

Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento

*Catarina Oliveira Lucas**

Cristina Maias Oliveira

Maria Isabel Alves Monteiro

Resumo

A perturbação do Desejo Sexual Hipoativo caracteriza-se pela ausência ou diminuição do desejo sexual, bem como de fantasias eróticas. É a disfunção mais prevalente em mulheres, podendo também verificar-se na população masculina. Apesar de acarretar diversos problemas para o próprio ou para o casal, e tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), esta disfunção apenas pode ser diagnosticada quando é geradora de mal-estar. É uma impossibilidade referir um método de tratamento eficaz, já que cada caso é diferente do outro, mas pode-se referir entre outros o Modelo PLISSIT, bem como a terapia sexual através da leitura erótica.

Palavras-chave: Desejo sexual hipoativo. Comportamento psicosexual. Terapia sexual.

Hypoactive Sexual Desire Disorder: prevalence, diagnosis and treatment

Abstract

The Hypoactive Sexual Desire Disorder is characterized by the absence or reduction of the sexual desire as well as of erotic fantasies. It is the most prevalent dysfunction in women but can also be present among men. Although it can bring several problems to the individual or the couple – and having in consideration the diagnostics criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) – this dysfunction can only diagnosed when it generates uneasiness. It is impossible to refer to an effective treatment method since every case is different from others, but it is possible to mention among others the PLISSIT model as well as sexual therapy by erotic reading.

Keywords: Hypoactive sexual desire. Psychosexual behavior. Sexual therapy.

Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo: predominio, diagnóstico y tratamiento

Resumen

El Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo se caracteriza por la ausencia o disminución del deseo sexual y de fantasias eróticas. Es la disfunción más predominante en las mujeres, pero se puede también verificar entre los hombres. A pesar de provocar diversos problemas para el individuo o para la pareja – y teniendo por base los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) – esta disfunción solo puede ser diagnosticada cuando es generadora de malestar. Es imposible referir a un método de tratamiento eficaz, pues que cada caso es distinto de los otros, pero se puede mencionar entre otros el Modelo PLISSIT y la terapia sexual por medio de la lectura erótica.

Palabras-clave: Deseo Sexual Hipoactivo. Comportamiento psicosexual. Terapia sexual.

* E-mail: catarinalucas@live.com.pt

Desejo sexual hipoactivo

A OMS define a saúde sexual como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade (OMS, 2000; cit por Rebolledo e Fierro, 2003). Considera-se que a actividade sexual é algo natural, porém uma alta percentagem de sujeitos refere que, em algum momento da sua vida, apresentou uma alteração no desempenho sexual. Estes transtornos impedem que se desfrute satisfatoriamente da actividade sexual. São portanto denominadas disfunções sexuais e define-se disfunção como uma alteração persistente dos padrões normais de interesse e resposta sexual (Hawton, 1988; cit por Robolledo & Fierro, 2003).

Abdo e Fleury (2006), apresentam os conceitos de normal e patológico, relativos à sexualidade, tendo por base os estudos de Kinsey, assim como a evolução do conceito do ciclo da resposta sexual. Antes de Kinsey, a “normalidade” sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Porém, os estudos de Kinsey revelaram a existência de várias práticas sexuais envolvendo os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do acto.

Relativamente ao ciclo da resposta sexual, Masters e Johnson (1984; cit. por Pablo & Soares, 2004), desenvolveram um modelo constituído por quatro fases (excitação, planalto, orgasmo e resolução) e comum aos dois géneros.

Antes de se falar em Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, convém definir desejo sexual. Assim, este é o conjunto de comportamentos motores e verbais, cognições, fantasias e reacções afectivas precedentes ao comportamento consumatório (Trudel, 1993).

O termo Desejo Sexual Hipoactivo é bastante usado para uma vasta e heterogénea quantidade de problemas e etiologias que requerem muitas e variadas abordagens de tratamento e conseqüentemente de análises clínicas iniciais e investigações mais cuidadosas do que o necessário para muitos outros tipos de problemas (Bancroft, 1989). Além disto, constitui ao longo de muitos anos um domínio de grande interesse na sexologia, sendo uma das disfunções que mais se verificam em consultório, a qual vários autores associam a um imaginário erótico empobrecido (Hubin, Sutter & Reynaert, 2008).

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, caracteriza-se pela ausência ou diminuição do desejo de actividade sexual e fantasias sexuais, de forma persistente e recorrente (Pablo & Soares, 2004). Esta perturbação pode estar associada à aversão sexual, mas distingue-se desta

na medida em que a aversão diz respeito a uma resposta fóbica, derivada da possível existência de uma situação traumática ou medo de contrair uma doença sexualmente transmissível, enquanto que o desejo hipoactivo se refere à ausência de vontade para o envolvimento sexual (Nobre, 2006).

Com o decorrer do tempo, mesmo os relacionamentos amorosos não conflituosos podem levar a uma redução no interesse sexual e diminuição ou perda da motivação pela interacção sexual, em decorrência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca (Fisher, Aron & Brown, 2005). Porém, as mulheres com bom relacionamento afectivo com os seus parceiros, mesmo em relacionamentos de longa duração, apresentam menos queixas de desejo sexual hipoactivo (Hayes et al., 2008).

A disfunção sexual pode ser de origem psicogénica, orgânica ou uma combinação de distúrbios orgânicos e psicológicos. No entanto, ao contrário da disfunção sexual masculina, onde a maioria dos casos é considerada predominantemente orgânica, as investigações apontam para uma situação inversa nas mulheres, sendo que, a maioria das disfunções sexuais femininas são consideradas não físicas (Ohl, 2007).

No que concerne à etiologia da Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, os factores orgânicos desempenham um papel de enorme importância. Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode conduzir indirectamente à redução do desejo sexual, enquanto que a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais directo na redução do desejo. Porém, no caso da mulher, esta está mensalmente sujeita às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, à possibilidade de engravidar ou ao cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. Logo, todas estas modificações podem ter efeito na diminuição do desejo. Porém, a existência de uma patologia médica, não é obrigatória para que ocorra a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo (Pablo & Soares, 2004).

Alguma literatura indica que existe uma ligação entre o desejo sexual feminino e os níveis das hormonas sexuais, particularmente os andrógenos e os estrogénios. Nas mulheres, estas hormonas são produzidas nas glândulas supra-renais e também nos ovários, sendo que várias disordens no funcionamento dos ovários podem interferir com o processo e podem estar associadas a problemas de falta de desejo sexual e de excitação sexual. Os problemas sexuais também estão muito associados à menopausa, durante a qual o funcionamento dos ovários diminui muito,

causando uma baixa produção de estrogénio. Na verdade, o estrogénio é necessário para manter a estrutura e o funcionamento do tecido vaginal, sendo que o défice de estrogénio está relacionado com a reduzida lubrificação vaginal, enquanto que os andrógenos estão relacionados geralmente com a manutenção do desejo e do humor sexual. É também importante referir a influência do estado de saúde geral no desejo sexual, pois a fadiga, a dor e o declínio do humor, causados pelas doenças crónicas, podem contribuir para a redução do funcionamento sexual (Meston & Bradford, 2007).

