlates of Orgasmic Pleasure and Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31 (3), 187-200.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston, Little, Brown.
- Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E.B., Akpinar, A., Goksan, B., Gonenli, S., Guven, T. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 235-240.
- Metz, M.E., Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139-164.
- Michael, A., O'Keane, V. (2000). Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology*, 15, 337-345.
- Minnen, A., Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47-57.
- McCabe, M. P. (2005). The Role of Performance Anxiety in the Development and Maintenance of Sexual Dysfunction in Men and Women. *International Journal of Stress Management*, 12, 379-388.
- McCabe, M., Althof, S., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S.; Simonelli, C., Wylie, K.(2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 7, 327-336.
- Nobre, P. J. (2006b). *Disfunções sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. J. (2008c). Escala de Ajustamento Diádico: características psicométricas da versão portuguesa. Manuscrito submetido para publicação.

- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a Cognitive-Emotional Model. *Journal of Sex and Marital Therapy, 35*, 360-377.
- Nobre, P. J. (2010). Female Sexual Function Index (FSFI). Psychometric properties of the Portuguese version. Manuscrito submetido para publicação
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 37-49.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 43*, 68-75.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 491-499.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2000). Erectile dysfunctions: an empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy, 15*, 351-366.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy, 18*, 101-135.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions and sexual response. *Journal of Sex Research, 40*, 368-382.
- Nobre, P. J. (2002) *Versão Portuguesa do Female Sexual Function Inventory*. Manuscrito não publicado.
- O'Sullivan, L.F., Allgeier, E.R. (1998). Feigning sexual desire: consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *Journal of Sex Research, 35*, 234-243.
- Ridley, C.A., Cate, R. M., Collins, D.M., Reesing, A.L., Lucero, A.A., Gilson, M.S., Almeida, D. M. (2006). The ebb and flow of marital lust: a relational approach. *Journal of Sex Research, 43*, 144-153.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, et al. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(2), 191-208.

- Rosen, R. C., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., Segraves, R. T., & Barlow, D. (2006). Psychological and Interpersonal Correlates in Men with Erectile Dysfunction and their Partners: A Pilot Study of Treatment Outcome with Sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 215-234.
- Rosen, R. C. (2007). Sexual Dysfunction in the Context of the Couple's Relationship: Current Findings and Theory. *Journal of Sexual Medicine, 4* (supl.1), 38.
- Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R., & Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy, 19*: 171-188.
- Safir, M. P., Almagor, M. (1991). Psychopathology Associated with Sexual Dysfunction. *Journal of Clinical Psychology, 47* (1), 17-27.
- Sbrocco, T., Weisberg, R., & Barlow, D. H. (1992). *Sexual Dysfunction Inventory* (SDI). Albany: State University of New York.
- Schreiner-Engel, P., & Schiavi, P. C. (1986). Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 646-651.
- Segraves, R.T., Croft, H., Kavoussi, R. (2001). Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in nondepressed women. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 303-316.
- Segraves, R.T. (2002). Female sexual disorders: psychiatric aspects. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 419-425.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Stuart, F. M, Hammond, D. C., & Pett, M. A. (1987). Inhibited sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior, 16*, 91-106.
- Tevlin, H. F. e Leiblum, S. R. (1983). Sex role stereotypes and female sexual dysfunction. in Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 43*, 68-75.
- Tiefer, L.; Hall, M.; Tavris, C. (2002). Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 225-32.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioural group treatment program on hypoactive sexual desire in Women. *Sexual and Relationship Therapy, 16*, 145-164.
- Ware, M. R., Emmanuel, N. P., Johnson, M. R., Brawman-Mintzer, O., Knapp, R., &

Crawford-Harrison, M. (1996). Self-reported sexual dysfunction in anxiety disorder patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 530.

West, S. L., D'Aloisio, A.A., Agans, R.P., Kalsbeek, W.D., Borisov, N. N., Thorp, J. M. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of Internal Medicine*. 168, 1441-1449.

