

PAULA ANDRÉIA CURTI

**DISFUNÇÃO SEXUAL – INIBIÇÃO DO DESEJO SEXUAL
FEMININO E SINTOMAS DEPRESSIVOS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2010

PAULA ANDRÉIA CURTI

**DISFUNÇÃO SEXUAL – INIBIÇÃO DO DESEJO SEXUAL
FEMININO E SINTOMAS DEPRESSIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira Freire.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2010

Ficha Catalográfica

Curti, Paula Andréia

C978d Disfunção sexual – inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos / Paula Andréia Curti ; orientação, Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira Freire. 2010
117 f. + anexo

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

1. Disfunção sexual feminina 2. Distúrbios sexuais – Mulheres 3. Depressão 3. Sexo (Psicologia) – Mulheres I. Freire, Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira II. Título

CDD – 155.3

A dissertação apresentada por PAULA ANDRÉIA CURTI, intitulada “DISFUNÇÃO SEXUAL – INIBIÇÃO DO DESEJO SEXUAL FEMININO E SINTOMAS DEPRESSIVOS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira
Freire (orientadora/UCDB)

Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (USP)

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UCDB)

Profa. Dra. Sonia Grubits (UCDB)

Aos meus Pais, já seria grata pela vida, mas não se contentaram em presentear-me apenas com ela, cobriram minha existência de amor e dedicação, ensinaram-me os valores da honestidade e do respeito; abriram as portas do meu futuro com o estudo e me fizeram compreender que, mesmo sendo este um fardo pesado demais, foi a luz mais brilhante que puderam encontrar. Foram também amigos e companheiros e sempre estiveram ao meu lado me apoiando nos momentos difíceis da vida. Obrigada é muito pouco, então deixo aqui o meu amor, o meu respeito e a minha eterna admiração. Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer à força que me impulsionou para começar e terminar esse trabalho que fez companhia nas horas doces e amargas: DEUS.

A minha eterna e amada família, meus pais, Devair e Fátima, e meus irmãos, Neto e Orlando, minha querida cunhada Angélica e meu amado sobrinho e afilhado, Orlando Filho, com amor, Nandinho.

A minha querida avó Clélia, que sempre rezou por mim para enfrentar as estradas a caminho do mestrado.

Ao meu eterno amor, Anderson, que está comigo há 16 anos, compartilhando momentos felizes e tristes, aguentando com amor e dedicação as minhas longas e intermináveis viagens para estudar.

A todos os tios e tias, primos e primas que me apoiaram e respeitaram a minha escolha profissional.

A minha querida orientadora, Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira Freire, que me orientou com todo o seu conhecimento e paciência.

Ao professor e Mestre Lucas Rasi, pelo apoio e tolerância na correção estatística.

Às amigas que conquistei no mestrado e moram para sempre no meu coração, Joanne e Daniela.

À Instituição de nível superior, pela oportunidade de realizar minha pesquisa no campus de uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia, à turma de 2008 com quem convivi durante um ano, semanalmente.

A todos que eu amo, muito obrigada!

... A ausência do prazer sexual e amoroso constitui uma privação que afeta a qualidade de vida e empobrece as experiências vitais tanto da beleza, valor estético e transcendência...

Maria Londonõ, 1996.

RESUMO

Os problemas sexuais femininos são uma importante discussão nos últimos anos. O presente estudo teve como finalidade avaliar uma das Disfunções Sexuais Femininas, a Inibição do Desejo Sexual, na qual mulheres passam a não desejar mais os seus parceiros sexualmente, com diminuição do seu desejo sexual, sofrendo prejuízos sociais, psicológicos e culturais. Essa disfunção sexual pode estar relacionada tanto a aspectos psicológicos, como a biológicos. Muitas mulheres com sintomas depressivos, frequentemente associado com o baixo desejo sexual procuram ajuda em clínicas especializadas para o tratamento. O presente estudo verificou e identificou um grupo de estudantes universitárias, em que, de um total estudantes 305 (N), foram avaliadas 87 (n) o que corresponde a 28,52% da população, e se os sintomas depressivos aumentam o risco da Disfunção Sexual Feminina – Inibição do Desejo Sexual. O local da pesquisa foi em uma Instituição de nível superior. Foi entregue a cada universitária um termo de consentimento para a autorização da pesquisa e, em seguida, aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado especialmente para atender os objetivos da pesquisa junto com o Inventário de Depressão Beck = BDI para avaliar sintomas depressivos e o Female Sexual Function Index para avaliar a disfunção sexual, Inibição do Desejo Sexual. Para a análise estatística, foi utilizado o teste de diferenças de médias e análise de correlação linear, sendo que todos os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade. Verificou-se por meio do questionário sociodemográfico que a maioria das estudantes não trabalha (80,2%), possui alguma religião (74,7%), religião católica (69,2%), tem vida sexual ativa (73,3%), tem parceiro fixo (70,0%), praticam masturbação (43,9%), não realizam tratamento médico (88,4%), alegam não fazer uso de medicamentos (51,2%). Em geral as estudantes não apresentaram escore que indique risco de disfunção sexual na análise do Índice de Funcionamento Sexual Feminino. No Inventário de Depressão de Beck = BDI, mostrou-se uma maior população, 60,9%, de mulheres sem sintomas depressivos e 39,1% com sintoma depressivo leve /moderado. A partir dos dados obtidos, pode-se observar que os sintomas depressivos não aumentaram o índice da Disfunção Sexual Feminina, Inibição do Desejo Sexual na população investigada.

Palavras-chave: Inibição do desejo sexual feminino. Sintomas depressivos. Disfunção sexual. Inventário de Depressão de Beck= BDI.

ABSTRACT

The feminine sexual problems are an important discussion in the last years. The present research project has as purpose to evaluate one of the Feminine Sexual Dysfunctions, the Inhibition of the Sexual Desire, in which women start not wanting more their partners sexually, reducing their sexual desire suffering social, psychological and cultural damages. That sexual dysfunction can be related not only to psychological but also biological aspects. A lot of women with the depressive upset frequently associated with the low sexual desire, they also seek help in specialized clinics for the treatment. The present project verified and identified a group of university students with age among 18 to 30 years old, of a total students N (305) they were appraised 87 (n) that corresponds (28.52%) of the population. If the depressive upset increase the risk of the Feminine Sexual Dysfunction – Inhibition of the Sexual Desire. The place of the research was at an institution of higher education. It was given to each academical a consent term for the authorization of the research and soon after applied a social demographic questionnaire, that was especially elaborated to assist the objectives of the research with the Beck Depression Inventory BDI to evaluate the depression and Sexual Female Function Index to evaluate the sexual dysfunction, Inhibition of the Sexual Desire. To the statistics analyzes it was used the test of differences of averages analyze of lineal correlation, and all the tests were applied with 95% of reliability. It was verified through the social demographic questionnaire most of the students don't work (80.2%), possess some religion (74.7%), Catholic religion (69.2%), have sexual life active (73.3%), have fixed partner (70.0%), practice masturbation (43,9%), don't accomplish medicine treatment (88.4%), allege not to use medicines (51.2%). In general the students didn't present index score with risk of sexual dysfunction on the FSFI analyzes. In the Beck Depression Inventory BDI showed a larger population 60.9% of women non depressed and 39% with depression symptoms light /moderate. From the obtained data we can observe that the depressive upset didn't increase the index of the Feminine Sexual Dysfunction, Inhibition of the Sexual Desire in the investigated population.

Keywords: Inhibition of the Female Sexual Desire. Depression. Sexual Dysfunction. Beck Depression Inventory BDI.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Média geral dos escores nos domínios do instrumento FSFI.	77
GRÁFICO 2 - Trabalho em relação aos domínios do FSFI.	79
GRÁFICO 3 - Se a acadêmica possui religião em relação aos domínios do FSFI.	81
GRÁFICO 4 - Qual a religião da acadêmica em relação aos domínios do FSFI.	82
GRÁFICO 5 - Se a acadêmica possui vida sexual ativa em relação aos domínios do FSFI.	83
GRÁFICO 6 - Se a acadêmica possui parceiro fixo em relação aos domínios do FSFI.	85
GRÁFICO 7 - Se a acadêmica pratica masturbação em relação aos domínios do FSFI.	87
GRÁFICO 8 - Se a acadêmica faz tratamento médico em relação aos domínios do FSFI.	89
GRÁFICO 9 - Se a acadêmica esta tomando remédio em relação aos domínios do FSFI.	91
GRÁFICO 10 - Inventario de Depressão de Beck = BDI em relação aos domínios do FSFI.	94
GRÁFICO 11 - Inventario de Depressão de Beck = BDI.	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil das universitárias amostradas.....	74
TABELA 2 - Média geral dos escores nos domínios do instrumento FSFI	77
TABELA 3 - Trabalhar em relação aos domínios do FSFI	79
TABELA 4 - Se a académica possui religião em relação aos domínios do FSFI.....	80
TABELA 5 - Qual a religião da académica em relação aos domínios do FSFI	81
TABELA 6 - Se a académica possui vida sexual ativa em relação aos domínios do FSFI.....	83
TABELA 7 - Se a académica possui parceiro fixo em relação aos domínios do FSFI.....	85
TABELA 8 - Se a académica pratica masturbação em relação aos domínios do FSFI	87
TABELA 9 - Se a académica faz tratamento médico em relação aos domínios do FSFI.....	89
TABELA 10 - Se a académica esta tomando remédio em relação aos domínios do FSFI.....	90
TABELA 11 - Inventario de Depressão de Beck = BDI em relação aos dados sociodemográficos	93
TABELA 12 - Inventario de Depressão de Beck = BDI em relação aos domínios do FSFI.....	94
TABELA 13 - Inventario de Depressão de Beck = BDI.....	95

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DEPRESSÃO	16
2.1 HISTÓRICO DA DEPRESSÃO	17
2.2 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO	18
2.2.1 Exame psíquico	29
2.3 QUADRO CLÍNICO	31
2.4 EPIDEMIOLOGIA	36
2.5 MEDICAMENTOS	40
2.6 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	41
3 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA	46
3.1 CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICA	48
3.1.1 Anamnese – história do problema sexual	52
3.2 CONCEITO DE APETÊNCIA SEXUAL	54
3.3 PREVALÊNCIA	55
3.4 ETIOLOGIA	56
3.5 CAUSAS COMPORTAMENTAIS VIVÊNCIAS DESTRUTIVAS	59
3.5.1 Violências sexuais	60
3.5.2 Vivências desastrosas das primeiras relações	60
3.5.3 Partos traumáticos e fatores circunstanciais de inibição	61
3.5.4 Relações diádicas inadequadas	61
3.6 TRATAMENTO	62
4 OBJETIVOS	64
4.1 OBJETIVO GERAL	65
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
5 MÉTODO	66

5.1	METODOLOGIA	67
5.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	67
5.2.1	Critérios de inclusão	67
5.2.2	Critérios de exclusão.....	67
5.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	67
5.4	PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	68
5.5	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....	69
5.6	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	70
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
6.1	INVENTARIO DE DEPRESSÃO DE BECK = BDI.....	92
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES	107
	ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

A partir da experiência clínica como terapeuta especializada na área de terapia sexual, percebeu-se que apesar dos avanços relacionados ao estudo da sexualidade feminina ainda há carência de profissionais especializados na área e falta de compreensão e conhecimento quanto à vivência e à experiência sexual por parte das mulheres.

Em consultório, muitas mulheres apresentam queixas relacionadas à ausência de desejo, causa de muito sofrimento e dificuldades interpessoais. Em mulheres que apresentam sintomas depressivos, verificam-se com alguma frequência alguns sintomas associados ao baixo desejo (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2002), a Inibição do Desejo Sexual (IDS) caracteriza-se por uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.

