

Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento

Carmita Helena Najjar Abdo¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Apresentamos neste texto uma síntese dos conceitos defendidos por Basson e cols. no artigo “Assessment and management of women’s sexual dysfunctions: problematic desire and arousal”.¹ No referido artigo, os autores afirmam que a falta de desejo espontâneo para envolver-se em atividade sexual é frequentemente referida por mulheres.²⁻⁴ A partir desta observação, a resposta sexual especificamente feminina é reconceituada, além de ser proposta uma nova sistematização das queixas sexuais, levando à revisão das definições dos distúrbios de desejo e excitação em mulheres.

Basson e cols.¹ comentam que o modelo linear de resposta sexual preconizado por Masters e Johnson⁵ e Kaplan⁶ descreve fases da resposta sexual numa sequência invariável: desejo, excitação (com importante foco genital), orgasmo e resolução. As mulheres, entretanto, especialmente em relacionamentos de longo prazo, iniciam e/ou concordam com o sexo por uma variedade de razões: maior proximidade emocional com o parceiro, sentir-se mais atraente e/ou mais atraída, compreender e satisfazer seu próprio senso de interesse/necessidade.^{7,8} O desejo sexual espontâneo é referido com pouca frequência.^{7,9,10} Motivada por uma ou várias razões, a mulher preocupa-se com o estímulo sexual. Se a estimulação for apropriada, resultará em excitação subjetiva.

O processamento da informação sexual é modulado por diversos fatores que podem reduzir a excitação subjetiva. Entre os fatores biológicos se incluem: fadiga, depressão, efeitos sexualmente negativos de medicações, atividade reduzida dos hormônios sexuais, hiperprolactinemia e hipotireoidismo. Fatores psicológicos são: distrações da vida diária, receio de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade comprovada, experiências sexuais negativas no passado, inexperiência ou sentimentos de vergonha e dificuldade.^{11,12}

Mesmo quando inicialmente ausente, o desejo é disparado durante a experiência, caso a mulher se torne subjeti-

vamente/sexualmente excitada.¹²⁻¹⁴ Desejo e excitação então coincidem e se mesclam. A satisfação sexual é agora desejada e pode resultar em um ou vários orgasmos. Uma evolução emocional e física positiva permite a ela sentir-se próxima ao seu parceiro, aumentando assim a motivação sexual subsequente.

Neste modelo circular, proposto por Basson,¹³ a resposta sexual feminina consiste em fases sobrepostas de ordem variável. O desejo sexual pode não estar presente inicialmente. A mulher chega à excitação subjetiva quanto mais sexualmente excitante ela percebe o estímulo¹⁵ e por emoções e cognições geradas pela excitação.¹⁶ Essa modulação da excitação subjetiva parece ser mais consistente do que a modulação variável por *feedback* da vasocongestão genital. A satisfação sexual pode ocorrer sem orgasmos. De forma alternativa, os orgasmos podem ser experimentados antes da excitação máxima e mais orgasmos podem ocorrer no pico de excitação. Assim, para as mulheres, orgasmo e excitação não são entidades particularmente distintas, conforme assinalam Basson e cols.¹

DEFINIÇÕES DE DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-IV-TR)

A definição no DSM-IV-TR de transtorno de desejo sexual hipoativo considera o desejo no início do ato e entre um e outro ato.¹⁷ A ausência desse desejo, entretanto, é comum em mulheres sexualmente saudáveis.^{7,9,10} O DSM-IV-TR também considera que há desejo hipoativo quando a frequência de pensamento sexual é baixa, o que, entretanto, tem sido documentado mesmo em mulheres sexualmente saudáveis.¹⁸ Além disso, a definição do DSM-IV-TR valoriza as fantasias sexuais, mas as mulheres usam fantasias deliberadamente para permanecerem concentradas na estimulação sexual, em vez de fantasias como um marcador de desejo.¹⁹

¹ Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

NOVAS DEFINIÇÕES RECOMENDADAS

Segundo as recomendações de um Comitê Internacional, organizado pela American Urological Association Foundation, a definição de distúrbio de desejo/interesse sexual feminino inclui “ausência ou acentuada diminuição de sentimentos de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias e falta de desejo responsivo”. Motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para tentar se tornar sexualmente excitada são escassas ou ausentes. Essa falta de interesse estaria além da diminuição natural do ciclo de vida e duração do relacionamento.²⁰