ANEXO A (TABELAS)

Tabela 2 – Diagnósticos principais e adicionais do Grupo Baixo Desejo Global e Baixo Desejo Espontâneo

		Grupo Baixo Desejo		Grupo Baixo	
		Global		Desejo Espontâneo	
		(n=30)		(n=43)	
		N	%	N	%
Diagnóstico Principal	Desejo Sexual	30	100%	41	95,3%
	Hipoactivo				
	Excitação	-	-	1	2,3%
	Orgasmo	-	-	1	2,3%
	Total	100%		100%	
Diagnósticos Adicionais		N	%	N	%
	Aversão Sexual	5	17,9	2	5,1
	Excitação	6	21,4	6	15,4
	Orgasmo	16	57,1	12	30,8
	Dispareunia	1	3,6	7	17,9
	Vaginismo	0	0	2	5,1

Tabela 3

Dimensões de Ajustamento Diádico em função dos Grupos (Controlo, Grupo Baixo Desejo Global e Grupo Baixo Desejo Espontâneo).

Análise Univariada da Covariância (Covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) (n = 107)

Dimensões do Ajustamento Diádico	Grupo						F (2,80)	Grupo P	η^2
	Não Clínico (n=34)		Baixo Desejo Global (n=30)		Baixo Desejo Espontâneo (n=43)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
CONSENSO_DIÁDICO	51,17b	1,79	35,21a	2,11	47,01b	1,52	14,59***	,000	,267
SATISF_DIÁDICA	40,37b	1,58	27,23a	1,86	37,59b	1,34	12,99***	,000	,245
COESÃO_DIÁDICA	15,68b	,97	9,10a	1,15	16,18b	,83	11,87***	,000	,229
AFECTO_DIÁDICO	8,89b	,31	6,54a	,37	7,94b	,26	10,30***	,000	,205
DAS - TOTAL	116,10b	3,74	78,08a	4,42	108,50b	3,18	19,62***	,000	,329

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis.

Para cada dimensão da DAS, as médias ajustadas assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de Bonferroni ($p < .001$).

Tabela 4

Dimensões da Psicopatologia (BSI) em função dos Grupos (Controlo, Grupo Baixo Desejo Global e Grupo Baixo Desejo Espontâneo).

Análise Univariada da Covariância (Covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) (n =107)

Psicopatologia	Grupo						F(2,100)	Grupo p	η^2
	Controlo (n=34)		Baixo Desejo Global (n=30)		Baixo Desejo Espontâneo (n=43)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
SOMATIZAÇÃO	1,56	,139	2,04	,157	1,76	,122	2,28	,108	,044
DEPRESSÃO	1,71a	,166	2,46b	,188	2,11ab	,146	4,02*	,021	,074
HOSTILIDADE	1,70a	,133	2,34b	,151	2,12ab	,117	5,07**	,008	,092
ANSIEDADE	1,63a	,127	2,52b	,144	1,88ab	,111	4,69*	,011	,086
ANSIEDADE_FÓBICA	1,33	,113	1,58	,128	1,47	,099	,992	,374	,019
PSICOTICISMO	1,53	,131	1,98	,149	1,75	,115	2,35	,100	,045
IDEAÇÃO_PARANÓIDE	1,75a	,139	2,42b	,146	2,23b	,122	5,50**	,005	,099
OBESSÃO_COMPULSÃO	1,89a	,129	2,38b	,146	2,32b	,113	3,98*	,022	,074
SENSIBIL_INTERPESSOAL	1,66	,155	2,14	,175	2,10	,136	2,87	,061	,054
BSI_TOTAL	14,77a	1,06	19,57b	1,20	17,72ab	,931	4,36*	,015	,080

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis.

Para cada dimensão do BSI, as médias ajustadas assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de Bonferroni (p < .05).

Tabela 5

Dimensões do Funcionamento Sexual em função dos Grupos (Controlo, Grupo Baixo Desejo Global e Grupo Baixo Desejo Espontâneo). Análise Univariada da Covariância (Covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) (n =107)

Funcionamento Sexual	Grupo						F	Grupo p	η^2
	Controlo (n=34)		Baixo Desejo Global (n=30)		Baixo Desejo Espontâneo (n=43)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
DESEJO	4,88b	,196	2,59a	,237	4,01b	,167	24,20***	,000	,338
EXCITAÇÃO	5,29b	,165	3,27a	,199	4,61b	,141	26,60***	,000	,359
LUBRIFICAÇÃO	5,71b	,189	3,69a	,228	5,22b	,161	21,88***	,000	,307
ORGASMO	5,71b	,201	3,07a	,248	4,71b	,175	29,62***	,000	,384
SATISFAÇÃO	5,44b	,166	3,11a	,201	5,01b	,142	37,26***	,000	,440
DISPAREUNIA	5,54b	,181	4,20a	,219	4,95b	,155	9,81***	,000	,171
VAGINISMO	5,98b	,174	4,97a	,210	5,51ab	,149	6,17**	,003	,115
FSFI_TOTAL	32,58b	,794	19,94a	,958	28,49b	,677	45,25***	,000	,488

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis.