Apesar da elevada importância dos factores orgânicos, as contribuições psicológicas e do contexto sócio-cultural são igualmente importantes para que ocorra um comportamento sexual saudável. A presença de estados emocionais negativos (raiva, depressão, ansiedade, etc.), factores individuais (baixa auto-estima, má imagem corporal, ansiedade de desempenho e as experiências prévias), factores educacionais e culturais (formação de crenças erróneas e falta de informação acerca da sexualidade ou mensagens parentais negativas acerca do sexo) e aspectos do relacionamento conjugal são factores que interferem com o desejo sexual (Pablo & Soares, 2004).

O adquirir de crenças e atitudes em relação à sexualidade ao longo do desenvolvimento sexual pode influenciar a resposta ao desejo sexual ao longo da vida. As mulheres que internalizam papéis passivos ou atitudes negativas em relação à sexualidade, têm maior probabilidade de virem a desenvolver problemas sexuais. As perturbações de humor e de ansiedade também estão associadas às dificuldades de desejo sexual, assim como o tipo de relacionamento com o parceiro sexual (Meston & Bradford, 2007). Além destes aspectos, pode ainda referir-se o medo da maternidade não desejada, que continua a ser uma causa da falta de desejo sexual. Se este medo diminuir, aumenta a possibilidade de aproveitar o sexo, já que a mulher se permite sentir prazer durante o acto sexual (Jiménez, 1999; cit. por Rebolledo & Fierro, 2003).

É importante, na avaliação inicial da mulher determinar se há evidências da presença de alguma condição orgânica ou se se trata de algo psicogénico. Quando se investigam as causas orgânicas, consideram-se as doenças cardíacas, cancro, doenças urológicas e ginecológicas, medicação, fadiga, etc. (Ohl, 2007). Hakim e DaSilva (2009), referem também que a disfunção sexual feminina, pode estar muitas vezes associada a alterações patológicas, como estados de doença crónica, a própria idade e o consumo de medicamentos, bem como a outros factores físicos. Já

as causas psicogénicas incluem a depressão, ansiedade, anterior abuso físico ou sexual, stress, abuso de drogas ou de álcool, problemas relacionados com as relações interpessoais, assuntos ligados ao meio social e cultural (Ohl, 2007), bem como a ausência de atracção sexual em relação ao parceiro (Pablo & Soares, 2004). É importante referir ainda que tensões no trabalho e relação sexuais prévias negativas, têm também um impacto indesejável no comportamento sexual (Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008). Tal como os estudos já mencionados, também Davis (2000), refere que os factores de risco para a disfunção sexual são tanto psicológicos como fisiológicos.

Por fim, refere-se ainda um estudo que apresenta a percepção do envelhecimento, nível cultural, grau de satisfação emocional com o parceiro e lubrificação vaginal inadequada como factores que influem o desejo sexual (González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006), porém Bretschneider e McCoy (1988), afirmam que não se sabe ao certo se o surgimento das disfunções sexuais em idades avançadas se deve à diminuição dos níveis hormonais ou ao progredir da idade.

Modelos conceptuais

Dentro dos modelos clássicos, refere-se o modelo do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (1966; cit. por Nobre, 2006), que diferencia a resposta sexual em quatro fases comuns a ambos os sexos: excitação, que se caracteriza pela erecção do pénis no homem e lubrificação na mulher; planalto, que é a fase intermédia entre excitação e orgasmo, na qual a excitação atinge o ponto máximo; orgasmo, na qual ocorre ejaculação no homem e contracção da plataforma orgástica na mulher; fase de resolução, que é um retornar ao normal das alterações fisiológicas ocorridas. Estes autores afirmam que as disfunções sexuais são produto da ansiedade de desempenho e da atitude de espectador de si próprio durante o acto sexual. Para combater estes aspectos, propõem uma terapia baseada no condicionamento clássico, que visa a aproximação progressiva ao coito, começando apenas com as carícias e a extinção da ansiedade de desempenho.

Helen Kaplan (1977; cit. por Abdo & Fleury, 2006), defende um outro modelo clássico, semelhante ao anterior, porém com apenas três fases, dizendo que antes da excitação há o desejo e que não se justifica o planalto. A primeira fase é o desejo, na qual ocorrem sensações que estimulam o sujeito a iniciar ou responder a estímulos sexuais. Segue-se a fase da excitação, que concerne à vasocongestão genital em ambos os sexos, que gera erecção do pénis e lubrificação da vagina. Por último, a fase do

orgasmo, refere-se à contracção dos músculos pélvicos que estão na base do orgasmo e à ejaculação (Kaplan, 1974, 1979; cit. por Nobre, 2006).

Como modelos de conceptualização cognitiva, refere-se Barlow, com o modelo cognitivo-afectivo, que surgiu devido às limitações dos anteriores, já que se centravam sobretudo na ansiedade. O modelo de Barlow diferencia os sujeitos com predisposição cognitiva para a disfunção, daqueles que a não apresentam (Farré & Lasheras, 2002). A activação fisiológica ajuda à resposta sexual nos sujeitos funcionais, porque aumenta o foco atencional relativo a estímulos eróticos e dificulta a resposta sexual naqueles com disfunções porque facilita o foco atencional referente a aspectos negativos. À medida que a activação fisiológica aumenta, aumenta o foco atencional para aspectos não eróticos, mantendo ou aumentando a disfunção (Barlow, 1986; cit. por Nobre, 2006). Tendo por base o modelo cognitivo-comportamental de Baker, pode dizer-se que as experiências prévias influem a aprendizagem de crenças sobre a sexualidade e no caso de sujeitos com disfunções essas crenças são mais rígidas, o que leva a expectativas de desempenho irrealistas. Baker (1993; cit por Nobre, 2006), defende que os pensamentos do sujeito estão relacionados com o desempenho negativo e suas consequências. Além disto determinados incidentes podem afectar negativamente o sujeito, pois são vistos como um fracasso. Esse incidente gera, em pessoas disfuncionais, uma discrepância entre o “eu ideal” e o “eu real”, pois o acontecimento ficou aquém das expectativas, existindo auto-crítica negativa.

Ainda dentro dos modelos de conceptualização cognitiva, surge Gagnon e Simon (1987; cit. por Nobre, 2006) com o modelo dos scripts sexuais, que postula que além dos esquemas cognitivos, as dimensões social e interpessoal interferem no comportamento sexual. De entre as várias realidades sociais que dinamizam as interações, as crenças sociais acerca da sexualidade constituem um subgrupo desse conjunto, que num momento histórico-cultural, se assumem como reguladores sociais das experiências sexuais dos sujeitos. Postulam que toda a conduta sexual humana é sócio-culturalmente determinada. Não é o órgão sexual que determina a acção, mas sim os aspectos sociais (Ramos, Carvalho & Leal, 2005). As aprendizagens sociais originam os scripts que podem ser relativos a fantasias sexuais, planos sexuais (definem o comportamento sexual e sua sequência), guias contingenciais (utilizados durante a actividade sexual), estruturas mnemónicas (memorizar acontecimentos). Assim, sujeitos disfuncionais possuem menor diversidade de parceiros,

locais, motivos e ocasiões para se envolver numa relação sexual, são mais rotineiros e pouco inovadores nas suas relações sexuais, possuem mais crenças conservadoras e são mais insatisfeitos com os seus scripts (Gagnon et al., 1982; cit por Nobre, 2006).

