

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| DESEJO E SEXUALIDADE | 4 |
| DEPRESSÃO E SEXUALIDADE NA PRAXIS DA MEDICINA FAMILIAR | 8 |
| DEPRESSÃO | 13 |
| PREVALÊNCIA..... | 13 |
| ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS..... | 14 |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO. CLASSIFICAÇÕES | 15 |
| CARACTERÍSTICAS DE DEPRESSÃO | 19 |
| FORMAS DE DEPRESSÃO | 19 |
| ALGUNS TIPOS DE DEPRESSÃO | 20 |
| OUTRAS TEORIAS DA DEPRESSÃO | 23 |
| DISFUNÇÕES SEXUAIS | 39 |
| CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS | 39 |
| DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS..... | 41 |
| DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS | 48 |
| ETIOLOGIA..... | 49 |
| PREVALÊNCIA..... | 51 |
| OS PROBLEMAS SEXUAIS NA PRÁTICA CLÍNICA..... | 52 |
| DISFUNÇÃO SEXUAL E DEPRESSÃO (doença crónica) | 58 |
| PERTURBAÇÕES NAS FASES DO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL..... | 62 |
| DISFUNÇÕES MAIS PREVALENTES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR..... | 69 |
| DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS..... | 69 |
| DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS | 80 |
| EPÍLOGO | 89 |
| OBJECTIVOS | 90 |
| MATERIAL E MÉTODOS | 91 |
| DESENHO DE INVESTIGAÇÃO..... | 91 |
| TIPO DE ESTUDO..... | 92 |
| POPULAÇÃO ALVO E EM ESTUDO | 92 |
| AMOSTRA..... | 92 |
| VARIÁVEIS..... | 94 |
| INSTRUMENTOS DE MEDIDA | 94 |
| COLHEITA DE DADOS..... | 98 |
| AUTORIZAÇÕES..... | 98 |
| TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS | 100 |
| RESULTADOS | 103 |
| GRUPO MASCULINO | 103 |
| GRUPO FEMININO..... | 121 |
| DISCUSSÃO | 138 |
| CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA | 138 |
| HOMENS SEM DEPRESSÃO | 141 |
| HOMENS COM DEPRESSÃO | 142 |
| MULHERES SEM DEPRESSÃO..... | 144 |
| MULHERES COM DEPRESSÃO | 146 |
| CONCLUSÕES | 149 |

***BIBLIOGRAFIA*151**
***ANEXOS*159**

*“Amor e desejo são coisas diferentes.
Nem tudo o que se ama se deseja e nem tudo o que se deseja se ama”
Miguel Cervantes*

INTRODUÇÃO

O Médico de Família, no seu contacto diário de primeira linha com a comunidade, confrontado com todas as situações médicas, entre elas a Sexualidade, as Disfunções Sexuais e a Depressão, deve estar sensibilizado para os aspectos psicopatológicos da doença humana, necessitando de uma maior informação a ser ministrada pelas Escolas Médicas.

O autor, Médico de Família, investiga a relação existente entre depressão, problemas sexuais e sexualidade. Os seus objectivos foram caracterizar a depressão, as disfunções sexuais e as suas correlações numa população de utentes de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Neste trabalho faz uma conceptualização teórica acerca da depressão e das disfunções sexuais, procurando dar uma visão numa perspectiva de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Aborda a depressão referindo as classificações, a sua etiologia e as teorias existentes. São referidos os problemas depressivos mais frequentes que o Médico de Família tem de resolver na sua prática clínica e a eventual referenciação ao Psiquiatra.

Posteriormente estuda, as disfunções sexuais na prática clínica, as suas classificações e diferentes formas de apresentação, dando especial relevo às mais comuns na mulher e no homem.

Metodologicamente, para o estudo desta investigação utilizou uma amostra de utentes, do local onde trabalha, aos quais aplicou os instrumentos de medida descritos.

Apresenta os resultados e faz a sua discussão com base no referencial teórico, concluindo da relação significativa e negativa entre depressão e disfunções sexuais, que os indivíduos mais deprimidos têm pior funcionamento sexual.

DESEJO E SEXUALIDADE

O desejo e a sexualidade são a força psico-biológica que traduz o comportamento sexual humano. Assim, o desejo, para Leiblum e Rosen é “um estado de sentimento subjectivo que pode ser despertado por estímulos internos e externos, podendo resultar ou não em comportamento sexual expresso”. Para Levine “o desejo precede e acompanha a excitação sexual, muitas vezes mediada por visualizações que variam desde vagas imagens a bem desenhadas fantasias-estímulos internos. Outras vezes é despertado por estímulos externos-físicos ou emocionais”. Biologicamente estará dependente nos dois sexos dos níveis sanguíneos de testosterona sendo simultaneamente um processo psicológico e corporal.^{14,29}

Diferentes investigadores, como Freud e Kinsey realizaram estudos importantes, principalmente referentes aos factores psicosocioculturais da vida sexual. Mas foi na década de 60 que Masters e Johnson (MJ) demonstraram a resposta anátomo-fisiológica, completada na década de 70 pelos trabalhos de Hellen Kaplan sobre o desejo sexual. Nasceu uma nova ciência, a Sexologia, preocupada com o estudo da fisiologia e com o seu adequado tratamento.^{31,33}

Masters e Johnson determinaram que o estudo geral da reacção sexual humana tem condições para oferecer os fundamentos da informação científica básica.⁵⁴ Assim, criaram um quadro das reacções fisiológicas aos estímulos sexuais, definindo o ciclo de resposta sexual em 4 fases: 1) Fase de excitação; 2) Fase de plateau; 3) Fase de orgasmo e 4) Fase de resolução. Posteriormente, Hellen Kaplan propõe a inclusão da fase do desejo, negligenciando a fase da resolução segundo a qual esta representa apenas o intervalo de tempo que precede uma nova

fase de excitação. Kaplan propôs portanto, um modelo trifásico de resposta sexual constituído pelas fases de Desejo, Excitação e Orgasmo.^{45,46}

A DSM-IV-TR (APA 2000)⁶ define o mesmo ciclo de resposta sexual em 4 fases, a saber.^{54,55}

- Fase do desejo, que se caracteriza pelas fantasias sexuais e pelo desejo de ter actividade sexual com estimulação excitante conduzindo, por exemplo, no homem, a tumescência peniana;
- Fase de excitação, que é desencadeada pelos estímulos psicológicos (fantasias ou a presença do objecto de desejo) e por estímulos fisiológicos (toque ou beijo) ou por ambos. Esta fase consiste na sensação subjectiva de prazer, ocorrendo a erecção e aumento de volume testicular no homem e a lubrificação vaginal, ingurgitamento mamilar e aumento de volume do clítoris na mulher (levando à chamada plataforma orgásmica). A excitação inicial pode durar de alguns minutos a várias horas;
- Fase orgásmica definida por Kinsey como uma descarga explosiva de tensão neuromuscular, involuntária e repentina, que se reproduz quando a estimulação alcança um máximo de intensidade. Esta fase desencadeia uma série de alterações nos genitais, sistema cardiovascular e experiências sensoriais e somáticas, tendo por base o sistema nervoso simpático;
- Fase de resolução, que consiste no desengurgitamento de sangue nos genitais, voltando ao estado de repouso. Experimenta-se uma sensação subjectiva de bem estar com relaxamento muscular. Depois do orgasmo, os homens têm um período refractário que pode durar de minutos a horas (aumentando com a idade), as mulheres não têm esse período refractário podendo experimentar orgasmos múltiplos e sucessivos.

Dever-se-á ter presente que existe uma enorme variabilidade individual na duração e na intensidade de cada resposta fisiológica específica à excitação sexual, sendo fácil prever e

perceber que pode haver alterações em qualquer uma das fases atrás descritas, originando disfunções sexuais diferentes nos dois sexos,⁹⁴ como descreverei adiante.

Segundo Catarina Soares,^{29,86} estes modelos lineares apresentam uma abordagem anciocêntrica, tiram as variáveis psicosociais e, assumem uma perspectiva essencialmente unissexual com base no modelo masculino da resposta sexual humana. Focam-se no papel da ansiedade de desempenho e na necessidade excessiva de agradar ao parceiro e nas exigências deste, enquanto atributo central na origem e manutenção da disfunção sexual. A não confirmação da responsabilidade deste modelo, reforça a pertinência da variabilidade complexa de interações entre o papel da ansiedade e a resposta sexual e os efeitos das cognições humanas numa perspectiva biopsicosociocultural na influência da resposta sexual humana.^{9,10}

Nas variáveis psicológicas e dos padrões sociais e culturais, a focalização essencialmente dirigida à resposta genital, negligencia as variáveis influentes na satisfação sexual feminina, tais como a intimidade, respeito, confiança, vulnerabilidade, afectos, comunicação e o prazer da sensualidade.^{11,12}

A tentativa de colmatar a linearidade progressiva dos modelos descritos atrás de MJ e Kaplan, de cariz essencialmente unissexual e a necessidade de melhor perceber a psicofisiologia sexual feminina, permitiu a criação do modelo circular de Basson.^{13,15}

A pertinência no desenvolvimento deste modelo resulta de quatro aspectos: 1) as mulheres em comparação com os homens, apresentam uma menor necessidade de terem actividade sexual para libertarem a sua tensão sexual; 2) as suas motivações para a actividade sexual dependem de recompensas ou ganhos de variáveis não genitais, ou propriamente sexuais, influentes na satisfação sexual feminina. O conhecimento de novas formas de entendimento do desejo sexual, com origem na excitação sexual, vem revelar que a presença do estímulo sexual não é

condição suficiente para ocorrer a excitação. A actual perspectiva do desejo sexual baseia-se no reconhecimento de que a resposta sexual feminina resulta na maior parte dos casos da necessidade de intimidade, mais do que propriamente uma necessidade física de excitação sexual, espontânea e endógena; 3) a excitação sexual feminina, representa uma excitação mental subjectiva, acompanhada ou não da percepção e sentido da congestão genital ou de outro tipo de alterações fisiológicas não genitais; 4) do conhecimento de que a libertação da tensão sexual pode ser ou não libertada por orgasmo de forma variada, dependentemente do tipo de estimulação, da existência de vários tipos de excitação feminina e da libertação da tensão.^{12,13,14,15}

Basson propõe um modelo onde a mulher se move de um estado de aparente neutralidade sexual, para uma procura de estimulação necessária a atingir benefícios ou recompensas, não necessariamente sexuais.

O modelo de Basson¹⁵ pode dividir-se em cinco fases. 1) caracterizada por um estado de motivação positivo, com ou sem consciência de desejo. A motivação das mulheres para a actividade sexual estaria dependente de intimidade emocional positiva, manifesta em afecto, proximidade, partilha e tolerância; 2) Na presença de variáveis de intimidade positiva, as mulheres estarão receptivas aos estímulos sexuais que podem conduzir à excitação subjectiva e respectiva resposta fisiológica, desencadeando receptividade à presença de estimulação visual e física em contexto adequado; 3) Na continuação da estimulação, aumenta a sensação de excitação e prazer subjectivo desencadeando a consciência do desejo receptivo; 4) Numa quarta fase, em que os níveis de excitação e desejo vão culminar ou não na libertação da tensão no orgasmo; 5) Finalmente a experiencia relacional e o grau de satisfação emocional e física, irão por sua vez permitir a continuidade do acto sexual e reforçar um ciclo de intimidade emocional positiva. Insatisfação na intimidade e relacionamento sexual, pode levar

a uma interrupção do ciclo, rejeitando a possibilidade de continuação do relacionamento sexual, independentemente da mulher se encontrar com desejo e excitada sexualmente. As variáveis emocionais interpessoais subjectivas à fisiologia espontânea do acto sexual, seriam determinantes essenciais na perpetuação de um ciclo de resposta sexual funcional e satisfatório.^{12,13,14,15}

DEPRESSÃO E SEXUALIDADE NA PRAXIS DA MEDICINA FAMILIAR

O Médico de Família tem um lugar privilegiado na rede de cuidados ao Ser Humano, devendo prevenir, diagnosticar precocemente, orientar e, se souber, também tratar.^{5,37}

As pessoas que sofrem de problemas sexuais e necessitam de uma ajuda especializada têm tendência a recorrer, ainda que tardiamente, a especialistas nas áreas da Ginecologia, Andrologia, Endocrinologia e Sexologia Clínica. Qualquer profissional de saúde, deve estar preparado para, ao detectar um problema sexual, orientar a pessoa, da forma mais adequada. Muitas disciplinas, como anatomia, comportamento animal, antropologia, biologia, desenvolvimento infantil, história, endocrinologia, fisiologia, genética, ginecologia, psiquiatria, psicanálise e outras se têm relacionado com a sexologia.

Assim deve-se ter presente o relativismo do conhecimento sexológico, a sua multidisciplinaridade, o humanismo da vivência sexual e a sua importância cultural^{20,29,32,34}.

As diferenças que se têm vindo a constatar em relação aos problemas sexuais apresentados pelas pessoas que solicitam ajuda nas consultas de Sexologia são curiosas. Até aos anos 90, as dificuldades em obter excitação e atingir o orgasmo, eram as principais queixas femininas, enquanto nos homens predominavam a ejaculação prematura e a disfunção erétil (DE) em indivíduos jovens. A partir dos anos 90, tem-se vindo a assistir a um aumento progressivo de pessoas a queixarem-se de ausência ou diminuição acentuada do seu desejo sexual. Esta constatação clínica é coerente com os dados dos inquéritos sobre comportamento sexual, em

que na população disfuncional, 33% das mulheres e 16% dos homens apresentam um desejo sexual claramente deficitário. Na área da sexualidade humana, a falta de desejo será a disfunção-metáfora duma sociedade que banalizou o sexo, deprimiu e está doente.

O desejo masculino é mais constante, e a expressão sexual feminina é mais contextualizada. Estas diferenças parecem indicar que o desejo masculino é mais influenciado por factores biológicos e o feminino mais por factores psicossociais.^{17,18}

Foram divulgadas, em 2006, conclusões de um estudo da Sociedade Portuguesa de Andrologia, envolvendo 3500 indivíduos, o Episex, acerca da prevalência das disfunções sexuais nos homens e mulheres portuguesas. Segundo dados relativos aos homens, 24% diziam ter problemas sexuais, à frente dos quais surgem a falta de desejo (15%) e dificuldades de erecção (13%). Ainda no referente ao sexo masculino, 39% entre os 40 e 69 anos admitem ter diminuição do interesse sexual, 48% têm DE ligeira e 13% afirmaram não ter nenhuma actividade sexual e 20% dos adultos têm diminuição do interesse sexual (causas hormonais e psicológicas-depressão)²⁵. No que respeita às mulheres 35% referiram diminuição do desejo e 32% diminuição da excitação/lubrificação. Apenas 44% das mulheres portuguesas com mais de 18 anos referiram que não tinham disfunção sexual. Outra conclusão interessante, é a tomada de iniciativa das mulheres em marcar consulta aos maridos para a resolução do problema da falta de desejo.

Na literatura especializada, encontra-se descrita uma grande associação entre os problemas sexuais e os problemas de saúde mental, nomeadamente a depressão.

Também aqui o papel do Médico de Família, como primeiro interlocutor de doentes deprimidos e/ou com patologia mental, é cada vez mais crucial pela sua importância tanto no diagnóstico como na terapêutica. Na maioria dos países e na maior parte das vezes, a depressão é abordada e tratada por um médico desta área, constituindo, em muitos casos, o

profissional mais acessível e culturalmente mais preparado para o contacto com as pessoas com transtornos psíquicos, na comunidade.^{5,80}

A grande maioria dos trabalhos publicados sobre depressão revelam como esta doença e o seu tratamento interferem nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual atrás descrito, provocando, eventualmente, disfunções sexuais. A prevalência de problemas sexuais em doentes deprimidos incluindo depressão major e distímia é aproximadamente duas vezes superior aos do grupo-controlo.^{7,17,18} No entanto, a relação causal entre disfunção sexual (DS) e depressão não é clara, admitindo-se cinco razões fundamentais para tal:

1. a DS é uma resultante psicossocial, podendo o stress psicosexual, que constitui parte invariável da DS, levar à depressão secundária em indivíduos com personalidades vulneráveis;
2. a DS pode ela própria ser um sintoma de depressão;
3. a medicação antidepressiva pode provocar DS;
4. factores como o álcool, o tabaco e doenças vasculares podem contribuir para o aparecimento de ambas as doenças;
5. DS e depressão podem ter etiologias distintas.^{93,94,95}

O facto da depressão, associada à falta de desejo sexual e baixa excitação da resposta sexual, representar um forte indicador de problemas sexuais, sugere que nas mulheres a disfunção sexual encontra-se preferencialmente relacionada com factores psicológicos. Verifica-se que as pacientes com problemas sexuais, reportavam maior sintomatologia depressiva do que as pacientes sem problemas sexuais, apresentando um valor médio de problemas sexuais, equivalente ao valor clínico da depressão.^{7,41,76}

A depressão, quanto ao aumento de morbilidade, incapacidade social, risco de mortalidade, elevada taxa de utilização dos recursos médicos e o consumo cada vez maior de fármacos, constitui uma entidade muito importante dentro das perturbações do humor.^{95,99}

É sabido que, tanto em homens como em mulheres, algumas doenças, nomeadamente a depressão e o consumo generalizado e por vezes indiscriminado de medicamentos, podem afectar o desejo e a performance sexual. Exemplificando, um dos grandes problemas na nossa clínica diária é, precisamente, a interferência dos medicamentos antidepressivos, nomeadamente os inibidores da recaptção da serotonina, e de alguns medicamentos antihipertensores, na área sexual.^{7,99,24}

As pessoas que sofrem de problemas sexuais e necessitam de uma ajuda especializada têm tendência, de uma forma geral, a recorrer a especialistas nas áreas da Ginecologia (mulheres), Andrologia (homens), Endocrinologia (homens, maioritariamente) e Sexologia (homens e mulheres). Qualquer profissional, seja médico ou psicólogo, deve estar preparado para, ao detectar um problema sexual, orientar a pessoa, da forma mais adequada.

Por norma, também há uma separação, ainda que um pouco artificial, entre os problemas sexuais provocados por causas orgânicas e por causas psicológicas. Os seres humanos contam como um todo e, por isso, é impensável que psique e corpo funcionem como departamentos incomunicáveis. Os problemas psicológicos têm sempre uma expressão corporal e as alterações orgânicas provocam sempre alguma perturbação a nível psicológico. No entanto, os problemas sexuais que tenham uma causa orgânica predominante devem ser encaminhados para Ginecologia, Endocrinologia e Andrologia, cabendo à Sexologia (Psiquiatria) os problemas de causa psicológica mais evidentes. Isto não impede que situações mais complicadas ou mais complexas exijam uma colaboração multidisciplinar para serem eficientemente resolvidas. Mesmo os doentes cujos sintomas não são suficientemente

evidentes para justificar um diagnóstico só de ansiedade ou só de depressão têm vidas profissional e socialmente deficientes, bem como muitos sintomas físicos inexplicáveis, o que leva a uma maior utilização dos serviços médicos. As perguntas práticas fundamentais relacionam-se com o tratamento. É mesmo necessário administrar algum? E, na afirmativa, de que espécie e durante quanto tempo?^{7,39,99}

O desejo nos dois sexos não se consegue explicar apenas através duma simples grelha biológica, envolvendo, a explicação, factores sociais, culturais, fisiológicos e iatrogénicos de grande complexidade.

A doença torna as pessoas vulneráveis, dependentes, tristes e deprimidas.

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.”
Charles Chaplin

DEPRESSÃO

PREVALÊNCIA

As perturbações do humor e, em concreto, a depressão, são muito frequentes nas consultas de Cuidados de Saúde Primários (CSP).⁴³ Calcula-se que um terço dos doentes que observamos, diariamente, nas nossas consultas, sofre de uma doença mental. Estima-se, por isso, que em cada ano, cerca de 3% da população pode ser diagnosticada de depressão. Segundo vários estudos em CSP a depressão é a 3ª causa de motivo de consulta, sucedendo aos problemas respiratórios e reumatológicos, considerando-se que cerca de 90% dos casos de depressão são tratados em CSP.^{36,43,62}

Existem cerca de 100 doentes deprimidos na lista de cada médico, mas metade desses casos não são reconhecidos. Em 20% manifesta-se uma depressão crónica. Até 50% dos utentes em clínica geral têm alguns sintomas depressivos, 5% dos quais apresentam depressão major.^{43,62}

O papel do médico de CSP, como primeiro interlocutor de doentes deprimidos e/ou com patologia mental, mais ou menos grave, é cada vez mais crucial pela sua importância tanto no diagnóstico como na terapêutica. Pelo aumento de morbilidade, incapacidade social, risco de mortalidade, elevada taxa de utilização dos recursos médicos e o consumo cada vez maior de psicofármacos, a depressão constitui uma entidade de particular importância dentro das perturbações do humor. Nos EUA, cerca de 60% dos indivíduos que sofrem de depressão, são tratados por médicos de CSP. Em inquéritos recentemente efectuados, verificou-se que 2% da população sofria de depressão pura (percentagem distribuída igualmente por depressão ligeira,

moderada ou severa), mas que outros 8% sofriam de um misto de ansiedade e de depressão.^{37,68}

Existe, sem dúvida, um consenso na literatura, no que respeita à baixa detecção da patologia psiquiátrica em geral e da depressão em particular, pelos médicos de família, muito abaixo dos 50% em alguns estudos; estas percentagens baixam ainda mais de 20% quando o quadro depressivo é acompanhado de alterações somáticas. A depressão é uma doença que afecta uma em cada seis pessoas. É duas vezes mais frequente nas mulheres e, segundo Paes de Sousa, afecta cerca de "5 a 10% dos idosos que vivem na comunidade".

Num registo de 518 consultas realizadas pelo autor, de Maio a Julho de 2007, obtiveram-se os seguintes principais motivos de consulta: 1) resultado de exames complementares relacionados com sistema circulatório (27%); 2) sistema endócrino e metabólico (20%) e 3) seguimentos psicoterapêuticos (13%).

Em relação ao conjunto dos problemas de saúde de cada sistema da ICPC verifica-se que os problemas mais frequentes na consulta são do foro endócrino e metabólico, e depois do foro circulatório, psicológico, osteoarticular, dermatológico, respiratório e outros.^{43,68}

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A depressão tem muitos significados, desde o da descrição de uma sensação normal de infelicidade até ao de uma psicose, passando por modos persistentes e sistemáticos de sentir e de pensar. As descrições da depressão feitas nos livros de texto que se vêem em hospitais são frequentemente muito diferentes do que se observa nos casos que se apresentam nos cuidados primários.

Entretanto, é sabido que, tanto em homens como em mulheres, algumas doenças, nomeadamente a depressão e o consumo generalizado, e por vezes indiscriminado, de medicamentos, podem afectar o desejo e a performance sexual. A explicação envolve factores

sociais de grande complexidade. Num artigo recente, Ganter Schmidt, após analisar os resultados de vários inquéritos sobre comportamento sexual, conclui que o aspecto mais saliente da sexualidade actual reside na inconsistência entre os relatos sexuais excitantes dos media comparativamente às escassas alegrias da vida sexual das pessoas. Cita Gagnon, um dos autores dum inquérito americano, em 1994, que largas áreas do mundo heterossexual são quase sexualmente inactivas.^{29,31,32}

Como afirma Baudrillard, o desejo está omnipresente, mas como uma simulação generalizada. É a banalização do sexo de Sigush. Por outro lado, para prevenir a violência sexual gerou-se, positivamente, uma maior negociação entre os sexos mas que põe em risco o jogo da sedução. Para Schmidt, a falta de desejo, sobretudo nas mulheres, é o sinal mais óbvio de um aborrecimento sexual generalizado. Em 1977, Susan Sontag fez um ensaio sobre a doença como uma metáfora. Cada época histórica privilegia uma doença: a lepra medieval, a sífilis na renascença, a tuberculose na revolução industrial e parecia-lhe que o cancro na nossa época, mas é a falta de tempo e a disponibilidade para ter desejo sexual um dos maiores problemas de saúde actuais.^{19,29}

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO. CLASSIFICAÇÕES

ICD-10 (Classificação Internacional das Doenças)⁶⁸

A décima edição da Classificação Internacional das Doenças (ICD 10, 1994) define um episódio depressivo de acordo com uma lista (indicada abaixo) de dez sintomas que estão presentes durante pelo menos duas semanas. Quatro sintomas indicam um episódio ligeiro, seis indicam um episódio de gravidade moderada e oito indicam um episódio grave, não devendo ser levadas em conta outras doenças ou uso de substâncias para o quadro de apresentação:

1. Humor depressivo (anormalmente baixo para o indivíduo).
2. Perda do interesse (pelas actividades habitualmente agradáveis).
3. Diminuição da energia (ou aumento da fadigabilidade). Devem estar presentes pelo menos duas das características acima indicadas.
4. Perda da confiança ou da auto estima.
5. Sentimentos inapropriados de culpa ou de recriminação.
6. Ideação ou comportamento suicida.
7. Problemas de concentração (por exemplo, com indecisão).
8. Atraso ou agitação psicomotora.
9. Perturbações do sono de qualquer tipo.
10. Aumento ou diminuição do apetite (com alteração do peso corporal).

Pode também ser especificada uma síndrome somática, que exige a presença de quatro dos seguintes oito sintomas:

1. Marcada perda do interesse pelas actividades habitualmente agradáveis.
2. Ausência das respostas emocionais habituais.
3. Acordar de manhã pelo menos duas horas mais cedo que o habitual.
4. O humor depressivo é mais intenso durante a manhã.
5. Acentuada inibição psicomotora (objectivada por terceiros).
6. Acentuada perda do apetite.
7. Perda de peso (pelo menos 5% do peso corporal durante o último mês).
8. Acentuada perda do desejo sexual.

Finalmente, podem ocorrer ideias delirantes e/ou alucinações durante os episódios depressivos. Em tal caso, especificar sintomas psicóticos.

Classificação da depressão (ICD 10)***Primária****Unipolar*

- Misto de ansiedade e de perturbação depressiva (sendo a ansiedade proeminente)
- Crise depressiva (única crise)
- Perturbação depressiva recidivante (Crises recidivantes)
- Distímia persistente e ligeira ("personalidade depressiva")

Bipolar

- Perturbação afectiva bipolar com crises maníacas ("depressão maníaca")
- Ciclotimia (persistente instabilidade do humor)

Outras depressões primárias

- Perturbação afectiva sazonal
- Breve depressão recidivante

Secundárias

Podem decorrer de uma condição médica ou do abuso de álcool e outras drogas.

As crises depressivas cada uma delas pode ser:

- Moderada/severa
- Com/sem síndrome somática
- Grave com/sem sintomas psicóticos

DSM IV

A quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV)⁶ adopta uma abordagem multiaxial ao diagnóstico, apesar das perturbações do Eixo 1 serem categóricas:

- Eixo I- Perturbações clínicas;
- Eixo II- Perturbações da personalidade/deficiência Mental;
- Eixo III- Estados físicos gerais;
- Eixo IV- Problemas psicossociais e ambientais;
- Eixo V Avaliação global do funcionamento.

Os critérios de diagnóstico do DSM IV para o episódio depressivo major exigem a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante pelo menos duas semanas, devendo pelo menos um dos sintomas ser humor depressivo ou perda de prazer ou do interesse:

1. Humor deprimido
2. Diminuição do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as actividades
3. Diminuição ou aumento do apetite ou do peso
4. Insónia ou hipersónia
5. Agitação ou lentificação psicomotora
6. Fadiga ou perda de energia
7. Sentimentos de desvalorização ou de culpa excessivos
8. Dificuldade de concentração ou indecisão
9. Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio

Depressão ligeira crónica, flutuante (distimia)

Estes doentes apresentam humor crónico deprimido ao qual se podem sobrepor episódios de depressão major.

Ansiedade ligeira e depressão

Estes doentes apresentam sintomas mistos de ansiedade e depressão, mas abaixo do nível requerido para o diagnóstico de depressão major ou de perturbação da ansiedade.

CARACTERÍSTICAS DE DEPRESSÃO

Características centrais

- Estado de mau humor
- Perda de interesse/de satisfação (an hedonia)
- Pouca energia

Outras características

Pouca concentração e atenção

Pouca auto-estima e auto-confiança

Ideias de culpa e de nada valer

Ideias pessimistas sobre o futuro

Ideias de auto-lesionamento ou de suicídio

Sono perturbado

Menos apetite

FORMAS DE DEPRESSÃO

A maior parte das depressões são provocadas por acontecimentos da vida, principalmente uma primeira crise. Muitos destes doentes apresentam-se inicialmente com sintomas físicos (somatização), e nalguns podem observar-se sintomas múltiplos de depressão sem que haja um estado de humor deprimido (depressão "mascarada"). Têm sido atribuídos muitos rótulos às depressões menos severas, tais como depressão neurótica, depressão muito ligeira e depressão reactiva (que não é uma depressão em reacção às circunstâncias). Hoje, uma persistente condição de baixo grau designa-se por distímia. Esta pode ser complicada por crises de depressão mais severa, de que resulta uma depressão "dupla", em que é difícil avaliar da resolução da síndrome mais severa. Muitos doentes não se inserem exactamente nas categorias de ansiedade ou de depressão, pelo que hoje se reconhece o conceito de um misto de ansiedade e de depressão. A presença de sintomas físicos indica a existência de uma síndrome somática (depressão melancólica ou endógena). A presença de características psicóticas tem grandes implicações no tratamento. Reconhece-se também existirem crises

breves de depressão mais severa (depressão breve recidivante). As recidivas mais prolongadas designam-se, agora, por perturbação depressiva recidivante (anteriormente chamada doença depressiva).

Há três distinções principais a fazer. A depressão é uma doença, ou um sentimento "normal" de infelicidade? Se for uma doença, é uma condição psiquiátrica primária, ou decorrente de uma doença física, ou do abuso do álcool ou de outras drogas? Se for uma doença psiquiátrica primária, essa doença é unipolar ou bipolar?

A gravidade da depressão é, em grande parte, uma questão do número e da intensidade dos sintomas característicos. Sintomas ligeiros mas persistentes, sugerem distímia. Mais sintomas ou mais severos sugerem uma perturbação depressiva. Os sintomas psicóticos (ilusões, alucinações) só existem nas depressões severas.

ALGUNS TIPOS DE DEPRESSÃO

Distímia

A investigação recentemente efectuada levou a que se alterasse o conceito de persistente depressão de baixo grau, do de perturbação da personalidade para o de perturbação afectiva crónica. Os doentes distímicos podem ser mais sensíveis aos novos antidepressivos. A distímia, devido à sua natureza crónica, pode exigir um tratamento a longo prazo, especialmente quando se associa a crises de depressão mais severa (depressão dupla), dado serem mais prováveis as recidivas de fortes crises quando não se controla a distímia.

A acentuada debilidade social e interpessoal que se associa a distímia, e a necessidade que o doente tem de adquirir a capacidade de lidar com os seus sintomas e problemas, sugerem ser mais provável conseguirem-se benefícios com um método em que se combinem os antidepressivos com psicoterapia.^{38,47,56,89,99}

Depressão psicótica

Os doentes com depressão psicótica são os que se encontram mais fortemente deprimidos e reagem fracamente à administração apenas de antidepressivos. Há dois tratamentos eficazes: a administração de uma combinação de antidepressivos com medicamentos antipsicóticos e terapêutica electroconvulsiva.

Perturbação afectiva bipolar

As características clínicas e os tratamentos da fase depressiva desta doença são iguais às de outras depressões, mas deve-se estar atento quanto à passagem para a mania induzida pelos medicamentos. Consegue-se uma eficaz profilaxia de longo prazo com o lítio (o que requer um rastreio, efectuado antes do tratamento, das funções renal e tiroideia) ou a carbamazepina; estes tratamentos são habitualmente administrados por psiquiatras.^{24,89}

A depressão no ciclo de vida - do nascer ao morrer - algumas reflexões

A depressão no idoso merece uma atenção especial, visto que existe uma grande associação a disfunções sexuais, por isso, não se consideraram utentes com mais de 50 anos, para este estudo. Cursa com episódios agudos, intervalados por períodos assintomáticos. No seu início, a fase aguda pode durar cerca de seis meses. Nos idosos os períodos com sintomatologia depressiva tornam-se mais frequentes e alguns sintomas mantêm-se nas fases de remissão. Trata-se de uma doença que faz parte do quadro clínico do envelhecimento na nossa sociedade. Pode ser encarada como uma resposta desadaptada dos idosos a uma cultura que idolatra a beleza e a juventude e despreza os feios, os velhos e os deficientes. A velhice é uma das fases do ciclo da vida humana, nem estática nem uniforme, e é modelada pelas respostas inconscientes e defensivas. As perdas no campo físico, psicológico, social e afectivo são comuns, depende sempre das histórias de vida de cada pessoa.

A solidão é um problema social cada vez mais grave nos dias de hoje. Os idosos, mas não só, são inevitavelmente, um dos grupos mais frágeis e mais abandonados ao seu destino, servindo apenas para reflectirmos sobre a profunda solidão e o abandono a que muitas pessoas estão votadas actualmente.