As Disfunções Sexuais Femininas (DSFs) podem ser sintomáticas de problemas biológicos, intrapsíquicos, ou conflitos interpessoais, também podendo se tratar de uma combinação dos três fatores. O funcionamento sexual feminino pode ser prejudicado por dificuldades emocionais, estresse e pela falta de conhecimento do funcionamento e fisiologia sexual (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Observa-se também que alguns estudos sugerem que a depressão aumenta o risco de IDS. É sabido que a depressão provoca sintomas como tristeza, perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades, diminuição de energia, dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões. Todos esses sintomas podem desencadear a IDS feminino. Muitos tipos de medicamentos que são usados no controle e melhora da depressão também podem interferir no desempenho sexual dessas mulheres, reduzindo o desejo sexual.

Além da experiência clínica, a docência em instituição de ensino superior possibilitou observar que a população universitária, supostamente bem informada, possuía pouca informação e orientação sobre sexualidade.

A partir do exposto, despertou-se o interesse em pesquisar a DSF e IDS em jovens, junto com a avaliação de sintomas depressivos, no intuito de esclarecer quais referenciais, conhecimentos e atitudes estão presentes nessa população, quando a sexualidade é abordada.

Partindo dessa perspectiva, a proposta deste estudo pode contribuir para o crescimento da saúde sexual e para o entendimento das disfunções sexuais, evitando muitos problemas

decorrentes dessas disfunções. Sendo assim, este estudo colaborou com o crescimento e desenvolvimento de profissionais capacitados para realizar um trabalho de educação sexual em várias fases da vida dessas mulheres.

Uma vez feita esta introdução, expõe-se, no segundo capítulo da pesquisa, uma breve apresentação sobre Depressão, bem como conceito, diagnóstico, quadro clínico, demografia. No terceiro capítulo, aborda-se a DSF e IDS, apresentando, conceito, prevalência, etiologia.

O quarto capítulo apresenta os objetivos da pesquisa, enquanto o quinto trata do método, dos aspectos éticos da pesquisa, caracterização e local de sua realização, descrição da amostra, critérios de inclusão e exclusão. Discorre também sobre os instrumentos utilizados para a obtenção dos dados que nortearão a análise estatística e demais procedimentos da pesquisa e coleta de dados.

Os resultados dos dados obtidos, contidos no sexto capítulo, decorrem da análise estatística e discussão dos resultados apresentados, embasada nas referências nacionais e internacionais. As considerações finais encerram o trabalho.

2.1 HISTÓRICO DA DEPRESSÃO

A depressão tem sido registrada desde a Antiguidade, e descrições do que agora é chamado de transtorno de humor podem ser encontradas em muitos textos antigos. A história do rei Saul, no Antigo Testamento, descreve uma síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ájax na *Ilíada* de Homero. Cerca de 400 a.C., Hipócrates (460-377 a.C.) usou os termos “mania” e melancolia para perturbações mentais (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Muito se tem falado sobre depressão, chamada mesmo de mal do século XX, como o foi a tuberculose para os poetas do século XIX. O fato é que hoje se reconhece a alta incidência de depressão e sua importância clínica. Ao longo da história da medicina, a definição do que é considerado doença ou síndrome está em constante evolução, e o mesmo acontece com a delimitação do transtorno depressivo, além de suas considerações conceituais etiológicas e de seus tratamentos (WONG, 2007).

O estudo acima mostra que a depressão não é apenas uma síndrome, mas também um quadro de tristeza a que todos estão sujeitos, por maior ou menor espaço de tempo, com maior ou menor frequência, tornando-se ela um “objeto” palpável da consciência e com o qual se deve aprender a conviver; para tanto, o primeiro passo é compreendê-la.

Conforme as ressalvas de Kumar et al. (2008), a crença na existência da relação entre doença depressiva e distúrbios somáticos vem da Antiguidade, como ressalta o próprio uso da palavra “melancolia” desde o século V a.C., designando não apenas as condições melancólicas como se conhece hoje, mas também depressão reativa, neuroses de ansiedade, enfim, condições em que os fatores comuns eram meramente a presença de ansiedade e tristeza persistentes.

Segundo Monteiro e Lage (2007), a história da depressão está intimamente ligada à temática da melancolia, passando a ser utilizada, inicialmente, durante o século XIX.

Peres (2003 apud MONTEIRO; LAGE, 2007) tece uma trajetória mais detalhada, quando afirma que, na Antiguidade, a melancolia não era associada diretamente a uma ideia de doença, em que sua descrição relacionava-se a um traço de superioridade intelectual e refinamento social, sendo esse conceito preservado até o início do século XIX. Citam ainda que, em 1883, Emil Kraepelin (1856-1926), autor do primeiro *Compêndio de Psiquiatria*,

deteve-se a uma definição baseada, principalmente, no quadro clínico da psicose maníaco-depressiva, cujas características foram descritas como uma alternância de acessos maníacos e acessos depressivos, denotando, assim, um paulatino desaparecimento do termo melancolia.

Diferentemente dos outros autores contemporâneos, nas obras de Sigmund Freud (1856-1939), segundo Monteiro e Lage (2007), não existe uma teoria definida sobre depressão, embora ele tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, assemelhá-las à melancolia nem reuni-las em critérios para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria.

Monteiro e Lage (2007), ao se referirem ao texto *Luto e Melancolia* (1915), de Freud, afirmam que o autor dedicou-se especificamente ao tema, fazendo uso do termo para caracterizar um quadro psicótico, anteriormente descrito pela própria psiquiatria. No referido artigo, Freud aborda a problemática, assinalando que, se em alguns a perda leva à elaboração de um luto, em outros, conduz aos precipícios da melancolia, pois as características distintivas são as mesmas encontradas no estado normal de luto, à exceção de uma: no luto, é possível ter certeza de qual objeto foi perdido; na melancolia, a perda objetual é retirada da consciência e recai sobre o próprio ego.

Tomando as considerações de Monteiro e Lage (2007), percebe-se que há uma valorização da psicanálise em relação à não-padronização da teoria psicanalítica nos manuais e nas ideias de alguns autores. Ao contrário disso, Fedida (2002 apud MONTEIRO; LAGE, 2007), baseada no artigo *Luto e Melancolia* (1915) de Freud, afirma que os termos depressão e luto no texto são equivalentes, e que a depressão deve ser concebida como luto, dando indicação mais precisa para se considerar a melancolia uma alteração psíquica importante, isto é, como Freud não estabeleceu uma diferenciação precisa entre melancolia e depressão, da mesma forma que se dispôs a distingui-la do luto, torna-se bastante significativa a busca por uma definição mais clara acerca dessas diferenciações.

2.2 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

A depressão é um distúrbio mental decorrente de um conflito interno e de uma alteração bioquímica. O conflito interno pode ser desencadeado ou despertado por vários fatores: psíquicos, orgânicos e sociais. A intensidade do conflito e a sua durabilidade determinarão a gravidade da depressão, assim como o rompimento que o indivíduo terá com

sua realidade interna e externa. A pessoa geralmente perde o interesse por atividades até então preferidas. Sua vida externa e interna fica sem sentido e sem valor. A pessoa com depressão deixa de gostar de si e de tudo que se refere a si mesmo (ANDRADE, 2002).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – décima edição (CID-10), determinada pela Organização Mundial da Saúde (2001), as alterações de humor encontradas nos transtornos, acima citadas, são normalmente acompanhadas de uma alteração no nível global de atividade, e a maioria dos sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. Estas podem ou não estar vinculadas a eventos estressantes, podendo aparecer em qualquer faixa etária.

Ainda de acordo com a CID-10, os transtornos de humor podem ser definidos nas seguintes categorias: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtornos persistentes do humor, outros transtornos do humor e transtornos do humor não-especificado. Em todas essas categorias, ocorrem subdivisões à finalidade de auxiliar no diagnóstico do paciente. Na verdade, a distinção entre os graus de gravidade ainda permanece um problema, pois os três graus de classificação estipulados pela CID-10, denominados leve, moderado e grave, foram especificados porque muitos clínicos desejam tê-los disponíveis.

O que consta na CID-10 é que a depressão ou episódio depressivo caracteriza-se principalmente pelo sofrimento causado por humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Também são encontrados sintomas comuns em pessoas que apresentam esse quadro: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas de futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

Em relação ao tempo de duração, a depressão é uma doença que poderá persistir por um período mínimo de duas semanas, quando o indivíduo está “para baixo”, isto é, apresenta-se com tristeza, melancolia, relata sensações de “aperto no coração”, relata angústia, aparenta inquietação, mostra-se ansioso, sente-se desanimado e com falta de energia para realizar tarefas. Nessa situação, o indivíduo permanece apático, sem motivação e achando que “tudo é sem graça”, bem como não encontra sentido em nada, mostrando-se pessimista e preocupado. Quando se apresenta nesse estado, todo o organismo está comprometido, afetando inclusive o sono, o apetite e a disposição física.

Conforme afirma Marti (2008), a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados, na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia etc.

Guimarães e Cunha (2004) definem a depressão como uma síndrome psiquiátrica, compreendendo o humor deprimido, a perda do interesse ou prazer, bem como as alterações do funcionamento biológico, dentre outros. Os sintomas podem ter duração curta ou prolongada, sendo considerados manifestações importantes, com repercussões na vida dos indivíduos.

Tais repercussões afetam o cotidiano das pessoas, tanto na esfera familiar como na esfera socioeconômica, visto que se revelam, segundo os autores, em um dado importante, uma vez que afetam também os aspectos subjetivos, tais como os sentimentos, os pensamentos e as emoções. Vale ressaltar que também podem afetar a capacidade de enfrentamento das situações que exigem tomadas de decisões. Não se pode, portanto, dizer que a depressão seja apenas uma dor passageira por ocasião das perdas, fracassos, frustrações, dentre outras ocorrências as quais o ser humano nem sempre pode evitar.

Entre as alterações que fazem parte da síndrome depressiva, pode-se citar: tristeza patológica, anedonia, ansiedade, irritabilidade, mau humor, medo, lentificação do pensamento, distúrbio da atenção, distorção da realidade, choro imotivado, lentificação e redução do rendimento, distúrbios do sono, redução de energia, redução ou aumento do apetite e perda do interesse sexual (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

No caso do episódio depressivo maior, ainda segundo os autores, há ainda manifestações de perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, agitação psicomotora, sentimentos de desvalia, culpa inadequada ou excessiva, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou mesmo tentativas de suicídio. Guimarães e Cunha (2004) alertam que nem todos esses sintomas estão presentes simultaneamente no mesmo paciente, devendo o diagnóstico ser firmado segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quarta edição (DSM-IV e DSM-IV-TR), publicado em 1994 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Del Porto (2003) afirma que, atualmente, a síndrome depressiva tem merecido destaque, na medida em que são observadas em alta prevalência mundial. O autor apresenta alguns resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, em que foi estimada a prevalência de depressão em torno de 7,8% da população geral. A depressão tem sido destacada entre as doenças crônicas que mais afetam a qualidade de vida das pessoas, pelo sofrimento que pode causar, inclusive para os familiares. Em vista disso, o autor salienta que a Organização Mundial da Saúde considera a depressão como um problema de saúde pública e alerta que não é uma problemática que diz respeito apenas ao psiquiatra, mas aos médicos em geral, visto que o aumento do número de psiquiatras ativos não é capaz de dar um suporte adequado à demanda cada vez maior de pacientes acometidos. Pode-se ainda considerar que, por ser um problema de saúde pública, direta ou indiretamente, diz respeito a todos os profissionais de saúde, em especial, aos da área de saúde mental.

Para Camarano (1999 apud OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006), vários fatores que podem estar relacionados à ocorrência da depressão, sendo os mais considerados: idade, estado civil, classe social e condições sociais. Os sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos estão também relacionados a outros fatores, inclusive à ocorrência de perdas de entes queridos ou pessoas importantes.