Byrne refere as características de personalidade como mediadoras da resposta sexual, existindo seis variáveis que predizem o comportamento (afecto, avaliação, cognição, expectativas, imaginação e activação fisiológica). Estas variáveis internas, recebem estímulos exteriores e interagem com eles, gerando a resposta sexual e consequente feedback, que mantém a resposta (Byrne, 1983; cit por Nobre, 2006).

Por último, importa também referir o modelo cognitivo emocional proposto por Nobre e Pinto Gouveia, que destaca a influência de factores cognitivos e emocionais no funcionamento sexual. Assim, sujeitos disfuncionais utilizam com mais frequência esquemas cognitivos negativos, interpretando situações de insucesso como um fracasso, devido às suas crenças sexuais. Além destas variáveis, os pensamentos automáticos, possuem também um papel importante, já que após uma situação de insucesso sexual, os indivíduos tem maior tendência para encarar situações sexuais futuras de forma negativa, pois apresentam pensamentos automáticos mais negativos.

Prevalência

Os dados relativos à prevalência das disfunções sexuais são ainda escassos e mostram uma grande diversidade entre si consoante os estudos, porém o desejo sexual hipoactivo parece ser a disfunção mais comum entre as mulheres.

A disfunção sexual é uma doença do casal, e é comum tanto em homens como em mulheres. Estudos epidemiológicos demonstraram que mais de 50% dos homens com idades entre os 40 e os 70 anos sofrem de disfunções sexuais, um problema que pode ser ainda mais prevalente nas mulheres, sendo que foi sugerido que 43% das mulheres com idades entre os 18 e os 59 anos sofrem de alguma disfunção sexual. De notar que as disfunções sexuais femininas são mais prevalentes em pacientes com uma história de abuso sexual. Porém, apesar da elevada prevalência, verificou-se que menos de 5% das mulheres com disfunções sexuais estavam a ser tratadas (Hakim & DaSilva, 2009). A mesma conclusão é indicada num outro estudo, que refere maior prevalência de disfunções sexuais em mulheres (Lara et al., 2008).

Num estudo realizado no Brasil, 4753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo

sexual estava entre os principais motivos de consulta nos seus consultórios (Abdo & Oliveira, 2002). O estudo de Laumann, Paik e Rosenem (1999; cit por Pablo & Soares, 2004), analisou as disfunções sexuais em 1.749 mulheres com idade compreendida entre os 18 e os 54 anos nos Estados Unidos. Os dados indicam que 22% das mulheres referem pouco desejo sexual.

Apesar das altas taxas de disfunção sexual, grande parte das mulheres não procura ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas nas tentativas de tratamentos anteriores (Berman et al., 2003). Apenas uma minoria das mulheres tem a iniciativa de falar sobre as suas dificuldades sexuais e apenas uma pequena parcela dos ginecologistas questiona as suas pacientes acerca da sua vida sexual (Smith, Mulhall, Devenci, Monaghan & Reid, 2007).

Analisando os resultados de outro estudo, verifica-se que as disfunções sexuais são altamente prevalentes, afectando cerca de 43% das mulheres e 31% dos homens, e no que concerne à Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, este foi verificado em aproximadamente 30% das mulheres e 15% dos homens da população-base do estudo. Além disso, as disfunções sexuais têm mostrado ter um impacto significativo no humor, na auto-estima, no funcionamento interpessoal e na qualidade de vida em ambos os sexos (Rosen, 2000).

Um outro estudo de Shindel, Ferguson, Nelson e Brandes (2008), aponta uma percentagem de 32% de mulheres que referem possuir desejo sexual hipoactivo, e numa investigação qualitativa, os discursos das mulheres mostram que 54% não sente desejo (Abrantes, Freitas & Diemenstein, 2001). Alguns autores referem que a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo ocorre mais frequentemente em mulheres com relacionamentos de longa duração (Hayes et al., 2008). Gomes, Fonseca e Gomes (1997), a partir de uma amostra recolhida na consulta de sexologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra, verificaram uma percentagem de 45% de mulheres e 11% de homens com Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo. Dentro desta mesma perspectiva, um estudo com 182 mulheres, atendidas na unidade de sexualidade do Chile, 72% demonstra algum tipo de disfunção e dessas 72%, 38% sofrem de Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo (Aliaga et al., 2000). Simons e Carey (2001; cit. por Nobre 2006) referem que esta perturbação afecta entre 5% e 22% das mulheres e 0% a 7% dos homens.

Segundo os resultados de um estudo de Rebolledo e Fierro (2003), 28,1 % das mulheres sofrem de desejo sexual mediamente hipoactivo e 6,8 % altamente hipo-

activo. Já o estudo de Lindal e Stefansson (1993), aponta para 16 % nas mulheres e 4% nos homens. Outro estudo indica ainda que 5% dos homens e 22% de mulheres sofrem desta perturbação (Laumann et al., 1999; cit. por Nobre, 2006).

Por fim, pode ainda ser referido um estudo com mulheres na pré-menopausa, no qual a queixa sexual mais comum foi o desejo sexual hipoactivo (77%) (Berman et al., 2003), e no que concerne à população feminina em pós menopausa, a investigação aponta para 56,7 % de mulheres afectadas (Hawton et al, 1994; cit. por Nobre, 2006). As queixas sexuais relacionadas com o desejo sexual hipoactivo aumentam significativamente em mulheres nas fases de pré e pós menopausa (Hisasue et al., 2005).

Avaliação, diagnóstico, comorbilidade e diagnóstico diferencial

As disfunções sexuais podem ser classificadas segundo o ciclo de resposta sexual, sendo que este ciclo é constituído pela fase de desejo, excitação, orgasmo e resolução. A partir desta distinção das fases da resposta sexual, as disfunções são agrupadas consoante a fase a que respeitam. Deste modo, o desejo sexual hipoactivo inclui-se na fase do desejo (DSM-V-TR, 2002).

Assim, as disfunções sexuais, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento deste ciclo, o que afecta uma ou mais destas fases. Quanto mais inicial for a fase afectada, pior será a resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivo prognóstico e tratamento (Abdo, 2004; cit. por Abdo & Fleury, 2006).

Tendo em conta o início da disfunção, o contexto e os factores etiológicos, podem ser definidos vários subtipos de disfunção. No que concerne ao início da disfunção sexual, esta pode ser classificada como “tipo ao longo da vida”, quando a disfunção se encontra presente desde o início do funcionamento sexual, ou “tipo adquirido”, quando a disfunção sexual surgir após um período de funcionamento normal. Relativamente ao contexto, as disfunções podem distinguir-se como sendo de “tipo generalizado”, quando a disfunção não se limita a determinados parceiros(as) e situações, ou “tipo situacional”, quando esta se limita a determinado parceiro(a), situação ou estimulação. Por último, quanto aos factores etiológicos, a disfunção sexual, pode ser “secundária a factores psicológicos”, quando factores psicológicos são relevantes para o início, gravidade ou manutenção da disfunção sexual, sendo que o estado físico ou a inges-

tão de substâncias não se prendem com a etiologia, ou “secundária a factores combinados”, quando os aspectos psicológicos contribuem para o surgimento e manutenção da disfunção e quando os factores físicos ou ingestão de substâncias contribuem significativamente para a explicar. Se os factores físicos ou consumo de substâncias, por si só, explicar a disfunção, faz-se o diagnóstico de Disfunção Sexual Secundária a um Estado Físico Geral, ou Disfunção Sexual Induzida por Substâncias (DSM-IV-TR, 2002).