O homem tem uma vocação social e por esse motivo as relações interpessoais são indispensáveis, não sendo possível substituí-las por qualquer objecto de consumo. Todos nós necessitamos de uma troca de afectos; no fundo, precisamos amar e sentir que os outros também nos amam, que se alegram quando estamos felizes e que sofrem quando estamos tristes. Afinal, o que acontece nos dias de hoje? As pessoas encontram-se sujeitas a uma maior pressão, profissional, escolar, social, etc. A sociedade é cada vez mais competitiva, e isso traduz-se na insegurança profissional, já que, com uma economia global e aberta, perde-se a ideia do emprego para toda a vida. As nossas crianças crescem muitas vezes sozinhas e passam muito pouco tempo com os pais. É frequente ficarem nos infantários 10 a 12 horas diárias. Após este período, é quando chegam a casa, os pais, cansados de um dia de trabalho esgotante, têm pouca disponibilidade para elas e para eles. Que sexualidade? É um ciclo que parece perpetuar-se. Perante esta realidade, o médico acaba por se confrontar com muitos pedidos de ajuda. Existe uma maior solicitação, quer ao nível das consultas, quer ao nível dos episódios de urgência.^{1,32,58}

O afecto melhora a adesão do doente ao tratamento e o prognóstico da doença. A família deve vigiar a toma dos medicamentos e prevenir a interrupção súbita e precoce da terapêutica. Quando se tomam antidepressivos, há boas razões para recomendar com veemência que se respeite a prescrição. Na fase aguda o tratamento pode ser prolongado por períodos de seis meses ou mais. A interrupção súbita pode comprometer o seu sucesso. Deve ser sempre o médico a indicar o momento e modo de parar os antidepressivos.^{47,62,58}

OUTRAS TEORIAS DA DEPRESSÃO

Distorção cognitiva

O estudo das distorções cognitivas foi inicialmente desenvolvido por dois terapeutas de renome, Albert Ellis e Aaron Beck, que iniciaram as suas respectivas carreiras como psicanalistas. Para ambos, as teorias analíticas possuíam algumas limitações tendo sido por isso levados a desenvolver os seus próprios modelos conceptuais. O racional teórico que, por sua vez, deu origem ao conceito de “distorções cognitivas” tornou-se alvo de grande interesse por parte dos estudiosos das problemáticas que se prendem, quer com a saúde quer com a doença, dando assim origem a um vasto campo de investigações. Algumas delas relacionam as distorções cognitivas com a emergência da sintomatologia depressiva, procurando esclarecer as suas influências no surgimento, na manutenção e na recuperação dos episódios depressivos, de forma a facilitar uma maior compreensão dos mecanismos inerentes à depressão e a alguns estados de doença física que com ela surgem concomitantemente. A teoria cognitiva considera a cognição a chave para as perturbações psicológicas. "Cognição" é definida como a função que envolve dedução sobre as experiências e sobre a ocorrência e o controlo de eventos futuros. Esta teoria sugere a importância da percepção fenomenológica das relações entre os acontecimentos, incluindo o processo de identificar e prever relações complexas entre determinados episódios, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança. As distorções cognitivas incluem erros no conteúdo cognitivo (significado), no processamento cognitivo (elaboração de significado), ou em ambos.^{29,52}

As distorções cognitivas, são um conjunto de erros sistemáticos no processamento de informação. Assim, a psicopatologia resulta de significados desadaptativos construídos em relação ao self, ao contexto ambiental (experiência), e ao futuro (objectivos), que juntos são denominados de tríade cognitiva. Cada problemática clínica tem significados desadaptativos

característicos associados com os componentes desta tríade cognitiva e, na depressão, todos os três componentes são interpretados negativamente. Por estilos de coping ou aptidões de confronto, entendem-se os esforços, cognitivos e comportamentais, que o sujeito empreende para dominar, reduzir e tolerar as experiências internas e/ou externas que são criadas pelas situações stressantes.^{29,52,56}

Comorbilidade: conceito e implicações

Este conceito é recente, tendo sido desenvolvido, inicialmente, em medicina interna e definido como "a existência ou o aparecimento de uma outra perturbação qualquer, no curso do evolução clínica de um doente que apresente a doença estudada" (Feinstein, 1970). Mais recentemente outros autores propuseram definições baseadas sobretudo em aspectos metodológicos, como é o caso de Boyd et al. que definiram a comorbilidade como sendo "o risco relativo para um sujeito que apresente uma perturbação em receber o diagnóstico de uma outra perturbação". Em psiquiatria, a evolução deste conceito tem sido lenta, provavelmente devido às dificuldades resultantes da utilização dos sistemas de diagnóstico. Os estudos recentes mostraram, de uma maneira geral, a grande frequência da comorbilidade nos doentes psiquiátricos. Sistemas de classificação mais actuais, fundamentando-se nos resultados dos estudos clínicos e epidemiológicos, acabaram por estabelecer nosografias mais operacionais, revelando não só a importância deste conceito como também tendo criado a necessidade de se proceder à revisão dessas mesmas nosografias.

Em psiquiatria as doenças não são definidas por uma etiologia, como acontece noutras especialidades médicas, mas por agrupamentos sintomáticos.

De todas as perturbações psiquiátricas a depressão é aquela em que o estudo da comorbilidade deu lugar a mais trabalhos. Os resultados desses trabalhos tiveram implicações tanto no domínio clínico como no domínio conceptual e explicativo desse fenómeno. No

domínio clínico, a associação de uma depressão e de uma perturbação ansiosa parece indicar a existência de uma patologia mais severa, uma disfunção psicossocial mais grave, um risco suicidário mais elevado, uma evolução mais crónica e uma pior resposta à terapêutica farmacológica, o que mostra a importância da tomada de consideração da comorbidade em relação ao prognóstico. Mesmo fora de um quadro comórbido, a existência, no curso de uma depressão, por exemplo, de sintomas obsessivos compulsivos, fóbicos ou de ataques de pânico, aumenta o risco de resistência ao tratamento, mesmo que os sujeitos não desenvolvam uma perturbação ansiosa autónoma.^{29,33,90}

Uma breve referência à medicação versus psicoterapia

Tratamento medicamentoso e reflexão

Tem sido frequentemente relatada a utilização, principalmente nos cuidados primários, de antidepressivos tricíclicos em doses muito inferiores às terapêuticamente eficazes.

Nos últimos anos, foram adicionados muitos novos medicamentos aos já existentes visando a diminuição dos efeitos secundários, e as suas interações com outros medicamentos. Clinicamente, a escolha entre os antidepressivos faz-se segundo a sua segurança e a sua tolerabilidade pelo doente.^{24,95} O número de prescrições de antidepressivos duplicou na última década em Portugal, um facto que chegou a ser notícia de primeira página nos jornais. Quais as razões de um aumento tão significativo e de não se conseguir atingir as metas para baixar essas prescrições?

Os mais críticos (e também menos esclarecidos) dirão que a culpa é dos médicos, que, pressionados pela indústria farmacêutica, acabam por prescrever mais antidepressivos. Pessoalmente, não acredito nesta resposta, por ser demasiado simplista e não responder ao aumento exponencial de pedidos de consultas de Psiquiatria e de Medicina Geral e Familiar (MGF) com que temos vindo a ser confrontados nos últimos anos. Pensa-se que existem

vários factores que, em conjunto, contribuem para um aumento do consumo de antidepressivos: actualmente, as pessoas aceitam com maior facilidade pedir ajuda ao psiquiatra, em comparação com o que acontecia há alguns anos atrás. Houve por isso uma diminuição do estigma associado à psiquiatria, que é cada vez mais vista como uma especialidade médica como outra qualquer; Por outro lado, admite-se com maior facilidade que se está deprimido ou que se tem uma disfunção sexual, ou, pelo menos, as pessoas estão mais sensibilizadas para a doença, já que ela é abordada frequentemente pelos vários meios de comunicação social. Estes dois factores levam a que haja um maior número de casos diagnosticados de depressão, com uma consequente maior utilização de antidepressivos para o seu tratamento.^{24,47}

Nos últimos anos, tem havido uma maior atenção e sensibilização para as doenças mentais por parte dos colegas de MGF, detectando-se por isso mais casos que, no passado, em que não eram diagnosticados e muitas vezes se escondiam por detrás de queixas físicas. As inovações terapêuticas nesta área têm sido significativas. O aparecimento de novos antidepressivos, mais seguros e melhor tolerados, acabou por generalizar o seu uso entre os médicos não especialistas. Um outro facto de grande importância ocorreu em 2001, com a publicação no Diário da República da Portaria nº 543, que aumentou a comparticipação nos medicamentos antidepressivos (e também nos antipsicóticos). Esta legislação traduziu um reconhecimento, por parte do Estado, de que as doenças mentais, entre as quais a depressão, necessitavam de um maior apoio e mais atenção. Desta forma, os novos antidepressivos tornaram-se, em termos económicos, mais acessíveis à maioria da população.

A escolha do antidepressivo

Antidepressivos tricíclicos- São eficazes e baratos, mas todos têm efeitos secundários anticolinérgicos relacionados com as doses. Provocam vários graus de sedação, e a hipotensão

postural pode provocar quedas. A lofepramina é relativamente segura em doses excessivas, e quase não tem efeitos secundários anticolinérgicos.

Inibidores selectivos da recaptção da serotonina- Existem actualmente cinco: fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina e citalopram. Todos são não sedativos, e não possuem efeitos anticolinérgicos. Uma grande vantagem de vários deles é a possibilidade de se poder recomendar, para a maior parte dos doentes, uma dose única diária.

Inibidores da monoaminaoxidase- As raras fatalidades verificadas devido a hipertensão, que provocam quando tomados com alimentos que contenham tiramina, exigem que se siga uma dieta restrita, o que os doentes não apreciam. Outros tipos: Moclobemida, Nefazodona, e Velafaxina.

A depressão nos Cuidados Primários:

Como já foi referido atrás, a depressão é a terceira causa de consulta em Medicina Geral e Familiar. Contudo, cerca de metade dos doentes que apresentam depressão major não são identificados como deprimidos na primeira consulta, pelos Médicos de Família que os assistem.^{20,97,99}

Razões que levam os doentes a não mencionar a sua depressão:

- Por timidez.
- Evitar aborrecer o médico.
- Evitar um estigma.
- Evitar a falta de compreensão.
- Por somatização.

Problemas frequentes em Cuidados de Saúde Primários

Em Medicina Geral e Familiar devemos ter presente alguns princípios, que veremos adiante, e que podem estar presentes na amostra recolhida pelo autor, para a elaboração deste trabalho:

1- O que devemos ter em conta em relação ao diagnóstico da depressão

Como já foi referenciado atrás, existe um reiterado consenso no que diz respeito à baixa sensibilidade das consultas de CSP para o diagnóstico da depressão; alguns estudos situam-se à volta dos 35%; no entanto a especificidade é bastante mais alta, cerca de 85%, significando que os médicos de CSP diagnosticam pouco a depressão, mas quando o fazem, fazem-no bem. Dos estudos publicados sobre o diagnóstico das doenças psiquiátricas em CSP, infere-se ainda que, neste campo, se diagnostica mais a ansiedade do que a depressão, quando esta parece ser mais prevalente.³⁹ Estes resultados sugeriram a necessidade dum esforço para aumentar a qualidade do diagnóstico das perturbações mentais em CSP especialmente no que diz respeito, à depressão, bem como em melhorar o seu tratamento psicofarmacológico.

2- O que devemos ter presente em relação ao papel do médico de família no diagnóstico

Só uma pequena percentagem dos doentes com perturbações psíquicas são atendidos, em 1ª linha, por psiquiatras, sendo o diagnóstico e tratamento da depressão da responsabilidade do sector de Cuidados de Saúde Primários (CSP), na maior parte dos países. Calcula-se que só 10% dos pacientes com depressão vêm do psiquiatra. Um terço ou um quarto da procura de um médico de CSP é de natureza psíquica, mas a maioria dos doentes deprimidos continua a ser mal diagnosticada e minimamente tratada. Os médicos não psiquiatras procuram uma causa física para os sintomas do doente, pelo que, o número de doentes subdiagnosticados e, obviamente, sem receber qualquer tipo de tratamento, é considerável. Este tipo de doentes apresenta uma forma crónica de depressão, e apenas em 25% dos casos se trata de um episódio recente. A importância destes dados faz sobressair a grande importância do papel do médico de CSP neste tipo de patologia tão prevalente, muitas vezes como o único receptor e agente terapêutico. Na sua prática diária, os médicos de família deveriam estar mais receptivos para este diagnóstico.^{1,80}

3- O que se deve ter em conta nos critérios de diagnóstico da depressão

A depressão é uma entidade que requer, para o seu diagnóstico (tal como já vimos), a existência de um certo número de critérios, uns considerados centrais ou nucleares, e outros acessórios ou complementares. As complexas classificações e listas de sintomas, às vezes, podem confundir e constituem um obstáculo para um diagnóstico mais que presumível. Devem, sem dúvida, investigar-se os sintomas principais ou nucleares, numa grande percentagem de doentes que acorrem, diariamente, às consultas.

Investigar a existência de:

- A. Fadiga ou cansaço
- B. Alterações do humor (ou tristeza patológica)
- C. Falta de motivação ou de interesses

A presença destes sintomas pode sugerir, com bastante probabilidade, a existência de uma possível depressão, pois a correlação destes sintomas com o diagnóstico é muito comum. Se estes forem acompanhados por, pelo menos, dois dos sintomas complementares (diminuição da atenção e da concentração, falta de confiança em si mesmo, sentimentos de culpa, ideias suicidas, negativismo, alterações do sono e do apetite) durante, pelo menos, duas semanas, o diagnóstico é praticamente seguro.

4- O que devemos ter em conta para facilitar o diagnóstico de depressão

Da parte do médico:

- Formação e conhecimentos sobre depressão, em psiquiatria, psicologia, e em CSP.
- Formação pós-graduada e contínua dos médicos de família, em colaboração com profissionais de psiquiatria (grupos de discussão de casos e supervisão, mestrados em sexologia, grupos Balint, etc).
- Habilidade na entrevista clínica.^{43,98}

Atitudes:

- Empatia - Respeitar os silêncios - Cuidado com os procedimentos não verbais.
- Indagar sobre o ambiente familiar do doente - Mostrar interesse e disponibilidade.

Organização das consultas:

- Mais tempo disponível para o doente - Personalizar o atendimento.
- Dispor de espaços (materiais e de tempo) para trocar impressões com os colegas de outras especialidades, sobre os casos e situações difíceis na prática clínica diária.

5- O que devemos ter em conta na evolução da depressão

No que respeita à evolução da depressão, a primeira palavra chave é a variabilidade, e a segunda a prevenção, especialmente para tentar prevenir o principal perigo da doença, que é o suicídio.

Os principais cursos de evolução da depressão são os seguintes:

- Menos de metade dos doentes apresentam um único episódio.
- Aproximadamente 20% evolui para a cronicidade, com sintomas residuais.
- Entre 5 e 10% apresentam um episódio maníaco.
- Cerca de 15% das pessoas com depressões moderadas ou severas, suicidam-se.²⁷

A história natural da depressão ligeira ou moderada sem tratamento é de 6 a 12 meses (tempo recomendado de duração do tratamento de manutenção). É fulcral não esquecer a importância do tratamento de manutenção durante 4 a 6 meses, mesmo após ausência dos sintomas, para evitar uma recaída.

Factores de mau prognóstico:

- Gravidade clínica • Idade avançada • Sexo feminino • Baixo nível educacional • Fraco apoio social • Comportamentos de alteração da personalidade • Mau funcionamento pró-mórbido
- Consumo de substâncias.

6- O que se deve saber sobre a utilidade dos testes de diagnóstico

Em geral, os testes de diagnóstico servem de apoio para confirmar a suspeita de um diagnóstico de depressão, ajudando-nos a identificar sintomas típicos. Também podem ser de grande utilidade quando se têm dúvidas sobre uma psicopatologia complexa; nestes casos, servem para ordenar a grande confusão de sintomas. Estão à nossa disposição para melhorar a capacidade dos médicos não psiquiatras no diagnóstico de doenças mentais.

Para este fim, contamos com varios tipos de estratégias:

- 1) Programas de formação.
- 2) Questionários/Testes de detecção de perturbações mentais:
 - a) GHQ (General Health Questionnaire de Goldberg) com versões de 60 e 28 itens.
- 3) Testes de diagnóstico:
 - a) PRIME MD (Primary Case Evaluation of Mental Disorders);
 - b) MINI (International Neuropsychiatric Interview).
- 4) Questionários específicos para detectar a depressão, para serem usados em CSP:
 - a) BDI (Beck Depression Inventory), 21 itens;
 - b) HADS (Hamilton Depression Scale), 17 itens;
 - c) SDS (Self rating Depression Scale de Zung), 20 itens;
 - d) GDS (Geriatric Depression Scale), 29 itens.

Todos estes testes podem ser úteis para o médico de família, que os pode usar para fins clínicos e/ou de investigação. Pode revelar-se útil familiarizar-se com alguns deles.

7- O que se deve ter em conta em relação ao suicídio

Lembrar que até cerca de 15% dos doentes pouco deprimidos acabam por se suicidar.

O suicídio não deve ser entendido como uma doença, pois trata-se de um sintoma que pode acompanhar muitas doenças psíquicas (psicoses, esquizofrenia, alcoolismo e depressão, sendo

mais prevalente nestas duas últimas). Não existe um método para poder preveni-lo; o risco está presente em todos os momentos da evolução da depressão, não obstante existirem determinadas acções e situações que aumentam a sua incidência, o que se deve ter em conta. Torna-se, assim, imprescindível, realizar uma avaliação do risco nos doentes deprimidos. A prevenção destas acções, com a ideia fixa da morte, deve ser averiguado durante a entrevista.^{27,98,37}

Risco aumentado de suicídio:

- Homens > 40 anos
- Alcoolismo e/ou doenças com grande componente álgico
- Tentativas prévias
- Plano detalhado do suicídio
- Perdas recentes
- Velhice
- Esquizofrenia
- Personalidade calculista e rígida
- Durante o tratamento farmacológico, quando melhora a inibição e persiste a tristeza.

Atitude recomendada para o médico:

- Não minimizar o risco;
- Evitar transmitir ao doente e à sua família a sua própria angústia ;
- Mostrar interesse e compreensão pela gravidade do caso;
- Deixar de lado a ideia ingénuo de liberdade e de que o doente pode escolher; no momento difícil da depressão é impossível decidir com objectividade.

De qualquer forma, uma vez tendo uma suspeita fundamentada de risco de suicídio, o doente deve ser enviado, com urgência, aos correspondentes serviços psiquiátricos.

Suicídio - Características a avaliar:

- Motivo
- Circunstâncias da tentativa
- Perturbação psiquiátrica
- Problemas que precipitaram a tentativa
- Capacidade para enfrentar os problemas
- Risco

Indicadores de risco:

- Sexo masculino
- Idade >40 anos
- Antecedentes familiares de suicídio
- Desemprego
- Isolamento social
- Nota de suicídio redigido
- Desejo de morrer
- Sem perspectivas de futuro
- Drogas e álcool
- Doença psiquiátrica (perturbação de personalidade, esquizofrenia, depressão).

8- O essencial a ter em conta na distímia

A distímia, a depressão major e a doença bipolar, constituem as perturbações do humor. A distímia trata-se de uma alteração do humor que cursa com falta de ânimo na maior parte dos dias, mas sem a gravidade de um episódio depressivo; a característica fundamental é a sua longa duração, pelo menos dois anos. A sua prevalência estima-se em 3%, sendo frequente em mulheres de meia idade, solteiras e com fracos recursos económicos. Nos seus componentes, tem maior peso os factores socioculturais. É uma situação crónica, e 1 em cada 4 doentes nunca recupera. Os sintomas são parecidos com os de uma depressão, mas sem a intensidade destes. Não só incapacita para as actividades diárias, como o estado de tristeza é comum à maior parte dos dias.

9- O que devemos ter em conta nas perturbações da adaptação

Estas perturbações são muito frequentes em CSP, sendo, erradamente, classificados como processos depressivos ligeiros, distímia ou problemas ansio-depressivos; estima-se a sua frequência em cerca de 13,5% das perturbações mentais nas consultas de CSP.^{43,62} Definem-se como um mal estar subjectivo, acompanhados de alterações emocionais, que interferem com a actividade social e que aparecem no período de adaptação a alguma alteração pessoal ou a um acontecimento vital stressante (AVS). A maior parte das pessoas supera, por si, os

AVS, mas um grupo reduzido, de maior gravidade, sofre como um problema psíquico mais ou menos somatizado. Para o seu diagnóstico é essencial a presença de um agente causador de stress, entre 1 a 3 meses antes do seu aparecimento. Não se consideram problemas adaptativos outros problemas específicos (depressão, ansiedade, luto). O seu tratamento obriga a um apoio de psicoterapia, continuação da observação e, ocasionalmente, de um tranquilizante. Os antidepressivos provaram ser pouco eficazes.

10- Atitude adequada nas causas médicas e farmacológicas da depressão

Perante um doente depressivo, como já vimos, devemos afastar, primeiro, duas causas:

- * Uso de fármacos ou tóxicos que possam originar o quadro.
- * Coexistência de uma doença orgânica.

A depressão pode ser um fenómeno adaptativo - doença, sobretudo se é grave, ou pode ser um sintoma de um processo orgânico.

Numa depressão, é indispensável o exame físico, assim como os exames complementares de diagnóstico.^{98,99}

A depressão orgânica deve ter uma série de características:

- 1) Ausência de episódios depressivos anteriores.
- 2) Ausência de perdas ou mudanças desencadeantes.
- 3) Antecedentes de personalidade normal.
- 4) Situação familiar e pessoal estáveis. Neste caso, é de grande utilidade a história familiar (não esquecer de interrogar acerca de problemas sexuais), para conhecer a sequência dos acontecimentos. Como se sabe, são múltiplas as patologias e os fármacos que podem causar sintomatologia depressiva.^{95,97}

11- O que devemos ter em conta no luto

Muitos autores e correntes psicológicas distinguem o luto e a depressão. Outras escolas não o fazem no essencial. Na literatura médica, são entidades formalmente separadas, embora intimamente unidas ou relacionadas. Existem, contudo, diferenças claramente aceites. O luto é um processo normal, não uma doença que deva ser tratada ou medicada, embora possam existir circunstâncias relativas ao doente (existência de lutos recentes, famílias desorganizadas, antecedentes psiquiátricos, mortes súbitas) que podem transformá-lo num conflito patológico, ou numa situação psiquiátrica que requeira cuidado específico. Os sintomas do luto e da depressão são, em geral, semelhantes, embora menos intensos e mais variáveis no primeiro. Neste caso, o doente sabe muito bem o que perdeu, quando e como. Na depressão nem sempre é assim. A pessoa em luto leva à compaixão, à aproximação e ao consolo, enquanto que o doente deprimido leva ao distanciamento.

12- O que devemos ter em conta na depressão do adolescente

Basicamente, os sintomas de depressão no adolescente são os mesmos que no adulto, mas podem ser menos evidentes. Podem estar mascarados por alterações comportamentais (comportamento anti-social, toxicod dependência, fuga, agressividade, etc.), queixas somáticas, como cefaleias ou dispepsia, em resposta aos factores de stress. Frequentemente, aparecem acompanhados pela mãe, ou um familiar, que o notam mais retraído e isolado, com inibição psicomotora e, nalguns casos, com diminuição do rendimento escolar, ou alterações nos hábitos alimentares, num clima de grande preocupação e sofrimento. O adolescente não aceita que esteja triste ou deprimido como o adulto, o que requer, da parte do médico, o estabelecimento de uma relação de sinceridade e confiança, mostrando-lhe que o pode ajudar. Tudo isto deve ser acompanhado de um respeito pela pessoa do adolescente, sem paternalismos, nem subestimando o seu estado.

13- O que devemos ter em conta na depressão pós-parto

A depressão pós-parto tem uma taxa de incidência de cerca de 10%. Algumas das mulheres deste estudo eram da consulta de Saúde Materna do autor. Contudo, a depressão pós-parto em termos de sintomatologia, evolução, duração e resultados é similar à depressão não psicótica.

A depressão maior, do puerpério é um quadro pouco frequente e aparece duas a três semanas após o parto. É uma depressão típica e duradoura, vivida pela mãe como um fracasso em estabelecer uma adequada relação com o seu filho. A intensidade desta depressão varia, mesmo ao longo do dia, e é acompanhada de uma grande sensação de fadiga. A mãe está irritável com a sua família, tem insónias, está triste e cansada. É frequente uma preocupação exagerada com a saúde do filho, vivendo preocupadamente qualquer banal sintoma ou desconforto do bebé, o que a leva a frequentes visitas ao pediatra. Raramente ocorrem atitudes agressivas em relação ao bebé. É importante distinguir da típica depressão (maternity blue), que acontece ao 3º dia do parto e é mais frequente em primíparas jovens, com duração breve e bom prognóstico, e que se resolve espontaneamente em poucos dias.

14- O que se deve ter em conta ao abordar a depressão, envolvendo a família

Ao abordar a depressão, devemos ter em conta três aspectos fundamentais:

Informar o doente e a sua família acerca da doença. Deve ser uma informação breve e positiva, fazendo-lhes ver que o seu estado vai melhorar com a terapêutica. É conveniente avisá-lo de que deve ter paciência até que surjam os primeiros sinais de melhoria, sobretudo no princípio, por causa dos efeitos iniciais secundários do tratamento com antidepressivos. Insistir que são precisas 3 ou 4 semanas para se começar a notar melhoria.

Chamar a atenção da família para o difícil convívio com o doente deprimido, descuidando o doente e fazendo-os ver que o clima emocional, o negativismo, a irritabilidade e outros estados do doente são consequência da doença.

Nestas fases de adaptação à doença crónica e ao processo terapêutico, a família deve promover o crescimento e diferenciação das pessoas dentro da família, valorizando a criatividade de cada elemento e utilizando o ambiente de tensão e o desafio, ao confronto das pessoas na interacção, recíproca como vias para a mudança e melhoria da interajuda.⁸⁷

Aspectos psicoterapêuticos: atitude do médico na entrevista, programação de consultas periódicas, disponibilidade, evitar frases feitas, tudo isto num ambiente de grande empatia e respeito pelo doente.

15- O que devemos ter em conta na psicoterapia na depressão

Existem técnicas psicoterapêuticas aplicáveis à depressão; há evidências que apoiam a maior efectividade do tratamento combinado (psicoterapia e antidepressivos) versus tratamentos em separado; nas depressões ligeiras também alguns tratamentos psicológicos, como a terapia cognitiva, a terapia baseada na resolução de problemas ou a psicoterapia interpessoal, podem ser tão eficazes como os fármacos, dadas as condições práticas em que os médicos de CSP as desenvolvem; uma prioridade razoável será ter em conta, na grande maioria dos doentes, os fármacos antidepressivos como primeira linha tanto na depressão major, como na distímia ou na depressão persistente. Contudo, a psicoterapia resultante da relação médico-doente, característica do médico de família, é uma poderosa arma que não deve ser nem subestimada nem ignorada. Em caso algum se usará exclusivamente alguma forma de psicoterapia (para o que deve estar devidamente preparado) como tratamento em formas de depressão ligeira. Recordar que o médico de família não é um psicoterapeuta, mas o seu trabalho privilegiado junto dos utentes pode ter importantes consequências psicoterapêuticas, especialmente na relação médico-doente.^{56,58}

Referenciação

Deve haver uma reflexão acerca da iatrogenização destes doentes e sua consequência a nível da sexualidade. Muitas das doenças depressivas de todos os tipos são tratadas com êxito nos cuidados primários. As razões para a referenciação de doentes deprimidos a uma equipa de saúde mental são: o facto da condição ser severa, dela não responder ao tratamento, de ser complicada por outros factores (tais como perturbação da personalidade), ou de apresentar riscos particulares, como ideação suicida.^{37,62,97}

“O cérebro é o meu segundo órgão favorito”
Woody Allen

DISFUNÇÕES SEXUAIS

As disfunções sexuais (DS) são as situações mais prevalentes e as que mais encontramos a nível de Cuidados de Saúde Primários e nas que mais facilmente podemos intervir.

CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Actualmente, a classificação e o diagnóstico das disfunções sexuais encontra-se no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA, 2002)⁶ e na Classificação Internacional de Doenças (CID)⁶⁸ da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), com objectivo na convergência dos critérios de classificação.

Segundo o DSM-IV-TR, as disfunções sexuais caracterizam-se por perturbações relacionadas com o desejo sexual e por alterações psicofisiológicas do ciclo de resposta sexual ou na dor que se associa à relação sexual e que promovem mal estar e dificuldades de relacionamento interpessoal.

Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR(1994) para as Disfunções Sexuais

- ❑ Perturbações do desejo
 - Desejo sexual hipoactivo
 - Aversão sexual
- ❑ Perturbação da fase de excitação
 - Perturbação da excitação na mulher
 - Disfunção erétil no homem

- ❑ Perturbações do orgasmo
 - Perturbações do orgasmo na mulher
 - Perturbações do orgasmo no homem
 - Ejaculação precoce
- ❑ Perturbação de dor sexual mulher
 - Vaginismo
 - Dispareunia
 - Dor sexual não coital
- ❑ Perturbação de dor sexual homem
 - Ereções dolorosas
 - Ejaculações dolorosas (odinorgasmia)
 - Síndrome doloroso pós ejaculação

O início da disfunção sexual, pode ser indicado por um dos seguintes subtipos:

- Tipo ao Longo da Vida. Este subtipo caracteriza as disfunções sexuais que permanecem desde o início do funcionamento sexual;
- Tipo Adquirido. Este subtipo caracteriza a disfunção sexual que inicia o seu desenvolvimento após um período de funcionamento sexual normal.

O contexto em que a disfunção sexual ocorre ainda pode ser indicado pelos seguintes subtipos:

- Tipo Generalizado. Este subtipo caracteriza a disfunção sexual não circunscrita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros;
- Tipo Situacional. Este subtipo caracteriza a disfunção sexual que está limitada a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros. A especificidade de ocorrência da disfunção sexual, poderá auxiliar o diagnóstico diferencial.

O diagnóstico da presença de uma disfunção sexual, deve ter em consideração a caracterização étnica, religiosa, sócio-cultural e de género do sujeito, na influência do desejo sexual, atitudes e expectativas relativas ao desempenho.

A disfunção sexual ainda pode ser secundária a um estado físico geral:

- No quadro clínico predomina uma disfunção sexual clinicamente significativa que resulta em acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal.
- Existe evidência da história, exame somático ou exames laboratoriais de que a disfunção sexual é explicada inteiramente pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.
- A perturbação não se explica melhor por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação depressiva major).

No diagnóstico devem ser especificados o código e a designação com base na disfunção sexual predominante.

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

As classificações das disfunções sexuais femininas serão referidas seguidamente

Classificação comparada ICD-10 e DSM- IV

Critérios de diagnóstico da CID-10 para as Disfunções Sexuais femininas

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

A disfunção sexual cobre os vários modos nos quais um indivíduo é incapaz de participar de um relacionamento sexual como desejaria. Pode haver falta de interesse, falta de prazer ou falha das respostas fisiológicas necessárias para a interacção sexual efectiva ou incapacidade de controlar ou experimentar orgasmo.

F52.0 Falta ou perda de desejo sexual

Perda de desejo sexual é o problema principal e não é secundária a outras dificuldades sexuais, tais como a dispareunia. Falta de desejo sexual não impossibilita prazer ou excitação sexual, mas torna a iniciação de actividade sexual menos provável.

F52.1 Aversão sexual e falta de prazer sexual

F52.10 Aversão sexual

A perspectiva de interacção sexual com um parceiro é associada a fortes sentimentos negativos e produz medo ou ansiedade suficientes para que a actividade sexual seja evitada.

F52.11 Falta de prazer sexual

As respostas sexuais ocorrem normalmente e o orgasmo é experimentado, mas há uma falta de prazer apropriado. Esta queixa é muito mais comum em mulheres que em homens.

F52.2 Falha de resposta genital

Em mulheres, o problema principal é o ressecamento vaginal ou falha de lubrificação.

F52.3 Disfunção orgásmica

O orgasmo não ocorre ou está marcadamente retardado. A disfunção orgásmica é mais comum em mulheres do que em homens.

F52.5 Vaginismo não-orgânico

Espasmo dos músculos que circundam a vagina, causando a oclusão da abertura vaginal. A penetração do pénis é impossível ou dolorosa.

Vaginismo pode ser uma reacção secundária a alguma causa local de dor, caso no qual esta categoria não deve ser usada.

F52.6 Dispareunia não-orgânica

Dispareunia (dor durante o coito) ocorre tanto em mulheres como em homens. Esta categoria deve ser usada somente se não há outra disfunção sexual mais primária (vaginismo, ou ressecamento vaginal).

F52.7 Impulso sexual excessivo

Ambos, homens e mulheres, podem ocasionalmente queixar-se de impulso sexual excessivo como um problema por si só, usualmente durante o final da adolescência ou início da idade adulta.

F52.8 Outras disfunções sexuais, não causadas por transtorno ou doença orgânica

F52.9 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica, não especificada

Nota: Adaptada de *World Health Organization* (1992).

Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR para as Disfunções Sexuais femininas

Perturbações do desejo sexual

302.71 Desejo sexual hipoactivo

Desejo de actividade sexual e fantasias sexuais persistentemente ou recorrentemente deficientes (ou ausentes). O juízo de deficiência ou ausência é feito pelo clínico, tendo em consideração factores que afectam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida da pessoa.

302.79 Aversão sexual

Aversão extrema persistente ou recorrente a, e evitamento de, todo (ou quase todo) o contacto sexual genital com um parceiro sexual.

Perturbações da excitação sexual

302.72 Perturbação da excitação sexual na mulher

Incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a actividade sexual, uma adequada resposta de lubrificação-entumescimento da excitação sexual.

Perturbações do orgasmo

302.73 Perturbação do orgasmo na mulher

Atraso ou ausência de orgasmo, persistente ou recorrente, a seguir a uma fase de excitação sexual normal. As mulheres exibem uma grande variabilidade no tipo ou intensidade da estimulação que desencadeia o orgasmo. O diagnóstico de Perturbação do Orgasmo na Mulher deverá basear-se no juízo clínico de que a capacidade de orgasmo da mulher é menor do que seria razoável para a sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe.

Perturbações de dor sexual

302.76 Dispareunia (não devida a um estado físico geral)

Dor genital persistente ou recorrente associada à actividade sexual, quer no homem quer na mulher.

306.51 Vaginismo (não devido a um estado físico geral)

Espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina que interfere com o acto sexual.

Perturbação sexual sem outra especificação

302.70 Disfunção sexual sem outra especificação.

Esta categoria integra disfunções sexuais que não preenchem os critérios de diagnóstico para qualquer disfunção sexual específica.

Nota: Adaptada de *American Psychiatric Association* (2002).

Não obstante, a tendência para a uniformização nos critérios de classificação entre DSM e ICD, o ICD-10 apresenta divergências na designação de categorias classificativas das disfunções sexuais, referentes às fases do ciclo de resposta sexual. A referência é feita às divergências de ausência ou perda de desejo sexual (OMS) versus perturbação do desejo sexual hipoactivo (DSM); falha da resposta genital (OMS) versus perturbação da excitação sexual na mulher (DSM); disfunção orgásmica (OMS) versus perturbação do orgasmo na mulher (DSM). A classificação ICD-10 acrescenta ainda os critérios de ausência de prazer sexual, que contribuem para a integração das sensações de prazer subjectivo na resposta sexual e a inclusão do desejo sexual excessivo. Na ICD-10 (OMS), a definição de disfunção sexual cobre as várias formas nas quais o indivíduo está impossibilitado de participar num relacionamento sexual como ele ou ela gostariam e representa a existência de um mal estar subjectivo inerente à disfunção sexual. Os factores etiológicos estão caracterizados por subtipos psicológico, orgânico, misto e incerto.

De acordo com ICD-10 (WHO, 1992), a disfunção sexual refere-se à incapacidade de "participar numa relação sexual como se gostaria". Esta disfunção exprime-se de várias formas: no homem como uma insuficiência mantida do interesse e/ou da performance sexual e na mulher pela qualidade repetidamente insatisfatória da experiência. O que é encarado como relação sexual normal, depende, em parte, das expectativas das duas pessoas envolvidas.