No entanto, o limite entre a depressão e o processo normal de elaboração do luto permanece mal definido na literatura e continua sendo motivo de discussões entre os vários tipos de profissionais que atuam no âmbito da saúde mental.

Segundo Maffesoli (2005), o termo perturbações afetivas agrupa várias condições clínicas, cujo traço comum e essencial é um distúrbio de humor acompanhado por dificuldades cognitivas, psicomotoras, psicofisiológicas e interpessoais. Humor geralmente refere-se a estados emocionais experimentados que determinam o aspecto total da personalidade e da vida psíquica. Afeto algumas vezes refere-se ao aspecto subjetivo da emoção, à parte de seus componentes físicos. Humor refere-se à emoção difundida ou predominante.

“Depressão refere-se a uma emoção humana normal, a um sintoma clínico e a um grupo de síndromes ou perturbações. O termo depressão tem diferentes significados em vários campos científicos.” (YERAGANI et al., 2007, p. 418).

Dessa afirmação, depreende-se que a maior dificuldade no tratamento da depressão é a ausência de determinantes precisos. Assim, o termo depressão, pode identificar a forma nosológica, a síndrome e os sintomas de baixo humor, sendo conveniente ainda ressaltar que frequentemente os erros surgem quando os pacientes com depressão ansiosa estão em tratamento (KUMAR et al., 2008).

Para Kemp (2006), o termo depressão comporta pelo menos três significados, pode referir-se a um sintoma, a uma síndrome e também a uma entidade nosológica. Encontrou-se, no trabalho de Servan-Schreiber (2004), uma escala de sintomas vários que diversificam, na prática, esse conceito, até torná-lo por vezes um sinônimo eufêmico de muitas doenças mentais.

Encontramos posições de outros autores que afirmam o mesmo, aparecendo definições de depressão quer como uma síndrome, quer como uma doença cuja manifestação pode ser a síndrome depressiva ou outras manifestações patológicas (equivalentes depressivos) (MARTI, 2008). Para Maffesoli (2005), depressão pode ser vista como uma reação adaptativa a experiências de perda, quer sejam reais, simbólicas ou forçadas. Em casos normais de depressão, ela age como catalisador para estabelecer novos vínculos, ou também é interpretada como uma experiência de vazio e perda de objetos intencionais, pois o comportamento traduz a falta de sentido na atividade intencional. Há também subgrupos de indivíduos nos quais a depressão está fortemente vinculada a fatores psicossociais. Em geral os modelos biopsicossociais propostos para a depressão defendem, essencialmente, a relevância de fatores psicossociais e ambientais para todas as expressões do transtorno depressivo (WONG, 2007).

Conforme conceituam Yeragani et al. (2007), a depressão é definida como humor disfórico e perda do prazer em quase todas as atividades, acompanhada por quatro ou mais dos seguintes sintomas que tenham persistido por pelo menos duas semanas: perda ou aumento de apetite com acentuada alteração de peso; distúrbios do sono, que podem ser insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; anedonia (perda de interesse ou prazer em atividades usuais); fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade, autorreprovação ou culpa excessiva ou inapropriada; queixas de queda na habilidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte, desejo de morte, fantasias suicidas e até mesmo tentativa de suicídio.

A depressão caracteriza-se principalmente por meio de sinais (o que pode ser visto) e de sintomas (o que a pessoa sente). Os sinais e sintomas da depressão devem permanecer na maior parte do dia e por mais de duas semanas. Os sinais e os sintomas são avisos de que algo não vai bem com a pessoa, e será por meio deles que as condutas psicoterapêuticas e psicofarmacológicas intervirão na intenção de restabelecer o equilíbrio mental, orgânico e social da pessoa envolvida.

As características essenciais de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar; concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

O diagnóstico clínico da depressão, conforme a definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – terceira edição (DSM-III) da APA, é aplicável a qualquer paciente cujos sinais e sintomas estão apresentados conforme os critérios acima. No entanto deve-se ter em mente que muitos dos pacientes depressivos não apresentam nenhuma queixa da lista (KEMP, 2006).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2002), a característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período de no mínimo duas semanas, através da observação e análise clínica de alguns critérios.

O transtorno depressivo maior é um transtorno comum, com uma prevalência durante a vida de cerca de 5%, talvez, até 5% em mulheres (KAPLAN; SADOCK, 2007).

As mulheres têm um risco significativamente maior a desenvolver Episódio Depressivo Maiores em alguns momentos durante suas vidas, com maiores diferenças encontradas em estudos conduzidos nos EUA e na Europa. Esse risco diferencial aumentado surge durante a adolescência e pode conciliar com o início da puberdade. Desse momento em diante, uma parcela significativa das mulheres relata uma piora dos sintomas de um Episódio Depressivo Maior alguns dias antes do início da menstruação. Estudos indicam que episódios depressivos ocorrem com frequência duas vezes maior em mulheres do que em homens;

independente de país ou cultura, é duas vezes maior a prevalência da depressão unipolar no sexo feminino (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

A base casual para os transtornos do humor é desconhecida. As muitas tentativas de identificar a causa biológica ou as psicossociais para os transtornos de humor têm sido obstruídas pela heterogeneidade da população de pacientes definida, qualquer dos sistemas diagnósticos e fundamentadas na clínica, incluindo o DSM-IV. Os fatores casuais podem ser divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Andrade (2002) afirma que as alterações de apetite, de libido e psicomotoras não são frequentes. Observam-se alguns sintomas somáticos, como inércia, letargia, anedonia e piora matinal. Cerca de 25 a 50% dos adultos distímicos compartilham algumas das características polissonográficas encontradas em portadores de transtorno depressivo maior, como latência diminuída do sono REM, maior densidade de sono REM, sono de ondas lentas reduzido e prejuízo na continuidade do sono.

Na maioria dos casos, a distímia inicia na adolescência ou no princípio da idade adulta. Mais de 90% dos distímicos evoluem com um episódio depressivo maior e, nesses casos, o prognóstico agrava-se, devido à menor probabilidade de remissão completa dos sintomas depressivos e à maior tendência à resistência aos tratamentos.

A depressão Endógena ou Melancólica, segundo Andrade (2002), caracteriza-se pela predominância de sintomas descritos como somáticos, vitais, biológicos ou endógenos: perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis, piora matinal, falta de reatividade do humor, retardo psicomotor, perda de apetite importante e perda de peso, frequentemente definida como perda de 5% ou mais do peso corporal.

Kraepelin (1883 apud MONTEIRO; LAGE, 2007) considerava o retardo psicomotor uma característica central na definição da melancolia e, mais recentemente, esse sintoma foi caracterizado como “marcador” da melancolia, sendo um achado necessário e suficiente para o seu diagnóstico.

Critérios para especificador “com características melancólicas” do DSM-IV-TR:

- a) Qualquer um dos seguintes quesitos, ocorrendo durante o período mais grave do episódio atual: perda de prazer por todas ou quase todas as atividades; falta de

reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa);

- b) Três ou mais dos seguintes quesitos: qualidade distinta de humor depressivo (o humor depressivo é vivenciado como nitidamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido); depressão regularmente pior pela manhã; despertar muito cedo pela manhã (pelo menos duas horas antes do horário habitual); acentuado retardo ou agitação psicomotora; anorexia ou perda de peso significativa; culpa excessiva ou inadequada.

Segundo Moreno (2001), a depressão Atípica apresenta uma inversão dos sintomas somáticos: aumento de apetite e/ou ganho de peso; dificuldade para conciliar o sono; hipersonia (> 10 h/dia ou 2 horas a mais do que quando não deprimido); sensação de corpo pesado (paralisia “de chumbo”); sensibilidade exacerbada à rejeição interpessoal e reatividade do humor nos estímulos ambientais. Observou-se que pacientes que apresentam depressões atípicas evoluem mais frequentemente como bipolares (em especial bipolares de tipo II), têm história familiar positiva de bipolaridade e respondem preferencialmente ao tratamento com inibidores da monoamino oxidase (IMAO).

A depressão Sazonal, segundo Andrade (2002), caracteriza-se pelo início recorrente no outono/inverno e pela remissão na primavera, sendo incomum no verão. Esses episódios devem se repetir por dois anos consecutivamente, sem quaisquer episódios não-sazonais durante esse período.

Com características atípicas (pode ser aplicado quando estas características predominam durante as duas semanas mais recentes de um episódio depressivo maior ou no transtorno depressivo maior, ou no transtorno bipolar tipo I ou transtorno bipolar tipo II, quando o episódio depressivo maior é o tipo mais recente de episódio de humor, ou quando essas características predominam durante os dois anos mais recentes de transtorno distímico; se o episódio depressivo maior não é atual, aplica-se caso as características predominem durante um período de duas semanas):

- a) Reatividade do humor (o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais);

- b) Duas (ou mais) das seguintes características: ganho de peso ou aumento do apetite significativos; hipersonia; paralisia “de chumbo”; padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor), que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo;
- c) Não são satisfeitos os critérios para com “características melancólicas” ou com “características catatônicas” durante o mesmo episódio.

Com padrão sazonal (pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II ou transtorno depressivo maior recorrente):

- a) Há uma relação temporal regular entre o início dos episódios depressivos maiores e uma determinada estação do ano (p. ex.: outono e inverno). Nota: não incluir casos nos quais existe um óbvio efeito de estressores psicossociais relacionados à estação (p. ex.: estar desempregado a cada inverno);
- b) Remissões completas (ou uma mudança para mania ou hipomania) também ocorrem em uma época característica do ano (p. ex.: a depressão desaparece na primavera);
- c) Nos últimos dois anos ocorreram dois episódios depressivos maiores, demonstrando as relações temporais sazonais definidas nos critérios A e B, e nenhum episódio depressivo não-sazonal ocorreu durante o mesmo período;
- d) Os episódios depressivos sazonais (como recém-descritos) superam substancialmente em número os episódios depressivos maiores não-sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo.

Os jovens que vivem em maiores altitudes têm maiores prevalências de sintomas como: letargia, diminuição da atividade, isolamento social, diminuição da libido, hipersonia, aumento do apetite, “fissura” por carboidratos e ganho de peso. Esses jovens portadores apresentam na primavera aumento de energia e de atividade, maior socialização, aumento da libido, diminuição da necessidade de dormir e redução do apetite, com perda de peso. Tais sintomas sugerem episódios hipomaniacos, e, portanto, esses pacientes poderiam ser classificados como bipolares tipo II (WEISSMAN et al., 1996).

A depressão Psicótica é um quadro grave, de acordo com Weissman et al. (1996), caracterizado pela presença de delírios e alucinações. Os delírios podem ser congruentes com o humor – representados por ideias de pecado, doença incurável, pobreza e desastres iminentes. As alucinações auditivas são habitualmente acusatórias e depreciativas. As alucinações olfativas são descritas como a percepção de um odor putrefato. Hoje em dia, o estupor depressivo é raro e caracteriza-se pelo negativismo e pela catalepsia. Esses quadros podem evoluir com distúrbios metabólicos, principalmente desidratação, seguida de complicações clínicas (como pneumonia e insuficiência pré-renal).

Episódio depressivo grave com características psicóticas: delírios ou alucinações. Se possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Características psicóticas congruentes com o humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Weissman et al. (1996) consideram características psicóticas incongruentes com o humor: delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas, tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.

Entre 14% a 25% dos pacientes com episódios depressivos apresentam características psicóticas. O quadro é mais comum em mulheres, e, quanto mais precoce seu início, maior a probabilidade de que o indivíduo seja bipolar. A depressão psicótica apresenta uma evolução desfavorável, com elevado risco de recaídas e recorrências, mesmo quando adequadamente tratada. São diagnósticos diferenciais a esquizofrenia catatônica, o estupor dissociativo e as formas orgânicas de estupor.