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, ocorre com mais frequência depois de um período de desejo normal, podendo ocorrer relativamente a um parceiro sexual específico, mas não relativamente a outro ou à masturbação e pode verificar-se tanto em homens como em mulheres (Laumann et al., 1999). Na mulher, está associado a dificuldades de excitação e orgasmo, enquanto que no homem se associa à disfunção eréctil (Nobre, 2006).

Deste modo, o diagnóstico das disfunções sexuais, é feito tendo em conta a observação clínica meticulosa, o tempo de evolução, as condições do(a) parceiro(a) e as características do estímulo sexual (quanto ao foco, à duração e à intensidade). Além disso, a distinção entre disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, assim como idade e experiência sexual da mulher, são aspectos a ter em conta aquando do diagnóstico (Abdo, 2004 cit. por Abdo & Fleury, 2006).

Dentro desta perspectiva, o DSM-IV-TR (2002), prevê três critérios de diagnóstico: o primeiro refere-se à ausência ou diminuição do desejo e fantasias sexuais, o segundo concerne a um acentuado mal-estar pessoal e dificuldades interpessoais e o terceiro refere que a disfunção não pode ser melhor explicada por uma perturbação do eixo I (como por exemplo a perturbação depressiva major que tem como sintoma o baixo desejo sexual), e não se deve somente a um estado físico geral ou consumo de substâncias (DSM-IV-TR, 2002). O desejo sexual hipoactivo só é diagnosticado como disfunção sexual, quando este causa mal-estar (Nobre, 2006).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), existem determinadas características que devem ser tidas em conta na altura de fazer o diagnóstico desta perturbação. Podem assim referir-se a pouca motivação para a busca de estímulos e o desconforto que a reduzida expressão sexual provoca, a relação sexual é sempre iniciada pelo parceiro(a), podendo o próprio sentir relutância relativamente à possibilidade desse contacto sexual, sendo que este pode ocorrer exclusivamente devido à pressão do parceiro(a).

É igualmente importante referir que, podem existir

perturbações e características associadas à Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, tais como, problemas de excitação e dificuldades de orgasmo, problemas físicos gerais, problemas com a imagem corporal, preocupações sobre sobrevivência e perturbações depressivas (idem).

No que concerne ao diagnóstico diferencial, deve ter-se em atenção o possível diagnóstico de Disfunção Sexual Secundária a Um Estado Físico Geral, considerando-se para tal a história médica do sujeito. É também necessário considerar a Disfunção Sexual Induzida por Substâncias, questionando o paciente sobre o consumo de drogas, medicamentos ou outras substâncias. Se existir uma combinação dos dois, realizam-se ambos os diagnósticos. O diagnóstico de disfunção primária com subtipo Secundária a Factores Combinados, realiza-se quando, conjuntamente, factores psicológicos, estado físico geral e consumo de substâncias são a causa da perturbação, mas individualmente não são suficientes para o seu surgimento. Se o avaliador, não conseguir identificar os factores etiológicos, então proceder-se-á ao diagnóstico da Disfunção Sexual Sem Outra Especificação. O diagnóstico da Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, só é feito, se a perturbação não for melhor explicada por uma do eixo I. Se duas disfunções sexuais coexistirem, ambas devem ser consideradas (idem.).

Tanto o DSM-IV, como o ICD-10, classificam as disfunções tendo por base os modelos propostos por Masters e Johnson e Helen Kaplan e ambos são semelhantes no que respeita aos tipos de disfunção sexual (Pablo e Soares, 2004). Porém diferem na atribuição desses problemas a causas físicas ou psicológicas, bem como no grau de desconforto associado. Em 1998, um painel internacional de consenso multidisciplinar considerou que um importante critério de diagnóstico das perturbações sem dor é a presença de desconforto pessoal (Davis, 2000).

Quando se obtém a história sexual, dependendo dos constrangimentos de ambiente e de tempo, é importante recolher a informação relevante de um modo cronológico. Se o paciente já tinha visitado anteriormente o clínico antes da entrevista, e se este parece realmente interessado com o bem-estar e a saúde sexual do paciente, tem um comportamento profissional e parece confortável e compreensivo, a entrevista sexual será muito mais descontraída, honesta e relevante. Deve ter-se a certeza de que o paciente se encontra numa posição confortável, relaxado, cara-a-cara com o profissional e num cenário privado, não devendo existir uma secretária entre os dois para que não se estabeleçam fronteiras desnecessárias na discussão. É vital o clínico sentir-se confortável

com o uso da terminologia sexual, escutar activamente e manter o contacto visual com o paciente para ganhar a sua confiança e segurança. Deste modo, o ambiente da entrevista é crucial para que haja uma confortável troca de informação que é extremamente íntima e privada para o paciente (Ohl, 2007).

Uma avaliação compreensiva da disfunção sexual requer uma entrevista clínica detalhada, de forma a obter informação sobre o problema presente, a história sexual e de relacionamentos e a história psicológica e médica. Quando se suspeita que se trata de desejo sexual hipoactivo deve-se questionar o contexto do problema, focando-se em situações que possam ter estimulado o interesse da pessoa por sexo no passado, determinado o quanto essas situações estão ausentes da vida da pessoa e porquê. Também é bastante útil discutir a atracção e os sentimentos da pessoa em relação ao parceiro. (Meston & Bradford, 2007).

Além da entrevista clínica, podem ser utilizadas outros métodos de avaliação, como os questionários de auto-resposta (instrumentos de avaliação psicológica utilizados em contexto de terapia sexual que permitem avaliar variáveis relacionadas com a disfunção), avaliação médica (fundamental para estabelecer um diagnóstico clínico acertado) e avaliação fisiológica (medição objectiva da resposta sexual). Os questionários podem avaliar o funcionamento sexual, factores interpessoais, factores médicos, factores psicopatológicos e factores cognitivo-emocionais (Nobre, 2006).

Geralmente, é recomendado que as mulheres se submetam a um exame físico completo, de modo a identificarem-se vários factores médicos e a ensinar a mulher a descobrir a sua anatomia e o que é normal e problemático (Meston & Bradford, 2007).

Se o clínico verificar que não existem causas médicas para explicar a existência da disfunção sexual, ele pode iniciar a terapia no próprio consultório, perguntando ao paciente o que ele pensa sobre as causas do seu problema, passando algum tempo com a educação sexual da pessoa, corrigindo mitos e concepções erradas que a pessoa possa ter, dirigindo a pessoa para recursos de pesquisa fiáveis onde ela se possa informar convenientemente em privado (Ohl, 2007).