Critérios de Diagnóstico da Conferência para o Desenvolvimento de Consenso Internacional sobre as Disfunções Sexuais Femininas (Basson 2000, 2001)

❑ Perturbações do desejo sexual

- Perturbação do desejo sexual hipoactivo

Persistente ou recorrente deficiência (ou ausência) de fantasias/pensamentos sexuais, e/ou desejo de ou receptividade a actividade sexual, que causa mal-estar pessoal.

- Perturbação da Aversão sexual

Persistente ou recorrente aversão fóbica e evitamento de contacto sexual com um parceiro sexual, que causa mal-estar pessoal.

❑ Perturbação da excitação sexual

Persistente ou recorrente incapacidade para atingir ou manter excitação sexual, causando mal-estar pessoal, que pode ser expressa pela ausência de excitação subjectiva, ou resposta genital (lubrificação/entumescimento) ou outras respostas somáticas.

❑ Perturbação do orgasmo

Persistente ou recorrente dificuldade, atraso ou ausência de orgasmo, após estimulação sexual suficiente e excitação, causando mal-estar pessoal.

❑ Perturbação da dor sexual

- Dispareunia

Recorrente ou persistente dor genital associada a penetração vaginal, que causa mal-estar pessoal.

- Vaginismo

Recorrente ou persistente espasmo involuntário da musculatura do terço exterior da vagina que interfere a penetração vaginal, que causa mal-estar pessoal.

- Perturbação da dor sexual não coital

Recorrente ou persistente dor genital induzida por estimulação sexual não coital, que causa mal-estar pessoal.

No diagnóstico devem ser especificados os subtipos de etiologia adequados a cada um dos problemas.

A necessidade de desenvolver um sistema de classificação consensual das disfunções sexuais femininas, levou a uma nova proposta do Primeiro Painel de Desenvolvimento Consensual, sobre as Disfunções Sexuais Femininas, elaborado pelo Sexual Function Health Council da Fundação Americana das Doenças Urológicas. Esta proposta assinala a dependência entre os critérios dos manuais de diagnóstico e o ciclo de resposta sexual, separando as disfunções sexuais de etiologia psicogénica e combinada das disfunções sexuais devidas a um estado físico geral ou ao consumo de substâncias. Assim, as variáveis de etiologia psicogénica e orgânica das disfunções sexuais estão incluídas nesta proposta de classificação.

As propostas sobre o novo sistema de classificação incluem a ausência de receptividade à actividade sexual na definição de desejo sexual hipoactivo e acrescentam a ausência de excitação sexual subjectiva de forma a incorporar as dimensões subjectivas e não genitais na perturbação da excitação sexual.

Uma nova categoria de perturbação da dor sexual foi introduzida e inclui a persistente ou recorrente dor genital induzida por estimulação sexual não coital.

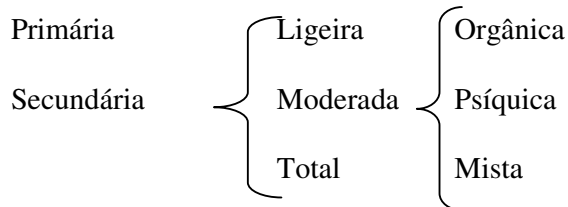
A falta de consenso reside na possibilidade de clivagem entre as respostas emocional e fisiológica referente às mulheres que apesar de apresentarem respostas de excitação e orgasmo funcionais, não sentem prazer no decurso da actividade sexual.

Existe outra classificação baseada no DSM-IV e na clínica:²⁹

1 Perturbação do desejo

- Desejo sexual hipoactivo
- Desejo sexual hiperactivo

2 Disfunção de erecção



3 Disfunção da ejaculação

- Ejaculação precoce
- Ejaculação babante
- Ejaculação retrogada
- Ejaculação retrógada
- Anejaculação

4 Perturbações do orgasmo

- Sensibilidade diminuída
- Anorgasmia

ETIOLOGIA

Kaplan descreve as causas imediatas das disfunções sexuais como surgindo de um ambiente anti-erótico destrutivo, causado pelo casal. Pechorro⁷⁶ refere também essas causas :

- O evitamento ou falha do casal em desenvolver o comportamento sexual que é excitante e estimulante para os dois;
- A ansiedade sexual;

- A tendência para construir defesas perceptuais e intelectuais contra o prazer erótico, gerando conflitos bloqueadores;
- Falha do casal em partilhar, abertamente e sem culpa, os seus desejos, sentimentos e respostas sexuais.

Os factores etiológicos associados à disfunção sexual (de acordo com as classificações atrás descritas):

- Secundário a factores psicológicos. Caracteriza-se pela presença de factores psicológicos no desempenho com um papel relevante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e em que o estado físico geral ou a indução de substâncias, não estão implicados na etiologia da disfunção sexual;
- Secundário a factores combinados. Caracteriza-se pela presença de factores psicológicos no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e em que o estado físico geral ou a utilização de substâncias (incluindo os efeitos colaterais da medicação), contribuem na etiopatogenia da disfunção sexual. Diagnostica-se disfunção sexual secundária a um estado físico geral e/ou disfunção sexual induzida por substâncias.

As disfunções sexuais podem assim resultar, de problemas orgânicos (apenas em 5 a 10% dos casos), de conflitos intrapsíquicos ou interpessoais ou de uma combinação de ambos. O comportamento sexual, e a resposta sexual em concreto, é muito frágil ante situações de ansiedade - com efeito, a ansiedade supõe uma activação do sistema nervoso autónomo o que, em grande medida, é incompatível com o desenrolar de respostas como a erecção e a lubrificação vaginal - e esta, por sua vez, tem origem em muitos factores que são exemplo os temores e os preconceitos sexuais, a falta de comunicação e as expectativas sobre a própria capacidade sexual.^{45,46,76}

PREVALÊNCIA

Os poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência das disfunções sexuais, representam variabilidade considerável nos métodos de avaliação, definições e características das amostras. Um estudo americano, sobre as estimativas de prevalência de diversas queixas sexuais em mulheres, entre os 18 aos 59 anos de idade, sugere 15% para a dispareunia, 24% para problemas do orgasmo, 33% para desejo sexual hipoactivo, 19% para problemas da excitação sexual.^{29,31,33}

Em Portugal, Pedro Nobre verificou numa amostra clínica de 47 mulheres com diagnóstico de disfunção sexual, com idade média de 29 anos, maior prevalência para desejo sexual hipoactivo com 40,4% e perturbação do orgasmo com 24,3%, seguidos de vaginismo com 25,5%, problemas de orgasmo com 21,3%, excitação com 4,3% e dispareunia com 6,4%.

Na amostra da população geral com 263 mulheres e uma média de idades de 31 anos, a maior prevalência é atribuída ao desejo sexual hipoactivo com 47,8%, problemas de orgasmo com 32,8%, excitação subjectiva com 16,1%, dificuldades de lubrificação com 12%, dispareunia com 13%, e vaginismo com 6,6%.⁶⁶

Resultados idênticos estão no estudo, realizado por Pedro Pechorro, com 152 mulheres de idades entre os 26 e os 70 anos, onde as dificuldades sexuais de maior prevalência foram atribuídas ao desejo sexual hipoactivo com 53,3% e perturbação do orgasmo com 24,3%, seguidos de insatisfação sexual 21,7%, problemas de excitação 20,4%, e lubrificação 19,1%.⁷⁶

Recentemente com a utilização do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI), na ordem decrescente dos problemas de resposta sexual, aparece em primeiro lugar o desejo, a excitação, o orgasmo, a lubrificação, a dispareunia e a insatisfação sexual.

A frequência das disfunções sexuais é, provavelmente alta, mas não se conhecem números exactos. Por exemplo, Frank et al. (1978) encontraram que, em matrimónios relativamente

estáveis 40% dos homens e 60% das mulheres apresentavam algum tipo de disfunção. Estima-se que 20% da população tenha uma inibição do desejo sexual, ocorrendo esta afecção mais frequentemente na mulher do que no homem.^{8,29,31,33}

OS PROBLEMAS SEXUAIS NA PRÁTICA CLÍNICA

Talvez a mudança mais significativa dos tempos modernos seja a de os casais procurarem ajuda cada vez mais cedo (quer quanto à idade do casal, quer quanto ao tempo de duração da relação).

Vejamos, por ordem de frequência, como os problemas sexuais se apresentam na clínica numa consulta de sexologia, segundo Allen Gomes e Palha, e confirmadas pelo autor, na sua curta experiência, na consulta do Prof. Rui Xavier Vieira, no Hospital S. Maria.^{23,29,31,64,71,72,73,94}

- Em primeiro lugar temos as disfunções sexuais. São alterações que podem surgir nas várias fases da resposta sexual, desejo, excitação e orgasmo, que podem acontecer em homens e mulheres. Trata-se de pessoas que:
- não lhes apetece ter actividade sexual;
 - lhes apetece mas não se excitam;
 - ou ainda as que, embora lhes apetece e se excitando, não conseguem atingir o orgasmo, ou o atingem cedo demais (caso dos homens com ejaculação prematura).

Nas mulheres há ainda um outro tipo de disfunções, as dolorosas: dispareunia (dor quando têm relações sexuais) e vaginismo (quando o medo da dor desencadeia uma contracção espasmódica dos músculos perivaginais, impedindo a penetração), que abordarei adiante. Mas atenção: há fases da vida em que, a maior parte das pessoas, pode apresentar uma ou outra destas alterações, o que não constitui um problema, sendo apenas uma situação passageira.

Para serem consideradas disfunções as alterações apresentadas têm que ser persistentes ou recorrentes e provocarem sofrimento pessoal ou relacional.

- ❑ Problemas relacionados com a orientação sexual. São pessoas que se sentem confusas ou desconfortáveis em relação à orientação do seu desejo sexual. A consulta de sexologia é um espaço que oferece as condições indispensáveis de neutralidade e tranquilidade para se esclarecer e assumir a sua sexualidade.
- ❑ Perturbações da identidade sexual. A transexualidade é a situação mais frequente. É um problema multidisciplinar, por excelência. Exige a colaboração de sexólogos, endocrinologistas, andrologistas e cirurgiões plásticos, para além do indispensável aconselhamento jurídico.
- ❑ Parafilias (popularmente designadas por taras sexuais): Englobam situações como o fetichismo, exibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, sadomasoquismo, pedofilia, etc. São os problemas menos frequentes, mais complexos, e de resolução mais difícil. Pode-se dizer que, na maioria das vezes, estas pessoas só procuram ajuda quando o seu comportamento sexual entra em confronto com a lei, ou quando são as parceiras (as parafilias são um problema maioritariamente masculino) a pressionar para pedirem ajuda.
- ❑ Finalmente, refere-se um número importante de situações que não se enquadram no âmbito das patologias. Constituem aquelas situações que se designam por desajustamentos e desapontamentos sexuais e que têm a ver com a vivência da conjugalidade.

Evolução dos sintomas nas consultas.

As diferenças que se tem vindo a constatar em relação aos problemas sexuais apresentados pelas pessoas que solicitam ajuda nestas consultas são curiosas. Até aos anos 90, as dificuldades em obter excitação e atingir o orgasmo, eram as principais queixas femininas, enquanto nos homens predominavam a ejaculação prematura e a disfunção erétil em

indivíduos jovens. A partir dos anos 90, tem vindo a assistir-se a um aumento progressivo de pessoas a queixarem-se de ausência ou diminuição acentuada do seu desejo sexual. Esta constatação clínica é coerente com os dados obtidos pelos inquéritos sobre comportamento sexual dirigidos à população geral, em que na população disfuncional, 33% das mulheres e 16% dos homens apresentam um desejo sexual claramente deficitário. Esta disfunção sexual tem uma característica única e, ao mesmo tempo, estranha: uma pessoa com ausência ou diminuição do seu desejo sexual é capaz de se excitar e ter orgasmo, só que não lhe apetece, ou seja, é funcional mas não lhe apetece funcionar!^{29,31,32,33}

Para se compreender este problema, Leiblum e Rosen, como já foi referido, definem desejo como um estado de sentimento subjectivo que pode ser despertado por estímulos internos e externos, podendo resultar, ou não, em comportamento sexual. Portanto, é a força psicobiológica que tende a produzir o comportamento sexual. O desejo precede e acompanha a excitação sexual, muitas vezes mediada por visualizações que variam desde vagas imagens a bem desenhadas fantasias - estímulos internos. Outras vezes, é despertado, por estímulos externos - físicos ou emocionais. Biologicamente está dependente, nos dois sexos, dos níveis sanguíneos de testosterona. É, pois, simultaneamente um processo cognitivo, emocional e corporal. A dificuldade reside em avaliar, em cada pessoa, quais as quantidades necessárias destes ingredientes para determinar um excesso ou uma deficiência do desejo sexual. Um dado adquirido é que o desejo diminuirá com a idade, embora seja impossível apontar os factores responsáveis por esta diminuição.^{29,31,33,48,100}

A evolução da sexualidade feminina e masculina - Algumas considerações

Com o aparecimento da contracepção (pílula), da erotização das artes, dos espectáculos e da literatura começou a existir uma nova consciência feminina e um maior convívio de jovens de ambos os sexos. Nos anos 60, a mudança de vestuário, o automóvel e o cinema impellem a

sociedade para uma liberdade sexual, com uma independência económica e pessoal a todos os níveis por parte da mulher, com uma valorização do prazer sexual.

Na actualidade, o aparecimento dos computadores e da Internet, associado ao grande poder da imprensa, essa valorização da independência do prazer sexual feminino é altamente preponderante.^{51,61}

A sexualidade feminina é submetida a maiores restrições, é menos genitalizada e desenvolve-se num contexto mais afectivo. Daí que o ritmo do seu desejo obedeça a vicissitudes dos relacionamentos afectivos, o que se traduzirá por maiores variações na frequência ou intensidade da sua apetência sexual. Mas não se pode esquecer que desejo não é sinónimo de comportamento sexual.⁵⁰

A sexualidade da mulher pode incluir o contacto genital com alguém ou não. Não precisa de um parceiro, ou de uma relação significativa para estar em contacto com a sua sexualidade. Pode nem sequer precisar do orgasmo ou do toque físico. A sabedoria corporal de cada mulher dita o que se lhe ajusta sexualmente. Na sociedade de hoje, a prevalência do sexo e da dependência das relações, a ausência de auto-estima e o medo do abandono parecem impedir a capacidade da mulher de escutar a sabedoria e as mensagens do seu corpo. Por vezes, o que a mulher deseja sexualmente pode estar bem longe, daquilo que a nossa cultura considera normal nas mulheres - pode até representar aquilo que culturalmente é considerado normal num homem.

As mulheres são educadas de forma a sentirem que só merecem o prazer sexual se tiverem um determinado aspecto ou um determinado peso. Para além disso, ensinam-lhes que a sexualidade feminina e a procriação são duas coisas distintas - embora uma possa levar à outra.^{3,4,61,63}

Também é usual afirmar que o desejo sexual é mais frequente no homem do que na mulher. Beck, num estudo recente que envolveu universitários de ambos os sexos, constatou que 91% dos homens e 52% das mulheres, experimentava desejo sexual várias vezes por semana. O processo educativo sexual, nas nossas sociedades, continua a obedecer a um duplo padrão.

No estudo de Beck, 82% das mulheres e 60% dos homens, afirmaram ter relações sexuais sem desejo. Comparando os dados da frequência do desejo e do comportamento expresso concluiu-se que há muito desejo sem sexo e muito sexo sem desejo. O que vem de encontro ao que há anos se tem vindo a afirmar - na maioria das vezes não se faz sexo quando se quer, mas sim quando se pode!

O casamento, ou as uniões de facto, caracterizam-se por duas pessoas se unirem num projecto comum, mas com os antecedentes pessoais mais diversos. É o afecto e a atracção sexual, vulgo amor, que determina a sua união, ou seja, passam a coabitar, pessoas que, muitas vezes, a única coisa que têm em comum são os sentimentos que nutrem um pelo outro. Allen Gomes refere com ironia, que um dos defeitos do nosso processo educativo é a deserotização dos amigos, o que significa que nos apaixonamos pelo inimigo ou, de outra forma: escolhemos para maridos, e mulheres, pessoas que não escolheríamos para amigos.^{29,31,32,33,100}

Na primeira metade do século XX, há um processo de mudança de mentalidades que valoriza positivamente a sexualidade feminina, pela integração do erotismo no amor romântico e na esfera conjugal. Curiosamente e de um ponto de vista científico, já Egas Moniz em 1913 afirma que não existe amor sem desejo e sensualidade, diferenciando assim amor de amizade. O instinto sexual é predominantemente masculino e a mulher tem essencialmente um instinto maternal e protector, cabendo ao homem despertar na mulher essa sensualidade.

A fragilidade feminina, para o homem, sempre teve um carácter erótico, porque faz crescer nele a emoção de ser forte, de poder ajudar, guiar, possuir. A beleza feminina tem algo de

terno, de mórbido, de infantil. Esta delicadeza, no homem inseguro, também se torna fonte de ciúme, porque lhe parece um sintoma de ligeireza moral. Nada disto acontece com a mulher enérgica, segura de si, que se exhibe sem receio. Mesmo que muito bela, este tipo de mulher é menos atraente do que o primeiro. A sua força, a sua agressividade, a sua segurança, não suscitam aquela ternura lânguida tão importante para o erotismo do macho.^{2,4,32,100}

Como refere a Prof. Maria Céu Machado, “para uma mulher ser chefe, uma mulher deve pensar como um homem, trabalhar como um cavalo e comportar-se como uma senhora; para um homem ser médico, um homem deve pensar como uma mulher, estudar como uma adolescente e comportar-se como uma minoria desfavorecida”.

Simone de Beauvoir escreveu páginas escaldantes sobre a necessidade que a mulher tem de ter o amado, fisicamente junto de si. “A ausência, escreve, é sempre uma tortura... mesmo sentado a seu lado, enquanto escreve, ele abandona-a, trai-a”. Beauvoir e as feministas explicam este comportamento com o facto de a mulher ser obrigada, pela condição social à passividade. Só o homem é activo. A mulher procura então, através do amor, englobar a actividade do homem para poder estar no seu mundo. Procura a fusão com ele, para fugir da sua limitação. Quando ele se vai embora, quando a deixa, sente-se perdida. Porque sem ele, não é nada. Mas este estado de coisas - segundo Beauvoir - destina-se a desaparecer quando, também, a mulher tiver conquistado a sua autonomia e a sua actividade. Então, mesmo que o homem esteja longe, não se sente vazia.

De facto, a condição histórica da mulher tem, um peso relevante na sua reacção excessiva pelo desinteresse do homem. Uma mulher, com a sua actividade, vontade e uma profissão, não se sente aniquilada se o seu amado dorme ou parte para uma viagem e se a necessidade de intimidade, de vizinhança, de continuidade falha.

Quando se analisam estudos clínicos, há ainda diferenças entre homens e mulheres que se revelam muito interessantes. Os homens são significativamente mais velhos (média de 50 anos) do que as mulheres (média de 30 anos) e estas apresentam maiores níveis de stress e de insatisfação conjugal. Num primeiro olhar, estas diferenças parecem indicar que o desejo masculino é mais influenciado por factores biológicos e o feminino por factores psicossociais. Mas também é possível que os homens minimizem os factores psicossociais, enquanto as mulheres os hipervalorizam.^{4,32,53,63,85}

DISFUNÇÃO SEXUAL E DEPRESSÃO (doença crónica)

Na abordagem da sexualidade da mulher com doença crónica, Lisa Vicente, faz referência a três vertentes que se correlacionam entre si: a aprendizagem afectivo-sexual que determina a forma como a mulher se sente e se relaciona; o ajustamento de uma nova identidade perante o diagnóstico de doença crónica, favorecendo o desequilíbrio do auto-conceito e da auto-imagem e, as consequências biológicas e psico-sociais da doença.^{74,92}

A doença crónica, representa um factor de risco acrescido ao aparecimento de problemas sexuais. Segundo Abrantes e de acordo com o modelo adaptado de Bancroft, a doença crónica, interfere na sexualidade através de consequências físicas e psico-sociais, inerentes à própria doença e resultantes do processo terapêutico.^{9,10,29,74}

Determinantes psico-sociais.

Os factores psicológicos, estão relacionados com a aquisição da aprendizagem afectivo-sexual, tipo de relacionamentos anteriormente experienciados, experiências traumáticas, atitudes e crenças do indivíduo face à sexualidade e relacionamento conjugal, condicionando as suas experiências presentes. As características de personalidade e as variáveis de estados ou traço emocional como a depressão, o stress e a ansiedade, condicionam a resposta sexual.^{39,42}

O diagnóstico de uma doença crónica, no caso particular da depressão, pressupõe todo um processo de adaptação psicológica à doença, com o recurso a estratégias de coping ou em sua ausência, através da utilização de mecanismos defensivos, influentes no exercício da manutenção de uma actividade sexual satisfatória. Na incapacidade de lidar com a nova identidade, em contexto pessoal e social, será de prever o aparecimento de efeitos psicológicos da doença em contexto relacional, que influenciam a dinâmica familiar e afectivo-sexual do casal, em consequência da dependência dos cuidados inerentes à própria doença. A esta difícil adaptação facilmente correspondem baixos sentimentos de auto-conceito e consequente auto-estima, possíveis determinantes do desconforto e deserotização sexual.^{41,42,44}

Partindo do pressuposto que os problemas sexuais advêm do mal-estar provocado pela doença, devemos abordar o papel das reacções emocionais na precipitação de problemas sexuais. Na fase aguda da doença crónica, será compreensível que as preocupações da influência da doença e do tratamento na sexualidade do paciente sejam relevadas para segundo plano, em detrimento da necessidade de sobrevivência do doente, perante a nova identidade da doença. A este nível, a sexualidade estará comprometida, com a interferência dos factores emocionais associados à percepção da doença. Apenas no início da fase de recuperação, são tomadas medidas na retoma de uma actividade sexual saudável. Os períodos de agravamento da doença, o surgimento de novas complicações ou as dificuldades na gestão do processo terapêutico e de controlo da doença, motivam o reaparecimento dos factores emocionais e seu desfavorável impacto na sexualidade do doente.⁷⁴

Abrantes destaca sete variáveis que caracterizam o diagnóstico e processo de uma doença crónica na sua relação com a sexualidade: 1) a ansiedade interage negativamente nas várias fases da resposta sexual, sob a forma de esquemas disfuncionais, pensamentos automáticos e

crenças associados a sensações e receios, relativos à doença que ocupam a vivência sexual do paciente; 2) na negação da doença por parte do doente estará subjacente a negligência terapêutica. A negação da sua sexualidade, poderá resultar num comportamento de negação da sua insatisfação sexual ou na negação da conquista do prazer sexual; 3) a revolta do indivíduo contra um novo percurso com identificação de doença crónica, contra si próprio ou contra outrem, poderá assumir consequências na sua sexualidade; 4) a depressão pode aparecer na maior parte dos doentes com doença crónica. Os doentes podem apresentar modificações no estado de humor, na ausência do controlo dos acontecimentos relativos à doença, das alterações decorrentes do processo terapêutico e das suas limitações no desenvolvimento determinadas actividades que lhes sejam particularmente gratificantes; 5) o conflito com a doença crónica, pode provocar no indivíduo um estado de isolamento em consequência do sofrimento centrado sobre si próprio, circunscrito às suas limitações e permitindo o desinvestimento na inter-relação com o outro; 6) o estigma da doença crónica poderá permitir a projecção no outro da imagem que se percebe e sente sobre si próprio. O indivíduo ao não se sentir atraente e desejado, poderá transferir para o outro a sua apreciação, dando-lhe sentimentos de pena na justificação de uma aproximação sexual ou poderá atribuir à patologia crónica, a causa de problemas sexuais anteriores à doença; 7) a aceitação passiva da doença crónica, promove no paciente o sentimento de anulação perante inevitabilidade da doença. O vazio de expectativas e objectivos, provoca um obstáculo à continuidade da actividade sexual.^{29,74,39,42}

As crenças sexuais e o funcionamento sexual.

As variáveis socioculturais de educação e estatuto sócio-económico, influenciam também, os padrões de crenças e atitudes dos indivíduos, sujeitos às normas que a sociedade determina como adequadas para o relacionamento sexual.

Ainda, numa perspectiva, psico-socio-cultural, os mitos e as crenças de auto-restrição, associados à doença e à sexualidade, exercem um papel fundamental no processo de adaptação a uma nova identidade. De facto, a estigmatização da doença crónica, não se anula com a evolução de um modelo de sexualidade, centrado no prazer e nos afectos em detrimento do anterior modelo reprodutivo. No recente modelo, atribuído essencialmente ao jovem, esbelto e vigoroso, não há lugar para o doente crónico ao qual se empresta uma irrefutável deterioração fisiológica, no alimento de falsas crenças a respeito da doença e da sexualidade.^{50,61,76}

Segundo Aron Beck existem dois tipos de crenças disfuncionais: As crenças incondicionais estão associados a uma idealização negativa do próprio e na sua relação com os outros e com o mundo que o rodeia, funcionam de forma automática e de difícil acesso à consciência; as crenças condicionais que resultam da aprendizagem e experiência sócio-culturais, são responsáveis pela activação de esquemas cognitivos que determinam a forma como os sujeitos atribuem significado aos estímulos sexuais apresentados, sob a manifestação de pensamentos automáticos e emoções negativas influentes na resposta sexual. As crenças sexuais disfuncionais são representadas por mitos ou ideias desadequadas sobre sexualidade que podem conduzir ao aparecimento e manutenção dos problemas sexuais.

Na identificação dos mitos sobre a sexualidade feminina, Hawton, apresentou um padrão de mitos de valoração repressiva para a mulher. Foram também identificadas um conjunto de crenças sexuais sobre conservadorismo sexual, idade e beleza física na atracção sexual e crenças relativas às exigências de desempenho. A erotofobia, manifestada por respostas de afecto negativo a estímulos sexuais está também associada a problemas sexuais.^{19,66,67,76}

Nos estudos realizados com o conjunto de crenças sexuais desenvolvido por Pedro Nobre, verificou-se que as mulheres com problemas sexuais apresentavam maior número de crenças

sexuais disfuncionais e diferenças estatisticamente significativas nas crenças relativas ao papel da idade, relacionados essencialmente com as perturbações do desejo e dor sexual e as crenças imagem corporal e belezas físicas relacionados com a satisfação sexual. Verificaram-se também diferenças, apesar de não estatisticamente significativas sobre crenças de conservadorismo sexual e do sexo como pecado o que leva os autores a concluir que estas crenças possam estar associadas a apenas alguns problemas sexuais, nomeadamente os problemas de desejo sexual, excluindo perturbações do orgasmo ou dor sexual. As crenças sobre a primazia do afecto e maternidade não diferiram da população de controlo, não confirmando os resultados obtidos em estudos anteriores.^{66,77}

PERTURBAÇÕES NAS FASES DO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL

Kaplan divide as perturbações sexuais em Parafilias e em Disfunções.

Referenciado por Rui Xavier Vieira, no DSM-IV-TR (APA, 2002), a disfunção sexual é definida como uma perturbação no ciclo da resposta sexual ou como dor durante a relação sexual, geradora de sofrimento para o próprio e fonte de dificuldades no relacionamento interpessoal. São descritas quatro categorias primárias: perturbação do desejo sexual; perturbação da excitação sexual; perturbação do orgasmo e perturbação de dor sexual (de referir que o diagnóstico de perturbação sexual primária não se faz se a disfunção é melhor explicada por outra afecção não sexual do eixo 1, como, por exemplo, a depressão major). Ainda se descrevem duas categorias secundárias: disfunção sexual secundária a um estado físico geral; e disfunção sexual secundária a consumo de substâncias, associando-se uma categoria residual, a disfunção sexual sem outra especificação.^{6,24,54,55} Vejamos algumas destas situações:

Perturbações do desejo

A perturbação do desejo sexual hipoactivo caracteriza-se por uma diminuição ou ausência das fantasias sexuais e do desejo por actividade sexual, de forma persistente ou recorrente, e pode apresentar-se sob a forma de inibição da excitação ou de inibição do orgasmo. É importante considerar que as pessoas têm um nível diferente de interesse sexual, deste modo o desejo sexual hipoactivo, pode definir-se pela diminuição do número de vezes, comparativamente com o seu padrão habitual de funcionamento anterior, que um parceiro se sente incitado a iniciar um contacto sexual dentro de uma relação. Contudo, é necessário não confundir o desejo sexual com a frequência da actividade sexual, visto que uma pessoa pode ter pouco desejo sexual e, no entanto, manter contactos sexuais com o intuito de agradar ao seu companheiro. A perturbação de aversão sexual é a segunda disfunção relacionada com o desejo sexual e manifesta-se por uma aversão extrema e um evitamento activo de contacto sexual genital com um parceiro sexual. Algumas pessoas reagem com intensa ansiedade, medo e repulsa a estímulo sexual como beijar, tocar, etc.

Admite-se que factores psicológicos possam estar implicados numa percentagem significativa de situações de aversão sexual encontrando-se, habitualmente, história de experiências traumáticas, como violações, abusos sexuais, humilhações ou a manutenção de códigos morais muito severos. O reviver de qualquer destas situações pode resultar em diminuição do desejo, assim como o consumo de drogas e/ou fármacos (antihipertensores, antipsicóticos, antidepressivos, álcool, opiáceos, cocaína) podem fazer diminuir o desejo.

A perda de desejo pode também resultar de stress crónico, de ansiedade ou de depressão. A abstinência de sexo por períodos prolongados de tempo resulta, por vezes, na supressão dos impulsos sexuais. A perda de desejo pode também ser uma expressão de hostilidade para com um parceiro ou o sinal de deterioração de uma relação.

Em relação à perturbação do desejo sexual hipoactivo secundário a um estado físico geral é conhecido que o desejo sexual diminui habitualmente após doenças médicas ou cirúrgicas graves.^{35,42,74,93,94,95}

Perturbações da excitação

As disfunções da excitação sexual ocorrem quando, durante a fase de estimulação sexual, há uma resposta vasocongestiva insuficiente, resultando em incapacidade para atingir e manter a erecção do pénis ou a lubrificação da vagina suficiente para o desempenho satisfatório da actividade sexual.

A perturbação da excitação sexual na mulher caracteriza-se pela incapacidade, total ou parcial, de atingir ou de manter a resposta de tumefacção e de lubrificação vaginal da excitação sexual até à concretização do acto sexual, ocorrendo de forma persistente ou recorrente; ou a falta, persistente ou recorrente, da sensação subjectiva de excitação e de prazer sexual durante a actividade sexual.