Weissman et al. (1996) afirmam que o termo “depressão secundária” é utilizado para caracterizar síndromes depressivas associadas ou causadas por doenças médico-sistêmicas e/ou por medicamentos. A depressão em pacientes no contexto médico aumenta a morbidade e a mortalidade decorrentes da condição médica, aumenta o tempo de internação, aumenta o risco de mortalidade em pós-operatório e após infarto agudo do miocárdio.

Mais do que um subtipo depressivo, a depressão Bipolar é um diagnóstico diferencial importante, pelas diferenças de curso e evolução, bem como de prognóstico e tratamento. A falha na identificação de sintomas do espectro maníaco no curso do episódio depressivo e da depressão recorrente é um erro diagnóstico comum, e que não só retarda a instituição do tratamento adequado, como agrava o quadro clínico e a evolução.

A maioria dos pacientes bipolares inicia a doença com um episódio depressivo, e quanto mais precoce o início, maior a chance de que o indivíduo seja bipolar. A presença de história familiar de bipolaridade, o início precoce de distímia, de depressão maior, de abuso de substâncias, de transtornos de eliminação, de transtornos de ansiedade (ansiedade de separação, pânico e fobia social), assim como de transtorno de conduta na idade pré-púbere, são indícios de evolução bipolar (WEISSMAN et al., 1996).

Para Moreno (2001), a dificuldade no diagnóstico diferencial entre a depressão unipolar, especialmente a depressão recorrente, e a depressão bipolar pode se dever à falta de iniciativa em pesquisar a existência de sintomas do espectro bipolar ao longo da vida, ou durante o episódio de depressão, ou mesmo à interpretação errônea de sintomas de ansiedade ou de depressões agitadas. Destacam-se situações particularmente mais difíceis, como os episódios depressivos em indivíduos hipertímicos, os episódios mistos com predomínio de sintomas depressivos e a presença de apenas alguns sintomas hipomaniacos (como aceleração de pensamento). Na anamnese de um paciente deprimido, deve-se pesquisar sempre: idade de início do primeiro episódio, características clínicas de cada episódio, intensidade (leve, moderada ou grave), riscos para o paciente (risco de vida, potencial suicida), duração de cada episódio, natureza dos sintomas, padrão de recorrências, comorbidade com abuso ou dependência de substâncias psicoativas e com outras patologias psiquiátricas, resposta aos tratamentos anteriores, antecedentes familiares e pessoais de transtornos afetivos e de outros transtornos psiquiátricos, além de antecedentes pessoais de doenças médico-sistêmicas, pois podem interferir como precipitantes, agravantes e fatores associados à resistência ao tratamento.

Conforme afirmam Anderson e Goldenson (2000), deve-se dar ênfase especial aos antecedentes pessoais e familiares de bipolaridade. Algumas vezes, a única evidência de bipolaridade latente é um curto período de hipomania ou estado depressivo misto desencadeado por antidepressivos. Dados sobre resposta familiar ao tratamento também são importantes, pois podem auxiliar na escolha do antidepressivo.

A anamnese objetiva com o cônjuge, com outro membro da família, ou com um amigo próximo pode ser fundamental para fornecer uma visão global da doença e das condições sociofamiliares do paciente (BENAZZI; RIHMER, 2000).

O diagnóstico de depressão requer a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas que incluam obrigatoriamente espírito deprimido ou anedonia, durante pelo menos duas semanas, provocando distúrbios e prejuízos na área social, familiar, ocupacional e outros campos da atividade diária. De acordo com o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos: 1º) Depressão menor: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; 2º) Distímia: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo; 3º) Depressão maior: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

2.2.1 Exame psíquico

A aparência depende da gravidade da depressão. Quando grave, o paciente deprimido tende a manter o olhar fixo, triste e melancólico. A testa, em geral, está franzida (sinal do ômega melancólico). O paciente parece cansado e preocupado. Seu corpo tende a curvar-se. O descuido com a aparência é frequente, e o paciente pode se apresentar com maus cuidados de higiene pessoal. Nas depressões ansiosas, o paciente fica inquieto, move-se constantemente, esfrega as mãos, mexe nos cabelos, parecendo desesperado e aflito. Nessas condições, é essencial diferenciar de estado misto bipolar. Em depressões leves a moderadas, o paciente não exhibe necessariamente uma aparência depressiva.

Para Lafer (1997), o humor apresenta-se polarizado para a depressão, podendo predominar tristeza, apatia ou irritabilidade. Dependendo da gravidade, o choro pode ser fácil ou impossível, mas o indivíduo sempre se torna mais sensível aos estímulos, ressentindo-se com facilidade. Em depressões mais graves, o paciente pode achar-se incapaz de se emocionar e relatar um “sentimento de falta de sentimentos”.

A afetividade caracteriza-se por sentimentos de angústia, ansiedade, baixa autoestima, medo ou temor irracional e difuso, desânimo, insegurança, inadequação, apatia, vazio, desinteresse ou indiferença, e pelo sentimento de “perda de sentido”, que podem culminar com desespero e desesperança. Durante episódios depressivos leves e moderados, o humor

pode oscilar durante o dia, e o paciente pode experimentar momentos em que se sente próximo à sua normalidade ou ao seu estado pré-mórbido (MORENO, 2001).

A anedonia, ou a falta de capacidade de sentir prazer, pode ser parcial ou generalizada. O interesse por atividades de lazer (até mesmo ler, ver TV, falar com amigos) e *hobbies* apresenta-se diminuído ou, então, os pacientes referem que essas atividades “perderam a graça”.

Segundo Benazzi e Rihmer (2000), durante a depressão, observa-se uma lentificação dos processos psíquicos, que se expressa por meio do comprometimento da atenção, da memória e do curso do pensamento. Como a capacidade de fixar a atenção torna-se reduzida (por exemplo, diminuindo a concentração em leitura, televisão, aulas etc), as informações não são armazenadas, e o paciente deprimido frequentemente se queixa de esquecimentos. A lentificação dos processos cognitivos compromete o fluxo do pensamento e do raciocínio e, conseqüentemente, a fluência do discurso e a capacidade de compreensão. Observa-se um aumento no tempo de latência para as respostas, que comumente são monossilábicas ou evasivas.

Prevalecem as ideias de cunho depressivo, cujos temas se relacionam a culpa, autorrecriinação, arrependimento, ruína física, financeira ou profissional, insuficiência, inutilidade ou incapacidade, falta de sentido da vida, doença ou morte. As ideias de suicídio devem sempre ser investigadas diretamente. O temor de que a abordagem deste tema possa induzir aos atos suicidas é totalmente infundado, pois, na maioria das vezes, o indivíduo deprimido sente um enorme alívio ao compartilhar seus sentimentos e pensamentos (DRUSS, 2001).

Atividades psíquicas mais sofisticadas, como a capacidade mental de organização e planejamento (na rotina diária, no trabalho ou nos estudos), também são comprometidas pela depressão.

Podem estar presentes os delírios, congruentes ou não com o humor. Ideias delirantes de cunho negativo, tais como os delírios de ruína ou falência financeira, de culpa e hipocondríacos, são considerados congruentes com o humor depressivo. Já as ideias delirantes de autorreferência ou persecutórias são chamadas de delírios incongruentes com o humor.

Druss (2001) acredita que as alterações sensoperceptivas mais frequentemente observadas nos pacientes deprimidos são as ilusões visuais e auditivas e as alucinações, geralmente auditivas, de conteúdo depressivo ou de tom acusativo. A crítica em relação ao estado mórbido pode estar diminuída ou ausente, geralmente em depressões graves.

Benazzi e Rihmer (2000) afirmam que, frequentemente, o paciente deprimido apresenta lentificação psicomotora, expressa pela redução de movimentos espontâneos, pela latência de resposta e pela hipomímia (redução do brilho e da expressividade facial). Aliada à falta de energia, a lentificação resulta na diminuição da produtividade física e intelectual. Além disso, o comprometimento da volição e da iniciativa interfere com a capacidade de resolver os compromissos e as dificuldades do dia-a-dia.

Em depressões leves, observa-se uma dificuldade para iniciar tarefas que, uma vez desencadeadas, são mantidas sem esforço maior. Já as depressões moderadas e graves cursam com um comprometimento parcial ou total da realização de atividades em todas as suas etapas (início, manutenção e término) (MORENO, 2001).

Akiskal et al. (2000) relatam que graus extremos de lentificação psicomotora caracterizam o estupor depressivo, um estado clínico grave no qual o paciente parece alheio à realidade; ele fixa o olhar no vazio, permanecendo em mutismo, praticamente imóvel, sem se alimentar. Em alguns casos, pode estar presente a agitação psicomotora.

Neste trabalho, utilizam-se os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR que são empregados tanto em pesquisa como na prática clínica por permitir uma operacionalização do diagnóstico.

Para Benazzi e Rihmer (2000), a avaliação clínica e o exame físico, no seguimento de pacientes deprimidos, seguem a rotina da prática médica. A avaliação por meio de provas laboratoriais complementares de rotina permite a exclusão de causas físicas, especialmente em casos de início tardio e no estabelecimento do diagnóstico diferencial. Diante de dados sugestivos indicados pela anamnese, exames mais específicos podem ser solicitados.

2.3 QUADRO CLÍNICO

Marti (2008) relata que doenças afetivas apresentam-se de várias maneiras que se diferenciam do quadro clássico, incluindo apresentações caracteriológicas, depressão

acompanhada de dor ou outras queixas somáticas, ansiedade e desordens fóbicas e depressão associada, insônia e hiperfagia.

A profundidade da depressão e o grau de experiências depressivas introjetivas mostraram covariações positivas, com grande número de comportamentos de doenças, hipocondríase, convicção de estar doente, inibição afetiva, distúrbios subjetivos e irritabilidade. A sintomatologia depressiva é um leque relativamente amplo.

A doença depressiva é variável em suas manifestações: os sintomas podem ser primariamente psicológicos, tais como indecisão, irritabilidade, falta de capacidade de concentração, insônia, sentimento de profunda infelicidade. Podem ser principalmente físicos e o paciente se apresentar com uma grande variação de queixas somáticas, frequentemente justificando, por meio delas, suas modificações de humor. Há muitas evidências clínicas e de pesquisa que indicam que a depressão deve estar relacionada a condições físicas clínicas, frequentemente não detectadas nos pacientes. Some-se a isso a afirmação de que certos contextos sociais interferem na gênese e evolução da moléstia, e conseqüentemente em suas manifestações. (MARTI, 2008, p, 257).

Durante os últimos 20 anos aproximadamente, observou-se a mudança em sua sintomatologia. Especialmente nas formas psicogênicas da doença e também nas formas endógenas, a depressão pode ser ocultada por uma grande variedade de distúrbios nervosos vegetativos, relacionados a órgãos específicos ou a sistemas de órgãos.

As noções das quais derivamos nossa compreensão atual sobre a depressão maior surgiram a partir do trabalho de Emil Kraepelin, que formulou teorias sobre transtornos psiquiátricos com base em princípios clínicos e anatômicos que a classificavam como uma doença. (WONG, 2007, p. 16).

Kemp (2006) ressalta que a dor e a inabilidade de experienciar ou antecipar prazer podem ser encaradas como o fenômeno central da depressão. Em inúmeros artigos, encontraram-se verdadeiras “listas”, mais ou menos completas, de sintomas. Seguem algumas que, apesar de possuírem certos itens redundantes, apresentam o quadro clínico do tópico tratado: Dor, queixas funcionais e de ansiedade assinalam o princípio da depressão e são paralelas com seu curso. Queixas somáticas são modos conspícuos de apresentação.

Esses achados somáticos não estão entre os critérios usuais de diagnóstico e pesquisa para depressão, apesar de parecerem ser um achado maior na sua história natural.

Maffesoli (2005) destaca alguns fenômenos psicológicos que identificam a depressão: a anedonia (perda do interesse pela vida); sinais objetivos da depressão (queixas somáticas, retardamento mental e motor); experiência do paciente (energia, perspectiva de futuro bloqueadas).