Segundo Nobre (2006), os objectivos da avaliação das disfunções sexuais, são a definição correcta da natureza do problema e atribuição de um diagnóstico clínico adequado; indicação dos factores predisponentes, precipitantes e de manutenção da disfunção; planeamento da intervenção terapêutica; avaliação dos objectivos do

paciente e sua motivação para a mudança; estabelecimento de relação terapêutica; estabelecimento de uma baseline pré-tratamento; apresentação de feedback ao paciente.

Aquando do diagnóstico deve ter-se em atenção a frequência da actividade sexual, de fantasias, pensamentos de cariz sexual e desejo de envolvimento em actividade sexual (idem.). Além disto, é necessário, entre outras coisas, considerar-se as características étnicas, religiosas e culturais que podem interferir com o funcionamento sexual e conseqüentemente com o diagnóstico (DSM-IV-TR, 2002).

Por tudo isto, tornou-se um desafio criar uma plataforma de assistência que permita diagnosticar a queixa sexual de foro psíquico e orgânico, e intervir baseando-se no conhecimento das diferentes especialidades médicas e afins (Wagner, 2005).

Tratamento

As perturbações de desejo não foram discutidas como um diagnóstico independente, com um protocolo de tratamento específico, nem por Masters e Johnson, nem por Kaplan. Porém, com o desenvolvimento da experiência clínica em casos de falta de desejo é que se tornou claro que os procedimentos da terapia sexual em geral, que eram efectivos nas perturbações de excitação e de orgasmo, muitas vezes eram ineficientes nas perturbações de desejo, o que provocou o desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos adequados especificamente às perturbações de desejo sexual (Leibum & Rosen, 2000).

A identificação e o tratamento das disfunções sexuais femininas são muito importantes dado que, apesar da crença da maioria dos clínicos de que o tratamento das disfunções sexuais não é uma prioridade “médica”, a disfunção sexual muitas vezes conduz a uma descida da auto-estima, à depressão e à alienação para com o parceiro (Hakim & DaSilva, 2009).

A disfunção sexual feminina é uma queixa comum entre pacientes de ginecologia e obstetrícia e estas queixas podem resultar de tratamentos e procedimentos médicos que podem complicar a manutenção do tratamento, sendo por isso importante que os clínicos que tratam as mulheres obtenham informação básica sobre o funcionamento sexual humano, bem como sobre as disfunções do funcionamento sexual (Koehler, 2007).

Na terapia é importante uma equipa multidisciplinar, capaz de oferecer acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso, além de suporte psicoeducacional. É necessário avaliar caso a caso para a instituição de tera-

pêutica individualizada. No que concerne ao tratamento, por vezes, a simples orientação suprimindo mitos e tabus, assim como a legitimação do prazer sexual, pode resolver algumas das dificuldades sexuais. Por outro lado, em casos mais complexos como a depressão, os seus sintomas e respectivo tratamento são factores que conduzem e agravam a disfunção sexual, especialmente o desejo hipoativo (Abdo & Fleury, 2006).

O desejo sexual hipoactivo representa para o clínico um problema particularmente difícil de avaliar e tratar (Trudel, 1993), porém, este constitui um problema grave que afecta a vida sexual de uma pessoa ou de um casal, reduzindo consideravelmente a frequência das suas actividades sexuais e mesmo, em certos casos, dificultando totalmente, ou quase, a sua ocorrência. Muitos estudos têm demonstrado a utilização de programas de intervenção neste domínio (McCarthy, 1984).

No que concerne aos tratamentos psicológicos, a maioria exige não somente a participação do paciente mas também do seu parceiro, bem como a sua vontade de investir tempo e esforço num tratamento. Por isso, é provável que grande parte das pessoas procure tratamentos farmacológicos (Spiteri & Agmo, 2006).

O desejo sexual hipoactivo consequente de factores relacionais, como a falta de companheirismo, inabilidade nas carícias, conflitos relacionais, relação agressiva, mágoa, vingança, rotina relacional, disfunção sexual masculina, pode ser tratado informando o(a) paciente sobre as diferenças de género da resposta sexual masculina e feminina. O homem e a mulher devem ser orientados separadamente e deve ressaltar-se a importância do diálogo para sensibilizar o parceiro para carícias rotineiras e jogos sexuais. Deve destacar-se a importância de dar atenção aos pontos positivos do parceiro (assertividade), pois no caso da mulher com disfunção sexual de origem relacional, esta tende a concentrar-se nos traços negativos do parceiro. É importante ressaltar a importância do ajuste do casal para o equilíbrio familiar e estimular o uso de fantasias sexuais em casos de rotina relacional (Lara et al., 2008).

O tratamento psicológico tem sido focado nas técnicas pioneiras de terapia sexual de Masters & Johnson, com ênfase na educação sexual, no desenvolvimento de habilidades de comunicação com o parceiro e em exercícios de focagem de sensações. As técnicas cognitivo-comportamentais podem ser úteis quando a terapia sexual tradicional e a educação sexual não estão a ser apropriadas. Deste modo, estas terapias podem ser bastante precisas na utilização de técnicas cognitivas para

a alteração de crenças sobre o desejo sexual, tais como expectativas irrealistas de performance ou até a noção de que se é disfuncional desde o nascimento. No entanto também existem evidências que apoiam a eficácia do modelo psicodinâmico e sistémico (Meston & Bradford, 2007; Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989).

Existem diversos modelos terapêuticos utilizados para o tratamento das disfunções sexuais, sendo que um dos mais populares é o modelo PLISSIT, que aplica progressivamente técnicas mais intensivas em resposta às necessidades específicas do paciente (Ohl, 2007). Jack Annon (1974; cit. por Pablo e Soares, 2004), propõe então o modelo PLISSIT, que consiste em quatro níveis de aconselhamento sexual, sendo que a complexidade e grau de conhecimento necessários para a intervenção vai aumentando de nível para nível. Pretende combater a ignorância e os mitos sexuais. Os quatro níveis são a Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas e Terapia Intensiva. A fase de Permissão permite que haja uma desculpabilização relativa a práticas ou comportamentos sexuais (como a masturbação) que geram dúvidas em relação à normalidade, incluindo pensamentos e fantasias eróticas. Isto é feito através da autoridade científica do técnico de saúde. O médico deve criar um clima de conforto e dá permissão ao cliente para discutir assuntos sexuais, muitas vezes introduzindo o tópico da sexualidade como um aspecto legítimo de saúde.

A fase de Informação Limitada refere-se à informação fornecida pelo profissional. Esta deve ser clara e concisa, restrita ao problema, tendo um papel importante, quer na regulação das emoções, quer na permissão para aceitar o próprio corpo. Isto aplica-se quando o problema em causa é atribuível a mitos ou ignorância sobre determinado aspecto do funcionamento sexual (idem).

Na fase das Sugestões Específicas, sugerem-se técnicas de estimulação ou de mudança de comportamento com o intuito de solucionar o problema em causa. Esta fase é mais exigente e requer um conhecimento sobre o funcionamento sexual mais profundo. É compilada a história sexual ou o perfil do paciente, e, depois da definição das matérias a considerar e da sua evolução, o terapeuta demonstra ao cliente direcções muito específicas sobre como lidar com o problema. O paciente é um participante muito activo em todo o processo, tendo também a responsabilidade de, com o auxílio do terapeuta, descobrir a solução para o seu problema, que, muitas vezes, é internalizada. As sugestões do terapeuta devem ser muito específicas, tais como actividades a incorporar ou a evitar no quarto que podem levar à dessensibiliza-

ção do problema. Algumas das sugestões podem passar por focagem nas sensações sexuais ou usar música, velas ou incenso para incrementar a experiência sexual (Jack Annon, 1976; cit. por Ohl, 2007).