A prevalência desta perturbação é geralmente subestimada, admitindo-se que seja uma afecção muito frequente. Num estudo de casais relativamente harmoniosos, 33% das mulheres descreviam dificuldade em manter a excitação sexual. Os graus desta disfunção podem ser muito diversos, desde mulheres para quem o coito é algo de culpabilizador e torturante, até aquelas para quem é algo de bom, mas não conseguem alcançar o orgasmo. Ainda que se devam excluir problemas orgânicos, os principais factores etiológicos da excitação sexual na mulher são os psicológicos e educativos (expectativas traumáticas, desconhecimento, desejo de mostrar uma determinada imagem, vergonha, e medo) e, em outros casos, a principal causa encontra-se no facto de o companheiro procurar o prazer próprio imediato na relação sexual. Como no homem, também se pode gerar ansiedade que perpetua o problema. Estudos fisiológicos indicam que um padrão hormonal poderá contribuir para a falta de resposta das

mulheres com este tipo de disfunção; têm sido implicadas alterações nos níveis de testosterona, de prolactina, de estrogéneos e de tiroxina, bem como o uso de fármacos com propriedades anti-histamínicos e anticolinérgicos, que diminuem a lubrificação vaginal.^{24,29,94,95}

Como adiante veremos, a perturbação erétil no homem ou disfunção erétil é definida pela incapacidade, parcial ou completa e persistente ou recorrente, de o homem obter e manter uma erecção suficientemente firme para permitir a introdução do pénis e concretizar o acto sexual de forma satisfatória. A disfunção erétil (DE) pode ter existido sempre (o homem nunca conseguiu ter uma erecção suficiente para a penetração vaginal), pode ser adquirida (perdeu a capacidade de ter uma erecção suficiente para a penetração) ou pode ser situacional (consegue ter coito em certas circunstâncias, mas não noutras).^{29,44,49,78}

Perturbações do orgasmo

Há três categorias diagnósticas relacionadas com a fase do orgasmo do ciclo da resposta sexual: perturbação do orgasmo na mulher, perturbação do orgasmo no homem e ejaculação prematura. A perturbação do orgasmo na mulher, por vezes designada de orgasmo feminino inibido ou anorgasmia, define-se como a inibição, recorrente ou permanente, do orgasmo feminino, manifestada pelo atraso ou pela ausência recorrente do orgasmo após uma fase de excitação normal considerada adequada no seu foco, na sua intensidade e na sua duração - é a incapacidade de a mulher atingir o orgasmo pela masturbação ou pelo coito. A investigação da fisiologia da resposta sexual feminina mostrou que os orgasmos resultantes da estimulação do clítoris e da estimulação vaginal são fisiologicamente idênticos, embora algumas mulheres refiram uma especial sensação de satisfação com um orgasmo precipitado pelo coito. Alguns investigadores atribuem esta satisfação às sensações psicológicas de proximidade que o coito transmite, mas outros defendem que o orgasmo resultante do coito é uma experiência

fisiologicamente diferente. A incidência do orgasmo aumenta com a idade, ocorrendo o primeiro orgasmo durante a adolescência em cerca de 50% das mulheres. O aumento do potencial orgásmico com a idade pode ser explicado pela menor inibição psicológica e pela maior experiência sexual.^{69,70}

A prevalência total de perturbação orgásmica na mulher por qualquer causa é estimada em 30%. Numerosos factores psicológicos estão associados a esta perturbação incluindo medos de engravidar, de rejeição pelo parceiro, de sentimentos de culpa em relação aos impulsos sexuais e de hostilidade para com os homens. Para algumas mulheres o orgasmo equivale a uma perda de controlo ou a impulsos agressivos, destrutivos ou violentos. As expectativas culturais e as restrições sociais sobre as mulheres são também relevantes: muitas mulheres cresceram a acreditar que o prazer sexual não é aceitável. As mulheres não orgásmicas podem não ter outros sintomas ou podem de várias formas manifestar a sua frustração, através de queixas pélvicas (dores do abdómen inferior, corrimento e prurido vaginal), irritabilidade e fadiga.^{26,29,66,73}

Na perturbação do orgasmo no homem, anteriormente chamado de orgasmo inibido ou ejaculação retardada, existe ausência ou atraso, persistente ou recorrente, do orgasmo, após uma fase de excitação adequada e de erecção normal. Esta dificuldade limita-se, habitualmente, ao orgasmo intravaginal, já que o orgasmo é possível com outros tipos de estimulação. A incidência desta perturbação é muito inferior à referenciada para a ejaculação prematura ou a disfunção erétil, tendo sido referida uma prevalência geral média de 5% para a ejaculação retardada. É importante diferenciar esta perturbação da ejaculação retrógrada, situação na qual o homem ejacula para a bexiga por razões orgânicas (fármacos anticolinérgicos, prostatectomizados e simpatectomizados). Uma perturbação do orgasmo masculino primário indica psicopatologia grave. Como factores etiológicos específicos são

muito frequentes experiências iniciais traumáticas, ter tido uma educação sexual muito restritiva ou puritana, encarar o sexo como pecaminoso e os genitais como sujos ou ter conflitos conjugais frequentes. Habitualmente são pessoas que têm dificuldades em criar proximidade noutras áreas do funcionamento do casal. Numa relação estabelecida a perturbação orgásmica masculina adquirida pode reflectir dificuldades interpessoais. Pode também ser causada por fármacos, incluindo os antipsicóticos (sobretudo a tioridazina), os inibidores da monoamino-oxidase, os inibidores selectivos da recaptação da serotonina, os anti-hipertensores (guanetidina, alfa-metildopa) ou resultante de doenças neurológicas como o Parkinson, a seringomielia ou a esclerose múltipla.^{24,44,95}

Na ejaculação prematura, ou precoce, a ejaculação e o orgasmo são persistente ou recorrentemente atingidos antes do momento desejado, sendo o diagnóstico feito quando o homem ejacula antes ou imediatamente após a penetração vaginal. Têm que se ter em conta factores que afectam a duração da fase de excitação como a idade, a novidade do parceiro sexual e a frequência e a duração do coito. É mais frequente entre homens mais jovens, especialmente durante as suas primeiras relações sexuais. A ejaculação precoce é mais habitualmente referida entre homens com nível de escolaridade superior. É a principal queixa de cerca de 35-40% dos homens tratados por perturbações sexuais. As dificuldades no controlo da ejaculação podem estar associadas a ansiedade quanto ao acto sexual, a medos inconscientes da vagina ou a condicionamento cultural negativo.^{8,29,57,69,70}

Perturbações da dor

A dor e o desconforto associados à actividade sexual são as características principais destas disfunções, que incluem a dispareunia (coito doloroso), situação que pode ocorrer em ambos os sexos, e o vaginismo, que é uma perturbação exclusivamente feminina. A dispareunia consiste na dor genital, persistente ou recorrente, ocorrendo no homem ou na mulher antes,

durante ou após a relação sexual. Muito mais frequente na mulher, relaciona-se, muitas vezes, com o vaginismo ou com a falta de lubrificação vaginal. É a disfunção sexual que tem mais probabilidades de ter algum factor orgânico subjacente, ainda que possa resultar exclusivamente de causas psicológicas ou de uma combinação de ambas. A sua incidência é desconhecida, parecendo aumentar com a idade. Estima-se que 30% de todos os procedimentos cirúrgicos na área genital feminina resultem em dispareunia temporária. Para além disso, 30-40% das mulheres com esta queixa observadas em consulta de sexologia têm algum tipo de patologia pélvica.^{8,30,40}

A dor sentida após a penetração parcial pode resultar de uma lubrificação inadequada da vagina (por insuficientes preliminares, inibição da excitação ou deficiência hormonal), de cicatrizes ou de outras lesões dolorosas ou do espasmo muscular do vaginismo. A dor na penetração profunda sugere fortemente patologia pélvica, como endometriose, quistos ou tumores dos ovários ou infecção pélvica, apesar de poder ser causada por lubrificação insuficiente. Na maior parte dos casos considera-se como estando na sua base factores psicológicos: é comuns a sua apresentação em mulheres com história de violação ou de abuso sexual na infância ou pode resultar da ansiedade em relação ao sexo, que leva a mulher a contrair os músculos vaginais.^{22,29}

O vaginismo caracteriza-se pela contração e os espasmos involuntários (dolorosos ou não) dos músculos do terço externo da vagina, que interferem com a penetração do pênis e com a relação sexual. Pode considerar-se como uma resposta condicionada reflexa. As respostas eróticas e as fases da resposta sexual, incluindo o orgasmo, não estão afectadas, mas o coito é difícil ou impossível. Afecta particularmente as mulheres com níveis de escolarização superior e aquelas de grupos sócio-económicos mais elevados. Na base desta perturbação têm

sido descritas histórias sexuais (memória de dor na primeira experiência sexual), uma educação em que o sexo é visto como pecado e com culpabilização.^{28,29,53}

A dispareunia no homem (erecção dolorosa) está habitualmente associada a condições orgânicas, como herpes, prostatite ou doença de Peyronie (placas escleróticas do pénis, que resultam na sua curvatura). A dor na ejaculação é rara. As causas habituais são a uretrite e a prostatite, mas, por vezes, a causa é desconhecida.^{44,49,59}

DISFUNÇÕES MAIS PREVALENTES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Tendo em atenção um estudo recente acerca dos motivos da sua consulta, efectuado pelo autor e já referenciado, em relação ao conjunto dos problemas de saúde de cada sistema da ICPC verifica-se que os problemas mais frequentes na consulta são do foro endócrino e metabólico, e depois, sucessivamente, do foro circulatório, psicológico, osteoarticular, dermatológico, respiratório e outros. Confirma os estudos de outros autores acerca da gestão da prática clínica.^{43,79,97}

Deve-se registar que a queixa de disfunção isolada está registada em *outros*, e associada a depressão, em *psicológicos*.

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Desejo sexual hipoactivo

Definição

É importante considerar que as pessoas têm um nível diferente de interesse sexual. Deste modo o desejo sexual hipoactivo, pode definir-se pela diminuição do número de vezes, comparativamente com o seu padrão habitual de funcionamento anterior, que um parceiro se sente incitado a iniciar um contacto sexual dentro de uma relação. Uma pessoa pode ter pouco desejo sexual e, no entanto, manter contactos sexuais com o intuito de agradar ao seu companheiro.^{29,35}

Classificação e Diagnóstico

Segundo a DSM IV-TR está integrada nas Perturbações do desejo sexual(302.71).⁶ Desejo de actividade sexual e fantasias sexuais persistentemente ou recorrentemente deficientes (ou ausentes). O juízo de deficiência ou ausência é feito pelo clínico, tendo em consideração factores que afectam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida da pessoa.

Prevalência

Embora não existam estudos de prevalência concretos em Medicina Geral e Familiar, é sem dúvida a entidade clínica mais comum nas nossas consultas.

Etiopatogenia

Tal como já foi referido, admite-se que factores psicológicos possam estar implicados numa percentagem significativa de situações de falta de desejo sexual encontrando-se, habitualmente, história de experiências traumáticas no passado, stress, vida agitada e inclusivamente tal como na aversão sexual, abusos sexuais e humilhações. A presença de desejo sexual depende de vários factores, como o instinto biológico, uma auto-estima adequada, a capacidade de se aceitar como pessoa sexuada, prévias experiências positivas com sexo, a disponibilidade de um parceiro apropriado e um bom relacionamento do casal noutras áreas da sua vida em comum. A alteração a qualquer um destes níveis pode resultar em diminuição do desejo. Assim, o consumo de certas drogas (cocaína, álcool) e/ou fármacos (tranquilizantes, narcóticos) pode diminuir o desejo.^{24,29,35}

Certos doentes, muitas vezes, usam a inibição do desejo como defesa contra medos inconscientes relacionados com o sexo (o receio inconsciente do êxito, do prazer e do compromisso amoroso podem estar na base dessa inibição).

A perda de desejo pode também resultar de stress crónico, de ansiedade ou de depressão. A abstinência de sexo por períodos prolongados de tempo resulta, por vezes, na supressão dos

impulsos sexuais. Também pode ser uma expressão de hostilidade para com um parceiro ou o sinal deterioração de uma relação, a apatia e a monotonia tornam-se o padrão habitual da relação.^{29,39,35}

Em relação à perturbação do desejo sexual hipoactivo secundário a um estado físico geral é conhecido que o desejo sexual diminui habitualmente após doenças médicas ou cirúrgicas graves, particularmente quando é afectada a imagem corporal, nomeadamente após uma mastectomia, uma ileostomia, uma hysterectomia ou uma prostatectomia. As doenças consumptivas, as patologias crónicas que exigem adaptações físicas e psicológicas e as doenças graves que levam à depressão podem resultar numa baixa acentuada do desejo sexual.^{29,41,74}

Ao fazer o diagnóstico de perturbação do desejo sexual o clínico deverá avaliar a idade do doente, o seu estado de saúde geral e o nível de stress da sua vida e procurará estabelecer qual era o seu interesse sexual antes do início das queixas. É importante ter em mente que a necessidade de contacto sexual e o grau de satisfação variam entre as pessoas e, na mesma pessoa, modificam-se com o tempo.

As hormonas luteinizante e a testosterona também podem estar implicadas na falta de desejo. Na ausência de testosterona há pouco desejo sexual. Também os tumores hipofisários, certas perturbações endócrinas, nomeadamente a diabetes, e a mulher pós menopáusica (por falta de estrogénios), podem justificar a diminuição de desejo sexual.^{24,95}

Vaginismo

Definição

Consensus de 1998 - Espasmo involuntário persistente e recorrente da musculatura do 1/3 externo da vagina que interfere com a penetração vaginal causando perturbação pessoal.

Etiopatogenia

Para diferentes autores a etiologia desta entidade clínica deve-se a factores diversos.^{28,29,30}

Assim:

Kegel- Debilidade e atrofia dos músculos pubo-coccigeos;

Poinsard- Imaturidade, receio de gravidez, de doenças venéreas;

Morever e Wolpe- Medo e ansiedade;

Ellison- Ignorância, culpabilização do sexo;

Blazer- Ignorância sobre assuntos sexuais;

Dawkins e Taylor- Efeito exercido pelas mães ao contar às filhas os seus problemas sexuais;

Mallersosn- Traumatismos físicos na infância;

Fagan- Uma primeira experiência de coito doloroso;

Fenichel- Sintoma de conversão, complexo de castração e desejo de pénis;

M e Johnson- Disfunção sexual, ortodoxia religiosa, traumatismo sexual anterior, identificação homossexual prévia, patologia orgânica;

Kaplan- Reflexo condicionado da associação dor/medo, com as tentativas ds penetração.

Classificação e sintomatologia

Na DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. rev.) o vaginismo é classificado como uma disfunção sexual e pela primeira vez, é incluído na sub-categoria das perturbações de dor sexual. Este ponto de vista persistiu na DSM-IV e está implícito em outros sistemas nosológicos, por exemplo no proposto pelo American College of Obstetrician and Gynecologist (1995). Na DSM-IV o critério principal de diagnóstico é a presença de um espasmo involuntário recorrente ou persistente, da musculatura do terço externo da vagina, que interfere com o acto sexual. A perturbação provoca acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal. Tal como outras disfunções sexuais, é especificado em

relação ao seu início como primário versus adquirido (secundário). O vaginismo primário refere-se a casos em que a perturbação está presente desde as primeiras tentativas de penetração vaginal. O vaginismo secundário ou adquirido refere-se a casos em que houve relações sexuais com penetração vaginal sem dificuldade, mas em que a partir de determinada altura, se tornou difícil ou impossível a penetração devido à contracção involuntária dos músculos vaginais. O vaginismo classifica-se ainda como situacional versus generalizado.

Outros factores Etiológicos: Educacionais e culturais e conceptualizações

Os factores psicológicos são determinantes. Falta de informação e crenças erradas sobre sexualidade, bem como inexperiência sexual são tidos como factores que podem contribuir para esta disfunção. Também atitudes negativas face à sexualidade, fruto de educações conservadoras que promovem culpa face aos comportamentos sexuais, são considerados factores importantes no desenvolvimento do vaginismo. "Sexo é errado" foi encontrado, como a segunda explicação pessoal mais frequente para a causa do vaginismo. Neste estudo foram envolvidas 89 mulheres que sofriam ou tinham sofrido de vaginismo. A maioria das mulheres com vaginismo, num estudo de Basson, tinha uma visão negativa da sexualidade, particularmente da actividade sexual antes do casamento.

Existem variações consideráveis na conceptualização do vaginismo, o qual tem sido diversamente descrito como uma perturbação psicossomática, uma fobia, uma resposta de medo condicionado ou uma reacção conversiva.^{13,14,28,29,30,66}

Factores Físicos

Quando existem queixas de dispareunia ou vaginismo é fundamental avaliar a possível existência de factores orgânicos na etiologia do problema ou na sua manutenção.

Perspectiva Psicanalítica

Para os psicanalistas o vaginismo representa ou simboliza uma rejeição do papel feminino, uma resistência às prerrogativas sexuais masculinas, uma hostilidade em relação ao homem e o desejo inconsciente de o castrar. Ou ainda a defesa contra a ameaça real ou fantasiada, de incesto por parte do pai. O vaginismo é considerado uma reacção conversiva com origem em conflitos inconscientes radicados à infância precoce. A mulher com vaginismo sofre de uma regressão ou fixação na fase de Édipo ou pré-Édipo, a mulher não seria capaz de transferir a energia libidinal do pai para o parceiro e permaneceria fixada na mãe.^{28,29,56}

Perspectiva Cognitivo-Comportamental

A teoria da aprendizagem explica o vaginismo como uma reacção de medo condicionado, ou uma fobia aprendida. As crenças cognitivas de que a primeira penetração é difícil, e que a rotura do hímen provoca grande desconforto ou dor, reforçam a resposta condicionada de medo. Kaplan apesar da sua formação psicanalítica, partilhou este ponto de vista sugerindo um conceito de causalidade múltipla, e que "o vaginismo ocorre quando uma contingência negativa se associa ao acto ou fantasia de penetração vaginal". Master e Johnson realçam o carácter psicossomático, vendo o vaginismo como uma resposta reflexa à tentativa de penetração real, imaginada ou antecipada.^{29,45,54}

Perspectiva Feminista

Conceptualizando o vaginismo num contexto sócio-cultural, a perspectiva feminista relaciona o vaginismo com a percepção da masculinidade e feminilidade. O obstáculo à penetração é entendido como um desafio e uma forma de protesto contra os papéis sexuais estabelecidos. O vaginismo constituiria uma resposta de defesa, expressa pelo corpo, mas sem a conotação negativa de disfunção sexual. A defesa não se ficaria a dever à experiência ou expectativa de dor física, mas antes emocional.

Experiências Prévias com Dor

Ainda que para alguns autores a dor seja vista mais como sintoma do que como causa para o vaginismo, parece consistente o seu papel como factor precipitante e de manutenção. O medo da dor aparece em vários estudos, como a principal razão que as mulheres que sofrem de vaginismo, dão como motivo para a abstinência sexual. O medo da dor aparentemente relaciona-se com experiências dolorosas previamente vivenciadas. Estas podem ser de carácter médico (exames ginecológicos, aplicação de supositórios, clisteres etc.), ou relacionarem-se com maus tratos físicos na infância, perpetrados por pai violento.^{28,29,30}

Trauma Sexual

Embora os estudos não confirmem diferenças significativas na prevalência de abuso sexual entre mulheres com vaginismo e grupos de controlo, o trauma sexual é considerado um factor causal no desenvolvimento do vaginismo. Eventualmente a experiência traumática não consiste na vivência de abuso em relação à própria, mas no testemunho de comportamentos sexuais violentos ou percebidos como tal.

O Papel do Parceiro

O parceiro masculino é tido por muitos autores, como comprometido no desenvolvimento do vaginismo. A sua inexperiência, incompetência e ignorância sobre sexualidade, ou excessiva ansiedade face à penetração seriam segundo alguns autores, determinantes para a instalação da condição. Tem sido mesmo defendido que existe alguma cumplicidade entre o casal no sentido de evitar a penetração, sendo que a escolha do parceiro da mulher com vaginismo, recai em homens passivos e pouco assertivos. Mais uma vez os estudos não corroboram estes dados empíricos. Master e Johnson consideraram a disfunção erétil do parceiro como factor etiológico mais frequente. No entanto, uma outra leitura é a de que a disfunção masculina

(dificuldades erécteis ou ejaculação precoce) seja secundária ao vaginismo, revertendo com a resolução do mesmo.^{28,29,54}

Dispareunia

Definição

Consensus 98 - Dor genital persistente ou recorrente associada com a relação sexual (coito) que causa perturbação.

Sintomatologia e classificação

DSM-IV-TR (2000)⁶- Dor genital persistente ou recorrente associada com a relação sexual (coito) que causa mal estar e perturbação interpessoal.

Dispareunia refere-se a uma dor genital ou pélvica, que ocorre de forma persistente ou recorrente durante as relações sexuais. Na DSM-IV a dispareunia é considerada uma disfunção sexual e enquadrada na subcategoria das disfunções sexuais dolorosas. Consequentemente é categorizada da mesma forma que as outras disfunções sexuais: primária versus adquirida, generalizada versus situacional, e devida a factores psicológicos ou factores médicos e psicológicos combinados.

A ICD 10⁶⁸ considera como uma disfunção sexual a dispareunia não orgânica.

Etiopatogenia

□ Orgânicas superficiais

- Distrofia vulvar
- Atrofia do epitélio
- Vulvites
- Bartolinites
- Skenites
- Vulvo-vaginites
- Pós-cirurgia urinária

□ Orgânicas profundas

- Cervicites
- Endocervicites

- Displasia do colo
- Endometriose
- Factores psicológicos
 - Atitude negativa face ao sexo
 - Educação repressiva
 - Falsos conceito
 - D. Inflamatória Pélvica
 - Sequelas de cirurgia pélvica
 - Violação
 - Incesto
 - Somatização
- Problemas dolorosos sem substrato orgânico
 - Dispareunia psicológica
 - Dor sexual não coital
 - Dor pélvica crónica
 - Vulvodinia
- Problemas dolorosos ligados a um estado físico geral
 - Hipoestrogenismo da lactação
 - Hipoestrogenismo da pós-menopausa
 - Perturbações gastro-intestinais
 - Problemas ortopédicos
- Problemas dolorosos induzidos por substâncias
 - Venlafaxina
 - Flufenazina
 - Tioridazina
 - Amoxapina

O diagnóstico baseia-se na queixa de dor durante a relação sexual e não necessita de dados clínicos que confirmem o sintoma. A contextualização da dispareunia nas disfunções sexuais, tem sido alvo de reflexões e críticas. Alguns autores consideram que a classificação de dispareunia como disfunção sexual e o conceito de dor sexual fazem pouco sentido, pois pressupõem que há um tipo especial de dor que é sexual na sua natureza.^{28,29} Por outro lado, a dor sexual não cabe no modelo clássico da resposta sexual, porque não constitui uma alteração de qualquer uma das fases do ciclo (desejo, excitação e orgasmo). Finalmente a DSM-IV assume que a dispareunia tem uma natureza homogénea, enquanto a experiência

clínica evidencia subgrupos clínicos claramente definidos, a ter em conta na avaliação da perturbação. Desta forma, para alguns autores, a dispareunia deveria ser considerada uma síndrome de dor genital, que interfere com a penetração, e que está presente em situações não sexuais, como a introdução de um tampão ou o exame ginecológico. No entanto, estas perspectivas não negam a importância dos factores psicossociais, dado que são componentes fundamentais das síndromes dolorosas.^{25,28,29,88}

Avaliação da Dispareunia

Um estudo efectuado na Holanda, em mulheres que foram observadas por 49 ginecologistas, revelou que o vaginismo contribuía para 4,2% de todos os problemas sexuais encontrados. Em mulheres referenciadas para consulta de sexologia as prevalências variam entre 5 e 17% na Irlanda, O'Sullivan registou uma taxa de prevalência mais alta, 42%, numa população clínica de uma consulta de sexologia. O estudo epidemiológico Americano (National Health and Sexual Life Survey) levado a cabo na população geral, usando entrevista semi-estruturada dá conta que 10 a 15% das mulheres se queixam de dor durante a relação sexual nos últimos seis meses. No entanto este estudo não faz distinção entre dispareunia e vaginismo.^{22,28,29,66}

O diagnóstico de dispareunia não orgânica deve ser sempre um diagnóstico de exclusão, só feito após correcta eliminação de causas orgânicas que a possam explicar e que sejam passíveis de tratamento. A caracterização da dor assume também especial relevância. No que respeita à sua localização, a dor deve ser definida como profunda, superficial ou combinada. Outro parâmetro importante é a qualidade da dor (ardor, mordedura lancinante, etc.). A relação da dispareunia com a ausência de lubrificação nem sempre é clara. É obvio que a presença de dor durante as relações sexuais interfere com a excitação e lubrificação vaginal.

Síndromes Clínicas de Dispareunia

São definidos pelo menos quatro subgrupos diferentes de dispareunia:

Vulvovestibulite é uma das causas mais comuns de dispareunia em mulheres em idade fértil.

O diagnóstico faz-se perante dor severa induzida por toque com ligeira pressão na zona vestibular ou intróito vaginal (o toque desta zona com rolo de algodão desencadeia dor ou sensação desagradável). Por vezes são evidentes sinais inflamatórios, na zona dolorosa;

A atrofia vulvovaginal pode ser responsável por outro subtipo de dispareunia. Surge em mulheres na pós-menopausa e deve-se ao baixo nível de estrogéneos. Presumivelmente a diminuição dos estrogéneos é também responsável pela escassez da lubrificação durante a excitação, o que torna a penetração desconfortável ou mesmo dolorosa;

Presume-se que problemas ginecológicos estejam ligados à dor vaginal pélvica como por exemplo: endometriose, quistos do ovário, aderências pélvicas, doenças inflamatórias, congestão pélvica;

Mulheres sem substrato clínico.

Disfunção sexual secundária ao consumo de substâncias

Segundo os critérios da DSM-IV-TR (APA, 2000) a disfunção sexual induzida por fármacos ou drogas é caracterizada por uma alteração clínica significativa em qualquer fase da resposta sexual, que provoca mal-estar nas relações interpessoais, que se desenvolve durante ou após 30 dias de uso da substância e que é totalmente explicado pelas acções fisiológicas directas daquele composto. As substâncias específicas incluem álcool, anfetaminas ou derivados, cocaína, opiáceos, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e outras. São elementos contrários ao diagnóstico de disfunção sexual induzida por fármacos a persistência de sintomas após a paragem do consumo durante mais de seis semanas, o desenvolvimento de uma alteração sexual que é significativamente mais intensa do que se esperaria tendo em conta a natureza, a

dose e a duração do composto utilizado e a existência de história prévia de episódios de perturbação sexual recorrente.

DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Para se entenderem as disfunções sexuais masculinas, deve-se partir do princípio desenvolvido por Kaplan, da abordagem psicodinâmica e referindo o princípio bifásico da sexualidade. Apresenta uma classificação das disfunções sexuais baseadas na resposta sexual humana em duas fases: excitação e orgasmo. Assim os problemas sexuais deveriam encontrar-se nas fases de excitação ou na de orgasmo. No entanto, em 1976, após ter detectado que havia casais que não queriam fazer sexo, Kaplan propôs o conceito trifásico da sexualidade, começando o ciclo sexual pela fase de desejo.^{29,45,46}

Classificação

- Perturbações da fase do desejo: desejo sexual hipoactivo e aversão sexual.
- Perturbações da fase da excitação: disfunção erétil.
- Perturbações da fase do orgasmo: perturbação do orgasmo no homem e ejaculação precoce.
- Perturbações da dor sexual.

Prevalência

Problemas com a erecção e ejaculação surgem em 40% dos homens e as maiores queixas do homem casado são a impotência e a ejaculação precoce.

Em Portugal há a referência sobre maior número de casos de disfunção erétil (74%) numa amostra masculina feita por F. Allen Gomes em 1982, em relação a casos de ejaculação precoce (18%) e de incapacidade erétil (17%). Pacheco Palha, em 94, apresenta um breve balanço de uma consulta de sexologia clínica, ao longo do triénio 90/92, na qual de 107 doentes, 75 eram do sexo masculino, que referiam disfunção erétil em 54 casos, ejaculação

precoce em 14 e ejaculação retardada em 7. Estes valores correspondem a 72% com queixas de impotência.

No Hospital Geral de Santo António, a consulta de Andrologia observou em primeiras consultas doentes em 1995, dos quais mais de 50% apresentavam queixas de disfunção erétil. Em 1995 dos 211 indivíduos observados 127 foram por impotência, 56 por infertilidade, 8 por alterações da ejaculação e 20 por outras patologias. Estes números significam que 60% dos casos eram referentes a disfunção erétil sendo semelhantes aos 72% referidos por Pacheco Palha numa consulta de sexologia clínica, o que traduz uma maior procura por parte destes indivíduos do sexo masculino de consultas para resolução deste tipo de patologia sexual.^{29,69,70,71,72}

Disfunção erétil

Definição

É a dificuldade do homem iniciar a relação sexual e/ou a incapacidade de concluir satisfatoriamente a actividade sexual com diminuição ou ausência da erecção.

Classificação

Na disfunção erétil (DE), baseado no DSM-IV será de utilizar uma classificação clínica, fazendo referência especial quando houver uma perturbação associada com o estado geral médico ou induzida por uma substância.

Etiologia

As causas da DE são mais frequentemente mistas, resultantes de uma interacção complexa entre factores orgânicos e psicológicos. Dos *determinantes físicos* temos a considerar o síndrome de Klinefelter, o hipopituitarismo, os antecedentes de orquite bilateral ou de traumatismo genital grave, e as causas urogenitais (certas intervenções na próstata, malformações urogenitais diversas), endócrinas (diabetes, alterações da tiroideia, do córtex

suprarrenal ou da hipófise), neurológicas (neuropatia do sistema nervoso vegetativo, neuropatia diabética, esclerose múltipla, compressões medulares), vasculares (arterite dos membros inferiores, síndrome Leriche, complicações vasculares da diabetes), hematológicas (anemia), tóxicas (alcoolismo, farmacodependência) ou iatrogénicas (anti-hipertensores centrais, beta-bloqueantes, anticolinérgicos, tranquilizantes, neurolépticos, tricíclicos, lítio, estrogénios).

Nos *factores psicológicos* têm sido implicados a ansiedade, o medo, a fadiga, os conflitos relacionais e a depressão.

Segundo Freud, alguns tipos de DE dever-se-iam a uma incapacidade de dirigir para uma mesma mulher os sentimentos de afecto e de desejo. Outros factores para a DE seriam um super-ego punitivo, a incapacidade de confiar e a sensação de ser indesejado como parceiro. Um homem pode ser incapaz de exprimir um impulso sexual por medo, ansiedade, zanga ou inibição moral. Numa relação estabelecida, a DE pode reflectir dificuldades entre os parceiros, particularmente quando um homem não consegue comunicar as suas necessidades ou a sua zanga de uma forma directa e construtiva. Para além disso, os episódios de DE reforçam-se a si mesmos, com o homem a tornar-se ansioso antes de cada encontro sexual.^{29,31,33,59,60,65}

Comorbilidade

A disfunção sexual é o resultado do estado depressivo em que o doente se encontra. Estando a depressão na interdependência das monoaminas cerebrais justifica-se que os sintomas depressivos co-existam ou estejam na origem de uma diminuição do desejo sexual o qual, por seu turno, vai afectar a resposta erétil. Para além da idade, a disfunção erétil está mais frequentemente associada a doenças crónicas, como a insuficiência renal e as doenças cardíacas e neurológicas ou na presença de mais de um dos factores de risco vascular, como a

hipertensão, a diabetes, o tabaco e a dislipidemia. A doença vascular aterosclerótica está presente em cerca de metade de todos os indivíduos com disfunção erétil com mais de 50 anos. Foram identificados quatro factores de risco vascular (diabetes, tabaco, hipertensão e hiperlipidemia) em 440 homens impotentes. Em 80% dos casos, a etiologia era de natureza orgânica, havendo 53% com lesões, ateroscleróticas e 34% tinham hipercolesterolemia. A hipertensão, tabaco, diabetes, e a hiperlipidemia eram significativamente mais comuns nos 440 homens impotentes do que na população em geral. Estes factores são também importantes para a doença isquémica cardíaca, doença vascular periférica e cérebro-vascular pelo que o doente com disfunção erétil deve ser abordado no seu todo.^{29,33,60,61,91,96}

Fisiopatologia-algumas teorias

Existem dois grandes eixos fundamentais no mecanismo da erecção. Em primeiro lugar, o eixo psico-endócrino, em que o binómio centros cerebrais/hormonas ou neuromediadores é um factor determinante de uma anormal erecção, que podemos designar por erecção psicogénica. O desejo vulgarmente designado por apetite sexual, está programado neste eixo. Com efeito, uma normalidade dos valores hormonais androgénicos (testosterona livre) é fundamental, para que não haja um desequilíbrio no desejo sexual. O segundo eixo, neurovascular, implica uma integridade anátomo-funcional, não só do território neurológico (erecção reflexa), como dos três territórios vasculares - arterial, corpo cavernoso e venoso.

A colheita de uma boa história clínica é de enorme importância para determinar a causa da disfunção. São também úteis, para o diagnóstico diferencial, exames como a curva de glicémia, a determinação sérica de testosterona e de prolactina e provas funcionais, como a avaliação da tumescência peniana na fase do sono REM.^{59,60,98}

A disfunção primária é rara e antes dos 35 anos muito pouco frequente. O doente não teve nunca uma erecção completa. Esta noção estende-se desde a ausência total de erecção (mesmo

com masturbação) até à perda de manutenção sistemática, durante as tentativas de penetração. Com maior frequência é psicogénica, persistindo desde o início da vida sexual. Inscreve-se muitas vezes num quadro de casamento não consumado ou então motivada por um desejo de gravidez. Esta impotência primária pode ter a sua génese a diferentes níveis: 1) Estrutural, com alterações da personalidade do tipo neurótico, como por exemplo a impotência primária “edipiana”. O indivíduo inibe a sua erecção por medo do incesto e do seu corolário, o fantasma da castração segundo Coimbra de Matos. 2) Comportamental, na qual a primeira relação sexual é marcada por um falhanço circunstancial, que vai condicionar os ulteriores falhanços interactivos. 3) Cultural, o sintoma sobressai de um dado cultural, educativo ou religioso (por exemplo, a impotência da primeira noite, nas civilizações de tradição islâmica ou judaica). Excepcionalmente, a impotência primária pode ser orgânica num pénis de aspecto normal, em relação com uma hipotética anomalia vascular congénita ou num pénis pequeno, presente num quadro de uma patologia endócrina grave congénita, como acontece no hipogonadismo hipogonadotrófico (síndrome Kallman e de Morsier) ou por hipogonadismo hipergonadotrófico (síndrome de Klinefelter, anorquidia congénita). A disfunção erétil é, na maioria dos casos, secundária. É orgânica, quando encontrada uma doença vascular, neurológica, hormonal ou cavernosa que pode explicar a ausência ou o carácter incompleto das erecções, tanto reflexas como desejadas.^{29,31,32,49,60,65}

Incidência. Estudos de prevalência

A DE transitória é muito frequente e é experimentada alguma vez por, aproximadamente, 50% da população masculina. A disfunção erétil adquirida foi descrita em 10 a 20% de todos os homens, sendo a queixa principal de mais de 40% dos homens tratados por perturbações sexuais. A prevalência desta perturbação é progressiva com a idade (20% dos homens de 60 anos a 75% dos homens com 80 anos de idade) e a manutenção da potência sexual está

relacionada com factores como a ausência de doença vascular, ter um parceiro sexual disponível e uma história de actividade sexual consistente.^{29,60,65,91}

O primeiro estudo epidemiológico sobre comportamento sexual foi realizado por Kinsey em 1948, incluindo 15781 indivíduos que foram estratificados por idade, educação e profissão. Contudo, só 4108 homens tinham mais de 25 anos e só 306 tinham mais de 55 anos. Os resultados obtidos demonstraram que a impotência aumentava com a idade, ocorrendo em menos de 1 % na população masculina com menos de 30 anos, em 3% aos 65 anos e 80% naqueles com mais de 80 anos. A prevalência de DE é elevada e sabe-se que aumenta com a idade, estando também associada a muitos outros factores, como tabagismo, doenças cardiovasculares, diabetes e outros; por outro lado a presença de DE pode por si desencadear alterações psicológicas que a agravam e dificultam uma boa "performance" sexual.^{29,60,65,91,96}

Os estudos sobre a prevalência das disfunções sexuais continuam a ser de execução difícil e, por isso, os resultados encontrados são diversos. No estudo do National Health and Social Life Survey (NHSLs), efectuado em 1992 havia homens entre os 18 e os 60 anos com dificuldades sexuais sendo a ejaculação precoce quádrupla da disfunção erétil. Na ejaculação precoce ou prematura, que ocorre em 35% dos homens - sendo a disfunção sexual masculina mais comum, o homem tem o orgasmo antes de passarem 60 segundos após o início da penetração vaginal ou a ejaculação ocorre demasiado cedo, antes de haver satisfação pela sua companheira pelo menos em 50% das ocasiões. No entanto, de uma forma prática, deve-se considerar que existe ejaculação precoce sempre que o homem ejacula antes de o querer fazer, algumas vezes mesmo antes da penetração vaginal ou poucos segundos após o ter feito. A associação entre disfunção erétil e ejaculação prematura é frequente. Num estudo realizado em França por Bejin, 11 % dos homens tinham só disfunção erétil e 22% referiam disfunção erétil e ejaculação precoce nas idades entre 18 e 24 anos. Entre os 60 e 69, respostas

similares foram de 27% e 41%, respectivamente. Existem também outras doenças que perturbam a ejaculação, começando pela ausência de produção de esperma (aspermia) que deve ser distinguida, da azoospermia na qual existe ejaculação, mas não contém esperma. Na ausência de ejaculação deve determinar-se se há insuficiência de ejaculação (anejaculação) ou ejaculação para a bexiga (ejaculação retrógrada). No entanto, existe uma maior procura, por parte dos indivíduos do sexo masculino, de consulta para resolver perturbações da erecção, provavelmente pelas maiores repercussões desta alteração na sua vida pessoal e familiar. O NHLS demonstrou que havia 7% de homens entre os 18 e 30 anos com perturbações na obtenção ou manutenção da erecção e 18% entre os 50-60 anos.^{11,29,31,33,49,78}

As disfunções sexuais, incluindo a DE, são comuns entre homens de todas as idades, meios sócio-culturais diferentes e etnias. Foi recentemente calculado que mais de 152 milhões de homens em todo o mundo, apresentam DE e que este número poderá subir para cerca de 322 milhões no ano 2025. Está perfeitamente estabelecida a relação da DE com o aumento da idade, e as alterações próprias do envelhecimento, como também pela associação a várias patologias e suas consequências. Existe evidência crescente, de que o tabagismo é um factor de risco major para o desenvolvimento de DE, podendo o tabagismo de longa duração provocar alterações ultraestruturais a nível dos corpos cavernosos.^{29,31,33,78}

Posteriormente, alguns estudos foram realizados entre 1948 e 1988 com amostras variáveis, dos quais em 23 revistos, a prevalência da disfunção eréctil estava entre 4 e 9%. O Baltimore Longitudinal Study of Aging foi publicado em 1986, no qual a impotência era um problema na saúde de 8% dos homens com 55 anos. Aos 65, 75 e 80 anos a prevalência subia para 25%, 55% e 75% respectivamente. O Massachusetts Male Aging Study (MMAS) decorreu entre 1987 e 1989, em 11 cidades na área de Boston, Massachusetts, incluindo 1290 indivíduos entre os 40 e os 70 anos e veio a tornar-se um dos estudos referência da disfunção eréctil.