Visto que não há correlação direta entre vasocongestão genital e excitação sexual subjetiva em mulheres com ou sem disfunção sexual, as definições passam a se nortear pela experiência subjetiva. Mulheres podem referir ausência de excitação subjetiva a qualquer tipo de estímulo sexual. Quando há também falta de percepção da vasocongestão genital, a disfunção é um distúrbio combinado de excitação sexual genital e subjetiva, ou seja, “ausência ou acentuada diminuição de sentimentos de excitação sexual (excitação e prazer sexual) a qualquer tipo de estímulo sexual, bem como queixas de excitação sexual genital ausente ou prejudicada (tumescência vulvar, lubrificação)”.²⁰

Apesar da falta de excitação subjetiva a qualquer tipo de estímulo, a mulher pode observar a lubrificação e/ou tumescência genital. Neste caso, a disfunção é um distúrbio de excitação sexual subjetivo: “ausência ou acentuada diminuição de sentimentos de excitação sexual (excitação e prazer sexual) a qualquer tipo de estímulo sexual”. Lubrificação vaginal ou outros sinais de resposta física continuam a ocorrer.²⁰

Um subgrupo menos numeroso de mulheres permanece capaz de ser subjetivamente excitado por uma variedade de estímulos não genitais, mas não tem excitação sexual por estimulação genital e apresenta perda adquirida de qualquer percepção de congestão genital. Esse grupo apresenta excitação sexual genital ausente ou prejudicada. Autorrelato pode incluir tumescência genital ou lubrificação vaginal mínima a qualquer tipo de estimulação sexual ou sensações reduzidas à carícia genital. Excitação sexual subjetiva continua a ocorrer pelo estímulo sexual não genital.²⁰

Devido à natureza altamente contextual da sexualidade feminina e especialmente à correlação entre saúde sexual e saúde mental^{21,22} ou sentimentos pelo parceiro,^{14,22,23} descritores contextuais são recomendados para o diagnóstico. São três os tipos desses descritores:²⁰

- Fatores predisponentes (no passado da mulher), afetando seu desenvolvimento psicossocial; por exemplo, abuso sexual;
- Fatores precipitantes ou perpetuadores (no contexto atual); por exemplo, interpessoal, ambiental, sexual e social;
- Ocorrências médicas/cirúrgicas passadas ou presentes.

Esclarecer o nível de sofrimento – leve, moderado ou intenso – também é recomendado. Na ausência de sofrimento, um bloqueio da resposta sexual ou a falta de interesse pode ter importância epidemiológica, mas não importância clínica.²⁰

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Avaliação física é recomendada,²⁴ além de entrevista com os dois parceiros em conjunto e, depois, individualmente.²⁵ A história médica de cada parceiro, bem como traços de personalidade e comorbidades psiquiátricas devem ser considerados.

O exame físico pode ser necessário. Quando o foco específico é a disfunção sexual, tal exame é intrusivo e pode despertar emoções ligadas às experiências sexuais passadas coercivas/abusivas e/ou dolorosas. O procedimento precisa ser explicado e o esclarecimento da mulher, bem como o seu consentimento, devem ser confirmados. Salienta-se que o exame da genitália no estado de não excitação tem valor limitado.

Mulheres com distúrbio de excitação genital podem apresentar deficiência estrogênica ou condições mais raras como distúrbio do tecido conjuntivo. Para muitas mulheres com distúrbio de excitação sexual combinado, podem ocorrer achados anormais. Se houver doença neurológica que afete a inervação pélvica, é necessário exame neurológico detalhado. O exame genital também está indicado para mulheres com história de trauma pélvico ou doença que interfira negativamente na saúde genital.

Exame físico completo é necessário para mulheres com outros sintomas (não sexuais), tais como: fadiga exagerada, menstruação irregular e condições médicas crônicas. Presença de estomas, cateteres, desvios urinários ou partes do corpo que originam dor crônica, influenciando a satisfação sexual, também pode ser identificada.