Por fim, a Terapia Intensiva consiste na terapia sexual propriamente dita e necessita de formação adequada e treino específico com supervisão. É a última linha de tratamento a ser aplicada nos casos mais difíceis e longos. A prescrição de mudanças específicas de comportamento destinam-se a eliminar a ansiedade de desempenho, a corrigir estilos de vida destrutivos e papéis sexuais inadequados, a aumentar a comunicação e o repertório sexual. Pretende-se, acima de tudo, a promoção de atitudes sexuais positivas e a aprendizagem de aptidões sexuais cognitivas. O casal, particularmente, é o foco da terapia, contudo, no caso de um indivíduo não possuir um companheiro ou parceiro fixo é exequível uma intervenção individual. A relaxação pode ser considerada uma técnica útil quando estão presentes níveis elevados de ansiedade. Ainda nesta fase, o terapeuta promove um tratamento mais especializado para casos complicados pela existência de outros problemas na vida da pessoa, que podem incluir diagnósticos psiquiátricos como a depressão, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas ou de personalidade, abuso de substâncias, e conflitos inter-pessoais e intra-pessoais. Depois de uma avaliação psicológica, o terapeuta sugere um plano de tratamento, que pode ser alterado ao longo do tempo e que pode incluir o parceiro, a não ser que as circunstâncias não o permitam. O tratamento foca-se na identificação e exame de sentimentos sobre experiências passadas e presentes, sendo o principal objectivo o paciente tomar consciência de comportamentos mal-adaptativos, melhorar a comunicação com o parceiro e encontrar novas formas de lidar com os problemas. O terapeuta deve focar-se nos pontos fortes do casal e não tanto nas suas fraquezas. “Trabalhos de casa” para aprender ou melhorar habilidades (novas formas de dar e receber prazer ou aprender a concentrar-se nas sensações em vez de se concentrar nas ansiedades e nos medos) devem ser fornecidos ao casal no final de cada sessão para serem realizados e discutidos na sessão seguinte (idem).

Segundo Hubin, Sutter e Reynaert (2008), a utilização da literatura erótica no tratamento do desejo sexual hipoactivo demonstra ser eficaz. Indo ao encontro destes autores, pode citar-se mais um estudo que refere que um elevado número de clínicos incluem no tratamento do desejo sexual hipoactivo exercícios destinados a estimular o imaginário erótico, ao aconselhar os pacientes a ler obras

eróticas (Trudel, 2003 ; cit. por Hubin et al., 2008). O uso de literatura erótica favorece o desenvolvimento de um imaginário erótico potencialmente gerador de desejo sexual. Deste modo, o trabalho terapêutico proposto através da leitura de textos eróticos baseia-se na aquisição ou enriquecimento do repertório de fantasias. Para conseguir erotizar o reencontro sexual, o(a) paciente deve primeiro aprender a codificar positivamente a sexualidade através do seu imaginário. Este permite às fantasias sexuais codificar como erótica uma pessoa, um sentimento, uma situação ou uma função sensorial que suscitem desejo. Nos casos em que o imaginário erótico é pobre, convém de facto enriquecê-lo ao constituir um repertório de fantasias aceitáveis e operantes para o paciente. A literatura erótica pode contribuir para o enriquecimento do imaginário erótico, mas pode também suscitar mais directamente desejo pela presença de diversos conteúdos fantasiosos percebidos como erógenos (Hubin et al., 2008). Neste sentido, diversos autores estabelecem uma correlação entre a frequência de utilização das fantasias e o desejo sexual (Rosen, Leiblum, 1987).

As leituras poderem ser utilizadas de forma a permitir aos pacientes movimentar-se num estado de espírito adequado, graças a uma antecipação positiva de uma relação sexual. A leitura vai orientar os pensamentos em direcção a cognições sensoriais e eróticas. Podem mesmo considerar-se estas leituras como preliminares mentais (Hubin et al., 2008).

Assim, as fantasias poderão ser consideradas como uma fonte importante de estimulação sexual, sendo oportuno sublinhar que elas permitem, através da leitura ou do pensamento espontâneo, alimentar o desejo, trazendo assim uma contribuição para a motivação sexual (DSM-IV-TR, 2002). No entanto, a ligação entre a frequência de fantasias e o desejo sexual não foi observado num estudo levado a cabo por Lunde, Larsen, Fog e Garde (1991), sobre uma população com desejo sexual satisfatório. De facto, eles não verificaram nenhuma diferença no grau de desejo sexual nas mulheres que recorrem às fantasias sexuais e as que não as têm.

O tratamento do desejo sexual hipoactivo visa melhorar a qualidade de vida no plano sexual e no plano de funcionamento conjugal, de forma a reduzir o ciclo de evitamento no qual a pessoa se “coloca” (Trudel, 1993). O tratamento proposto por Trudel consiste numa terapia multimodal e cognitivo-comportamental. As principais componentes deste tratamento são as seguintes: a) Informar o sujeito sobre as diversas fases da actividade sexual incluindo a fase do desejo; b) Reestruturar certas ideias

negativas susceptíveis de diminuir o desejo sexual, sendo que muitas ideias provêm de uma educação sexual severa e de experiências sexuais negativas que podem contribuir para a diminuição do desejo sexual. Além disso, ideias culturalmente generalizadas podem levar a uma má percepção da actividade sexual, aumentar a tensão no decurso da actividade e levar, a longo prazo, ao aparecimento de processos de evitamento. Outras ideias negativas podem surgir após a actividade sexual. Tais ideias podem ser revogadas pela utilização de estratégias de reestruturação cognitiva ou por métodos de terapia racional; c) Favorecer a emergência de ideias positivas e de fantasias quanto à sexualidade. Estes aspectos de intervenção podem passar pelo favorecimento da leitura de contos eróticos ou pela aplicação de estratégias de intervenção visando o aumento das fantasias sexuais. Segundo vários autores, o aumento da frequência das fantasias sexuais constitui um elemento importante do tratamento. Quanto mais frequentes e estimulantes as fantasias sexuais, mais o desejo sexual aumenta; d) Aumentar a qualidade e o carácter estimulante das actividades sexuais no interior do casal. Uma primeira estratégia consiste em estabelecer metas mais realistas quanto às actividades sexuais e a conceber que uma proporção relativamente fraca de actividades sexuais num casal pode levar a um estado de satisfação óptimo nos dois sujeitos. Um segundo método pode consistir na aplicação de técnicas de sensibilização corporal não genital e genital propostas por Masters e Jonhson (1970; cit. por Trudel, 1993). Quando aplicadas progressivamente, estes métodos diminuem a ansiedade e as reacções negativas de um sujeito quanto às actividades sexuais. A terceira estratégia, enfatiza a melhoria da qualidade de vida no plano sexual (ex: descobrir as preferências sexuais do parceiro através de exercícios de toque, etc.). No quarto método deve pedir-se ao casal para se colocar voluntariamente em situação de provocar um estado de desconforto no plano sexual de forma a bem definir os elementos que levam a este desconforto. Assim, o casal pode tentar encontrar soluções susceptíveis de reduzir os factores de desconforto. Um quinto método consiste em pedir a cada membro do casal para estabelecer e fazer sugestões realistas e construtivas visando melhorar a dimensão sexual. Um sexto exercício visa pedir a cada membro do casal de fazer algumas sugestões de cenários realistas relativos a novas actividades sexuais que cada um gostaria de experimentar. O último exercício visa discutir o impacto do problema do desejo sexual sobre a diminuição da confiança no interior da relação. Muitas vezes, as pessoas podem acreditar que uma perda de