Baseado nas respostas a um questionário, a prevalência de impotência ligeira, moderada e completa foi de 17, 25 e 10% respectivamente, atingindo na sua totalidade 52%. A idade foi o factor mais importante, sendo de 39% aos 40 anos e de 67% aos 70. Os resultados indicavam que a probabilidade de disfunção eréctil completa aumentava de 5% aos 40 anos para 15% aos 70 e que a incidência era de 24 novos casos por 1000 homens.

Em 1992, nos EUA, por consenso propôs-se como definição de Disfunção Eréctil a incapacidade persistente (pelo menos nos últimos 6 meses) de obter e manter uma erecção suficiente para realizar uma relação sexual satisfatória. Este conceito foi posteriormente seguido pela American Urological Association (AUA) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que patrocinou a 1ª Conferência de Consenso sobre Disfunção Eréctil em Julho de 1999, e definiu a Saúde Sexual como um direito fundamental do homem.

O estudo EDEM foi realizado em Espanha, com cerca de 2400 homens aleatoriamente seleccionados, dos 25 aos 70 anos e permitiu concluir que a prevalência de qualquer grau de disfunção eréctil entre os homens espanhóis era de 12,1 %, segundo uma simples pergunta de autoavaliação e de 10%, segundo o domínio da função eréctil do índice Internacional de Função Eréctil (IIFE). A menor prevalência em Espanha comparada com o estudo de MMAS pode ser atribuída a diferenças culturais na forma como é abordada a disfunção eréctil. Num estudo realizado em Itália com 2010 homens foi demonstrado um aumento da prevalência de disfunção eréctil de 2% aos 39 anos para 48% com idade de 70 anos. No Cologne Male Survey, publicado em 2000, a prevalência de 19,2% foi encontrada numa população estudada de 4889 indivíduos, mantendo-se um aumento da incidência com a idade. Na Holanda, recentemente, foi feito um estudo de prevalência da disfunção eréctil e sua influência na qualidade de vida e no comportamento dos cuidados de saúde num grupo de homens de idades entre 40 e 79 anos e nas suas companheiras. Dos inquiridos, 13% tinham problemas

erécteis, na percentagem de 6% entre 40 e 49 anos, 9% entre 50 e 59, 22% entre 60 e 69 e 38% entre 70 e 79. De todos os homens com disfunção eréctil 34% e 16% das suas companheiras estavam insatisfeitas com a sua vida sexual. Numa revisão de J. Prins e colaboradores, de 23 estudos realizados na Europa (15), USA (5), Ásia (2) e Austrália (1) em que havia uma prevalência entre 2 e 9% nos indivíduos com menos de 40 anos, de 10 a 71 % nos indivíduos com mais de 70 anos, e de 18 a 86% nos de idade superior a 80 anos, era referido que as variáveis encontradas dependiam sobretudo das diferenças de método usadas, particularmente no uso de diferentes questionários e várias definições de disfunção eréctil.^{29,59,60,77,78}

“Leva muito tempo a tornarmo-nos jovens”

Pablo Picasso

EPÍLOGO

A sexologia, a sua prática e desenvolvimento é muito mais do que uma ciência da saúde; é uma ciência do progresso humano que, além de ter uma deontologia (trata do mais íntimo do Homem), não se dissocia da ética dessa condição humana. Temos um corpo preparado a diferentes níveis para responder a determinados estímulos e desenvolver respostas ligadas a sentimentos de prazer e bem estar.¹⁹ Entre as determinantes históricas que moldam a sexualidade humana, Weeks aponta os sistemas de família e parentesco, as mudanças económicas e sociais, as formas de regulação social formais (a lei, a moral pública), os contextos políticos e as culturas de resistência (que tanto levam a depressão, quando a adaptação não é conseguida).^{29,50,51,96}

Existe então, uma área interessante para investigar, que é a relação entre a depressão e as disfunções sexuais. Daí as questões pertinentes: Como é a associação entre a depressão e os problemas sexuais? A disfunção sexual conduz invariavelmente à depressão e vice-versa?

Actualmente, como foi referido, podemos assistir a nível internacional a um enorme dinamismo dos estudos relacionados com a sexualidade e depressão, dinamizados, em grande parte, pela indústria farmacêutica continuando a haver uma grande falta de estudos relacionados com este tema.

Contudo, existem muito poucos estudos em CSP acerca da relação existente entre depressão, problemas sexuais e sexualidade, pelo que se justifica a pertinência deste trabalho, que tem por objectivos correlacionar a depressão e a globalidade das disfunções sexuais numa consulta de MGF.

Decorrendo do contexto teórico e conceptual atrás citado, as questões que se colocam, para o desenvolvimento do estudo, são as seguintes:

- Como é a associação entre depressão e problemas sexuais?
- Depressão e problemas sexuais relacionam-se invariavelmente?
- Qual a prevalência de depressão e de problemas sexuais numa população de uma consulta de MGF?

OBJECTIVOS

1. Caracterizar e conhecer as dimensões das disfunções sexuais numa consulta de MGF;
2. Caracterizar a depressão numa consulta de MGF;
3. Identificar associação da depressão com disfunção sexual;
 - 3.1. Prevalência da disfunção sexual numa consulta de MGF;
 - 3.2. Prevalência de depressão numa consulta de MGF;
4. Caracterização sócio-demográfica da amostra numa consulta de MGF.

“A medida do amor é não ter medida”
Santo Agostinho

MATERIAL E MÉTODOS

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O propósito da investigação resulta da necessidade de compreender a relação entre a depressão, as disfunções sexuais e sexualidade.

A revisão da literatura descrita anteriormente e o facto de existirem muito poucos estudos, principalmente, em Cuidados de Saúde Primários acerca dessa relação permitiu a elaboração de seis objectivos, inseridos num desenho de investigação observacional, transversal, quantitativo e correlacional:

Objectivos

- Caracterizar as disfunções sexuais numa consulta de MGF;
- Caracterizar a depressão numa consulta de MGF;
- Identificar associação da depressão com disfunção sexual;
- Prevalência da disfunção sexual numa consulta de MGF ;
- Prevalência de depressão numa consulta de MGF;
- Conhecer as dimensões - desejo, excitação, orgasmo e dor - numa consulta de MGF;
- Caracterização socio-demográfica da amostra.

Para isso foi considerado:

1. Identificação e análise do índice de avaliação da depressão (BeckII) que determina numa população de mulheres e de homens entre os 18 e 50 anos duas condições:
 - 1.1. não estar deprimido score de 0 a 13;
 - 1.2. estar deprimido-score superior a 13;

2. Comparação das dimensões do índice internacional de função erétil (IIEF) no grupo dos homens com depressão e sem depressão;
3. Comparação das dimensões do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) no grupo das mulheres com depressão e sem depressão;
4. Identificação das prevalências de depressão e disfunções sexuais na amostra estudada;
5. Caracterização da população quanto às variáveis avaliadas pelo Índice sócio-demográfico.

Os objectivos conduziram a quatro hipóteses em estudo:

- A. As dimensões do índice internacional de função erétil (IIEF) dos homens estão negativamente relacionados com a depressão.
- B. A disfunção erétil e a diminuição do desejo são as dimensões do índice internacional de função erétil (IIEF) que têm valores mais baixos no grupo dos homens com depressão.
- C. A diminuição do desejo e da lubrificação são as dimensões do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) que têm valores mais baixos nas mulheres com depressão.
- D. As dimensões do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) das mulheres estão negativamente relacionadas com a depressão.

TIPO DE ESTUDO

O estudo a realizado é experimental, descritivo, correlacional e comparativo.

POPULAÇÃO ALVO E EM ESTUDO

A população alvo foi constituída pelos utentes com idade entre os 18 e os 50 anos inscritos no Centro de Saúde de Alvalade.

AMOSTRA

O autor aplicou durante 10 meses (cerca de 160 períodos de consulta), no período compreendido entre 1 de Fevereiro e 30 de Novembro de 2007, o Inventário para a depressão de Beck II (com aplicação do inquérito sócio-demográfico e recolha de dados das fichas

clínicas do doente) para avaliação da sintomatologia depressiva e as escalas de Disfunção Sexual - Índice internacional da função eréctil (IIEF) foi aplicado aos homens e Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) foi aplicada às mulheres - a todos os utentes com vida sexual activa da sua consulta, de modo a identificar os utentes entre os 18 e 50 anos com depressão e/ou disfunção sexual.

A amostra foi construída por conveniência, entre estas idades, que estão inscritos na lista de utentes do autor e foram estudados através dos instrumentos de medida adiante referidos.

Deve-se salientar que houve uma mudança na metodologia de recolha da amostra, pois começou a verificar-se, uma não adesão ao preenchimento dos inquéritos e nas respostas entregues. Para uma melhor rentabilização, nas consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna, Pediatria e Psicologia, foram aplicados os inquéritos, às mulheres e homens que frequentaram estas consultas, com a ajuda das Enfermeiras e Psicólogas do Centro de Saúde de Alvalade.

Participantes

Participaram inicialmente no estudo 102 mulheres e 88 homens, com o objectivo da constituição de uma amostra aleatória da lista de utentes do autor.

Contudo, uma não adesão ao correcto preenchimento dos inquéritos, não cumprindo os critérios mínimos requeridos (28 mulheres e 26 homens) e desistências (10 mulheres e 19 homens), levou à mudança da metodologia da recolha da amostra, com a constituição da amostra de conveniência referida, 64 mulheres e 43 homens.

Foram encontradas algumas dificuldades na colaboração dos utentes para a recolha da amostra, provavelmente por ser um estudo sobre sexualidade. Verificou-se subjectivamente, que a população com baixa habilitação académica não aceita a participação neste tipo de

estudos, o que dificultou consideravelmente a continuidade da recolha da amostra e até algum constrangimento por parte do autor na aplicação dos inquéritos.

Deve-se salientar que a generalização destes dados à população em geral não deve ser feita, dado que se trata de uma amostra de conveniência, em que as características não são inteiramente representativas dessa população.

VARIÁVEIS

As variáveis a estudar foram: idade (entre os 18 e 50 anos), sexo, variáveis socio-demográficas (profissão, escolaridade, naturalidade, estado civil, número de filhos), existência e tipo de disfunção sexual (dimensões do IIEF e do FSFI) e existência e tipo de depressão.

As variáveis a utilizar foram operacionalizadas e categorizadas consoante o tipo de variável, explicitando-se a escala de medida a utilizar, o atributo de cada variável, a gama de valores possíveis para cada uma e ainda o código para não resposta e o instrumento utilizado para a sua classificação (vide tratamento estatístico dos dados).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida para a realização deste estudo:

Inventário para a depressão de Beck II validado para a população portuguesa por R. Coelho e A. Martins. Este questionário de autopreenchimento é contituído por 21 itens orientados para a avaliação depressiva. Este Inventário aborda uma dimensão cognitiva - Questões 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14 respectivamente, (sentimentos de fracasso, culpa, punição, auto-depreciação, auto-criticismo, choro, indecisão e inutilidade), uma dimensão somática - Questões 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20 respectivamente (agitação, diminuição da energia, dificuldades no sono, irritação, perda de peso e de apetite, concentração e cansaço) e uma

dimensão afectiva – Questões 1, 2, 4, 9, 12, 21, respectivamente (tristeza, pessimismo, perda de prazer, ideias de suicídio, diminuição do interesse e de sexo).

Este teste pode aplicar-se a partir dos 13 anos de idade, e com uma pontuação superior a 13 indicia sintomas depressivos (curva Roc e $p < 0.001$). Este cut off coincide com o estudo americano e a análise dos componentes principais (alfa-0.89; rotação promax: KMO-0.94; Bartlett $p < 0.001$) determinou as dimensões referidas atrás.

Tem, portanto, boas características psicométricas, sendo utilizado para muitos estudos a nível nacional e internacional, como pela equipa de investigação do Porto, anteriormente referida.

A sua utilização neste âmbito de avaliação das dificuldades sexuais tem fundamental interesse quando a depressão é um dos principais quadros de co-morbilidade psicopatológica. Também tem sido uma medida valiosa na triagem de sintomatologia depressiva em amostras de adolescentes.^{16,21} (anexo I).

Questionário de comportamento sexual masculino – “The international index of erectile function”, IIEF (Índice internacional da função erétil), foi aplicado aos homens. Este questionário breve, de autopreenchimento e de fácil administração, constituído por 20 itens aborda a função erétil (itens 1,2,3,4,5,15), função orgásmica (itens 9,10), desejo sexual (itens 11,12), satisfação sexual/coital (itens 6,7,8), satisfação em geral (itens 13,14), função ejaculatória (itens 18,19,20) e satisfação orgásmica, (itens 16,17).

Este instrumento construído por Rosen e colaboradores em 1997, com tradução e adaptação de P.Nobre em 2001, é constituído por 20 itens agrupados nas sete dimensões já referidas, que avaliam a função sexual masculina de acordo com os actuais sistemas de classificação (American Psychiatric Association e World Health Organization).

O IIEF permite calcular os índices para cada dimensão e um índice total que resulta do somatório dos índices das várias dimensões que constituem a escala. A escolha múltipla para

uma única resposta a cada item deste questionário varia entre 0 e 5 ou de 1 a 5, sendo que o item 18 foi codificado por ordem inversa.

Assim o IIEF tem uma estrutura de sete dimensões que podem variar: a função erétil (de 1 a 30), função orgásmica (0 a 10), desejo sexual (itens de 2 a 10), satisfação sexual/coital (de 0 a 15), satisfação em geral (de 2 a 10), função ejaculatória (de 0 a 15) e satisfação orgásmica, (de 0 a 10).

A pontuação total varia, portanto, entre 5 e 100. Os valores elevados correspondem a melhores índices de funcionamento sexual. Na cotação da escala, quanto mais elevados forem os valores, melhor o funcionamento sexual masculino.

Foi aplicado nos últimos anos, quer como instrumento de diagnóstico e de avaliação terapêutica, quer em estudos epidemiológicos.^{81,82}(anexo II).

Questionário do comportamento sexual feminino –“The sexual function of female index”, FSFI (Índice de funcionamento sexual feminino) foi aplicado às mulheres. Este questionário, também de autopreenchimento e de fácil aplicação, com 19 itens, aborda o interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual.^{75,83,84}

Este instrumento construído por Rosen e colaboradores é constituído por 19 itens agrupados em seis dimensões que avaliam a função sexual feminina de acordo com os actuais sistemas de classificação (American Psychiatric Association e World Health Organization). As seis dimensões são constituídas por interesse sexual/desejo (itens 1 e 2), excitação sexual (itens 3, 4, 5 e 6), lubrificação sexual (itens 7, 8, 9 e 10), orgasmo (itens 11, 12 e 13); satisfação sexual (itens 14, 15 e 16) e dor sexual (itens 17, 18 e 19).

Cada item tem cinco ou seis opções de resposta, das quais o sujeito deve assinalar apenas uma. Uma pontuação de zero numa dada dimensão indica que nenhuma actividade sexual foi reportada, não transmitindo nenhuma outra informação sobre essa dimensão.

O FSFI permite calcular os índices para cada dimensão e um índice total que resulta do somatório dos índices das várias dimensões que constituem a escala. A escolha múltipla para uma única resposta a cada item deste questionário varia entre 0 e 5 ou de 1 a 5, sendo que os itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19 foram revertidos.

Em termos de precisão, o FSFI tem uma consistência interna boa, dado que obteve alfas de Cronbach de .82 e superiores para cada uma das suas seis dimensões e de .95 para a escala total. A precisão teste-reteste ou estabilidade temporal (de 2 a 4 semanas) foi relativamente alta para todas as dimensões ($r = .79 - .86$) e para a escala total ($r = .88$). Na comparação entre grupos foi utilizada a cotação que varia entre 0 a 20 para a excitação e lubrificação, 2 a 10 para o desejo, 0 a 15 para o orgasmo e para a dor e, 2 a 15 para a satisfação. A pontuação total varia entre 4 e 95. Os valores elevados correspondem a melhores índices de funcionamento sexual. Na cotação da escala, quanto mais elevados forem os valores, melhor é o funcionamento sexual.

O FSFI foi validado por P. Pechorro e R.Vieira para a população portuguesa (Consulta de Sexologia do H.S.M.). Este instrumento permite, portanto, calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual, resultante do seu somatório e também tem sido aplicado nos últimos anos em muitos estudos epidemiológicos por diversos investigadores.^{75,83,84}(anexo III).

Questionário sócio-demográfico que avalia as variáveis descritas abaixo, elaborado pelo autor e baseado na ficha familiar e na ficha clínica utilizadas nas consultas de Medicina Geral e Familiar, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Todas as variáveis foram cotadas numericamente para fácil tratamento estatístico.

Assim, consideraram-se: sexo (masculino e feminino); idade; naturalidade (urbano e rural); escolaridade (analfabeto, lê e escreve, pré-escolar, primária, preparatória, básica, secundária,

profissional, superior, não aplicável); estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado, coabitação, não aplicável); situação profissional (trabalhador activo, desempregado, reformado, doméstica, outra situação, não aplicável); nº filhos vivos. (anexo IV).

COLHEITA DE DADOS

Os dados foram obtidos através da consulta (autopreenchimento pelos utentes, na sala de espera das consultas no Centro de Saúde de Alvalade) no período compreendido entre 1 de Fevereiro e 30 de Novembro de 2007, pelo autor, enfermeiras e psicólogas.

Este processo decorreu nas consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna, Pediatria e Psicologia, onde foram aplicados os inquéritos, às mulheres e homens que frequentaram estas consultas.

Os questionários de investigação apresentavam um total de 9 páginas para os homens (com IIEF) e 7 para as mulheres (com FSFI), sendo comum para os dois sexos o Inventário para a depressão de Beck II e o Questionário sócio-demográfico.

Todos estes questionários são constituídos por perguntas fechadas, de fácil resposta e curto tempo de administração, as quais permitem uma melhor caracterização da amostra a estudar.

AUTORIZAÇÕES

Autorização para utilização de instrumentos psicométricos

A necessidade de utilizar os instrumentos de medida para a avaliação dos objectivos do estudo, levou à solicitação e posterior autorização informada no envio de e-mail e carta, aos autores de construção, revalidação ou tradução dos instrumentos a utilizar na investigação, nomeadamente, o Inventário para a depressão de Beck II de R. Coelho e col. (Anexo V). O pedido para autorização do uso de escalas foi autorizado pelos devidos autores por mail.

O IIFE está disponibilizado no livro “Disfunções sexuais” de P.Nobre. Enviou-se um pedido de autorização, por carta, para a utilização do instrumento a este autor, sem que se tenha obtido resposta, pelo que se decidiu pela aplicação do questionário e continuação do estudo.

O FSFI, está disponibilizado no site www.fsfiquestionnaire.com .

Estes dois questionários foram facultados pelo Prof. Rui Xavier Vieira.

O inquérito sócio-demográfico está disponível nos registos de consulta da ARS de Lisboa.

Autorização institucional para recolha de amostra

Foi enviado, previamente, à Administração Regional de Saúde de Lisboa, um protocolo de investigação sobre o estudo, apresentado na Faculdade de Medicina de Lisboa. Foi concedida autorização pela Directora do Centro de Saúde de Alvalade (ARS Lisboa), local onde o autor trabalha, para a realização das entrevistas aos utentes (ANEXO VI).

Autorização dos utentes para entrar no estudo

Na maior parte dos casos, o autor fez um primeiro esclarecimento e pedido de colaboração no estudo aos doentes, e por vezes, foi pedida a colaboração da equipa de enfermagem e das psicólogas, consoante o tipo de consultas.

Foi perguntado previamente a idade, ao candidato a entrar no estudo.

Cada participante assinou o Formulário de consentimento informado, dado antes dos inquéritos, retirado ao protocolo de investigação antes do início do preenchimento garantindo o anonimato e a confidencialidade (anexoVII).

Foi efectuado um pré-teste: os protocolos de avaliação foram aplicados antes do início da recolha por forma a obter um tempo médio de resposta, tentando garantir a compreensão e clareza de todos os itens. Os participantes foram informados do tempo de duração médio do protocolo de investigação, cerca de 20 minutos.

Os participantes deixaram anonimamente os questionários numa caixa colocada na sala de espera, para esse efeito.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado pelo Dr. Pedro Pechorro e teve também a colaboração do Departamento de Métodos Quantitativos do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). No tratamento dos dados estatísticos, foi realizada uma análise descritiva das variáveis dos diferentes questionários, considerando a média, desvio padrão, mediana, máximo e mínimo para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS versão 15.0.

Análise descritiva

Para tratamento dos dados foram utilizados indicadores estatísticos descritivos, como medidas de localização e de dispersão, assim como frequências, adaptados a cada variável em análise.

Os dados surgem apresentados em gráficos ou tabelas. Os gráficos no relatório principal são sempre acompanhados das respectivas tabelas em anexo.

Para analisar as possíveis relações entre as dimensões estudadas (BDI-II e IIEF ou FSFI, respectivamente nos grupos masculino e feminino) optou-se pela determinação do coeficiente de correlação de Spearman. Trata-se de um coeficiente de correlação utilizado quando as variáveis em análise são qualitativas ordinais. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo dos extremos, -1 e 1, mais forte é a relação entre as duas variáveis. Quando o valor apresenta um sinal negativo significa que à medida que os valores de uma variável aumentam a outra diminui. Se o valor apresentar sinal positivo significa que as variáveis têm uma relação directa, ou seja, à medida que os valores de uma aumentam os valores da outra aumentam também.

Para avaliar a consistência interna das questões que constituem cada um dos inquéritos e dimensões utilizados, quer para a depressão, quer para a disfunção sexual, utilizou-se a medida Alpha de Cronbach. Esta medida permite aferir de que forma um conjunto de questões simples pode medir um determinado constructo unidimensional. O Alpha pode variar entre 0 e 1, quanto mais perto de 1 maior a consistência interna das questões.

Neste estudo houve recurso a alguns testes estatísticos, mas não se pretendeu extrapolar os resultados à população, uma vez que a amostra recolhida não é aleatória. A utilização dos testes serviu como referência para avaliação e comparação das grandezas dos valores.

Na avaliação do efeito das variáveis mediadoras foi utilizado o teste de comparação de distribuições Mann-Whitney. Este teste não paramétrico foi utilizado para testar a igualdade das distribuições da variável ordinal escolaridade, nos dois grupos, não depressivo e depressivo. (hipótese em teste: as distribuições de escolaridade são iguais nos dois grupos, não depressivo e depressivo).

Para as variáveis idade e número de filhos como se tratam de variáveis quantitativas foi efectuada uma comparação dos valores médios nos grupos não depressivo e depressivo, com o recurso a testes t de igualdade de duas médias, quando se verificou a normalidade. (hipótese em teste: As médias de idade (número de filhos) são iguais nos dois grupos, não depressivo e depressivo). Para o grupo masculino, na variável número de filhos não se verificou a normalidade das distribuições, tendo sido utilizado um teste de Mann-Whitney para comparação das distribuições.

Para as restantes variáveis mediadoras qualitativas não se apresentam os testes de independência de Qui-quadrado porque não se verificaram as suas condições de aplicabilidade. O principal motivo prende-se com a pequena dimensão dos grupos gerados pelo cruzamento das categorias.

Para comparar os valores dos questionários IIEF e FSFI, respectivamente nos grupos masculino e feminino, foi avaliada a normalidade das distribuições destes indicadores nos grupos não depressivo e depressivo, com recurso ao teste de Shapiro-Wilk, adequado para amostras com dimensão inferior a 50 elementos. Não se verificou a existência de normalidade.

Para comparar as médias dos indicadores nos dois grupos em análise, para homens e mulheres, foram utilizados novamente testes não paramétricos de Mann-Whitney (hipótese em teste: as distribuições de IIEF/FSFI são iguais nos dois grupos, não depressivo e depressivo).

Para a decisão em todos os testes estatísticos utilizados o nível de significância estipulado foi de 0,05.

“Não existe caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho”
Gandhi

RESULTADOS

GRUPO MASCULINO

Caracterização

A amostra recolhida é constituída por 43 elementos do sexo masculino. O grupo foi caracterizado no que refere às variáveis sócio-demográficas consideradas, que são a idade, naturalidade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos e situação profissional.

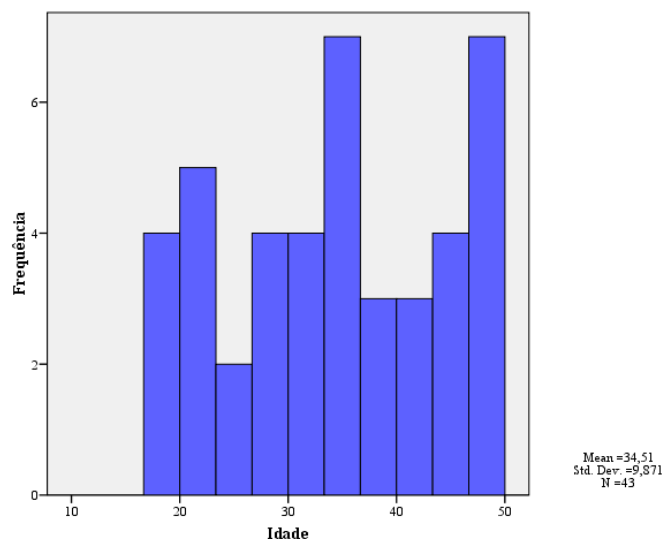
Os homens que compõem o grupo têm uma idade média de aproximadamente 34,5 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 10 anos. O elemento mais jovem possui 18 anos e o elemento mais velho tem 50 anos (Tabela1).

Tabela 1 – Medidas descritivas da idade do grupo masculino

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Idade | 43 | 18 | 50 | 34,51 | 9,871 |

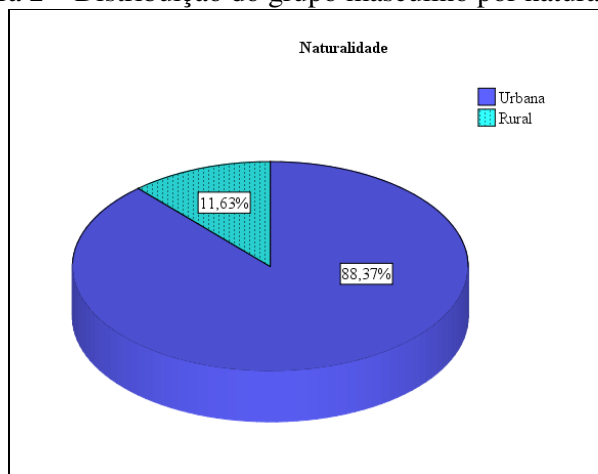
A distribuição das idades dos indivíduos pode ser observada no histograma apresentado seguidamente (Fig1). Verifica-se que a idade mais frequente é 22 anos e que metade dos homens apresentam idades entre os 26 e 44 anos.

Figura 1 – Distribuição da idade do grupo masculino



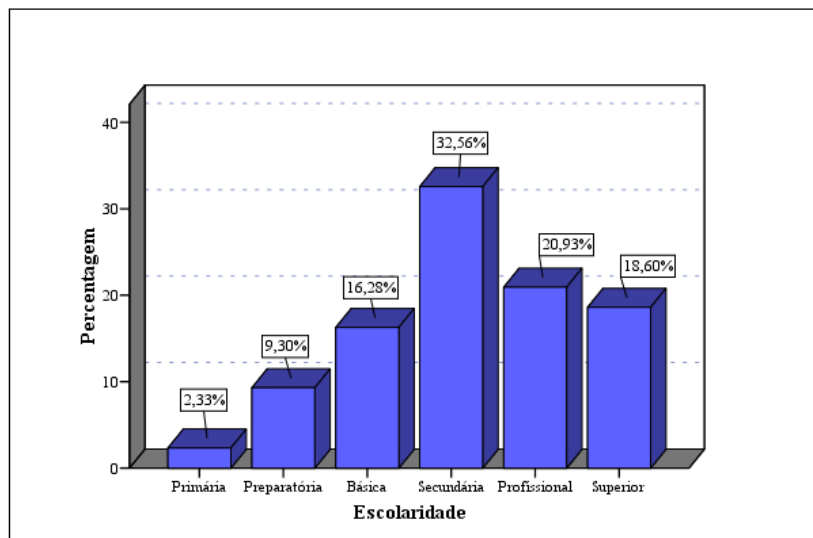
No que refere à naturalidade, o grupo é maioritariamente constituído por homens de naturalidade urbana, apenas 5 (11,63%) apresentam naturalidade rural (Fig. 2).

Figura 2 – Distribuição do grupo masculino por naturalidade



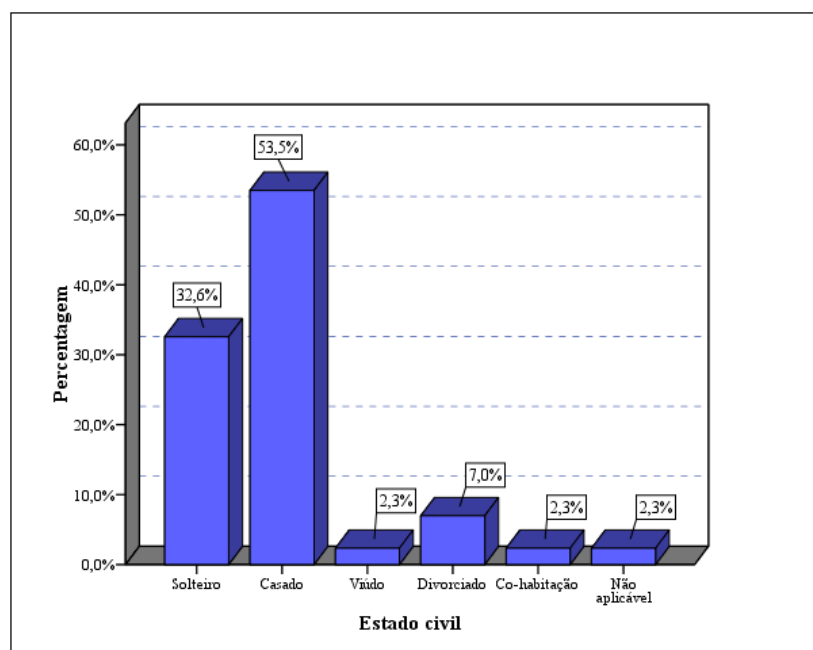
No que refere à escolaridade, mais de metade dos elementos do grupo masculino apresentam habilitações académicas até ao nível secundário. Todos os indivíduos apresentam algum nível de escolaridade e 8 (18,6%) possuem escolaridade de nível superior (Fig. 3).

Figura 3 – Distribuição do grupo masculino por escolaridade



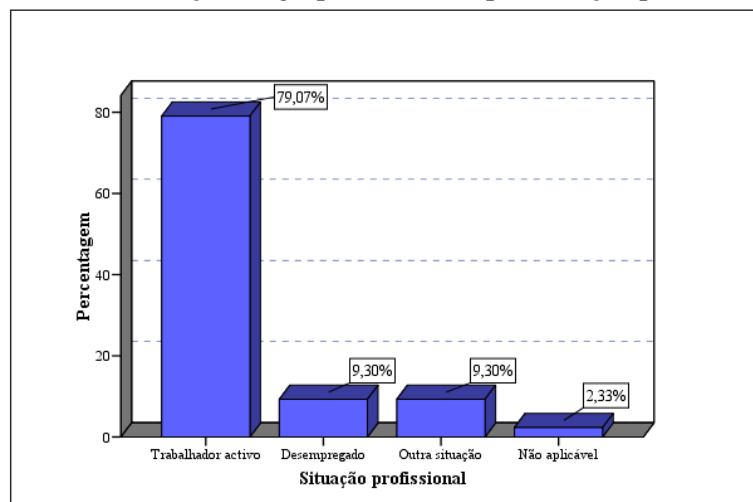
A grande maioria dos elementos da amostra masculina são casados (23 homens) ou solteiros (14 homens) como pode ser observado na Fig. 4.

Figura 4 – Distribuição do grupo masculino por estado civil



Em relação à situação profissional, os indivíduos são trabalhadores activos na sua maioria (79,07% - 34 homens). Existem 4 homens que se encontram desempregados (9,3%). A distribuição da situação profissional neste grupo pode ser observada na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição do grupo masculino por situação profissional



Em relação ao número de filhos, verifica-se que existem 8 homens sem filhos e que a maioria possui 1 ou mais filhos (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência do número de filhos do grupo masculino

| Nº de filhos | | | |
|--------------|------------|-------|-------------|
| | Frequência | % | % acumulada |
| 0 | 8 | 18,6 | 18,6 |
| 1 | 16 | 37,2 | 55,8 |
| 2 | 15 | 34,9 | 90,7 |
| 3 | 3 | 7,0 | 97,7 |
| 4 | 1 | 2,3 | 100,0 |
| Total | 43 | 100,0 | |

Em resumo, de forma generalista pode afirmar-se que o grupo masculino em análise é constituído por 43 indivíduos, com idade entre os 18 e os 50 anos, são maioritariamente de naturalidade urbana (88%), com diferentes níveis de escolaridade, secundário 33% e

profissional 21%, são predominantemente casados (53%), trabalhadores activos (79%) e com 1 ou 2 filhos (37 e 35%) respectivamente.

Aplicação do BDI – II

Ao grupo masculino foi aplicado o inventário de Beck II para despiste de sintomatologia depressiva (as dimensões cognitiva, somática e afectiva), descrito no capítulo - material e métodos. Após a utilização deste questionário foi apurada a soma das respostas para cada indivíduo (BDI-II total) e dividindo os 43 homens em não depressivos (score até 13) e depressivos (score >13).