Para cada dimensão do Funcionamento Sexual, as médias ajustadas assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de Bonferroni ($p < .01$).

Tabela 6

Dimensões das Crenças Sexuais Disfuncionais em função dos Grupos (Controlo, Grupo Baixo Desejo Global e Grupo Baixo Desejo Espontâneo). Análise Univariada da Covariância (Covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) (n =107)

Crenças Sexuais	Grupo						F	Grupo	
	Controlo		Baixo Desejo Global		Baixo Desejo Espontâneo			p	η^2
	(n=34)		(n=30)		(n=43)				
M	DP	M	DP	M	DP				
CONSERVADOR_SEXUAL	12,35b	,745	15,46a	,833	12,78b	,636	3,94*	,023	,073
DESEJO_PECADO	5,49	,227	6,28	,253	5,64	,193	2,65	,075	,050
CRENÇAS_IDADE	6,68b	,412	8,29a	,460	6,75b	,352	3,89*	,024	,072
CRENÇAS_CORPO	4,93b	,338	6,41a	,378	4,78b	,289	5,90**	,004	,106
CRENÇAS_AFECTO	22,63	,551	22,61	,616	22,03	,471	,463	,631	,009
CRENÇAS_MATERNIDADE	5,91b	,402	7,63a	,449	6,32ab	,343	3,895*	,023	,072
QCSD_TOTAL	35,35b	1,525	44,05a	1,704	36,26b	1,302	7,73**	,001	,134

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis.

Para cada dimensão do QCSD, as médias ajustadas assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de Bonferroni ($p < .05$).

Tabela 7

Pensamentos Automáticos (QMS) em função dos Grupos (Controlo, Grupo Baixo Desejo Global e Grupo Baixo Desejo Espontâneo).

Análise Univariada da Covariância (Covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) (n =107)

Pensamentos Automáticos	Grupo						F	Grupo	
	Controlo		Baixo Desejo Global		Baixo Desejo Espontâneo			P	η^2
	(n=34)		(n=30)		(n=43)				
M	DP	M	DP	M	DP				
PENS_ABUSO	9,32b	,777	12,63a	,891	11,10ab	,685	3,656*	,029	,068
PENS_FRACASSO	5,49b	,545	8,53a	,625	6,68ab	,480	6,013**	,003	,107
PENS_FALTA_AFECTO	6,76b	,621	9,86a	,712	8,12ab	,548	4,82*	,010	,088
PENS_PASSIVIDADE	9,37b	,684	11,57a	,784	9,03b	,603	3,18*	,046	,060
PENS_ERÓTICOS	11,77b	,702	19,75a	,702	12,72b	,619	28,70***	,000	,365
PENS_IMAGEM_CORP	5,36	,449	5,79	,514	6,55	,395	2,13	,124	,041
AT_TOTAL	48,07b	2,536	68,13a	2,907	54,21b	2,235	12,29***	,000	,197

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis.

Para cada dimensão do QMS, as médias ajustadas assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de Bonferroni ($p < .05$).

ANEXO B

(Consentimento Informado)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Liliana Junot Rocha, encontra-se a realizar Tese de Mestrado com o tema “DESEJO SEXUAL FEMININO ESPONTÂNEO VERSUS RESPONSIVO: O PAPEL DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS” na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro sob a orientação do investigador principal Pedro Nobre.

Este estudo tem como objectivo a avaliação dos papéis psicossociais, tais como crenças disfuncionais, ajustamento diádico e pensamentos automáticos, em dois grupos de mulheres com desejo sexual espontâneo versus responsivo.

Para responder ao inquérito cada mulher terá de dispensar cerca de 30 minutos e não necessitará de deslocações acessórias a esta Unidade de Saúde.

A identidade de cada mulher jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Os dados serão analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal.

Cada mulher é livre de abandonar o estudo, se for esse o seu desejo, sem que daí resultem prejuízos assistenciais ou outros.

Investigador: _____

Data: _____

“Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pela Dra. Liliana Junot Rocha que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Tenho conhecimento que a minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Aceito participar no estudo apresentado.”

Assinatura: _____

Data: _____