desejo sexual significa uma perda do interesse geral pelo parceiro. Um clima de desconfiança pode surgir no casal, e agravar assim o problema do desejo sexual e afectam a qualidade destas actividades; e) verificar a presença de outras disfunções sexuais. É preciso ter consciência que a falta de interesse pelas actividades sexuais podem resultar de uma disfunção sexual e do estado de frustração que esta origina; f) aumentar a qualidade de vida do casal. Diversos métodos podem ser utilizados como resolução de problemas e a implementação da comunicação no casal.

Pablo e Soares (2004), referem a importância atribuída aos factores de ordem psicossocial na génese e manutenção da disfunção sexual. Consideram que a intervenção psicológica deve ser a estratégia terapêutica a considerar na maioria dos casos. Simultaneamente, o tratamento médico e farmacológico também pode revelar-se de extrema importância pelo que, se a situação clínica o exigir, uma terapia combinada poderá ser a melhor opção terapêutica.

No que concerne à administração de fármacos, o recurso a ansiolíticos parece apropriado perante quadros ansiosos disfuncionais, alguns antidepressivos exercem um efeito positivo sobre o desejo e a administração de preparados hormonais, como a testosterona (desejo) e substâncias vasodilatadoras (excitação e orgasmo), pode ser benéfica. A terapia de substituição hormonal em mulheres menopáusicas também deve ser considerada (Jack Annon, 1974; cit. por Pablo & Soares, 2004),

Para alívio dos sintomas climatéricos e pós-menopáusicos, têm sido muito utilizados estrógenos que aliviam os quadros de dispáreunia. (Fernandes, 2005). O seu efeito sobre o desejo é, pois, indirecto. Entretanto, quando a falta de desejo não é secundária à dor ou ao desconforto durante o acto, o desinteresse sexual persiste, apesar da terapêutica estrogénica. Por seu lado, a testosterona mantém o interesse e motivação sexuais, podendo restaurar o desejo e a excitação, bem como favorecer as fantasias sexuais das mulheres que não respondem ao estrógeno isolado (Sherwin e Gelfand, 1987).

Por outro lado, a North American Menopause Society recomenda que, embora algumas evidências de estudos controlados indiquem que a testosterona tenha efeitos positivos sobre o desejo, a excitação e o orgasmo, os dados são ainda insuficientes para apoiar a recomendação de seu uso (Shifren *et al.*, 2005). Além disso, este tipo de tratamento apresenta alguns riscos, tais como, hirsutismo, acne ou mudanças de peso (Meston & Bradford, 2007).

A nível do tratamento farmacológico, podem referir-se os fármacos que potenciam a excitabilidade, compostos

hormonais e psicofármacos. Porém no que concerne à terapia sexual, pode mencionar-se o modelo de Kaplan, de McCarthy, de LoPiccolo y Friedman, de Trudel e o Modelo do Instituto Andaluz de Sexologia e Psicologia. Relativamente ao Modelo de Kaplan, este incorpora o desejo no modelo já existente de Masters e Johnson. Esta propõe uma estratégia que consiste na dessensibilização mediante a focalização sensorial; enfrentar ideias negativas e ansiedade antecipatória; utilização de fantasias eróticas e utilização de biblioterapia. Segundo o Modelo de McCarthy, a ira, a culpabilização e reacção a possíveis traumas são factores que afectam o desejo sexual. A sua estratégia terapêutica, centra-se em dois pontos: primeiro, extinguir a ansiedade antecipatória e outros aspectos negativos, e segundo, construir um estilo de vida sexual satisfatório. Para tal, aplica técnicas como a melhoria da intimidade do casal, técnicas para incrementar a atracção entre o casal, favorecer a segurança e confiança do casal e criar novos cenários sexuais. Ou seja, a estratégia deve centrar-se na aprendizagem de habilidades para a intimidade, na mudança de atitudes, na procura de prazer e na estimulação múltipla, aceitar a expressão sexual individual e a adopção de expectativas realistas (Santamaría, 2007).

O modelo de LoPiccolo y Friedman dá mais importância aos indutores externos do desejo e baseia a sua estratégia em técnicas de experimentação e reconhecimento sensorial, no insight para compreender as causas do problema, reestruturação cognitiva para criar novas ideias e pensamentos positivos acerca da sexualidade e intervenções comportamentais com prescrição de tarefas sexuais para realizar em casa, incluindo o treino assertivo, o treino da comunicação e as técnicas de indução do desejo. O modelo de Trudel, prevê como causas do desejo sexual hipoactivo, a ansiedade antecipatória, problemas na relação do casal, medo de abandono sexual, associado a cognições negativas, ausência de comunicação sexual e emocional, perda de prazer e de satisfação sexual e atitudes sexuais negativas. O programa de intervenção propõe a análise das causas imediatas e a longo prazo que provocam o desejo hipoactivo, informação sexual, exercícios para potenciar a intimidade do casal, focalização sensorial, treino de habilidade de comunicação e comunicação emocional, treino do reforço mutuo no casal, reestruturação cognitiva e trabalho com as fantasias sexuais. Esta terapia está prevista para 12 sessões de 2 horas. Segundo o Modelo do Instituto Andaluz de Sexologia e Psicologia, a terapia varia segundo a sua etiologia e fase evolutiva, combinando a terapia sexual com o tratamento farmacológico. No caso de a perturbação ser de curta duração,

o primeiro passo é fazer com que o parceiro com mais desejo não pressione o outro, elaborando um processo de sedução, para incrementar a comunicação, tolerância e compreensão. É necessário favorecer os indutores de desejo e para tal devem ser trabalhadas as fantasias sexuais, utilizar leituras e filmes eróticos e recomendar manobras de auto-estimulação. Nos casos evoluídos, as estratégias passam pela informação sobre a sexualidade, eliminando crenças erradas e terapia de casal centrada em comportamentos agradáveis (idem.)

O objectivo da terapia de casal é o estabelecimento de uma relação segura emocionalmente, que permita que ocorram respostas sexuais normais e satisfatórias. Uma das maiores dificuldades é distrair o casal dos objectivos centrados no coito, que levam à ansiedade de desempenho e à tendência para se tornarem espectadores em vez de participantes (Bancroft, 1989).

Pacientes com perturbações psicológicas devem ser indicadas para intervenção psicoterapêutica, em especial aqueles com história de abuso e violência sexual. Comprometimento da auto-imagem e do vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva constituem outras indicações de atendimento psicoterapêutico (Abdo e Fleury, 2008).