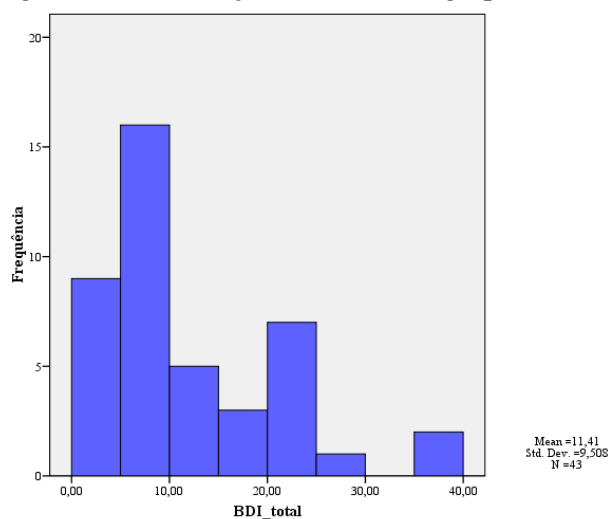
Os valores deste índice podem variar de 0 a 63 pontos. Apurou-se a consistência interna deste indicador tendo-se obtido um valor de Alpha de Cronbach de 0,933, revelador de uma elevada consistência das questões para serem tratadas pelos do BDI-II total (tabela 8- anexo VIII). A Tabela 3 mostra alguns indicadores descritivos obtidos sobre o grupo masculino em análise.

Tabela 3 – Medidas descritivas de BDI-II do grupo masculino

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-----------|----|--------|--------|---------|---------------|
| BDI_total | 43 | ,00 | 39,00 | 11,4070 | 9,50830 |

A Figura 6 mostra a distribuição dos valores de BDI-II obtidos com o grupo masculino.

Figura 6 – Distribuição do BDI II do grupo masculino



Por análise dos indicadores é possível afirmar que os indivíduos apresentam valores entre 0 e 39 pontos, sendo a média de 11,4 pontos, com desvio padrão de aproximadamente 9,5 pontos. A maior parte dos indivíduos apresenta valores BDI-II inferior a 10 pontos, revelando portanto, que são não deprimidos.

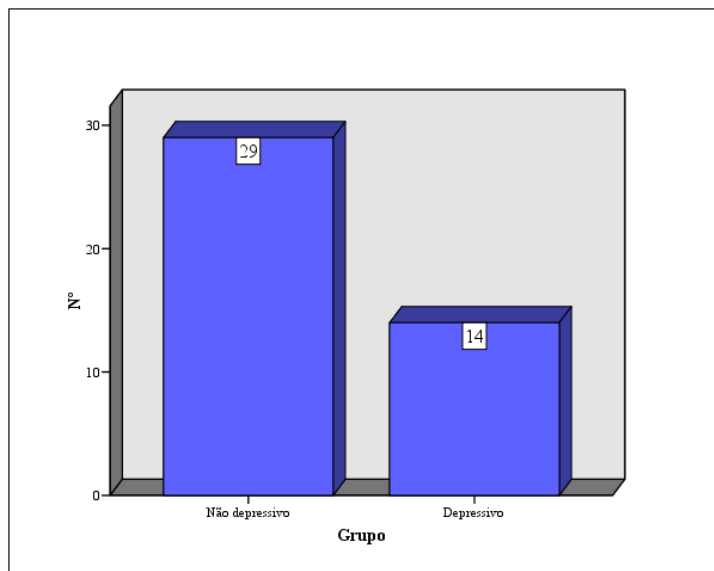
Considerando a classificação dos indivíduos de acordo com a pontuação obtida em BDI-II é possível constituir quatro grupos (Tabela 4). Verifica-se que 29 homens apresentam sintomatologia mínima e encontram-se representados os três grupos de classificação de depressão, nomeadamente dois casos com depressão severa.

Tabela 4 – Frequência dos grupos de acordo com a classificação BDI-II

| BDI - 4 Grupos | | |
|--------------------------------|------------|-------|
| | Frequência | % |
| 0 - 13 = Sintomatologia mínima | 29 | 67,4 |
| 14 - 19 = Depressão ligeira | 4 | 9,3 |
| 20 - 28 = Depressão moderada | 8 | 18,6 |
| 29 - 63 = Depressão severa | 2 | 4,7 |
| Total | 43 | 100,0 |

No presente estudo a classificação foi estruturada considerando dois grupos. O primeiro com pontuação inferior ou igual a 13 pontos, considerando o grupo de indivíduos não depressivos e o segundo grupo composto pelos indivíduos com 14 ou mais pontos, denominado não depressivo. A Figura 7 apresenta a dimensão dos grupos de acordo com esta classificação, verificando-se a presença de 29 homens não depressivos e 14 depressivos.

Figura 7 – Frequência do grupo masculino não depressivo e depressivo



Aos dois grupos agora determinados, o Questionário de comportamento sexual de Rosen - IIEF (Índice internacional da função erétil), que foi aplicado aos homens, foi interpretado nas suas várias dimensões. Este questionário breve, de auto-preenchimento e de fácil administração, constituído por 20 itens aborda a função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual/coital, satisfação em geral, função ejaculatória e satisfação orgásmica, para caracterização e avaliação de disfunções e hábitos sexuais.

Antes de apresentar os resultados deste questionário torna-se necessário avaliar as variáveis mediadoras, comparando os grupos.

Variáveis mediadoras

Para avaliar as alterações efectivas no inquérito IIEF é necessário controlar os efeitos de algumas variáveis mediadoras. Torna-se necessário aferir a igualdade dos grupos não

depressivos e depressivos, em relação à distribuição das variáveis de caracterização. A comparação decorre da análise descritiva das distribuições.¹

Tabela 5- Valor médio de idade e nº de filhos nos grupos não depressivos e depressivos

| | Grupo | N | Média | Desvio padrão | Erro padrão |
|--------------|----------------|----|-------|---------------|-------------|
| Idade | Não depressivo | 29 | 32,79 | 9,872 | 1,833 |
| | Depressivo | 14 | 38,07 | 9,203 | 2,459 |
| Nº de filhos | Não depressivo | 29 | 1,17 | ,805 | ,149 |
| | Depressivo | 14 | 1,79 | 1,122 | ,300 |

Os grupos de homens não depressivos e depressivos não apresentam diferenças significativas entre os valores médios de idade e de número de filhos² (tabela 5).

Comparando a naturalidade dos elementos dos grupos, a naturalidade urbana domina em cada grupo de homens, não depressivos e depressivos (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição da naturalidade nos grupos não depressivos e depressivos

| Grupo * Naturalidade | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------|--------|-------|--------|
| | | Naturalidade | | | |
| | | Urbana | Rural | Total | |
| Grupo | Não depressivo | Nº | 24 | 5 | 29 |
| | | % | 82,8% | 17,2% | 100,0% |
| | Depressivo | Nº | 14 | 0 | 14 |
| | | % | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Total | | Nº | 38 | 5 | 43 |
| | | % | 88,4% | 11,6% | 100,0% |

A distribuição dos níveis de escolaridade por grupo encontra-se na Tabela 7. Verifica-se que os grupos têm um perfil semelhante nesta característica, ambos apresentam maioritariamente habilitações ao nível do secundário e profissional.³

¹Os testes de hipóteses são aplicados apenas para avaliar as grandezas. O teste de independência de qui-quadrado é apresentado quando verificadas as condições de aplicabilidade.

² Testes de igualdade de médias com $t = -1,678$, $p > 0,05$ e $M-W = 135,5$, $p > 0,05$, respectivamente.

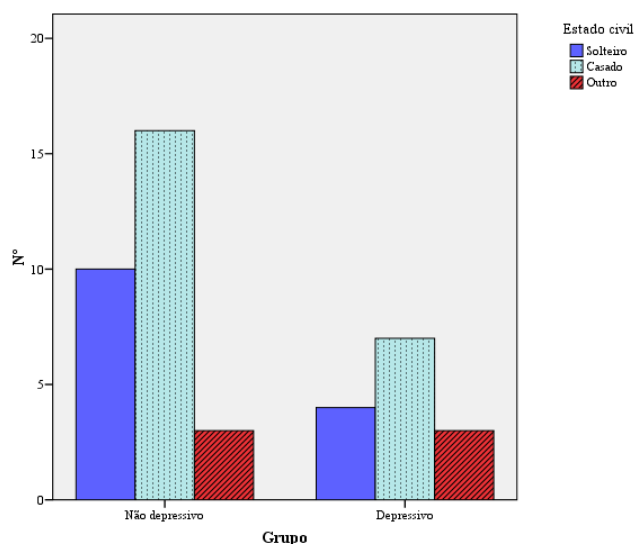
³ Teste de Mann-Whitney com valor 192,5 e $p > 0,05$.

Tabela 7- Distribuição dos níveis de escolaridade nos grupos não depressivos e depressivos

| | | Grupo * Escolaridade | | | | | | | |
|----------------|----|----------------------|--------------|--------|------------|--------------|----------|--------|--|
| | | Escolaridade | | | | | | | |
| Grupo | | Primária | Preparatória | Básica | Secundária | Profissional | Superior | Total | |
| Não depressivo | Nº | 1 | 1 | 6 | 9 | 7 | 5 | 29 | |
| | % | 3,4% | 3,4% | 20,7% | 31,0% | 24,1% | 17,2% | 100,0% | |
| Depressivo | Nº | 0 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 | 14 | |
| | % | ,0% | 21,4% | 7,1% | 35,7% | 14,3% | 21,4% | 100,0% | |
| Total | Nº | 1 | 4 | 7 | 14 | 9 | 8 | 43 | |
| | % | 2,3% | 9,3% | 16,3% | 32,6% | 20,9% | 18,6% | 100,0% | |

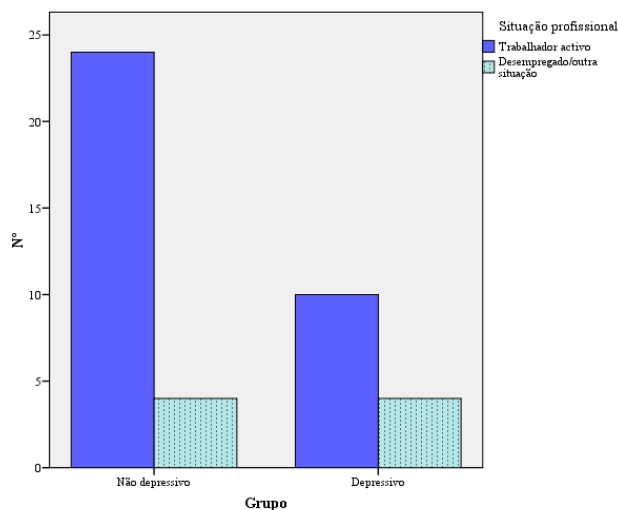
Avaliando a distribuição em relação ao estado civil, pela observação da Figura 8 é possível verificar um perfil semelhante nos dois grupos em análise. A maioria dos indivíduos é casada, seguida pelo estado civil solteiro. As outras situações, como divorciado ou viúvo estão pouco representadas.

Figura 8 – Distribuição do estado civil nos grupos não depressivo e depressivo



Em relação à distribuição da situação profissional também se encontra semelhança entre os grupos. Os indivíduos são maioritariamente trabalhadores activos (Figura 9).

Figura 9 – Distribuição da situação profissional nos grupos não depressivo e depressivo



A depressão é independente das variáveis supracitadas, nomeadamente estado civil, naturalidade, escolaridade, número de filhos e idade.

Questionário IIEF

Este instrumento de avaliação – IIEF- resulta da soma de um conjunto de questões que determinam as sete dimensões, havendo uma pontuação para cada uma delas e uma total. Avaliou-se a consistência interna das questões que formam o instrumento e obteve-se um Alpha de Cronbach no valor de 0,979 revelando uma consistência interna muito elevada (tabela 11- Anexo VIII).

Os indicadores estatísticos obtidos em cada grupo, de acordo com a divisão efectuada pelo Beck II, são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Medidas descritivas de IIEF dos grupos masculinos não depressivos e depressivos

| IIEF_total | | | | | |
|----------------|----|--------|--------|---------|---------------|
| Grupo | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
| Não depressivo | 29 | 16,00 | 99,00 | 83,1379 | 20,17198 |
| Depressivo | 14 | 11,00 | 95,00 | 59,2143 | 28,06086 |
| Total | 43 | 11,00 | 99,00 | 75,3488 | 25,37048 |

Verifica-se que o valor médio encontrado no grupo depressivo é significativamente menor do que o valor médio de IIEF do grupo não depressivo.

Analisando a relação existente entre as pontuações obtidas com Beck II e com o IIEF, a Tabela 9 mostra que existe uma relação linear negativa de intensidade média (-0,524), medida através do coeficiente de regressão de Spearman. Este indicador foi calculado para todo o grupo masculino em análise.

Tabela 9 – Coeficiente de correlação entre BDI e IIEF totais

| Correlações | | | |
|-------------|-------------------------|-----------|------------|
| | | BDI_total | IIEF_total |
| BDI_total | Coeficiente de Spearman | 1,000 | -,524** |
| | N | 43 | 43 |
| IIEF_total | Coeficiente de Spearman | -,524** | 1,000 |
| | N | 43 | 43 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analisando os grupos não depressivos e depressivos, a Tabela 10 mostra os coeficientes de correlação encontrados.

Tabela 10 – Coeficiente de correlação entre BDI e IIEF totais por grupo

| Correlações | | | | |
|----------------|------------|-------------------------|-----------|------------|
| Grupo | | | BDI_total | IIEF_total |
| Não depressivo | BDI_total | Coeficiente de Spearman | 1,000 | -,231 |
| | | N | 29 | 29 |
| | IIEF_total | Coeficiente de Spearman | -,231 | 1,000 |
| | | N | 29 | 29 |
| Depressivo | BDI_total | Coeficiente de Spearman | 1,000 | -,422 |
| | | N | 14 | 14 |
| | IIEF_total | Coeficiente de Spearman | -,422 | 1,000 |
| | | N | 14 | 14 |

Verifica-se que o grupo não depressivo apresenta um valor de coeficiente de correlação que denota uma relação fraca e negativa entre o questionário de IIEF e os valores de BDI-II. Para o grupo depressivo a relação apresenta-se média fraca e negativa, ou seja, para valores mais elevados de BDI-II os valores de IIEF diminuem.

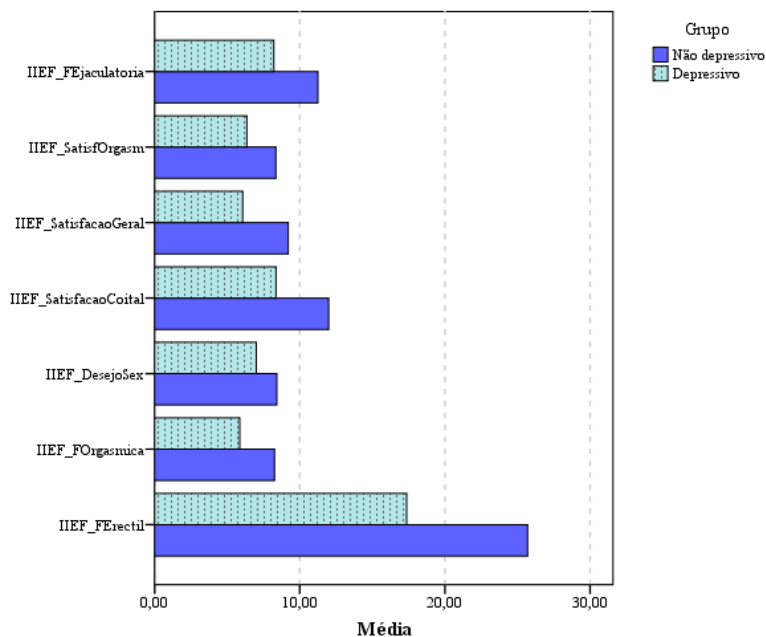
Conclui-se assim que existe uma relação mais forte entre os valores dos questionários IIEF e BDI-II totais para o grupo masculino com depressão, o que significa que os indivíduos mais deprimidos (com valores mais altos de BDI-II), têm pior funcionamento sexual (IIEF total mais baixo).

O indicador IIEF pode ser decomposto em sete dimensões parciais, que são: a função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual/coital, satisfação em geral, função ejaculatória e satisfação orgásmica.

A amplitude de valores possível nas várias dimensões, de acordo com os itens que as determinam, não é sempre o mesmo, por exemplo a função erétil pode atingir um máximo de 30 pontos, enquanto que a função ejaculatória e a função orgásmica podem ter máximos de 15 ou de 10, respectivamente.

Os valores médios obtidos em cada grupo para as várias dimensões encontram-se representados na Figura 10.

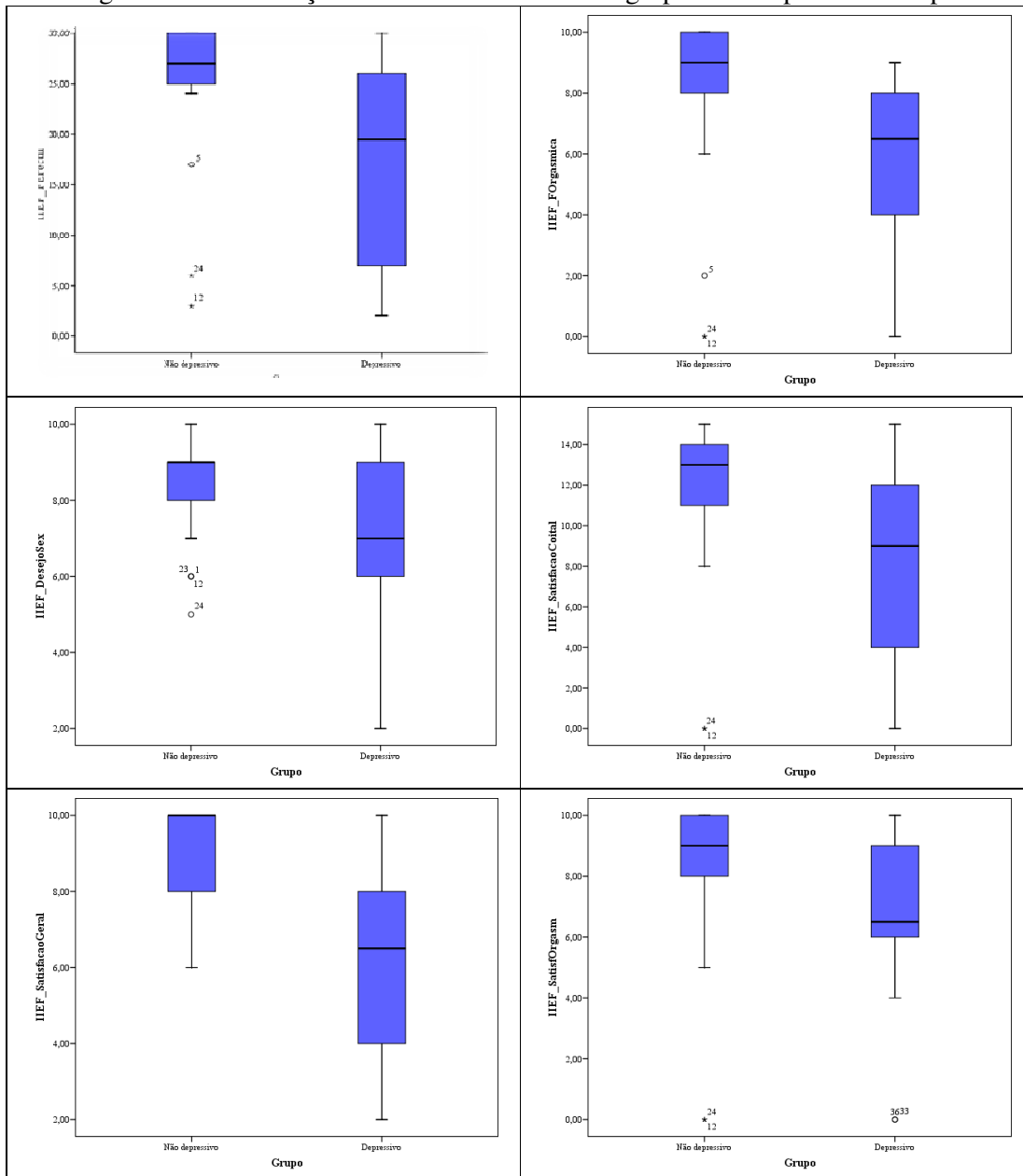
Figura 10 – Valores médios das dimensões IIEF nos grupos não depressivo e depressivo

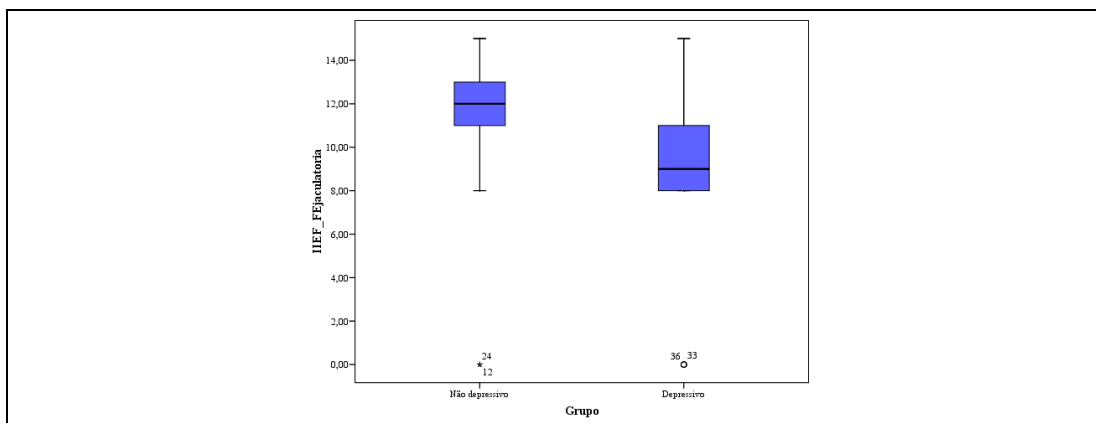


Verifica-se que para todas as dimensões do IIEF o grupo depressivo apresenta sempre uma média inferior ao registado pelo grupo não depressivo. A Figura 11 mostra o conjunto de diagramas de extremos e quartis construídos para cada dimensão, de forma a mostrar a distribuição dos indicadores em cada grupo masculino, não depressivo e depressivo. Os doentes deprimidos funcionam pior do que os não deprimidos em todas as dimensões do IIEF. Para todas as dimensões parciais verifica-se que o grupo masculino não depressivo surge com uma distribuição de valores mais concentrada e com valores mais elevados do que o grupo depressivo, apresentando assim um diferente comportamento nestas questões.⁴

⁴ Testes de comparação de distribuições de Mann-Whitney com $p < 0,05$.

Figura 11– Distribuição das dimensões IIEF nos grupos não depressivo e depressivo

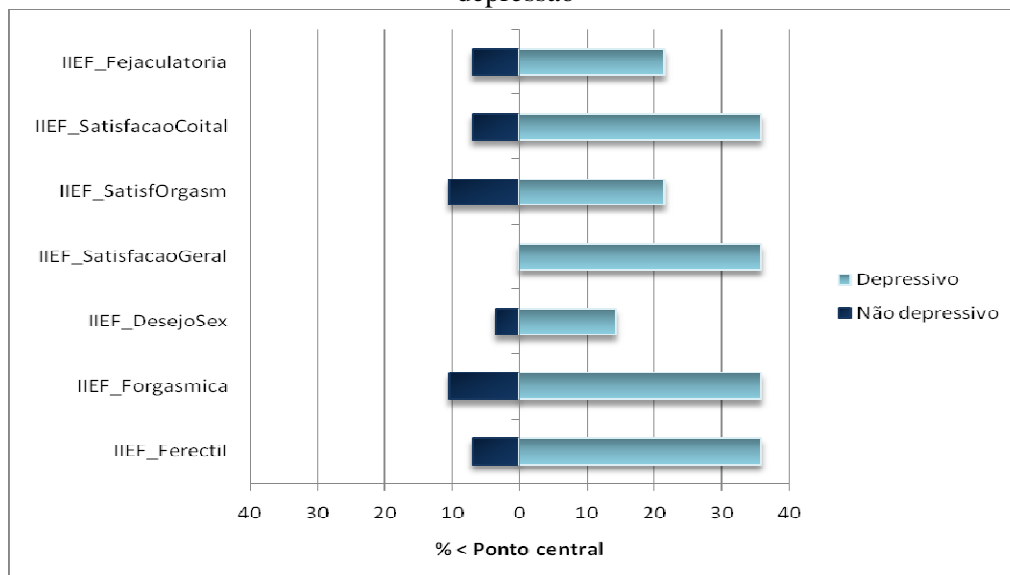




O grupo depressivo apresenta menor afastamento do grupo sem depressão nas dimensões de satisfação orgásmica e função ejaculatória, mas significativamente diferente.

Como as diferentes dimensões apresentam diferentes amplitudes de valores possíveis, a comparação de prevalência não deve ser efectuada comparando as médias apresentadas, em cada grupo. Para possibilitar a comparação das dimensões foram dicotomizadas tomando como valor de corte o ponto central da escala. O grupo de respostas abaixo do ponto central da escala possível de valores manifesta disfunção, traduzindo valores baixos das dimensões. A Figura 12 mostra a percentagem de elementos com os indicadores abaixo do seu ponto central, nos grupos masculinos com e sem depressão.

Figura 12– Prevalência das dimensões IIEF parciais nos grupos masculinos com e sem depressão



Verifica-se que a presença de disfunção é mais evidente e em mais elementos no grupo depressivo face ao grupo não depressivo, para todas as dimensões parciais IIEF. As disfunções com maior frequência no grupo masculino com depressão são a satisfação coital, satisfação geral, orgásmica e eréctil. No grupo sem depressão as disfunções mais prevalentes são a satisfação orgásmica e a função orgásmica.

O grupo depressivo apresenta assim um menor funcionamento sexual em todas as dimensões. Para cada dimensão do IIEF valores maiores indicam melhor funcionamento sexual e valores menores a presença de disfunção, com piores resultados sexuais.

Para a análise da relação existente entre as dimensões do IIEF e as pontuações do inventário BDI-II em cada um dos grupos determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman, cujos valores se encontram nas Tabelas 11 e 12 respectivamente para o grupo não depressivo e depressivo.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação entre BDI e IIEF parciais no grupo não depressivo

| | | Correlações ^a | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|
| | | BDI_ total | IIEF_ FErectil | IIEF_ FOrgasmica | IIEF_ DesejoSex | IIEF_ SatisfacaoCoital | IIEF_ SatisfacaoGeral | IIEF_ SatisfOrgasm | IIEF_ FEjaculatoria | IIEF_ total |
| Coeficiente de Spearman | BDI_total | 1,000 | -,220 | -,232 | -,183 | -,139 | -,284 | -,270 | -,135 | -,231 |
| | IIEF_FErectil | | 1,000 | ,856* | ,543** | ,373* | ,293 | ,753** | ,498** | ,828* |
| | IIEF_FOrgasmica | | | 1,000 | ,701** | ,527** | ,485* | ,706** | ,506** | ,903* |
| | IIEF_DesejoSex | | | | 1,000 | ,598** | ,622* | ,730** | ,464* | ,832* |
| | IIEF_SatisfacaoCoital | | | | | 1,000 | ,674* | ,492** | ,158 | ,624* |
| | IIEF_SatisfacaoGeral | | | | | | 1,000 | ,503** | ,434* | ,610* |
| | IIEF_SatisfOrgasm | | | | | | | 1,000 | ,588** | ,835* |
| | IIEF_FEjaculatoria | | | | | | | | 1,000 | ,636* |
| | IIEF_total | | | | | | | | | 1,000 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

^a . Grupo = Não depressivo

Pela análise dos coeficientes para o grupo não depressivo verifica-se que o questionário BDI-II não se apresenta significativamente correlacionada com as dimensões parciais e total de IIEF.

Os coeficientes de correlação de Spearman surgem com valores na ordem de 0,2 e inferiores, denotando a ausência de relação entre as dimensões, tal como esperado.

Tabela 12 – Coeficiente de correlação entre BDI e IIEF parciais no grupo depressivo

Correlações^a

| | BDI_ total | IIEF_ FErectil | IIEF_ FOrgasmica | IIEF_ DesejoSex | IIEF_ SatisfacaoCoital | IIEF_ SatisfacaoGeral | IIEF_ SatisfOrgasm | IIEF_ FEjaculatoria | IIEF_ total |
|--------------------------|---------------|-------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|
| Coefficiente de Spearman | 1,000 | -.365 | -.451 | -.538* | -.348 | -.508 | -.579* | -.051 | -.422 |
| | | .199 | .105 | .047 | .222 | .063 | .030 | .862 | .133 |
| | | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_FErectil | | 1,000 | .908** | .652* | .907** | .938* | .868** | .642* | .938** |
| | | | .000 | .012 | .000 | .000 | .000 | .013 | .000 |
| | | | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_FOrgasmica | | | 1,000 | .658* | .952** | .898* | .878** | .696* | .941** |
| | | | | .011 | .000 | .000 | .000 | .006 | .000 |
| | | | | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_DesejoSex | | | | 1,000 | .602* | .703* | .734** | .341 | .746** |
| | | | | | .023 | .005 | .003 | .233 | .002 |
| | | | | | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_SatisfacaoCoital | | | | | 1,000 | .890* | .886** | .752** | .960** |
| | | | | | | .000 | .000 | .002 | .000 |
| | | | | | | 14 | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_SatisfacaoGeral | | | | | | 1,000 | .906** | .670** | .947** |
| | | | | | | | .000 | .009 | .000 |
| | | | | | | | 14 | 14 | 14 |
| IIEF_SatisfOrgasm | | | | | | | 1,000 | .709** | .953** |
| | | | | | | | | .005 | .000 |
| | | | | | | | | 14 | 14 |
| IIEF_FEjaculatoria | | | | | | | | 1,000 | .771** |
| | | | | | | | | | .001 |
| | | | | | | | | | 14 |
| IIEF_total | | | | | | | | | 1,000 |

*p. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**p. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

^a. Grupo = Depressivo

Pela matriz de correlações apresentada é possível identificar as dimensões parciais mais associados em termos de respostas.

A Tabela 12 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões, para o grupo depressivo. Verifica-se que o indicador BDI-II total surge com correlação média, superior a 0,5 em valor absoluto, com as dimensões IIEF de satisfação orgásmica, desejo sexual e satisfação geral. O indicador de BDI-II surge correlacionado com todas as dimensões de IIEF parciais e total, com exceção da função ejaculatória, onde o coeficiente apresenta um valor próximo de 0.

Todos os coeficientes apresentam valores negativos, ou seja, a relação existente é negativa, à medida que o valor de BDI-II aumenta, denotando um estado depressivo mais acentuado, os valores de IIEF diminuem, manifestando piores índices de funcionamento sexual.

GRUPO FEMININO

Caracterização

A amostra feminina em análise é constituída por 64 elementos. Caracterizou-se o grupo feminino em relação às variáveis sócio-demográficas como a idade, naturalidade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos e situação profissional, à semelhança do grupo masculino.

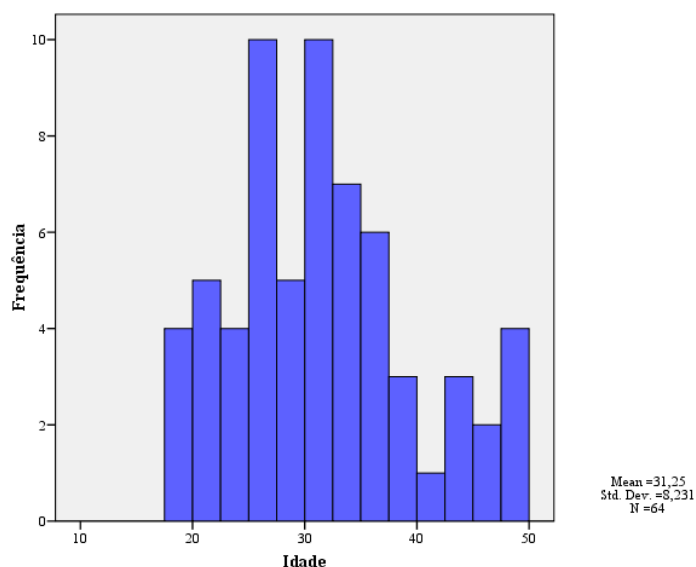
No que refere à idade, este grupo de mulheres apresenta uma idade média de 31,25 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 8 anos. A idade mais baixa encontrada foi de 18 anos e a idade mais elevada de 50 anos. (Tabela 13).

Tabela 13 – Medidas descritivas da idade do grupo feminino

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Idade | 64 | 18 | 50 | 31,25 | 8,231 |

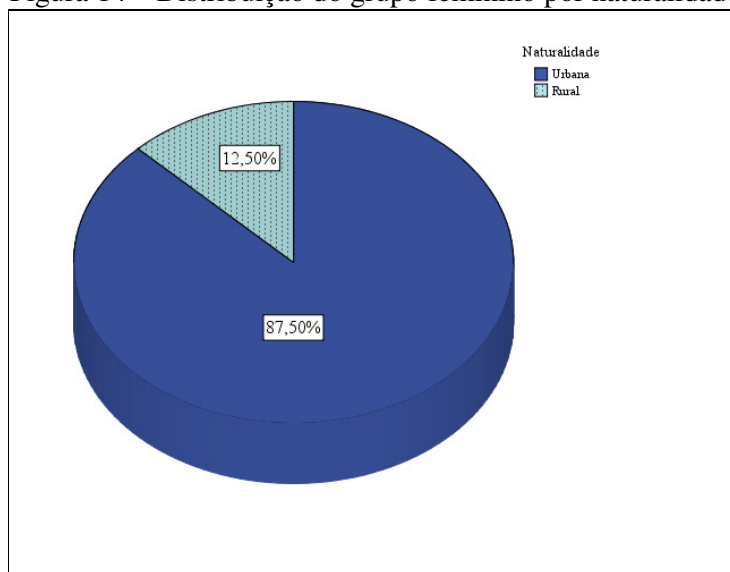
O histograma apresentado na Figura 13 mostra a distribuição das idades das mulheres. Verifica-se que a idade mais frequente foi 27 anos e que metade das mulheres apresentam idades entre os 25 e 35 anos.

Figura 13– Distribuição da idade do grupo feminino



O grupo é constituído maioritariamente por mulheres com naturalidade urbana (87,5%), apenas 8 apresentam naturalidade rural (Fig14).