Note-se que tais sinais e sintomas clássicos são frequentemente mascarados por outras condições, tais como fobias, insônia e abuso periódico de álcool.

Questiona-se que a depressão seja expressa de acordo com o contexto cultural da sociedade e os padrões dos sintomas depressivos característicos de quatro tipos de sociedade: animística, monoteísta-coesiva, monoteísta-individualista, tecnológico-individualista. Insônia inicial, despertar precoce, anorexia, perda de peso, perda da libido e mau humor matinal são significativamente mais comuns em depressão melancólica do que na depressão não melancólica, enquanto o aumento de apetite é mais comum na não melancólica.

Humor disfórico, anorexia, distúrbios do sono, perda de interesse ou prazer, perda de energia, autorreprovação, culpa, pensamentos sobre a morte, suicídio, isolamento, choro, irritabilidade, pesadelos, fadiga, fraqueza, vômitos, cefaleia, tonturas, dores no tronco e membros e ondas de calor são comumente encontrados no quadro depressivo (MARTI, 2008).

Enormes avanços foram feitos na pesquisa de marcadores biológicos da depressão, como por exemplo o teste de supressão de dexametasona. Não obstante, como são testes vistos com alguma reserva para uso clínico, não serão examinados neste trabalho com maior profundidade (GOLDEN et al., 2008).

Weissman et al. (1996) dizem que algumas características clínicas podem sugerir o diagnóstico preferencial de uma depressão bipolar. Existem algumas diferenças clínicas significativas entre depressão bipolar e unipolar. Na forma bipolar há mais lentificação psicomotora, aumento do sono, maior variabilidade sintomatológica entre episódios, maior presença de sintomas psicóticos, maior labilidade do humor durante o episódio, ciclagem com o uso de antidepressivos, mais remissões espontâneas, relação com o pós-parto, fragmentação da fase REM do sono e prevalência igual para ambos os sexos. Clinicamente apresenta-se mais com lentificação psicomotora e com hipersonia, piora pela manhã, labilidade de humor e desrealização, mas, quando grave, surgem sintomas melancólicos/somáticos. Por sua vez, nas depressões unipolares, predominam ansiedade, sintomas endogenomorfos, queixas físicas e perda de peso.

Weissman et al. (1996) acredita que depressão agitada seja uma forma de estado misto. Neste caso, define a depressão agitada como um episódio de depressão maior com pelo menos dois dos seguintes sintomas: agitação psicomotora, agitação psíquica ou intensa tensão interna, aceleração de pensamento.

Moreno (2001) afirma que a diferenciação entre episódios depressivos unipolares e bipolares é importante, pois o tratamento da depressão bipolar inclui, necessariamente, o uso de estabilizadores de humor, pelo risco de ciclagem para mania ou estado misto e de piora do curso e do prognóstico da doença.

Segundo Druss (2001), estima-se que cerca de 75% das mulheres em idade reprodutiva apresentem, em algum momento de suas vidas, alterações do humor acompanhadas por uma série de sintomas físicos na fase pré-menstrual (p. ex.: mastalgia, inchaço, cefaleia), genericamente denominadas de “tensão pré-menstrual”, ou “síndrome pré-menstrual. Nesses casos, os sintomas aparecem na semana anterior ao período menstrual e se resolvem uma semana após a menstruação.

Moreno (2001) afirma que cerca de 3% a 8% das mulheres, porém, apresentam sintomas afetivos mais intensos, como irritabilidade, tensão, disforia e labilidade do humor, que interferem de forma marcante em suas relações interpessoais e com outras atividades, quadro denominado de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM).

Na avaliação de uma paciente que refira alterações de humor relacionadas ao ciclo menstrual, é importante caracterizar se as queixas se concentram na fase lútea, ou seja, na segunda metade do ciclo, após a ovulação, ou se os sintomas constituem uma exacerbação de outro transtorno psiquiátrico, ou de uma outra condição clínica preexistente. Essa diferenciação é fundamental para o diagnóstico do TDPM. O registro diário de sintomas por dois ciclos menstruais consecutivos pode auxiliar na elucidação diagnóstica.

Druss (2001) acredita que, embora a etiologia do TDPM não esteja completamente elucidada, postula-se o envolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e da serotonina em sua gênese. Mulheres com antecedentes pessoais e familiares de transtornos de humor e com antecedentes familiares de TDPM apresentam um risco maior para o seu desenvolvimento.

Depressão pós-parto: Durante o período pós-parto, estima-se que cerca de 85% das mulheres apresentem algum tipo de alteração do humor. As alterações psiquiátricas no pós-parto são classificadas em: blues puerperal, depressão puerperal e psicose puerperal. Acredita-se que esses quadros

componham um continuum, pois pode haver a sobreposição de sintomas em graus diferentes de gravidade, e não há indícios de que constituam, de fato, três entidades clínicas distintas. (MORENO, 2001, p. 19)

O *blue*, ou disforia do pós-parto, é um quadro bastante frequente, leve, e que não requer uma abordagem médica específica, bastando o apoio emocional, a compreensão, o reassseguramento e o auxílio nos cuidados com o bebê. A depressão puerperal, que acomete 10% a 15% das mulheres no período após o parto, é, muitas vezes, negligenciada pela paciente e por sua família. Os sintomas podem ser atribuídos ao cansaço, à mudança no estilo de vida, ao desgaste físico, o que pode retardar a busca por tratamento. O risco é maior em mulheres com antecedentes pessoais de depressão (risco 24% maior), de episódio depressivo durante a gestação (risco 35% maior) e de depressão puerperal (risco 50% maior).

Druss (2001) afirma que a psicose puerperal é a forma mais grave de doença psiquiátrica do pós-parto. Os primeiros sintomas podem aparecer de forma abrupta em cerca de 48 a 72 horas depois do parto, porém mais comumente se desenvolvem em duas a quatro semanas. Os sintomas da psicose puerperal podem se assemelhar a episódios mistos, maníacos ou depressivos, com sintomas psicóticos. São também característicos o comportamento desorganizado, a labilidade de humor, a despersonalização e a irritabilidade.

As manifestações do quadro clínico de depressão são variáveis de indivíduo para indivíduo, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses ou anos.

A intensidade do sofrimento também pode sofrer variações, sendo comum variar ao longo do tempo. Nesse sentido, convém alertar para que a depressão não seja confundida como sendo apenas um momento de “baixo astral”. Apesar de a tristeza fazer parte da vida psicológica normal, assim como a alegria e outros sentimentos, deve-se suspeitar de algo mais, quando esse sentimento associa-se com uma impossibilidade de manter as atividades laborais e relacionamentos afetivos. A tristeza sem um motivo aparente pode ser um dos primeiros sinais de transtorno de humor. Dessa forma, os sentimentos são diferentes e podem ser percebidos pelo indivíduo. A pessoa deprimida comumente percebe quando seus sentimentos são diferentes de tristezas sentidas anteriormente ou quando difere do estado de negativismo causado pelo luto.

A depressão costuma ser mais duradoura que as oscilações normais de humor. Nesse caso, para o indivíduo, qualquer situação estressante causa um sofrimento

desproporcionalmente maior e mais longo, e tudo se transforma em situações e problemas mais pesados do que se sinta capaz de resolver. Como consequência desse sentimento inespecífico, o deprimido tende a se isolar. Vale lembrar que isso é bem diferente da “pessoa triste” que, na maioria das vezes, procura se distrair e se ajudar. A falta de energia, disposição, interesse e força de vontade tornam-se algo insuportável para a pessoa com depressão, principalmente nos casos mais graves.

2.4 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com as colocações de Yeragani et al. (2007), quinze a 20% da população mundial porta problemas depressivos de maior ou menor gravidade.

Para Musselman et al. (2005), os indivíduos da sociedade urbana são mais vulneráveis à depressão do que sempre foram, e, na avaliação dos sintomas depressivos persistentes, não há diferença na incidência entre população urbana e rural. Note-se porém que as mulheres estão em maior risco de ansiedade e depressão do que os homens, e que uma grande porcentagem de mães apresenta de leve a moderada depressão. As mulheres descrevem maiores níveis de experiências depressivas associadas com assuntos de dependência, bem como maiores desejos de serem amparadas. Em ambos os sexos, a intensidade do desejo de ser amparado está relacionada com a dependência. Por outro lado, há uma tendência dos homens deprimidos experienciarem uma prevalência maior de enxaqueca do que os homens na população geral; nas mulheres a prevalência é igual. Já os índices apontam que, nos Estados Unidos da América (EUA), há 12 milhões de adultos deprimidos e em risco de desenvolver depressão em 1:7. Sessenta por cento dos casos são tratados por médicos generalistas que dividem em adicional de 7% com psiquiatras e psicoterapeutas. Na clínica geral, a depressão é o diagnóstico mais comum (5,8%), à frente da hipertensão arterial (5,74%), porém os clínicos diagnosticam apenas 0,6% dos pacientes afetados.

Ainda em relação a dados estatísticos, observa-se que 10% da clientela de uma clínica geral é de deprimidos. Seis a 36% da população sofre de diagnósticos relacionados à depressão, sendo que a evidência de depressão em pacientes crônicos é maior. Como exemplo disso, aproximadamente 25% dos pacientes em diálise são deprimidos, além de que cerca de 1% deles irá cometer suicídio, tanto que resultados indicam que fatores demográficos e psicossociais podem ser mais importantes que as variáveis fisiológicas na determinação da

sobrevivência na diálise residencial; a gravidade e o tipo de depressão são de particular importância nos resultados. Cinquenta por cento dos pacientes de clínica gastroenterológica são portadores de graus variáveis de depressão. Destes, 64% não possuíam alterações orgânicas, apesar de apresentarem dores abdominais e/ou disfunção intestinal (MUSSELMAN et al., 2005).

Cerca de metade de todas as pessoas examinadas em uma clínica de primeiros atendimentos foi identificada como possuidora de ansiedade ou desordem depressiva pelo clínico que as atendeu, por testes “General Health Questionnaire” e “Diagnostic Interview Schedule” (MUSSELMAN et al., 2005).

Desordens somatomórficas surgem em 33% dos pacientes somatizados, e o diagnóstico principal nesse grupo é de depressão. Além disso, pacientes com desordens de somatização apresentam, em 75% dos casos, depressão. Os sintomas mais comuns: dor e desconforto. Mostra-se a prevalência de distúrbios afetivos em pacientes internados em uma clínica médica (46%) e que médicos falharam em diagnosticar 37% deles. Sugere-se ainda que exista uma correlação significativa entre sintomas depressivos e o início de doenças físicas. Já nas doenças sistêmicas, particularmente as malignas, e nas desordens endócrinas, existe uma associação com sintomas de depressão. Em muitos casos, a depressão se desenvolve em resposta à dor crônica, perda de função e de autoestima, dependência e medo da morte, que acompanham a doença (MUSSELMAN et al., 2005).

Num cálculo geral apresentado por diversos autores, 25% dos pacientes portadores de dor crônica são definitivamente deprimidos, 39% são provavelmente deprimidos e 36% não são deprimidos, e é certo que todos os pacientes com síndrome de dor crônica possuem significativamente mais sintomas depressivos que os controles saudáveis (MARTI, 2008).

Segundo Marti (2008), de 72 a 82% dos pacientes apresentaram depressão depois do início da dor, e convém observar que a incidência de depressão maior varia com o critério utilizado, entendendo-se que depressão maior apareça como uma desordem psicobiológica, cujos sintomas são afetivos, cognitivos e somáticos. Mas portadores de depressão maior com dor crônica diferem de outros grupos, por apresentarem despertar matinal severo, perda de peso, anorexia, diminuição da libido e insônia inicial.