Exames laboratoriais são necessários quando houver sintomas relevantes ou pela avaliação médica geral:

- Microscopia, cultura e sensibilidade da descarga vaginal, quando dispareunia também está presente e pode ser devida a infecção;
- Atividade androgênica para diagnóstico de hipoandrogenismo;
- Investigação psicofisiológica para identificar falta de atenção comum à resposta genital aparentemente saudável.

É comum comorbidade em caso de disfunção sexual feminina.^{21,26,27} É necessário esclarecer para cada disfunção: se ocorre ao longo da vida ou é adquirida; situacional ou generalizada; fatores contextuais e condições médicas do passado e atuais; grau de desconforto (leve, moderado ou intenso).¹

O manejo envolve abordagem psicológica e física, avaliando as várias etapas do ciclo de resposta sexual, o contexto atual, o relacionamento e os tipos de estimulação sexual. O detalhamento desse manejo será objeto de novas publicações.

INFORMAÇÕES:

Carmita Helena Najjar Abdo

Rua Gil Eanes, 492

São Paulo (SP)

CEP 04601-041

Tel. (11) 5092-5345

E-mail: carmita.abdo@uol.com.br

Fonte de fomento: Nenhuma

Conflito de interesse: Nenhum

REFERÊNCIAS

1. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
2. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ.* 2003;327(7412):426-7.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
4. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol.* 1999;3:79-105.
5. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
6. Kaplan HS. *Disorders of sexual desire.* New York: Brunner Mazel; 1979.
7. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res.* 2003;40(3):266-76.
8. Regan PC, Berscheid E. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1996;22(2):110-20.
9. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 1992;2(6):281-90.
10. Galyer KT, Conaglen HM, Hare A, Conaglen JV. The effect of gynecological surgery on sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1999;25(2):81-8.
11. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395-403.
12. Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 2004;33(6):527-38.
13. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001;98(2):350-3.
14. Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(3):173-83.
15. Laan E, Everaerd W, van der Velde J, Geer JH. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology.* 1995;32(5):444-51.
16. Laan E, Everaerd W, van Bellen G, Hanewald G. Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica. *Arch Sex Behav.* 1994;23(2):153-69.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition.* Washington: American Psychiatric Association; 2000.
18. Cawood EH, Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychol Med.* 1996;26(5):925-36.
19. Garde K, Lunde I. Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women. *Maturitas.* 1980;2(3):225-40.
20. Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003;24(4):221-9.
21. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.* 2002;20(2):79-88.
22. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003;32(3):193-208.
23. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause.* 2000;7(5):297-309.
24. Basson R. Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause.* 2004;11(6 Pt 2):709-13.
25. Andrews WC. Approaches to taking a sexual history. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9 Suppl 1:S21-4.
26. Leiblum SR, Koochaki P. Self-reported sexual complaints of US women across the lifespan. In: *International Society for the Study of Women's Sexual Health. ISSWSH Annual Meeting, Amsterdam, October 16 - 19, 2003.* [abstract].
27. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(4):367-77.

Data de entrada: 5/3/2010

Data da última modificação: 29/3/2010

Data de aceitação: 30/3/2010

RESUMO DIDÁTICO

1. Basson e cols. afirmam que a falta de desejo espontâneo para envolver-se em atividade sexual é frequentemente referida por mulheres.
2. Entre os fatores biológicos que reduzem a excitação subjetiva feminina se incluem: fadiga, depressão, efeitos sexualmente negativos de medicações, atividade reduzida dos hormônios sexuais, hiperprolactinemia e hipotireoidismo.
3. A definição no DSM-IV-TR de transtorno de desejo sexual hipoativo considera o desejo no início do ato e entre um e outro ato.
4. Na ausência de sofrimento, um bloqueio da resposta sexual ou a falta de interesse pode ter importância epidemiológica, mas não importância clínica.
5. Exame físico completo é necessário para mulheres com outros sintomas (não sexuais) concomitantes.
6. O manejo da disfunção sexual feminina envolve abordagem psicológica e física, avaliando as várias etapas do ciclo de resposta sexual, o contexto atual, o relacionamento interpessoal e os tipos de estímulo sexual.