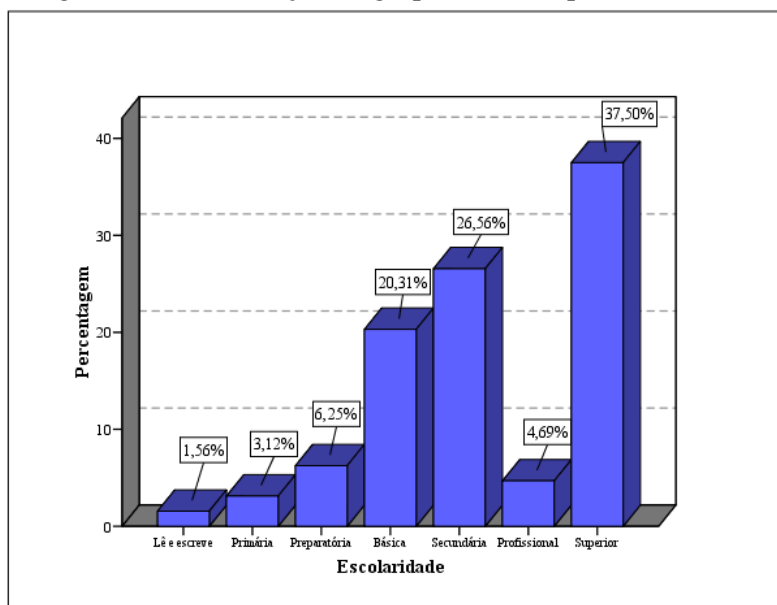
Figura 14 – Distribuição do grupo feminino por naturalidade



O grupo foi caracterizado sobre os níveis de escolaridade, como mostra a Figura 15. Verifica-se que o nível superior é o que se encontra mais representado no grupo, com 37,5% das

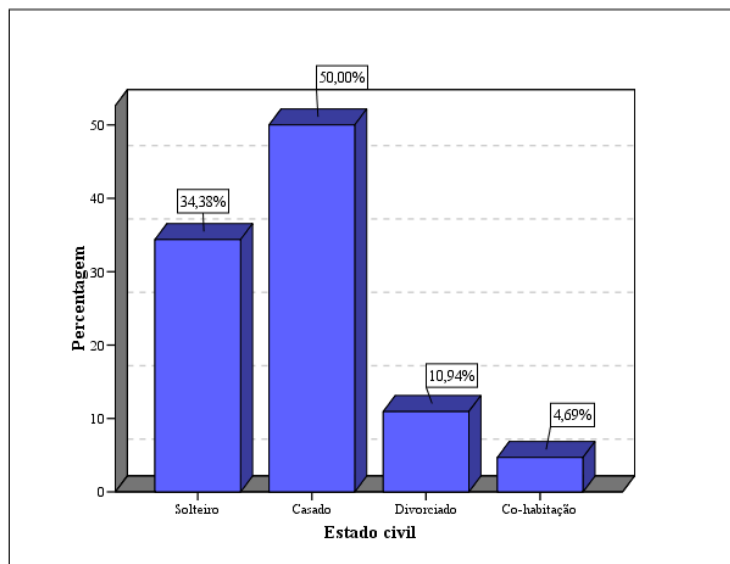
mulheres em análise. No entanto a maioria detém habilitações ao nível básico, secundário e profissional (51,56% nos três grupos de escolaridade).

Figura 15 – Distribuição do grupo feminino por escolaridade



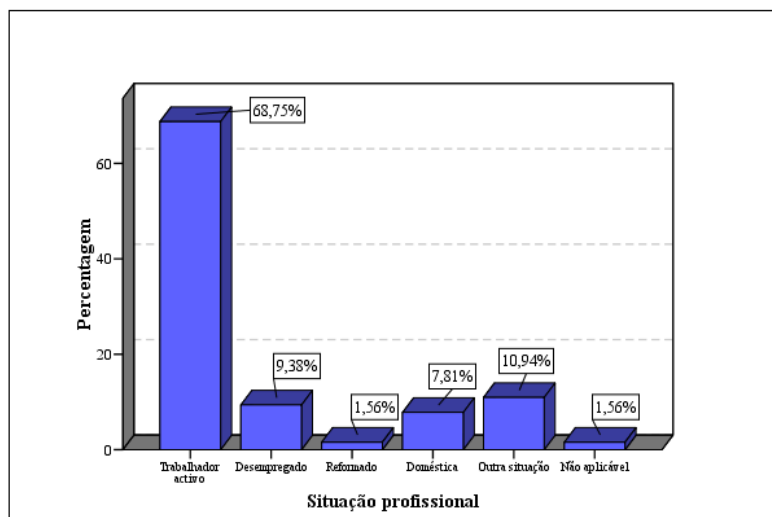
No que refere ao estado civil, 50% das mulheres são casadas, 34,38% solteiras e 10,94% estão divorciadas, como pode ser observado na Fig. 16.

Figura 16 – Distribuição do grupo feminino por estado civil



Em relação à situação profissional, a maioria das mulheres é trabalhadora activa (68,75%). Existem 6 mulheres no desemprego, 1 reformada e 5 domésticas. A distribuição da situação profissional neste grupo pode ser observada na Figura 17.

Figura 17– Distribuição do grupo feminino por situação profissional



Em relação ao número de filhos, verifica-se que muitas mulheres não têm filhos, cerca de 28% do grupo. A maioria tem 1 ou 2 filhos (67,2%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Frequência do número de filhos do grupo masculino

| n° filhos | | | |
|-----------|------------|-------|-------------|
| | Frequência | % | % acumulada |
| 0 | 18 | 28,1 | 28,1 |
| 1 | 22 | 34,4 | 62,5 |
| 2 | 21 | 32,8 | 95,3 |
| 3 | 3 | 4,7 | 100,0 |
| Total | 64 | 100,0 | |

Em síntese pode-se afirmar, de forma generalista que o grupo em análise é constituído por 64 mulheres, com idades entre os 18 e os 50 anos. As mulheres são maioritariamente de naturalidade urbana (87,5%), com níveis de habilitação do secundário 27% e superior 37%; são predominantemente casadas (50%), trabalhadoras activas (68%) e com filhos, 1 ou 2 filhos, 34 e 33%, respectivamente.

Aplicação do BDI – II

Tal como foi efectuado para o grupo masculino, também para o grupo feminino foi aplicado o Inventário de despiste de sintomatologia depressiva, Beck II, descrito no capítulo - Material e Métodos. A partir das respostas, atribuídas pelas mulheres em estudo, foi calculada a sua soma e construído o indicador denominado por BDI-II total. Após a utilização deste questionário foi apurada a soma das respostas para cada indivíduo (BDI-II total) e dividindo as 64 mulheres em não depressivas - 38 (score até 13) e depressivas - 26 (score >13), com valores possíveis entre 0 e 63 pontos. São avaliadas as dimensões cognitiva, afectiva e somática, consoante as respostas aos itens que as determinam.

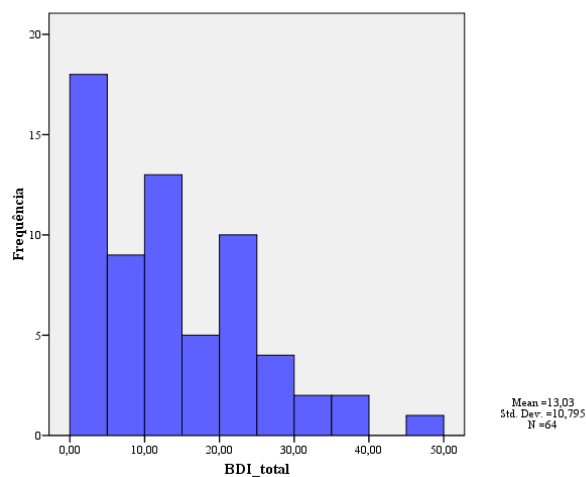
A consistência interna deste indicador foi medida através da determinação do alpha de Cronbach (tabela 24. Anexo VIII). O valor obtido foi de 0,937, revelador de uma elevada consistência das questões. A Tabela 15 mostra algumas medidas descritivas do indicador BDI-II, obtidas no grupo feminino.

Tabela 15– Medidas descritivas de BDI-II do grupo feminino

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-----------|----|--------|--------|---------|---------------|
| BDI_total | 64 | ,00 | 49,50 | 13,0313 | 10,79531 |

O histograma da Figura 18 apresenta a distribuição dos valores deste indicador, apurada com o grupo feminino.

Figura 18 – Distribuição do indicador BDI-II do grupo feminino



As medidas apuradas permitem afirmar que as mulheres apresentam um valor de Beck II total médio de 13,03 com um desvio padrão, de aproximadamente 10 pontos amplitude de pontuações encontradas neste grupo variam de 0 a 49,5. Metade das mulheres deste grupo apresenta uma pontuação até 10, inclusivé.

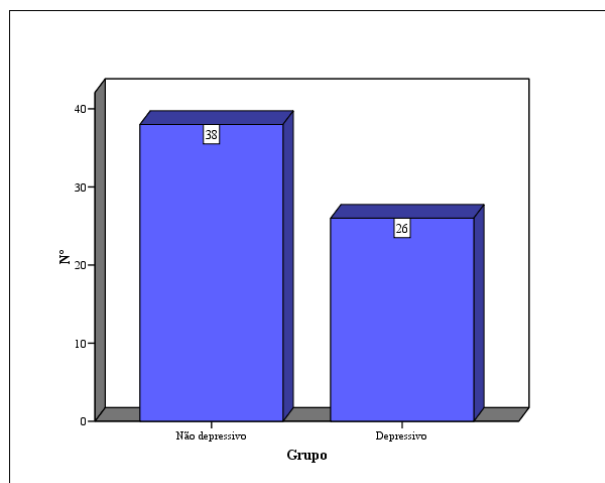
A Tabela16 apresenta a divisão do grupo feminino em quatro grupos, de acordo com os escalões de valores encontrados pelo questionário BDI-II. Verifica-se que 38 mulheres (59,4%) e todas as categorias de intensidade de estado depressivo estão representadas, existindo mesmo 5 mulheres com depressão severa.

Tabela 16 – Frequência dos grupos de acordo com a classificação BDI-II

| | Frequência | % | % acumulada |
|--------------------------------|------------|-------|-------------|
| 0 - 13 = Sintomatologia mínima | 38 | 59,4 | 59,4 |
| 14 - 19 = Depressão ligeira | 7 | 10,9 | 70,3 |
| 20 - 28 = Depressão moderada | 14 | 21,9 | 92,2 |
| 29 - 63 = Depressão severa | 5 | 7,8 | 100,0 |
| Total | 64 | 100,0 | |

Tal como no grupo masculino, a classificação será efectuada em dois grupos. O primeiro com pontuação inferior ou igual a 13 pontos, grupo não depressivo e o segundo composto pelas mulheres com 14 ou mais pontos, denominado depressivo. A Figura 18 apresenta a dimensão dos grupos de acordo com esta classificação, verificando-se a presença de 38 mulheres não depressivas e 26 com sintomatologia depressiva.

Figura 19 – Frequência dos grupos não depressivo e depressivo



Para caracterizar e avaliar as disfunções sexuais e hábitos, foi aplicado a cada grupo, agora determinado, um questionário para avaliar o comportamento sexual feminino - FSFI (Índice de funcionamento sexual feminino). Este instrumento construído por Rosen e colaboradores avalia, portanto, a função sexual feminina de acordo com os actuais sistemas de classificação (American Psychiatric Association e World Health Organization). As seis dimensões são

constituídas por interesse sexual/desejo (itens 1 e 2), excitação sexual (itens 3, 4, 5 e 6), lubrificação sexual (itens 7, 8, 9 e 10), orgasmo (itens 11, 12 e 13); satisfação sexual (itens 14, 15 e 16) e dor sexual (itens 17, 18 e 19). Cada item tem cinco ou seis opções de resposta, das quais o sujeito deve assinalar apenas uma. Uma pontuação de zero numa dada dimensão indica que nenhuma actividade sexual foi reportada, não transmitindo nenhuma outra informação sobre essa dimensão.

O FSFI permite calcular os índices para cada dimensão e um índice total que resulta do somatório dos índices das várias dimensões que constituem a escala. A escolha múltipla para uma única resposta a cada item deste questionário varia entre 0 e 5 ou de 1 a 5.

Para apurar este indicador e a sua relação com os grupos torna-se necessário primeiro comparar os grupos em análise em relação às variáveis mediadoras. Antes de apresentar os resultados deste indicador torna-se necessário avaliar as variáveis mediadoras, comparando as suas distribuições pelos grupos.

Variáveis mediadoras

A comparação dos grupos não depressivos e depressivos iniciou-se em relação à idade e ao número de filhos. A comparação decorre da análise descritiva das distribuições.⁵

Tabela 17- Valor médio de idade e nº de filhos nos grupos não depressivos e depressivos

| | Grupo | N | Média | Desvio padrão | Erro padrão |
|-----------|----------------|----|-------|---------------|-------------|
| Idade | Não depressivo | 38 | 29,55 | 6,900 | 1,119 |
| | Depressivo | 26 | 33,73 | 9,460 | 1,855 |
| nº filhos | Não depressivo | 38 | 1,18 | ,955 | ,155 |
| | Depressivo | 26 | 1,08 | ,796 | ,156 |

⁵Os testes de hipóteses são aplicados apenas para avaliar as grandezas. O teste de independência de qui-quadrado é apresentado quando verificadas as condições de aplicabilidade.

Os grupos de mulheres não depressivas e depressivas surgem idênticos nas médias de idade e de número de filhos⁶ (tabela17).

Comparando a naturalidade dos elementos dos grupos, a naturalidade urbana domina em cada grupo de mulheres, não depressivas e depressivas, sendo a distribuição dessas duas categorias muito semelhantes nos dois grupos (Tabela 18).

Tabela 18- Distribuição da naturalidade nos grupos não depressivos e depressivos

| Grupo * Naturalidade | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------|-------|-------|--------|
| | | Naturalidade | | | |
| | | Urbana | Rural | Total | |
| Grupo | Não depressivo | Nº | 33 | 5 | 38 |
| | | % | 86,8% | 13,2% | 100,0% |
| | Depressivo | Nº | 23 | 3 | 26 |
| | | % | 88,5% | 11,5% | 100,0% |
| Total | | Nº | 56 | 8 | 64 |
| | | % | 87,5% | 12,5% | 100,0% |

A Tabela 19 apresenta a distribuição dos níveis de escolaridade por grupo feminino. Conclui-se que o perfil é semelhante entre os dois grupos, a análise das percentagens em linha revela uma distribuição semelhante das categorias.⁷

Tabela 19- Distribuição dos níveis de escolaridade nos grupos não depressivos e depressivos

| Grupo * Escolaridade | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------|----------|--------------|--------|------------|--------------|----------|-------|--------|
| | | Escolaridade | | | | | | | | |
| | | Lê e escreve | Primária | Preparatória | Básica | Secundária | Profissional | Superior | Total | |
| Grupo | Não depressivo | Nº | 0 | 2 | 1 | 6 | 11 | 2 | 16 | 38 |
| | | % | ,0% | 5,3% | 2,6% | 15,8% | 28,9% | 5,3% | 42,1% | 100,0% |
| | Depressivo | Nº | 1 | 0 | 3 | 7 | 6 | 1 | 8 | 26 |
| | | % | 3,8% | ,0% | 11,5% | 26,9% | 23,1% | 3,8% | 30,8% | 100,0% |
| Total | | Nº | 1 | 2 | 4 | 13 | 17 | 3 | 24 | 64 |
| | | % | 1,6% | 3,1% | 6,3% | 20,3% | 26,6% | 4,7% | 37,5% | 100,0% |

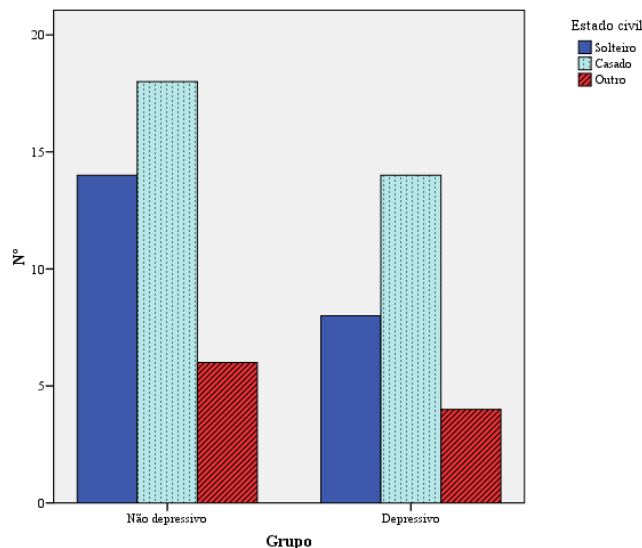
A distribuição das categorias do estado civil revelou-se semelhante entre os grupos. A Figura 20 ilustra a semelhança dos perfis de estado civil, onde o mais frequente é encontrar mulheres

⁶ Testes de igualdade de médias com $t = -2,044$, $p > 0,01$ e $M-W = 458,5$, $p > 0,05$, respectivamente.

⁷ Teste de Mann-Whitney com valor 397,5 e $p > 0,05$.

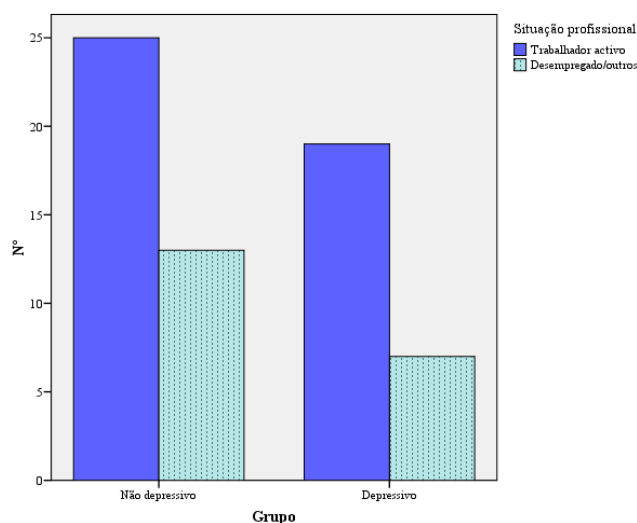
casadas em cada grupo. As outras situações, como divorciado ou em co-habitação estão pouco representadas.

Figura 20 – Distribuição do estado civil nos grupos não depressivo e depressivo



A situação profissional também apresenta semelhança na sua distribuição para os dois grupos de casos. Verifica-se a presença maioritária de mulheres trabalhadoras activas (Figura 21).

Figura 21 – Distribuição da situação profissional nos grupos não depressivo e depressivo



A depressão é independente das variáveis supracitadas, nomeadamente estado civil, naturalidade, escolaridade, número de filhos e idade.

Questionário FSFI

O Questionário FSFI, como foi descrito, dá uma pontuação para cada dimensão e um valor total resultante da soma de um conjunto de questões, que indicia melhor funcionamento quanto maior for a pontuação total. A consistência interna das questões utilizadas para a formação do indicador FSFI total foi avaliada, por Rui Vieira e Pedro Pechorro, para a população portuguesa. O valor do Alpha de Cronbach de 0,979 revelando uma consistência interna muito elevada (tabela 27. Anexo VIII).

Os indicadores estatísticos obtidos em cada grupo, de acordo com a divisão efectuada via Beck II, são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Medidas descritivas de FSFI dos grupos femininos não depressivos e depressivos

| FSFI_total | | | | | |
|----------------|----|--------|--------|---------|---------------|
| Grupo | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
| Não depressivo | 38 | 6,00 | 94,00 | 80,2237 | 14,54429 |
| Depressivo | 26 | 7,00 | 93,00 | 65,2500 | 21,26840 |
| Total | 64 | 6,00 | 94,00 | 74,1406 | 18,93880 |

Quando comparados os valores médios FSFI total nos dois grupos é possível observar que o grupo depressivo apresenta um valor significativamente menor neste indicador, o que revela pior funcionamento sexual.

A Tabela 21 apresenta a relação existente entre as pontuações obtidas com Beck II e com o FSFI. Verifica-se que existe uma relação linear negativa de intensidade média (-0,530), medida através do coeficiente de regressão de Spearman. Quando os valores de BDI-II aumentam (maiores sintomas depressivos) diminui o valor de FSFI total (pior funcionamento sexual). Este indicador foi calculado para todo o grupo feminino em análise.

Tabela 21 – Coeficiente de correlação entre BDI e FSFI totais

| Correlações | | | |
|-------------|-------------------------|-----------|------------|
| | | BDI_total | FSFI_total |
| BDI_total | Coeficiente de Spearman | 1,000 | -,530** |
| FSFI_total | Coeficiente de Spearman | -,530** | 1,000 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A Tabela 22 mostra os coeficientes de correlação de Spearman encontrados por grupo de mulheres não depressivo e depressivo.

Tabela 22 – Coeficiente de correlação entre BDI e FSFI totais por grupo

| Correlações | | | | |
|----------------|------------|------------------------|-----------|------------|
| Grupo | | | BDI_total | FSFI_total |
| Não depressivo | BDI_total | Correlação de Spearman | 1,000 | -,294 |
| | N | | 38 | 38 |
| | FSFI_total | Correlação de Spearman | -,294 | 1,000 |
| | N | | 38 | 38 |
| Depressivo | BDI_total | Correlação de Spearman | 1,000 | -,207 |
| | N | | 26 | 26 |
| | FSFI_total | Correlação de Spearman | -,207 | 1,000 |
| | N | | 26 | 26 |

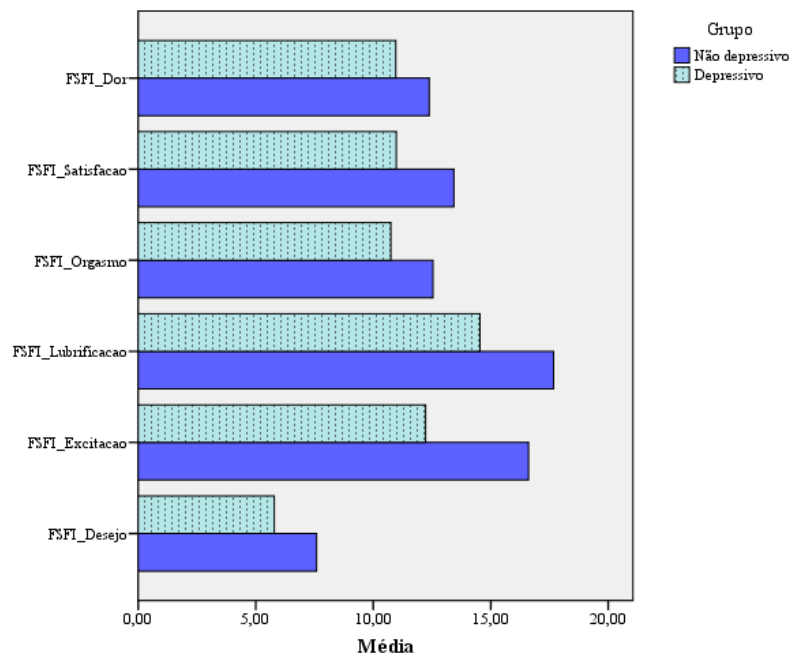
Quando analisados os grupos em separado verifica-se que a relação existente entre os valores dos questionários do indicador BDI-II e do indicador FSFI é fraca para ambos os grupos de mulheres, sendo até o grupo depressivo que apresenta menor valor.

O questionário FSFI avalia as dimensões: interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação sexual, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual.

A amplitude de valores possível nas várias dimensões não é sempre a mesma, podem atingir um máximo de 10, 15 ou 20 pontos de acordo com sua especificidade.

Os valores médios obtidos em cada grupo para os indicadores parciais encontram-se representados na Figura 22.

Figura 22 – Valores médios dos indicadores FSFI parciais nos grupos não depressivo e depressivo

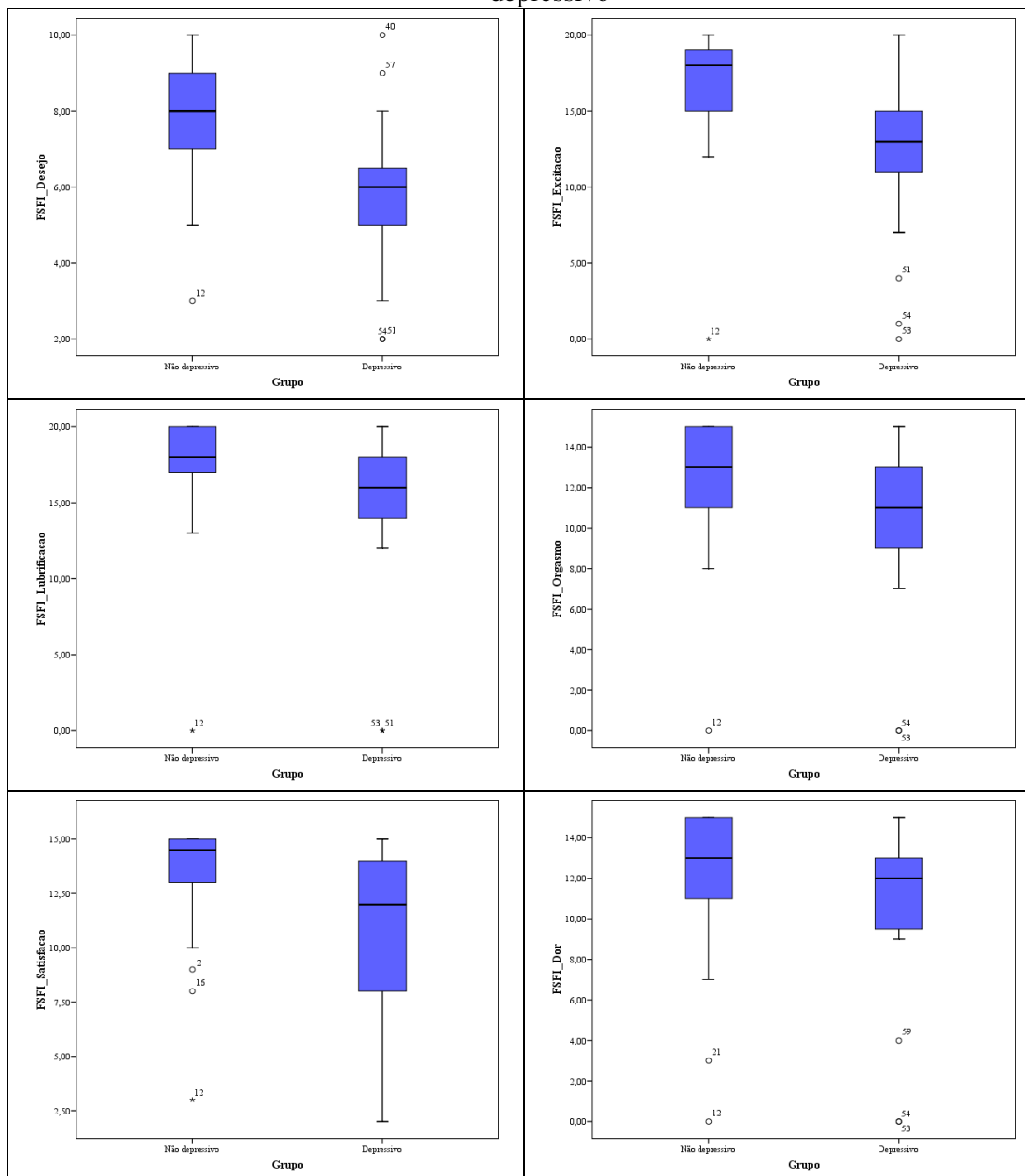


Verifica-se que para todas as dimensões de FSFI o grupo depressivo apresenta sempre uma média inferior ao registado pelo grupo não depressivo. A análise da distribuição dos indicadores parciais em cada grupo de mulheres pode ser efectuada com a Figura 23, onde constam os diagramas de extremos e quartis construídos para cada dimensão.

Para todas as dimensões se verifica que o grupo feminino não depressivo surge com uma distribuição de valores mais concentrada e com valores mais elevados do que o grupo depressivo, apresentando assim um diferente comportamento nestas questões.⁸

⁸ Testes de comparação de distribuições de Mann-Whitney com $p < 0,05$.

Figura 23 – Distribuição dos indicadores parciais de FSFI nos grupos não depressivo e depressivo

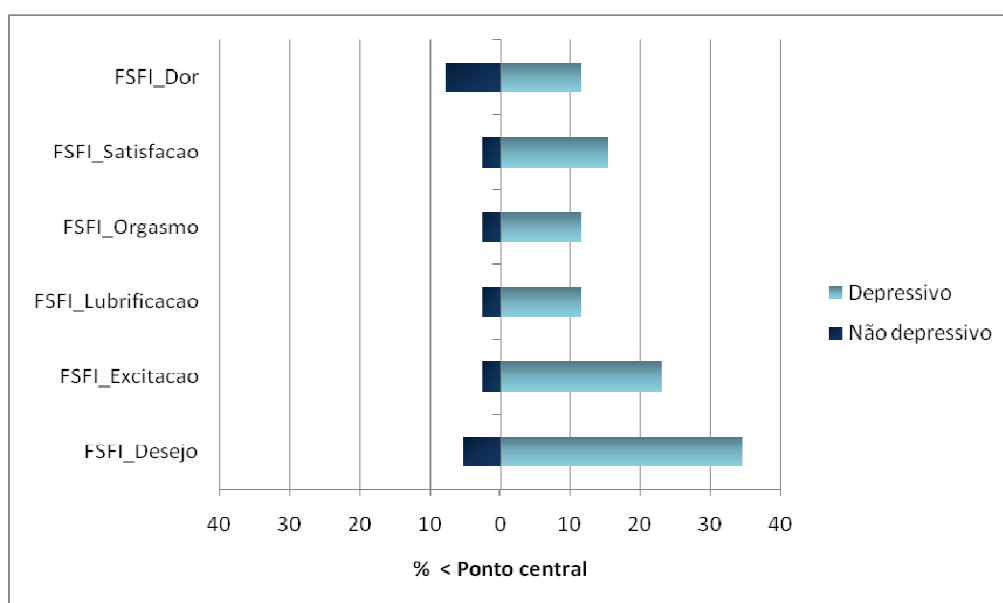


O grupo depressivo apresenta assim um menor e pior desempenho sexual em todas as dimensões.

As diferentes dimensões apresentadas possuem diferentes amplitudes de valores possíveis, não sendo simples a comparação de prevalência dentro de cada grupo. Para possibilitar a

comparação dessas dimensões foram dicotomizadas tomando como valor de corte o ponto central da escala. O grupo de respostas abaixo do ponto central da escala possível de valores manifesta disfunção, traduzindo valores baixos das dimensões. A Figura 24 mostra a percentagem de mulheres com as dimensões abaixo do seu ponto central, nos grupos com e sem depressão.

Figura 24 – Prevalência das dimensões FSFI parciais nos grupos feminino com e sem depressão



Verifica-se que o grupo de mulheres com depressão apresenta maior prevalência de disfunção, para todas as dimensões parciais de FSFI. As disfunções com maior percentagem em mulheres deprimidas foram o desejo, a excitação e a satisfação. Deve ainda ser referido que no grupo de mulheres sem depressão as dimensões da dor e do desejo apresentam uma maior percentagem face aos restantes, traduzindo a presença de mulheres que manifestaram disfunção nestas dimensões.

Para avaliar a relação existente entre a pontuação no indicador BDI-II e as dimensões parciais de FSFI, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman, cujos valores se encontram nas Tabelas 23 e 24 respectivamente para o grupo não depressivo e depressivo.

Tabela 23 – Coeficiente de correlação entre BDI e FSFI parciais no grupo não depressivo

| | | Correlações ^a | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| | | BDI_ total | FSFI_ Desejo | FSFI_ Excitacao | FSFI_ Lubrificacao | FSFI_ Orgasmo | FSFI_ Satisfacao | FSFI_ Dor | FSFI_ total |
| Coeficiente de Spearman | BDI_total | 1,000 | -,254 | -,225 | -,354* | -,409* | -,160 | ,035 | -,294 |
| | FSFI_Desejo | | 1,000 | ,481 ^{††} | ,179 | ,218 | ,424 ^{††} | ,190 | ,489 ^{††} |
| | FSFI_Excitacao | | | 1,000 | ,423 ^{††} | ,518 ^{††} | ,799 ^{††} | ,322* | ,811 ^{††} |
| | FSFI_Lubrificacao | | | | 1,000 | ,371* | ,295 | ,254 | ,559 ^{††} |
| | FSFI_Orgasmo | | | | | 1,000 | ,423 ^{††} | ,243 | ,673 ^{††} |
| | FSFI_Satisfacao | | | | | | 1,000 | ,478 ^{††} | ,819 ^{††} |
| | FSFI_Dor | | | | | | | 1,000 | ,614 ^{††} |
| | FSFI_total | | | | | | | | 1,000 |

†. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

††. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

^a. Grupo = Não depressivo

Analisando os valores dos coeficientes para o grupo não depressivo verifica-se que o indicador BDI-II apenas apresenta uma relação negativa fraca com as dimensões lubrificação e orgasmo do FSFI. Não se apresenta significativamente correlacionado com as restantes dimensões.

Tabela 24– Coeficiente de correlação entre BDI e FSFI parciais no grupo depressivo

| | | Correlações ^a | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|------------------|---------------------|--------------|----------------|
| | | BDI_ total | FSFI_ Desejo | FSFI_ Excitacao | FSFI_ Lubrificacao | FSFI_ Orgasmo | FSFI_ Satisfacao | FSFI_ Dor | FSFI_ total |
| Coeficiente de Spearman | BDI_total | 1,000 | -,207 | -,177 | -,271 | -,183 | -,275 | -,068 | -,207 |
| | FSFI_Desejo | | 1,000 | ,821** | ,467* | ,563** | ,673** | ,337 | ,789** |
| | FSFI_Excitacao | | | 1,000 | ,570** | ,815** | ,828** | ,543** | ,948** |
| | FSFI_Lubrificacao | | | | 1,000 | ,684** | ,421* | ,523** | ,714** |
| | FSFI_Orgasmo | | | | | 1,000 | ,691** | ,545** | ,884** |
| | FSFI_Satisfacao | | | | | | 1,000 | ,459* | ,842** |
| | FSFI_Dor | | | | | | | 1,000 | ,647** |
| | FSFI_total | | | | | | | | 1,000 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Grupo = Depressivo

A Tabela 24 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre os indicadores, para o grupo depressivo de mulheres. Verifica-se que o indicador BDI-II total surge com os valores de correlação a manifestar uma correlação fraca e muito fraca com todas as dimensões avaliadas.

Todos os coeficientes apresentam valores negativos, ou seja, a relação existente é negativa, à medida que o valor de BDI-II aumenta, denotando um estado depressivo mais acentuado, os valores de FSFI diminuem, manifestando pior desempenho sexual.

Pela matriz de correlações apresentada é possível identificar as dimensões mais associados em termos de respostas.

“Amar não é olhar um para o outro, é olhar juntos na mesma direcção”
Antoine de Saint-Exupéry

DISCUSSÃO

Após os resultados apresentados e descritos, o autor discute-os em termos de interpretação e comparação de acordo com os objectivos do estudo. Começa pela caracterização sócio-demográfica da amostra e depois segue com uma estrutura de apresentação idêntica ao desenvolvimento do trabalho, com a discussão das hipóteses.

Relembra-se que a amostra é constituída por 64 mulheres e 43 homens frequentadores da consulta de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Alvalade, que foi aplicado o BDI II para determinar a sintomatologia depressiva, o IIEF (homens) e o FSFI (mulheres) para determinar as disfunções sexuais e um inquérito sócio-demográfico para efectuar a caracterização da amostra.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Os homens são maioritariamente de naturalidade urbana (88%), com diferentes níveis de escolaridade, secundário 33% e profissional 21%; são predominantemente casados (53%), trabalhadores activos (79%) e com 1 ou 2 filhos (37 e 35%) respectivamente.