Pelo Beck Depression Inventory (BDI, Inventário de Depressão de Beck) em pacientes internados, mostrou-se que o grupo mais deprimido era de 15 a 19 anos, e o menos, de 20 a 24

anos; a idade mais severamente deprimida era 19 anos (com índices superiores aos demonstrados em pacientes suicidas de outros trabalhos). Esses achados confirmam a impressão prévia de que depressão severa é frequente na adolescência (MUSSELMAN et al., 2005).

Pacientes portadores de desordem de pânico ou síndrome de pânico possuem significativamente mais sintomatologia depressiva que a população normal. Segundo um estudo prosoectivo, uma proporção significativa de pessoas com depressão apresentará sintomas dentro de (40%) e dois anos (20%) (PARKER; PARKER, 2007).

Em geral, 32% dos casos psiquiátricos podem ser atribuídos a eventos de vida estressantes, e nas mulheres esses casos atingem 41%. Pode-se inclusive notar que efeitos de eventos específicos podem ainda ter uma importância maior. Esquizofrênicos ficam tão deprimidos quanto indivíduos da população normal, e indivíduos com retardamento mental apresentam também doenças afetivas, da depressão à mania (KUMAR et al., 2008).

Note-se que há uma forte associação entre depressão desilusional (unipolar psicótica) e suicídio, cinco vezes mais frequente que naquelas não desilusionais. É importante se acentuar ainda que a ansiedade psíquica foi relatada em 62% dos casos de depressão. Semelhantemente, Parker e Parker (2007) considera que o estresses psicossociais causados por eventos aversivos da vida são muito importantes e predominantemente esclarecedores na etiologia e no início dos transtornos não-melancólicos.

Conforme as afirmações de Moreno (2001), a depressão é um problema médico grave e altamente prevalente na população geral. Segundo dois grandes levantamentos epidemiológicos multicêntricos realizados em 13 países, a prevalência dos transtornos do humor ao longo da vida oscilou entre 7,3%, na Turquia, e 19,4%, nos Estados Unidos da América. No Brasil, a prevalência encontrada situou-se em 15,5%.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a prevalência da depressão unipolar na rede de atenção primária de saúde foi de 10,4%, isoladamente ou associada a um ou mais transtornos físicos. As taxas de prevalência da depressão apresentam uma ampla variação, que depende dos diferentes aspectos culturais, da metodologia empregada na coleta de dados, e dos critérios diagnósticos utilizados. A depressão situa-se em quarto lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa o primeiro lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo

da vida (11,9%). Considerando-se a faixa etária compreendida entre os 15 e os 44 anos de idade, a depressão ocupa a segunda posição, com 8,6% dos ônus, e a porcentagem de anos vividos com incapacitação eleva-se para 16,4%.

Para Moreno (2001), a depressão está associada a altos custos sociais e financeiros. Em 1990, o custo total anual com a depressão foi de US 44 bilhões; desses, US\$ 24 bilhões (55%) representaram custos indiretos pela perda de produtividade, em função do maior número de faltas ao trabalho, e pela redução na eficiência profissional. O número de faltas ao trabalho, ao longo de um período de 30 dias, entre pacientes deprimidos, chega a ser cerca de duas vezes maior do que entre aqueles sem depressão, acarretando perdas salariais mensais entre US\$ 182 e US\$ 395.

No princípio do século XXI, a depressão continua sendo um problema de saúde pública, uma condição médica subdiagnosticada e subtratada. Ao longo dos próximos capítulos, serão revisados a etiopatogenia da depressão, seu quadro clínico, os subtipos depressivos e seu tratamento.

O BDI é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. O diagnóstico é dado de acordo com o somatório das pontuações de cada questão.

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI. De acordo com Akiskal et al. (2000), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e os objetivos do estudo.

O BDI, pelo fundamento teórico que o embasa, valoriza muito mais a categoria dos sintomas cognitivos (52%), como determina o Quadro 1.

QUADRO 1 - Porcentagem de contribuição das várias categorias de sintomas ao escore máximo possível do BDI

Categoria	BDI (%)
Humor	9,5
Vegetativos	29
Motores	0
Sociais	5
Cognitivos	52
Ansiedade	0
Irritabilidade	5

Fonte: adaptada de Thompsom (1989 apud CALIL; PIRES, 1998).

Moreno (2001) relata que a adequação da versão em português para o uso clínico foi evidenciada no estudo de validade discriminante, em que diferenças significativas de escore foram obtidas em diferentes amostras de pacientes ansiosos e deprimidos, clinicamente diagnosticados. Esses achados corroboram a validade da versão em língua portuguesa do BDI em amostras clínicas.

2.5 MEDICAMENTOS

Para Kent (2007), importantes limitações das classes de antidepressivos (os antidepressivos tricíclicos – ADTs, e os IMAOs) são seus pobres perfis de segurança e sua interação não seletiva com uma variedade de receptores que não estão envolvidos em seus efeitos antidepressivos.

As classes mais novas de medicamentos apresentadas têm pouca afinidade por receptores irrelevantes para sua eficácia antidepressiva, reduzindo assim o potencial de efeitos colaterais. Os inibidores de recaptação dupla, em particular, apresentam faixa semelhante ou superior de eficácia antidepressiva, com perfil diferente de efeitos colaterais. (KENT, 2007, p. 179).

Depressão e sistemas monoaminérgicos: noradrenalina, serotonina e dopamina. A hipótese monoaminérgica, proposta por Schildkraut (1965), postulava que a depleção de noradrenalina na fenda sináptica seria o substrato biológico da depressão. Essa hipótese teve como embasamento o mecanismo de ação dos ADTs e dos IMAOs, e a observação de que a reserpina, empregada como anti-hipertensivo, levava à indução de sintomas depressivos.

Posteriormente, a serotonina foi implicada na gênese da depressão, pois assim como os ADTs e IMAOs alteravam a transmissão serotoninérgica por meio do aumento na disponibilidade sináptica de serotonina, os precursores de serotonina, como 5-hidroxitriptofano e L-triptofano, promoviam uma melhora do quadro depressivo. Além disso, alguns estudos demonstraram uma redução nos níveis líquidos de ácido 5-hidroxi-indolacético, um metabólito da serotonina, em pacientes deprimidos.

Akiskal et al. (2000) puseram que um aumento nos níveis de acetilcolina (Ach) estaria associado à depressão. Tal proposta baseou-se no fato de que a fisostigmina poderia induzir sintomas depressivos. O papel regulador da Ach sobre a atividade da enzima tirosina-hidroxilase, que poderia se relacionar ao seu efeito antidepressivo. A hipótese colinérgica, porém, apresenta limitações, como a falta de comprovações sobre a relação entre os efeitos anticolinérgicos e a eficácia terapêutica antidepressiva.

Prange Junior et al. (1974) propuseram que existiria uma interação complexa entre os diferentes neurotransmissores, e que essa interação explicaria melhor as bases neuroquímicas da depressão. A serotonina teria um efeito modulador sobre a ação da noradrenalina e da dopamina (“hipótese permissiva”), o que serviu como base para a investigação da eficácia de compostos com ação predominantemente serotoninérgica.

Para Kent (2007) relata que o desenvolvimento de novos medicamentos aumenta a variedade de antidepressivos disponíveis com mecanismos de ação variados. A seleção de terapia antidepressiva, com a identificação de diferentes perfis terapêuticos, combinados ao quadro da depressão do paciente, e levando-se em consideração o perfil de efeitos colaterais, aumenta a eficácia e a tolerância, assim como a adesão e a satisfação do paciente com o tratamento.

2.6 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Embora alguns eventos da vida, associados à precipitação do episódio depressivo, não sejam reconhecidos, necessariamente, como adversos (p. ex. promoção no trabalho, relocação geográfica ou responsabilidades com filhos), a maioria dos fatores psicossociais agudos e crônicos ligados à depressão com certeza o são.

De acordo com Wong (2007), os principais fatores adversos incluem pobreza, negligência ou trauma infantil (particularmente abuso sexual), morte do cônjuge ou ente querido, divórcio, perda do emprego, dependência ou dificuldades financeiras, deveres domésticos e ocupacionais combinados. As situações adversas que ocorrem na infância são associados à depressão de início precoce.

A importância desses fatores varia com gênero, idade e etnia. Os eventos relacionados à família ou a redes sociais íntimas exercem maior impacto sobre as mulheres, enquanto questões relacionadas a trabalho, problemas legais e divórcio afetam mais os homens. Observou-se maior incidência de depressão quando múltiplos eventos vitais ocorrem simultaneamente no mês precedente ao episódio (WONG, 2007, p. 21).

Para Wong (2007), a condição marital e a classe social são dois aspectos associados ao início e à prevalência da depressão. Indivíduos divorciados ou separados, em comparação aos casados ou àqueles que nunca se casaram, têm aumento de duas vezes na prevalência da depressão. Essas condições também aumentam as probabilidades da ocorrência de primeiro episódio depressivo.

Marti (2008) sugere que se devia considerar diagnóstico de depressão maior nos pacientes portadores de síndrome de Munchausen. Por outro lado, depressão psicótica está associada com uma pseudocieira, inclusive em homens. Em relação a alergias, mulheres com depressão monopolar endógena apresentam maiores índices de doenças alérgicas, mas a dor, por sua vez, como sintoma em distúrbios depressivos, pode estar ligada à tensão muscular.

De acordo com Marti (2008), o aumento da prevalência dos estados depressivos em países civilizados, particularmente entre pessoas que moram em comunidades urbanas, é responsável não tanto pelo tipo clássico de depressão endógena como aparece nos livros, mas pelas formas às quais se costuma chamar coletivamente de “depressão mascarada”, além do fato de que problemas de sono e sexuais são dois sintomas dos mais frequentes nesse tipo de depressão.

Síndromes depressivas podem permanecer ocultas por vários períodos de tempo. O afeto depressivo pode ser mascarado a tal ponto que o terapeuta poderá não perceber que uma distúrbio psiquiátrica séria está presente, até que uma depressão característica emergja e domine o quadro clínico. A máscara fornecida pode variar dependendo de inúmeros fatores, tais como: idade do paciente; substrato étnico; meio socioeconômico; processos heredocongenitos; desenvolvimento ontogênico.

Em adultos, a depressão é mais frequentemente mascarada por sintomas e sinais hipocondríacos ou psicossomáticos, e esta síndrome rivaliza frequentemente com a depressão na qual o afeto depressivo é aberto (MUSSELMAN et al., 2005).

Sabe-se que a importância do estilo de vida no risco de se desenvolver câncer é cada vez mais notória, e já se estabeleceram vínculos causais com a pesquisa de traços de personalidade pré-mórbida entre depressão e câncer. Em uma dada amostra, 100% dos pacientes analisados revelaram ter experimentado um estado depressivo de meses e anos, antes do surgimento de qualquer sintoma de câncer, o que leva à conclusão de que o estresse induzido psicologicamente aumenta os corticosteroides, inibe a imunidade celular e aparentemente permite o desenvolvimento do câncer. Como desencadeadores nesse sentido, Marti (2008) declara: estresse da perda de trabalho ou amigos; separação ou morte de alguém amado; muita responsabilidade na infância; distúrbios de maternidade; depressão; problemas sexuais; hostilidade contra os pais; desespero.

Nota-se, por conseguinte, uma associação entre depressão e redução na expectativa de vida em homens e, ainda, o fato de haver um aumento na mortalidade entre os deprimidos: a correlação entre sintomas depressivos e normalidade tem sido estudada em dois passos, e em ambos foi apresentado o mesmo resultado – um excesso de mortalidade entre pessoas com sintomas depressivos. As principais causas de morte em todos os grupos estudados são: doenças cardiovasculares, neoplasias. Os não participantes de check-up de saúde possuem um índice significativamente maior de morte que os participantes (MUSSELMAN et al., 2005).

Sabe-se que a depressão segue-se a várias infecções virais, podendo ser suficientemente severa para precipitar uma tentativa de suicídio. Descreve-se até mesmo casos em que sintomas depressivos mascaram o diagnóstico de hematoma subdural, e sabe-se que a digoxina em níveis tóxicos pode desenvolver um quadro similar à depressão (YERAGANI et al., 2007).