Conclusão

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, é a disfunção mais prevalente entre a população feminina, porém pode também ser verificada em homens, e caracteriza-se pela ausência ou diminuição do desejo de actividade sexual e fantasias sexuais, de forma persistente e recorrente (Pablo & Soares, 2004). As suas causas podem ser tanto orgânicas como psicológicas.

As disfunções sexuais são classificadas segundo o ciclo de resposta sexual, que é constituído pela fase de desejo, excitação, orgasmo e resolução, sendo que o desejo sexual hipoactivo se inclui na fase do desejo (DSM-IV-TR, 2002). Assim, o DSM-IV-TR (2002), prevê três critérios de diagnóstico: o primeiro refere-se à ausência ou diminuição do desejo e fantasias sexuais, o segundo concerne a um acentuado mal-estar pessoal e dificuldades interpessoais e o terceiro refere que a disfunção não pode ser melhor explicada por uma perturbação do eixo I, e não se deve somente a um estado físico geral ou consumo de substâncias (DSM-IV-TR, 2002).

O interesse no tratamento das perturbações de desejo sexual aumentou bastante, ao mesmo tempo que foram denominadas como disfunções sexuais nos anos

90. De facto, a falta de desejo sexual tornou-se a queixa mais comum dos clientes de várias clínicas especializadas em terapia sexual (Leiblum & Rosen, 2000).

Não existe um tratamento padrão, cada caso carece de um tratamento personalizado, devido à disparidade que caracteriza a sexualidade humana, porém existem vários tratamentos para esta disfunção, sendo que estes podem ser farmacológicos ou através da terapia sexual. Podem referir-se como tratamentos o Modelo PLISSIT, a terapia com base na leitura erótica, a terapia multimodal e cognitivo-comportamental de Trudel, o Modelo de LoPiccolo y Friedman o modelo de Kaplan, de McCarthy e o Modelo do Instituto Andaluz de Sexologia e Psicologia.

Referências

- Abdo, C., & Fleury, H. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162-167.
- Abdo, C., & Oliveira, W. (2002). O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(3), 179-186.
- Abrantes, M., Freitas, M., & Dimenstein, M. (2001). Discurso sobre sexualidad y salud reproductiva en usuarias del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer en el Municipio de Natal, Brasil. *Revista Mujer Salud. Red de Salud de las mujeres*
- Aliaga, P., Ahumada, S., Villagrán, O., Santamaría, M., Manzor, S., & Rojas, O. (2000). Disfunciones sexuales: asistencia clínica y factores asociados en ginecología. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 6(65), 442-452.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems* (2^a ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Berman, L., Berman, J., Felder, S., Pollets, D., Chhabra, S., Miles, M., et al. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*, 79(3), 572-576.
- Bretschneider, J., & McCoy, N. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 years old. *Archives of sexual behavior*, 17(2), 109-129.
- Davis, A. (2000). Recent advances in female sexual dysfunction. *Current Psychiatry Reports*, 2, 211-214.
- Farré, J., & Lasheras, M. (2002). Disfunción eréctil psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30, 38-45.
- Fernandes, C. (2005). A influência dos hormônios na sexualidade feminina no climatério pós-menopáusic. *Revista Médico Reporter*, 7(65), 14-18.
- Fisher, H., Aron, A., & Brown, L., (2005). Romantic Love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 58-62.
- Gomes, A., Fonseca, L., & Gomes, A. (1997). Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1(2), 17-20.
- González, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Ortiz, C. (2006). Líbido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas*, 53(1), 1-10.
- Hakim, L., & DaSilva, G. (2009). Female sexual dysfunction. In G. Davila, G. Ghoniem & S. Wexner (Eds.), *Pelvic floor dysfunction, A multidisciplinary Approach* (pp. 97-195). London: Springer.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. & Clark, D. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, R., Dennerstein, L., Bennett, C., Sidat, M., Gurrin, L., & Fairley, C. (2008). Risk factors for female dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1681-1693.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R. et al. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 65(1), 143-148.
- Hubin, A., Sutter, P., & Reynaert, C. (2008). L'utilisation de texts érotiques dans l'éveil du désir sexuel féminin. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 134, 1-4.
- Junqueira, F., Lara, L., Romão, A., Rosa e Silva, A., Romão, G., & Ferriari, R. (2005). Implantação de um ambulatório de sexualidade em um serviço de ginecologia de hospital universitário: resultados após um ano. *Reprodução & Climatério*, 20, 13-16.
- Koehler, J. (2007). Sexual dysfunction. In S. Joseph & S. Roger (Eds.), *Primary care in obstetrics and gynecology: A handbook for clinicians* springer (2^a ed., pp. 397-431). New York: Springer.
- Lara, L., Silva, A., Romão, A., & Junqueiro, F. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 30(6), 312-321.
- Latinoamericanas y del Caribe*, 2, 3-15.
- Leiblum, S., & Rosen, R. (2000). *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.
- Lindal E, & Stefansson J. (1993). The lifetime prevalence of psychosexual dysfunction among 55 to 57-year-olds in Iceland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 91-95.
- Lunde, I., Larsen, G., Fog, E., & Garde, K. (1991). Sexual desire, orgasm, and sexual fantasies: a study of 625 Danish women born in 1910, 1936 and 1958. *Journal of Sex education & Therapy*, 17, 111-115.
- McCarthy, B. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of sex and Marital Therapy*, 10, 97-104.
- Meston, C., & Bradford, A. (2007). Sexual dysfunctions in women. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 3, 233-256.
- Nobre, P. (2006). Disfunções sexuais. Lisboa: Climepsi.
- Ohl, L. (2007). Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective: Sexual Desire Disorders. *Urologic Nursing*, 27(1), 57-63.
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 357-370.
- Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, L. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise psicológica*, 2(23), 173-185.
- Rebolledo, M., & Fierro, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*, IX(1), 55-64.
- Rosen, R. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2, 189-195.
- Rosen, R., & Leiblum, S. (1987). Current approaches to the evaluation of sexual desire disorders. *Journal of Sex Research*, 23, 141-162.
- Sánchez, C., Corres, P., Blum, B., & Carreño, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Ment*, 32(1), 43-55.
- Santamaría, F. (2007). Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Revista Internacional de Andrologia*, 5(1), 29-37.
- Sherwin, B., & Gelfand, M. (1987). The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom Med* 49, 397-409.
- Shifren, L. et al. (2005). The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 12(5), 497-511.
- Shindel, A., Ferguson, G., Nelson, C., & Brandes, S. (2008). The sexual lives of medical students: a single institution survey. *Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 796-803.
- Smith, I., Mulhall, J., Deveci, S., Monaghan, N., & Reid, M. (2007). Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1247-1253.
- Spiteri, T., & Agmo, A. (2006). Modèles précliniques du désir sexuel. *Sexologies*, 15, 241-249.
- Trudel, G. (1993). Le désir sexuel hipoactif chez le couple: perspective cognitivo-comportamentale. *Revue québécoise de psychologie*, 14(2), 139-153.
- Wagner, G. (2005). Sexual medicine in the medical curriculum. *International Journal of Andrology*, 28(2), 7-8.

Recebido em 6/4/2010

Aceito para publicação em 22/6/2010