As mulheres são maioritariamente de naturalidade urbana (87,5%), com níveis de habilitação do secundário 27% e superior 37%; são predominantemente casadas (50%), trabalhadoras activas (68%) e com filhos, 1 ou 2 filhos 34 e 33% respectivamente.

De acordo com os estudos de J.Jordão (1995) e de L.Rebelo (1999) as características sócio-demográficas numa consulta de Medicina Geral e Familiar de uma zona urbana (freguesia de Alvalade e S.João de Brito) como utentes do Centro de Saúde de Alvalade, são confirmadas, na generalidade, quanto aos parâmetros avaliados.^{43,79}

Em ambos os grupos, as variáveis sócio-demográficas estudadas estatisticamente, escolaridade, naturalidade, estado civil, situação profissional, números de filhos não interferem nem com a depressão, nem com as disfunções sexuais (variáveis de confundimento foram controladas). Contudo, Nobre admite que a disfunção sexual na mulher está significativamente aumentada com a *idade*. Os domínios mais afectados são o desejo e a libido, seguidos dos problemas orgásticos, satisfação e dor, respectivamente.^{66,76}

No homem, Kinsey, admite que a prevalência de disfunção eréctil aumenta com a idade, estando também associada a muitos outros factores, como tabagismo, doenças cardiovasculares e diabetes.^{29,59,60,91}

Seguidamente aplicou-se o Inquérito de Beck II para determinar a sintomatologia depressiva. Recorde-se que este Inventário aborda uma dimensão cognitiva, (sentimentos de fracasso, culpa, punição, auto-depreciação, auto-criticismo, choro, indecisão e inutilidade), uma dimensão somática (agitação, diminuição da energia, dificuldades no sono, irritação, perda de peso e de apetite, concentração e cansaço) e uma dimensão afectiva (tristeza, pessimismo, perda de prazer, ideias de suicídio, diminuição do interesse e de sexo).

Para os homens, a prevalência dos sintomas depressivos apresentam uma prevalência de 32,6% sendo depressão ligeira 9,3%, moderada 18,6% e severa 4,7%.

A sintomatologia depressiva nas mulheres tem uma prevalência de 40,6%, apresentando depressão ligeira 10,9%, depressão moderada 21,9% e depressão severa 7,8%.

Ainda segundo o mesmo autor J.Jordão na classificação Internacional em Cuidados Primários (ICPC)¹⁰¹ os problemas depressivos/ansiosos estão em 4º lugar na consulta de Medicina Geral e Familiar apenas ultrapassados pelos problemas osteo-articulares, vasculares e metabólicos.⁴³

Num registo da consulta do autor os problemas depressivos estão em 3º lugar.

Verifica-se que 50% dos utentes em Clínica Geral têm algum sintoma depressivo, 5% dos quais apresentam depressão major; contudo cerca de metade destes não são identificados pelos Médicos de Família que os assistem. Tal como já foi referido, verifica-se que 2% da população tem depressão e que 8% sofre de ansiedade e depressão.

Calcula-se que existam cerca de 100 doentes deprimidos numa lista de 1500 utentes de cada médico, mas metade destes não são reconhecidos. Calcula-se que um terço dos doentes que observamos tem sintomatologia depressiva. Segundo outros estudos em CSP a depressão é a 3º causa de motivo da consulta a seguir aos problemas respiratórios e reumatológicos; considera-se que cerca de 90% dos casos de depressão são tratados em CSP. Weiss considera que cerca de 10-20% dos doentes em CSP têm depressão.^{37,43,58,79,97}

A depressão pode aparecer na maior parte dos doentes com doença crónica (Abrantes) e por conseguinte interferir na sexualidade. Estes doentes podem apresentar modificações no estado de humor, na ausência do controlo dos acontecimentos relativos à doença e das limitações no desenvolvimento de actividades que lhes são particularmente gratificantes. O indivíduo não se sentir atraente e desejado diminui a sua auto-estima, deprime e por conseguinte diminui o seu desempenho sexual como se confirma neste estudo.^{29,74,92}

Após a análise dos inquéritos aplicados IIEF (homens) e FSFI (mulheres) estuda-se as várias dimensões abrangidas. Vejamos então a discussão dos resultados apresentados, considerando as hipóteses colocadas inicialmente:

- A As dimensões do índice internacional de função erétil (IIEF) dos homens estão negativamente relacionado com a depressão.
- B A disfunção erétil e a diminuição do desejo são as dimensões do índice internacional de função erétil (IIEF) que têm valores mais baixos no grupo dos homens com depressão.

C A diminuição do desejo e da lubrificação são as dimensões de índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) que têm valores mais baixos nas mulheres com depressão.

D As dimensões do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) das mulheres estão negativamente relacionado com a depressão.

HOMENS SEM DEPRESSÃO

Nos homens não deprimidos as disfunções mais prevalentes foram a satisfação orgásmica e a função orgásmica (89,7%), mas muito menos prevalentes, no geral, do que no grupo deprimido.

Verificou-se que os homens não deprimidos, tinham um bom desempenho sexual em todas as dimensões do IIEF, pois não existem correlações significativas entre a depressão e essas dimensões ($<-0,284$), tal como esperado. Pela análise dos coeficientes para o grupo não depressivo verifica-se que o questionário BDI-II não se apresenta significativamente correlacionada com as dimensões parciais e total de IIEF.

De acordo com os estudos existentes, tal como se esperava e a literatura confirma, os homens não deprimidos e saudáveis funcionam bem sexualmente, apresentando um padrão tradicional e educacional de masculinidade.^{19,29,77}

Beck num estudo que envolveu universitários de ambos os sexos, constatou que 91% dos homens experimentavam desejo sexual várias vezes por semana e refere que 60% dos homens têm relações sem desejo. Kinsey no seu estudo epidemiológico demonstrou que antes dos 30 anos e antes dos 65, apenas 1% e 3%, respectivamente, tinham disfunções.^{18,29,31,33}

O desejo masculino é mais influenciado por factores biológicos, mas também é possível que os homens minimizem os factores psicossociais, que possam influenciar um mau desempenho. Por exemplo, nos resultados do estudo Episex revela-se o que elas pensam das dificuldades sexuais deles: para elas 50% têm menos desejo sexual. Eles identificam 15,5%.

Na disfunção erétil, elas dizem 22%, mas só 13% dos inquiridos o assume. Nas alterações da ejaculação elas dizem que será 45%, e eles referem apenas 13%.^{25,29,77}

Convém ainda referir que existem casos pontuais (12 e 24) de indivíduos não deprimidos mas com disfunção sexual, que não estão correlacionados com a depressão. Podemos interpretar este facto, especulando que estes indivíduos estariam a tomar medicamentos (eventualmente B bloqueantes), ou serem portadores de doenças crónicas (por exemplo diabetes).^{24,92,97,95}

HOMENS COM DEPRESSÃO

Verifica-se que a presença de disfunção é mais evidente e em mais elementos no grupo depressivo face ao grupo não depressivo, para todas as dimensões parciais do IIEF. As disfunções com maior frequência no grupo masculino com depressão são a satisfação coital, satisfação geral, orgásmica e erétil (todas com 64,3%).

O grupo depressivo apresenta assim um menor funcionamento sexual em todas as dimensões, isto é, à medida que aumenta a depressão diminui a funcionalidade sexual.

Os homens deprimidos têm um pior desempenho sexual, estando mais relacionados com as dimensões da satisfação geral (-0.508), desejo sexual (-0.538) e satisfação orgásmica (-0.579).

A função ejaculatória (-0.051) praticamente não se correlaciona com a depressão e a disfunção erétil (-0.365), embora fracamente, aparece mais correlacionada com o grupo depressivo.

Estudos de Allen Gomes e Pacheco Palha, apresentam prevalências sensivelmente semelhantes, nas suas consultas, nas quais referem por ordem decrescente a disfunção erétil, ejaculação precoce e ejaculação retardada.^{29,31,33,71}

Neste estudo, embora seja prevalente, a disfunção erétil não se correlaciona muito com a depressão, devendo ser entendido em função da idade, dos participantes entre os 18-50 anos.

Tal como está descrito a disfunção erétil aumenta com a idade.^{66,70} Kinsey demonstrou que a

disfunção eréctil aumenta com a idade, ocorre em menos de 1% antes dos 30 anos, em 3% aos 65 e 80% com mais de 80 anos.^{29,31,33,60}

O estudo Episex da Sociedade Portuguesa de Andrologia e da Pfizer com 3500 indivíduos, refere que 39% dos homens entre os 40 e os 69 anos admitem ter diminuição do interesse sexual, o que também concorda com os resultados deste estudo.

Verificou-se que para estas idades, 48% têm disfunção eréctil ligeira e 13% afirmavam não ter nenhuma actividade sexual. Este estudo também refere a tomada de iniciativa das mulheres na marcação da consulta aos maridos para a resolução do problema da falta de desejo - dimensão correlacionada com a depressão neste estudo.^{25,60}

Convém salientar que para a amostra só se consideraram indivíduos entre os 18 e 50 anos para evitar a comorbilidade existente acima dos 50 anos; 66% dos inquiridos com diabetes têm disfunção eréctil e nos hipertensos 58% têm disfunção eréctil.^{59,60}

Convém referir ainda o estudo de Beck em que 60% dos homens têm relações sem desejo, uma vez que esta dimensão está correlacionada com a depressão, no meu estudo. A ejaculação precoce ocorre em 35% dos homens sendo a disfunção sexual mais frequente. A associação com disfunção eréctil é frequente, 22% referiam disfunção eréctil e ejaculação precoce em idades entre os 18 e 24 anos.^{29,31,60}

Este estudo revela que não existe relação entre depressão e função ejaculatória(<-0.051).

Vários estudos^{31,59,60} apontam que as principais queixas de disfunção dos homens são a ejaculação prematura e a disfunção eréctil. A partir dos anos 90 há um aumento progressivo de indivíduos a revelar a diminuição do desejo sexual. O presente estudo comprova esta teoria no que se refere aos homens deprimidos. Contudo, uma vez que a função ejaculatória, praticamente, não se correlaciona com a depressão, não se confirmam os resultados dos autores citados.

Em resumo, para os homens, e verificando as hipóteses consideradas, validam-se com este estudo a hipótese A e a dimensão *desejo* da hipótese B. A dimensão *disfunção erétil* é prevalente, mas não se correlaciona fortemente com a depressão.

MULHERES SEM DEPRESSÃO

Nas mulheres não deprimidas as disfunções mais prevalentes são as perturbações da dor (92%) e do desejo (95%).

Fazendo a correlação com a depressão, neste grupo, as dimensões da lubrificação (-0.354) e do orgasmo (-0.409) são ligeiramente significativas, isto é, neste estudo as mulheres sem depressão, têm ligeiros problemas nas fases do orgasmo e da excitação.

Globalmente verificou-se que as mulheres não deprimidas funcionam melhor que as deprimidas.

No estudo Episex, apenas 44% das mulheres portuguesas com mais de 18 anos referiram que não sofriam de qualquer tipo ou grau de disfunção sexual.²⁵

Os estudos de A.Gomes, confirmam que as dificuldades das mulheres em obter excitação e atingir o orgasmo, são as principais queixas femininas.

O aumento do potencial orgásmico com a idade pode ser explicado pela menor inibição psicológica e pela maior experiência sexual e a prevalência total de perturbação orgásmica na mulher, por qualquer causa é 30%. Poder-se-á então especular neste grupo de mulheres sem depressão, mas com ligeiras alterações no orgasmo e na lubrificação, com a interferência dos medicamentos, da educação e das crenças ou das doenças crónicas (diabetes, doenças da tiroide).^{26,29,31,66,94}

Weiss e outros autores falam de medicamentos que levam à depressão, como, as benzodiazepinas, diuréticos, propranolol, estrogéneos e indometacina. Também os consumos

de álcool e de cocaína podem provocar depressão. Mulheres não deprimidas que estejam a tomar estas medicações, podem ter alterações nas fases do ciclo sexual atrás citadas.^{86,97}

Nobre conclui que as crenças estão apenas associadas a problemas do desejo e não a problemas do orgasmo e dor.

Nobre e Pechorro referem que os preconceitos sexuais e educação levam as mulheres à depressão e à dificuldade no orgasmo. A imagem corporal e pensamentos focados na aparência da auto-imagem estão associadas a doenças orgásticas. Em relação às emoções o medo é o melhor predictor do vaginismo, enquanto que a tristeza, desilusão, culpa, a falta de prazer e satisfação estão associados ao desejo hipoactivo.^{66,67,76}

As citações no referencial teórico, de escritos de Simone Beauvoir e Maria C. Machado podem em parte explicar as dificuldades das mulheres nestas dimensões sexuais, perante uma mentalidade masculina tradicionalista e vigente.

Abrantes para as doenças crónicas, (Lisa Vicente refere para o caso concreto da diabetes), admite e explica como podem provocar depressão. Segundo Abrantes e de acordo com o modelo adaptado de Bancroft, a doença crónica, interfere na sexualidade através de consequências físicas e psico-sociais, inerentes à própria doença e resultantes do processo terapêutico.^{9,29,74,92}

A dor (92%) e o desejo hipoactivo (95%) são as dimensões mais prevalentes na amostra deste estudo. Também é corroborado pelos quatro estudos que se referem adiante:

No estudo de Nobre com 263 mulheres e uma média de idades de 31 anos, a maior prevalência é atribuída ao desejo sexual hipoactivo com 47.8%, problemas de orgasmo com 32.8%, excitação subjectiva com 16.1%, dificuldades de lubrificação com 12%, dispareunia com 13%, e vaginismo com 6.6%.⁶⁶

No estudo de Pedro Pechorro, com 152 mulheres de idades entre os 26 e os 70 anos, as dificuldades sexuais de maior prevalência são o desejo sexual hipoactivo com 53.3% e perturbação do orgasmo com 24.3%, seguidos de insatisfação sexual 21.7%, problemas de excitação 20.4% e lubrificação 19.1%.⁷⁶

Doruk (2005), cita por ordem decrescente dos problemas de resposta sexual, o desejo, a excitação, o orgasmo, a lubrificação, a dispareunia e a insatisfação sexual.⁶⁶

Finalmente, o estudo epidemiológico americano (National Health and Sexual Life Survey 1994) efectuado na população geral, conclui que 10 a 15% das mulheres se queixam de dor durante a relação sexual. No entanto este estudo não faz distinção entre dispareunia e vaginismo.^{9,31,33}

MULHERES COM DEPRESSÃO

As mulheres deprimidas têm todas as dimensões afectadas, com pior funcionamento sexual, havendo uma relação fraca negativa com a depressão, pela lubrificação (-0.271) e pela satisfação sexual (-0.275). A diminuição do desejo sexual (-0.207) está também afectada mas não se correlaciona significativamente com a depressão e a dor (-0.068) não se correlaciona. Todo este grupo de mulheres com depressão apresenta maior prevalência de disfunção, para todos as dimensões parciais de FSFI, e a relação existente é negativa, à medida que o valor de BDI-II aumenta, denotando um estado depressivo mais acentuado, os valores de FSFI diminuem, manifestando pior desempenho sexual.

Podemos então especular (tal como anteriormente) que as mulheres estão deprimidas não por perturbação efectiva da esfera sexual, mas por eventualmente estarem a tomar medicações, terem doenças crónicas, pelos preconceitos, processo educacional, pós-parto (três mulheres encontravam-se no puerpério) e stress psicológico da relação. Os estudos citados e discutidos de Weiss, Nobre, Pechorro, Abrantes e Vicente podem servir para essa especulação.

Nobre refere que a falta de pensamentos eróticos e o aumento do foco das atenções na falha durante a actividade sexual assim como alguns factores cognitivos e emocionais específicos estão associados a diferentes apresentações clínicas. Crenças sexuais conservadoras parecem estar relacionadas com desejo sexual hipoactivo e em certa extensão a dificuldade da libido na mulher. Ainda que se devam excluir problemas orgânicos, os principais factores etiológicos da excitação sexual na mulher são os psicológicos e educativos (expectativas traumáticas, desconhecimento, desejo de mostrar uma determinada imagem, vergonha e medo).

A lubrificação vaginal, que neste estudo está correlacionada com a depressão, tem origem em muitos factores de que são exemplo os temores e os preconceitos sexuais, a falta de comunicação e as expectativas sobre a própria capacidade sexual.^{29,66,67,86}

O desejo feminino é mais determinado por factores psicossociais e é possível que as mulheres hipervalorizam esses factores apresentando maiores níveis de stress e de insatisfação conjugal, o que é corroborado neste estudo.^{29,31,86,94}

Doenças do pavimento pélvico estão associadas a redução da libido, perturbações do orgasmo e dispareunia. Estas mulheres também podiam ter estas situações clínicas que lhes provocava dor e depressão.³⁰ Por outro lado, vários estudos revelam que, sinais e sintomas de depressão estão significativamente associados a perda de libido nas mulheres.

As disfunções encontradas neste estudo, em percentagem crescente, foram o desejo (65,4%), a excitação (77%) e a satisfação (84,6%).

Um estudo americano, sobre as estimativas de prevalência de diversas queixas sexuais em mulheres, entre os 18 aos 59 anos de idade, conclui 15% para a dispareunia, 24% para problemas do orgasmo, 33% para desejo sexual hipoactivo e 19% para problemas da excitação sexual.

Allen Gomes refere que até aos anos 90, as dificuldades em obter excitação e atingir o orgasmo, eram as principais queixas femininas. A partir dos anos 90, tem vindo a assistir-se a um aumento progressivo de mulheres a queixarem-se de ausência ou diminuição acentuada do seu desejo sexual.^{29,31,33,86,94}

Ainda referindo o estudo Episex a falta de desejo foi admitida por 35% das portuguesas inquiridas e foi a disfunção sexual mais referida. Seguem-se 34% da dor ou desconforto na relação, 32% com diminuição da excitação/lubrificação e dificuldades orgásticas.²⁵

Em resumo, para as mulheres, verificando as hipóteses consideradas, validam-se com este estudo a hipótese D e a dimensão *lubrificação* da hipótese C, com uma fraca relação. A dimensão *desejo* não se correlaciona fortemente com a depressão.

*“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado,
mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.”*
Albert Einstein

CONCLUSÕES

De acordo com os objectivos propostos e com a amostra estudada podemos concluir que na consulta de Medicina Geral e Familiar:

1) As disfunções sexuais mais prevalentes, nos homens deprimidos, são a satisfação coital, satisfação geral, satisfação orgásmica e disfunção erétil. Nos homens não deprimidos são a satisfação orgásmica e a função orgásmica.

As disfunções sexuais mais prevalentes, nas mulheres deprimidas, por ordem crescente, são as perturbações do desejo, da excitação e da satisfação. Nas mulheres não deprimidas são mais prevalentes as perturbações da dor e do desejo;

2) No grupo masculino os sintomas depressivos apresentam uma prevalência de 32,6% sendo depressão ligeira 9,3%, moderada 18,6% e severa 4,7%.

A sintomatologia depressiva nas mulheres tem uma prevalência de 40,6%, apresentando depressão ligeira 10,9%, depressão moderada 21,9% e depressão severa 7,8%;

3) Existe uma associação entre depressão e disfunção sexual. Os indivíduos (masculinos e femininos) mais deprimidos têm pior funcionamento sexual.

Fazendo a correlação, no grupo masculino verifica-se que os homens não deprimidos, em geral, têm um bom funcionamento sexual em todas as dimensões. Contudo, os homens deprimidos têm um pior desempenho sexual, estando mais afectadas as dimensões da satisfação geral, desejo sexual e satisfação orgásmica.

A função ejaculatória praticamente não se correlaciona com a depressão. A disfunção erétil, embora fracamente, aparece mais correlacionada com o grupo depressivo.

Também correlacionando, no grupo feminino as mulheres não deprimidas, têm alterado as dimensões da lubrificação e do orgasmo. As mulheres deprimidas têm todas as dimensões afectadas, com pior funcionamento sexual, havendo uma relação fraca negativa com a depressão, pela lubrificação e pela satisfação sexual. A diminuição do desejo sexual está também afectada mas não se correlaciona significativamente com a depressão e a dor não se correlaciona;

4) Os homens são maioritariamente de naturalidade urbana, com diferentes níveis de escolaridade, secundário e profissional maioritariamente, são predominantemente casados, trabalhadores activos e com 1 ou 2 filhos.

As mulheres são maioritariamente de naturalidade urbana, com níveis de habilitação do secundário e superior, são predominantemente casadas, trabalhadoras activas e com 1 ou 2 filhos.

Em ambos os grupos as variáveis escolaridade, naturalidade, estado civil, situação profissional, números de filhos, foram controladas e não interferem nem com a depressão, nem com as disfunções sexuais .

BIBLIOGRAFIA

1. Afonso,P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza*. Ed.Principia. Cascais
2. Alberoni, F. (1986). *Erotismo*. Bertrand Editora
3. Alberoni,F. (1987). *Público e Privado*. Bertrand Editora. Lisboa.
4. Alberoni,F. (2005). *Sexo e Amor*. Bertrand Editora
5. Almeida,J.M.C.,Carraça,I. (1994). *Saúde Mental na pratica do Clínico Geral*, Ed. ICGZS. Lisboa.
6. American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Edition- revision..APA. Washington DC
7. Angst,J. (1998). *Sexual problems in healthy and depressed persons*. International Clinical Psychopharmacology, 13:S1-S4
8. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. (2008). Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: a study of 1,009 women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *J Sex Med*. (Epub ahead of print)
9. Bancroft,J. (1989). Man and Penis-a relationship under threat? *Journal of psychology and human sexuality*2(2):7-32
10. Bancroft,J. (1989). Le desire sexuel.*La Recherche*.213.Pag.1067-1073
11. Baptista, A., Gomes, M. (2004). Intimidade Sexual na Intimidade do Relacionamento Conjugal in *Andrologia e Saúde Sexual* Edição da Sociedade Portuguesa de Andrologia , Abril nº2, Pág 69-80
12. Basson RJ. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*.27:395-403.

13. Basson R, et al. (2004). Women's desire and arousal disorders and sexual pain. *Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women*. In: F, editors. Paris: Health Productions;Pag. 851-974.
14. Basson R, et al. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*;1:24-34.
15. Basson,R., (2005). *Women`s Sexual Dysfunction: Revised and expanded definitions* (<http://www.pubmedcentral.gov>)
16. Beck,.A.T., Stear, R.A.,Garbin, M.G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory:Twenty five Year of Evaluation. *Clinical Psychological Review*;8:77-100
17. Beck. JG, Bozman AW. (1995). Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav*; 24: 595-612
18. Beck, A. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In Salkovskis(Ed),*Frontiers of cognitive therap* (pp1-25) New York:Guilford Press.
19. Bordo,S. ,(2003). *O corpo do homem*. Editorial Notícia.Lisboa
20. Branco,J.,Gomes,A. (1994). *O Médico de Família e Saúde Mental* Ed. APMCG. Lisboa.
21. Coelho,R.,Martins,A.Q. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portuguesas: resultados preliminares. *Rev. Port. Psicossomática* (separata). Vo2, nº1
22. Colomby,P., Bejin,A. (1990). Epidemiology of female sexual dysfunctions in France. *Actas do encontro "New Perspective in the management of female sexual disfunctions"* Boston University, Boston. Massachusetts

23. Condrón, M., (1988). A preliminary examination of the pornography experience of sex offenders, paraphiliacs, sexual dysfunctions patients, and controls based on Meese Commission recommendations. *J. of Sex Marital Therapy*, 14(4):285-298
24. Cozza, K., Armstrong, S., (2003). *Guia dos princípios das interações medicamentosas na prática clínica*. 2ª edição. APP. Washington, DC
25. Crawford, Marta (2008). *Viver o sexo com prazer*. Ed. Esfera dos livros. Lisboa.
26. Darling, Ca, et al. (1990). Female ejaculation perceived origins the Grafenberg Spot Area, and sexual responsiveness. *Archives of sexual behavior*. Vol 19, nº1, 29-48
27. Degmečić D, Filaković P. (2008). Depression and suicidality in the adolescents in Osijek, Croatia. *Coll Antropol* ;32(1):143-5.
28. Dias, I. (2005). *Perturbação de dor sexual*. 1ª ed. Mestrado Sexualidade Humana
29. Fonseca, L., Soares, C., Vaz, J. (2003). *Sexologia, perspectiva multidisciplinar*. Vol 1. Quarteto Editora. Coimbra
30. Fordney DS. (1978). Dyspareunia and vaginismo. *Clin Obstet Gynecol*; 21:205
31. Gomes, F.A. (1980). Problemas sexuais na prática clínica. *Rev. de Psiquiatria* Vol 1, nº3 pg. 207-213
32. Gomes, F.A. (2004). *Paixão Amor e Sexo*, Ed. D. Quixote. Lisboa
33. Gomes, F., Nunes, J.S., Albuquerque, A. (1987). *A Sexologia em Portugal*. Vol. 1 Ed. Texto Editora. Lisboa.
34. Gomes, A. Cortesão, E. (1986). *Psiquiatria, Neurologia e S. Mental na prática do Clínico Geral*. Ed. laboratórios UCB. Lisboa.
35. Gonçalves, R.C. (2005). *Desejo sexual hipoactivo*. 1ª ed. Mestrado Sexualidade Humana

36. Griffiths KM, Christensen H. (2008). Depression in primary health care: from evidence to policy. *Med J Aust*;188(8 Suppl):S81-3.
37. Goroll,A., et al. (1997). *Cuidados Primários em Medicina*, 3ª ed Mc Graw-Hill.Lisboa
38. Hale,A.S. (2003). A depressão. *Rev.Psiq. na Prática Médica*, vol 3. nº 2 pg 49-55
39. Halstrom,C. (2000). Ansiedade e Depressão. Perguntas e respostas Ed .Climepsi. Lisboa
40. Handa VL, Cundiff G, Chang HH. (2008). Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*;111(5):1045-52
41. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC. (2008). Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in the General Population: Exploring Factors Associated with Low Sexual Function and Sexual Distress. *J Sex Med*. [Epub ahead of print]
42. Hirschfeld, R.M., Robert,M. (1998). *Sexual dysfunction in depression: disease or drug related? Depression and anxiety*, Vol 7, Supplement 1:
43. Jordão, J.G.(1995). *A Medicina Geral e Familiar*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa
44. Kaminetsky J. (2008). Epidemiology and pathophysiology of male sexual dysfunction *Int J Impot Res.*; 20 Suppl 1: S3-10
45. Kaplan,H.S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York. Brunner/Mazel
46. Kaplan,H.S. (1995). *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York. Brunner/Mazel
47. Leitão,J. (2006). *Depressão e doença clínica*. Colóquios de consenso.Lisboa
48. Levine,S.B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*;13(1):35-44

49. Lourenço,M. (1999). *Contributo para o estudo da disfunção erétil: a pessoa em interação*.Tese de doutoramento.Porto
50. Lourenço,M., (2002). *Afectos, sexualidade e desenvolvimento humano* (<http://www.saudemental.net>)
51. Lourenço,M. (2004). Uma sexualidade para sec.XXI ou a Sexualidade e desenvolvimento humano, *in Rev.FML*, serie III,vol IX,suplemento nº1Pag.33-40
52. Lourenço,M. (2006). Depressão, Cognição e Coping. *Revista de Saúde Mental*, vol5, nº3
53. Low,B. (2000). *Sexo e comportamento humano*. Storia Editores, Lisboa
54. Masters,H.,Johnson,V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, Little Brown and Company.
55. Masters,H.,Johnson,V. (1996). *Human sexual response*. Boston, Little Brown and Company.
56. Matos, A.C. (2001). *A Depressão* . Climepsi EditoresLisboa
57. Miner M, Hellstrom WJ. (2008). Distinguishing premature ejaculation from other sexual function disorders. *Postgrad Med*;120(1):54-63
58. Molina Martin,JD. (2006). *Abordagem da doença depressiva em cuidados primários*. Ed. Medicas Revisfarma.Lisboa.
59. Moreira,A. (1991). *O Homem de 50 anos*. Ed. Sociedade Portuguesa de Andrologia
60. Moreira, A. (1999). *A Disfunção Erétil*. Ed.Pfeizer,Porto.
61. Morris, D. (1998). *Sexos Humanos*. Ed.Terramar, Lisboa
62. Murtagh.J. (1994). *General Practice*. Mc Graw-Hill. Sidney
63. Northrup,C. (1998). *Corpo de mulher, sabedoria de mulher*, 2ªedição.Vol 1
64. Nodim,N. (2002). *Sexualidade de A a Z* .Ed.Bertrand.Lisboa.

65. Nobre,P.,Gouveia,J. (2000). Erectil dysfunction:an empirical approach based on Beck`s cognitive theory. *Sexual and relationship therapy*,15,351-366
66. Nobre,P. (2006). *Disfunções sexuais*. Ed.Climepsi.Lisboa.
67. Nobre,P.,Gouveia,J.P. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings.5:*Isr J Psychiatry Relat Sci*;45(1): 26-42
68. Organização Mundial de Saúde (1992). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde,CID-10 (WHO-FIC) ,10ªed.rev.*
69. Pacheco,J.,Gamito,L. (1993). *O sexo é de todas as idades*. Ed. Caminho.Lisboa
70. Pacheco,J. (2000). *O sexo por cá*.Ed.Livros Horizonte.Lisboa
71. Palha,A.P. (1994). Balanço de Consulta de Sexologia Clínica. *Acta Port. Sexologia*. Vol1 nº1.Pag.29-33
72. Palha., A.P. (2002). *Conferência “Que futuro para as Consultas de Sexologia?”* Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.
73. Parisotto,L. (2006). *Resposta sexual feminina* (<http://www.abcdasaude.com.br>)
74. Platano,G.,Bitzer,J et al. (2007). Sexual conseling for women in the context of physical diseases. *J.Sex Med* 4:29-37
75. Pechorro,P.,Vieira,R.X. (2005). *Sexuality of Women Across The Life Span: a sample of portuguese women*.Proceedings of the XVII World Congress of Sexology, Montreal, Canada, 10-15 Julho.
76. Pechorro,P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas*. Tese de Mestrado.ISPA,Lisboa
77. Pereira,N., Pascoal,P. (2004). Estudo ICORHP in *Andrologia e Saúde Sexual* Edição da Sociedade Portuguesa de Andrologia , Abril,nº2:Pag 55-68

78. Pimenta, A. (2004). Factores de Risco/ Disfunção Erétil in *Andrologia e Saúde Sexual* Edição da Sociedade Portuguesa de Andrologia , Abril nº2, Pág 33-38
79. Rebelo,L. (1990). A gestão da prática clínica pelo médico de Família. Estudo e caracterização familiar de uma lista de utentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 7(11):412-414 e 417
80. Rodrigues,F.,R. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Ed.Climepsi .Lisboa.
81. Rosen et al. (1997). The international index of erectile function (IIEF). A multidimensional scale erectile dysfunction. *Urology* ,49, 822-830
82. Rosen,R.C,et al. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of international index of erectil function as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11,319-326.
83. Rosen et al. (2000). The sexual function of female index (FSFI). *Jornal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208. Brunner/Mazel.
84. Rosen et al. (2005). The sexual function of female index (FSFI):cross-validation and development of clinical cutoff scores *Jornal of Sex and Marital Therapy*, 31, 1-20. Brunner/Routledge.
85. Sá,E. (2003). *Quero-te. Psicologia da Sexualidade*. Ed.Quarteto .Coimbra.
86. Soares,C. (1987). *As disfunções sexuais femininas*,In F.Allen Gomes et al(editores)- *A Sexologia em Portugal* ,vol II,Texto Editora,Lisboa
87. Sampaio,D.,Resina,T. (1994). *Família:Saúde e doença*..Ed.ICGZS.Lisboa
88. Santo, MC. (2008). *Amor sem limites*. Edições Academia do Livro.Lisboa

89. Serra,A.S. (1972). *A influência da personalidade no quadro clínico depressivo: Contribuição para o estudo de elementos patoplásticos da sintomatologia*. Tese de doutoramento, Coimbra.
90. Teixeira,J.M. (2005). Comorbilidade: Depressão e ansiedade. *Revista de Saúde Mental*, pág 9-19
91. Vela L.R. (1995). Impotência-Um problema frequente de fácil solução.*Tu Salud Revista*. Ed.Grupo Zeta. Barcelona.
92. Vicente,L. (2007). A sexualidade na mulher com diabetes. *Rev.Portuguesa .Diabetes* 1:27-32
93. Vieira,R. (1985). Novas formas da depressão. *Revista Psi.Clínica*,6(4):211-216
94. Vieira,R.X. (1996). *Disfunções sexuais in Manual de Psiquiatria Clínica* (Coordenação de Dias Cordeiro), 2ªed. Fundação K.Gulbenkian.Lisboa
95. Vieira R.X. (2003). *Psicofarmacologia na disfunção sexual*. In: Sexualidade.Barbosa et al. Ed. Faculdade de Medicina de Lisboa
96. Vilar, D. (2001). *Falar disso, Sexualidade e mudança social*. Tese de doutoramento. ISCTE, Lisboa.
97. Weiss,B. (2000). 20 Problemas frequentes em Cuidados Primários. Ed.McGraw-Hill. Lisboa.
98. Welsby P.D. (2004). *História e exame clínico*. (2ªedição) Edições Euromédice, Lisboa
99. Wilkinson,G.,Moore,B. (1999). *Tratar a depressão*. Ed.Climepsi.Lisboa
100. Vaz, JM. (2003). *Olhos nos Olhos- Histórias de Sexo e Vida*. Ed.D. Quixote. Lisboa.
101. WONCA (1989). *ICPC- International Classification of Primary Care*, Ed. H. Lambe Mc Graw-Hillrts, M. Wood. Oxford: Oxford Medical Publications

ANEXOS

ANEXO I - Inventário para a depressão de Beck II

ANEXO II - Questionário de comportamento sexual masculino – “The international index of erectile function”, IIEF (Índice internacional da função erétil).

ANEXO III - Questionário do comportamento sexual feminino – “The sexual function of female index”, FSFI (Índice de funcionamento sexual feminino) .

ANEXO IV - Questionário sócio-demográfico

ANEXO V - Mails de autorizações

ANEXO VI - Autorização da Direcção do Centro de Saúde/ARS

ANEXO VII - Consentimento Informado dos participantes

ANEXO VIII - Dados estatísticos. Resultados (As tabelas estão numeradas sequencialmente. Algumas são seguidas da referência da tabela ou figura a que correspondem no texto principal)

ANEXO IX - CD com base de dados (homens e mulheres)

NOTA: Os anexos integram esta parte complementar do trabalho e estão ordenados como se descrevem e separados por folhas indicativas.