Caféina aumenta a depressão, a ansiedade, a hostilidade, o que leva à conclusão de que fatores exógenos como alimentação podem ser causais, bem como outros fatores, tanto que grávidas com complicações na gravidez ou parto relatam significativamente mais eventos incontroláveis de vida, que as sem complicações. Para Kumar et al. (2008), a depressão pode mesmo surgir como consequência de histerectomia, que em 10% dos casos leva a uma deterioração da harmonia marital. A incidência de depressão pós-operatória é alta, tendo raízes na perda da feminilidade e potencial reprodutor, e da atenção do marido.

Para as mulheres, a depressão está intimamente ligada à dor, enquanto para os homens está relacionada com a dificuldade de atividade. A dor parece estar minimamente relacionada com atividade, em ambos os sexos. As mulheres parecem ser mais jovens no início da doença (entre 15 e 19 anos) do que os homens (entre 25 e 29 anos). Existe a percepção de que a idade de início da doença é menor entre coortes nascidas mais recentemente (WONG, 2007).

É criado um vínculo vicioso, uma vez que a dor provoca o aparecimento de angústia e ansiedade, que podem conduzir a um quadro depressivo, que aumenta a dor. Esta é considerada um equivalente depressivo. Pacientes com dor crônica são geralmente deprimidos: uma vez reconhecido que sua dor não possui origem somática, mas é a expressão primordial de um estado depressivo emudecido, a visão da dor crônica como forma de depressão mascarada parece bem fundamentada.

Durante períodos de depressão há um aumento do número de crises de cefaléia, principalmente em pacientes mais jovens, com mais queixas somáticas e que experienciam mais hipersonia. Até pouco tempo, médicos e familiares não queriam reconhecer a depressão em crianças e adolescentes, atribuindo as alterações de humor ao desenvolvimento normalmente (WONG, 2007).

Os mais importantes preditores de dor e de comportamento algico são a depressão e os achados clínicos. Em geral os pacientes deprimidos tendem a tomar mais narcóticos do que os não deprimidos. A dificuldade de aplicação de um tratamento adequado agrava a situação, porque a maioria dos pacientes com dor crônica possui fatores psicológicos primários ou secundários que perpetuam a dor e diminuem o potencial de sucesso de qualquer tratamento (MARTI, 2008).

Em geral, como desordem psicopatológica, a depressão é acompanhada por uma combinação de sintomas neurovegetativos, cognitivos, retardo ou agitação das funções psicomotoras e outras alterações como indecisão, isolamento social, some-se a isso o fato de que a depressão endógena é caracterizada por uma alteração na qualidade do estado de humor. Deve-se enfatizar que a relação entre depressão como um comportamento de doença normal e como uma desordem psicopatológica é obscura. Os transtornos afetivos maiores foram, então considerados psicoses afetivas, incluindo a melancolia involutiva, e a doença maníaco-depressiva, do tipo depressivo. Além disso, a neurose depressiva substituiu a reação depressiva neurótica como termo geral para a depressão não-bipolar (GRUENBERG; GOLDSTEIN; PINCUS, 2007).

Na literatura existente sobre a relação entre manifestações somáticas e depressão, questiona-se se o conteúdo somático é mais importante que a auto-depreciação em produzir humores depressivos. É certo que uma compreensão da existência e da ação da depressão é essencial para a manipulação médica de pacientes com doenças crônicas, sendo papel do médico identificar a influência dos fatores físicos, psicológicos e sociais (PARKER; PARKER, 2007).

3 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) insistem na afirmativa de que a disfunção sexual é um “bloqueio” total ou parcial da resposta psicofisiológica. Se aceita essa premissa teórica, de base cognitivo-comportamental, tem-se como verdadeira a conclusão de que a terapia sexual nada mais é que uma retirada de “bloqueios”. No caso de um indivíduo com disfunção erétil, a terapia tenta apenas afastar a causa que está bloqueando a resposta erétil. Nenhum terapeuta ensina ao cliente a ter ereção, orgasmo ou ejaculação. Todo indivíduo nasce com esse potencial. Todos os elos da cadeia da resposta sexual humana são comportamentos respondentes, ou seja, atos reflexos, independentes de nossa vontade.

Aprendemos, no meio social, a criar obstáculos à resposta fisiológica involuntariamente eliciada pela apresentação de um estímulo erótico. O comportamento disfuncional, de causa psicológica, portanto, é aprendido. De acordo com todo o fundamento teórico que aceitamos, a terapia sexual consiste em fazer com que um hábito defeituoso, disfuncional, seja extinto, deixando que em seu lugar cresça a manifestação da resposta fisiológica plena de que todo ser humano é potencialmente capaz. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006, p. 163).

Assim sendo, a terapia sexual é, nesses casos, um exercício essencialmente pedagógico, na medida em que é um aprendizado no desbloqueio. Nos bloqueios de causa orgânica, estão indicadas medicações específicas. A inibição do desejo é a disfunção sexual que mais tem levado mulheres e casais a buscar tratamento em consultórios de psicoterapia sexual (MORENO, 2001).

Segundo Masters e Johnson (1988), nas duas últimas décadas, os antigos conceitos cristalizados de sexualidade feminina foram destruídos dando lugar a uma aceitação das necessidades sexuais das mulheres como legítimas. No entanto,

[...] as reações sexuais das mulheres passaram a ser uma realização esperada entre elas – ajudadas por vários artigos em revistas, livros “Como Fazer” e palestras na televisão – repentinamente colocadas na ribalta, com a sua atuação pressionada por elas mesmas (MASTERS; JOHNSON, 1988, p. 466).

Diante disso, aumentou-se a consciência feminina a respeito das disfunções sexuais. Assim, uma mulher que acredita sofrer de uma disfunção sexual, como o homem, pode se sentir envergonhada, confusa e deprimida. Na tentativa de enfrentar a situação, ela pode abster-se do sexo, ou ainda, esforçar-se em encontrar e fazer uso de técnicas. Tudo isso tem sido fonte de grande sofrimento à mulher.

Também é importante salientar que o termo Inibição do Desejo Sexual só passou a ser utilizado em meados da década de 1970, a partir da publicação do livro *Human Sexual Inadequacy* (1964). Antes disso, segundo Masters e Johnson (1988), a palavra frigidez era usada de uma forma geral para designar vários problemas sexuais femininos, entre eles a falta de interesse sexual, a ausência de excitação sexual e a não ocorrência de orgasmos. Como esse termo não tinha uma precisão diagnóstica e era usado cada vez mais de forma negativa e depreciativa, mostrando a mulher como “fria” ou “rejeitadora”, muitos sexólogos deixaram de usá-lo e atualmente, sua utilização não é recomendada entre os clínicos.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) tratam a IDS pelo termo inapetência sexual, que conceituam como um “bloqueio” da resposta psicofisiológica que ocorre no nível da apetência. Portanto, para melhor compreensão dessa disfunção faz-se importante conceituar apetência sexual.

3.1 CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICA

São características das mulheres com IDS o pouco interesse em iniciar a atividade sexual e a não aceitação das propostas feitas pelo parceiro em realizar tais atividades. Porém, de vez em quando, estas mulheres podem “ceder” aos desejos do parceiro com o intuito de preservar a paz no relacionamento. Normalmente, as pessoas com IDS funcionam sexualmente (fisiologicamente falando), mas esse distúrbio pode coexistir com uma ou mais disfunções (MASTERS; JOHNSON, 1988).

De acordo com o DSM-IV, a característica essencial do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) é uma deficiência ou ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual (critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (critério B). A disfunção não é mais bem explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (critério C). O baixo desejo sexual pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitada a um parceiro sexual ou a uma atividade sexual específica (ex.: relação sexual, mas não masturbação). Existe pouca motivação para a busca de estímulos e pouca frustração quando privado da oportunidade de expressão sexual. O indivíduo em geral não inicia a atividade sexual ou pode engajar-se apenas com relutância quando esta é indicada

pelo parceiro. Em vista de uma falta de dados normativos relacionados à idade ou gênero, quanto à frequência ou grau do desejo sexual, o diagnóstico deve fundamentar-se no julgamento clínico, com base nas características do indivíduo, determinantes interpessoais, contexto de vida e contexto cultural (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Os subtipos para o critério diagnóstico do TDSH oferecidos são:

- a) Ao longo da vida: se a disfunção sexual está presente desde o início do funcionamento sexual;
- b) Tipo adquirido: se a disfunção sexual se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal;
- c) Devido a fatores psicológicos: quando fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou aumento da Disfunção Sexual, e condições médicas gerais e substâncias não exercem qualquer papel na etiologia da Disfunção Sexual;
- d) Devido a fatores combinados: quando 1) fatores psicológicos supostamente desempenham um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual; e 2) uma condição médica geral ou uso de substância também contribui, supostamente, mas não basta para explicar a Disfunção Sexual. Se uma condição médica geral ou uso de substância (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente para explicar a Disfunção Sexual, pode-se diagnosticar Disfunção Sexual devido a uma Condição Médica Geral e/ou Disfunção Sexual Induzida por substância.

A IDS pode ser classificada, segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2006), em:

- a) primária, que se trata da condição do indivíduo que nunca sentiu desejo sexual pelo menos em nível consciente;
- b) secundária ou adquirida, perda do desejo sexual após um período mais ou menos longo de apetência sexual, podendo ter ocorrido de forma brusca ou gradativa; geral ou absoluta, quando a inapetência independe da qualidade ou da intensidade do estímulo;

- c) situacional ou relativa, quando os indivíduos se mostram inapetentes para um tipo de parceiro, porém são apetentes em relação a outros. Vale ressaltar que, nas inapetências situacionais, a etiologia nunca é orgânica.

Um desejo sexual reduzido frequentemente está associado com problemas de excitação sexual ou com dificuldades para atingir o orgasmo. A deficiência no desejo sexual pode representar a disfunção primária ou pode ser consequência de sofrimento emocional induzido por perturbações na excitação ou no orgasmo. Entretanto alguns indivíduos com baixo desejo sexual retêm capacidades para excitação sexual adequada e orgasmo em resposta à estimulação sexual (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

A presença do desejo depende de vários fatores:

[...] impulso biológico, autoestima adequada, boas experiências anteriores com o sexo, disponibilidade de um parceiro apropriado e um bom relacionamento em áreas não-sexuais com o parceiro. Os danos a qualquer um desses fatores podem resultar em diminuição do desejo (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Assim, as disfunções sexuais podem ser sintomáticas de problemas biológicos, intrapsíquicos, ou conflitos interpessoais, podendo também se tratar de uma combinação dos três fatores. O funcionamento sexual feminino pode ser prejudicado por dificuldades emocionais, estresse e pela falta de conhecimento do funcionamento e fisiologia sexual (KAPLAN; SADOCK, 2007).

No TDSH, presume-se que uma Disfunção Sexual Induzida por Substâncias deve-se exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância. Se tanto um TDSH quanto o uso de substâncias estão presentes, mas julga-se que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso das drogas, então se aplica o diagnóstico de TDSH a fatores combinados (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Quando o bloqueio se dá no nível do orgasmo, depara-se com anorgasmias. É necessário mencionar que as respostas sexuais manifestas são regidas por dois fenômenos fisiológicos fundamentais: a vasocongestão e a miotonia (Masters e Johnson). Assim, Cavalcanti e Cavalcanti (2006) concluem que os bloqueios da excitação são inibições sobre o mecanismo vasocongestivo, enquanto os bloqueios da fase orgásmica atuam, sobretudo, sobre o comportamento miotônico.

Além dessas disfunções, Cavalcanti e Cavalcanti (2006) cita duas outras que, embora não sejam alterações específicas da reação sexual feminina, dificultam ou impedem essa resposta. Nesse caso, faz-se referência às dispareunias e ao vaginismo.

Em todas as insuficiências funcionais, Cavalcanti e Cavalcanti (2006) estabelecem duas subdivisões. A primeira considera o critério cronológico; a segunda, o critério de amplitude. Sob o ponto de vista cronológico, as disfunções podem ser classificadas em primárias e secundárias. Os problemas primários se manifestam desde os primeiros momentos da vida sexual, e os secundários ocorrem depois de um período mais ou menos longo de respostas funcionais. O critério cronológico oferece boas informações à segunda, à gravidade do problema disfuncional. Pode-se dizer que a maioria dos transtornos de causa orgânica é cronologicamente secundária, e os problemas primários costumam ter o pior prognóstico.

De acordo com o critério de amplitude, as disfunções podem ser agrupadas em situacionais ou relativas e gerais ou absolutas. O distúrbio é do tipo situacional quando ocorre apenas com alguns parceiros ou em determinadas circunstâncias; e absoluto, quando se evidencia independentemente da qualidade, quantidade ou intensidade do estímulo erótico.

O desconhecimento das fases da resposta sexual humana, bem como das bases anatomofuncionais em que se assentavam, impedia qualquer distinção entre as diversas entidades clínicas. Assim, todo homem que fosse incapaz de um desempenho satisfatório no intercâmbio sexual era rotulado de impotente. Da mesma forma, toda mulher com problemas sexuais era denominada frígida.

Gradualmente se foi reconhecendo que a resposta sexual humana não era uma entidade indivisível com uma etiopatogenia comum e uma única forma de abordagem terapêutica. Ao contrário, segundo Kaplan (1973), a resposta sexual humana compunha-se de três fases separadas, mas interligadas e capazes de, como unidade, comportarem um estudo anatomofuncional, sindrômico e terapêutico. Assim se teriam as fases de Desejo, Excitação e Orgasmo.

Admitindo-se que a resposta sexual humana seja, pois, constituída por essas três fases, pode-se classificar a grande maioria das disfunções sexuais femininas relacionando-as com esses três estágios. Assim, dentre os distúrbios da fase de desejo, podem-se identificar os quadros de IDS e de desejo sexual hipoativo.

Os distúrbios da fase de excitação representam quadros não tão precisos e que por essa razão mereceram, de Kaplan (1973), a designação de disfunção sexual generalizada. Finalmente, as disfunções orgásmicas incluem os quadros clínicos correspondentes aos distúrbios dessa fase da resposta sexual. O vaginismo bem como outros quadros fóbicos menos típicos não podem ser enquadrados nessa classificação baseada nas diversas fases da resposta sexual humana.

3.1.1 Anamnese – história do problema sexual

Para levantamento desse problema, o Terapeuta Sexual deverá estar alertado de que não irá buscar necessariamente a história da sexualidade do indivíduo, e sim a história do problema sexual deste. Assim procurará fazer um levantamento da questão sexual de que a cliente se queixa. Identificar a idade em que percebeu sua queixa, se foi de aparecimento gradual ou súbito; quais os fatores predisponentes e em que contingências surgiram os sintomas.

Em seguida, procurará responder a como evoluiu esse sintoma; suas modificações ao longo do tempo; flutuações em sua gravidade, frequência e intensidade. Para isso, deve-se proceder a exame físico. Cabe acrescentar que a grande maioria das mulheres com queixa de disfunção sexual não apresenta qualquer alteração no exame físico. Além desses, para identificação do problema, também há outros exames pertinentes:

Exame ginecológico: Ao contrário de alguns profissionais de saúde, o terapeuta sexual médico tem acesso ao exame ginecológico que poderá ser muito esclarecedor, tal como, por exemplo, nos casos de vaginismo.

Exames complementares: Com relação a exames complementares, torna-se relevante comentar que uma questão que mais diretamente poderia afetar a saúde sexual feminina: a ação dos hormônios esteróides. Nesse sentido, há consenso de que a ação dos estrogênios sobre a sexualidade feminina se faça por: aumento do fluxo sanguíneo local; ação sobre o epitélio vaginal (estratificação); aumento da elasticidade vaginal e tropismo muscular; aumento da sensibilidade ao toque; ação sobre o desejo quando associado aos androgênios.

Em relação à progesterona, pode-se afirmar que: a) Acetato de Noretisterona teria leve efeito androgênico na melhora da libido; b) a associação de estrogênio e progesterona (E+P) reduziria os benefícios do estrogênio sobre o trofismo vaginal.

Finalmente, em relação aos androgênios, sabe-se que a maioria de métodos para medir testosterona em mulheres é bastante imprecisa e torna-se mesmo não confiável quando os níveis sanguíneos de testosterona são baixos. O exame deve ser feito preferentemente entre 8:00 e 10:00 horas da manhã, já que os níveis de testosterona variam ao longo do dia. Para as mulheres que têm ciclos regulares, o exame não deve ser feito durante a fase menstrual porque os níveis de testosterona são baixos nesse período; idealmente o exame pode ser feito a partir do oitavo dia do ciclo.

Nos dizeres de Moreno (2001), não há uma relação direta entre níveis de testosterona e perda de libido e disfunção sexual. Consequentemente esses valores não podem ser usados para diagnosticar a insuficiência dos androgênios mas serão válidos tão somente para assegurar que esses níveis não estão elevados. Assim, a dosagem de testosterona não poderia guiar uma reposição androgênica na mulher. Por outro lado, todas as mulheres deveriam ter seus níveis de testosterona plasmática dosados antes de serem submetidas a tratamento de reposição androgênica, principalmente para excluir aquelas com níveis normais ou elevados da testosterona. Afinal, se não há, atualmente, definido um nível abaixo do qual se deva sugerir ou implementar uma reposição, é essencial que as mulheres com níveis normais ou elevados e não diagnosticados não sejam tratadas com os androgênios.

A terapia de reposição hormonal parece estar indicada em mulheres que se queixam de forma persistente de baixa da libido com comprometimento de sua qualidade de vida e de seu relacionamento interpessoal e naquelas cujo componente psicológico possa ser nulo ou desprezível. Isso é especialmente verdadeiro para aquelas que foram ooforectomizadas.

Porém deve ser considerado que esse tipo de hormonioterapia tem exigido estudos mais cuidadosos em relação a: uma definição mais clara das características da insuficiência androgênica em mulheres; desenvolvimento de métodos apropriados para aferição dos pequenos valores de testosterona encontrados entre elas; disponibilidade de preparações de testosterona apropriadas para mulheres; dados sobre a segurança do uso no mais longo prazo.

Moreno (2001) tem identificado a Dehidroepiandrosterona como um novo marcador para a baixa de libido em mulheres com mais de 45 anos, contrariando à corrente clássica que relaciona a baixa da libido com os níveis de testosterona.

As mulheres devem ter excluída a possibilidade de patologia tireoidiana ou de anemia ferropriva como causas possíveis de seus sintomas. Na mulher a mensuração dos níveis de Testosterona Livre e Testosterona Bioativa continua sendo um desafio à prática clínica frente à baixa sensibilidade dos atuais ensaios comerciais disponíveis.

3.2 CONCEITO DE APETÊNCIA SEXUAL

A apetência sexual configura-se como uma “resposta encoberta; ocorre em nível psicológico e serve como pano de fundo para toda conduta sexual manifesta”. É ela quem determinará os comportamentos sexuais reflexos e os desempenhos operantes pré-coito – a procura e escolha de parceiros, o tipo de jogos sexuais, entre outros – que podem variar de acordo com características individuais dentro de uma mesma cultura, em virtude da aprendizagem e do passado vivenciado por cada um. A apetência sexual também é uma “potencialidade biológica”. Assim, “[...] os indivíduos nascem com distintos graus de apetência sexual. Essa potencialidade, como todas outras, pode ser mais ou menos estimulada pelo ambiente social.” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006, p. 188).

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2006), o desejo da mulher é ambivalente e multifacetado. Pode ser ativo (agressivo), receptivo (passivo), pró-ativo (sedutor) e adverso (inverso). Além disso, pode ser generalizado ou genital. Pode ser motivado por orgasmo, penetração, masturbação ou, comovedoramente, pela ternura.

Uma disfunção sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada com relação sexual. O ciclo da resposta sexual pode ser dividido nas seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo, resolução (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Na fisiologia da resposta sexual humana, o desejo é o primeiro passo para que todo ato sexual aconteça de forma satisfatória. Sem desejo certamente não haverá atividade sexual com possibilidade de prazer. É o desejo que nos impulsiona a buscar a excitação, o orgasmo e a resolução (MORENO, 2001).

Daí a importância do desejo para uma relação sexual satisfatória. Sem ele não há excitação nem o orgasmo é eliciado. “Quando há um bloqueio na apetência, todo o ciclo da resposta sexual fica prejudicado [...]” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006, p. 187).

3.3 PREVALÊNCIA

É muito difícil fixar com precisão a incidência das várias disfunções nos diferentes grupos humanos. Como se sabe, certos aspectos culturais podem predispor as pessoas a um tipo de disfunção, ora a outro. Por outro lado, as diferenças de nomenclatura, as dificuldades de coleta de material estatisticamente significante, os preconceitos ainda existentes e o próprio caráter estritamente pessoal do problema têm contribuído para pôr em dúvida a confiabilidade das incidências apresentadas (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006).

Para Masters e Johnson (1988), 50% dos casais americanos são portadores de disfunções sexuais. Mace afirma que um clínico geral se depara, pelo menos, com três problemas sexuais por semana. Nas clássicas estatísticas de Kinsey et al. (1985), cerca de 5% das mulheres casadas jamais apresentaram orgasmo e, entre as restantes, era alta a incidência daquelas que só tinham orgasmos eventuais.

No Brasil, Abdo (2004), numa amostra de mais de 7.000 pessoas, assinala que 28,5% das mulheres e 18,2% dos homens referiram ter alguma dificuldade sexual.

O consultório do ginecologista, muito mais que o do urologista, do andrologista, do endocrinologista, do psiquiatra e do psicólogo, é a principal porta de entrada das queixas.

Numa sociedade em que ainda prevalecem, em maior ou menor grau, os entulhos do machismo, não é de admirar que seja por intermédio das mulheres que tomemos conhecimento da frequência das disfunções sexuais tanto femininas quanto masculinas. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006, p. 165).

Embora não se disponha de dados numéricos confiáveis, há um crescente aumento na prevalência de problemas disfuncionais. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2006), na rotina dos consultórios, há três categorias de queixas: problemas menstruais; leucorréias; problemas sexuais.

Esses fatos têm realçado cada vez mais a importância dos distúrbios do comportamento sexual, em especial quando se sabe que esses problemas podem causar alterações em outras áreas orgânicas, inclusive determinando uma parcela de leucorréias e certo volume de disfunções endócrinas. Vale também lembrar que, enquanto as leucorréias e os distúrbios menstruais são cada vez mais controlados, pouco ainda se conhece acerca da etiologia e do tratamento dos problemas eróticos. Isso avoluma ainda mais a importância prática das disfunções sexuais, realçando o evidente despreparo profissional na conduta frente a essas questões.

3.4 ETIOLOGIA

A ansiedade é sem dúvida um fator comum presente numa grande variedade de determinantes das disfunções sexuais. Mesmos as causas orgânicas, a ansiedade toma parte, se não como determinante, pelo menos como potencializadora das disfunções ou como uma consequência altamente destrutiva da autoimagem desses pacientes.

A maioria dos autores admite que os determinantes de causa orgânica sejam, nas disfunções sexuais femininas, menos frequentes que os de causa psíquica, ao inverso do que se observa nas disfunções sexuais masculinas. Nas de causa psicológica algumas se agrupam entre aquelas de causa imediata, outras entre as de causas intrapsíquicas e outras ainda consideradas de causas diádicas.

Dentre as causas imediatas, estão o fracasso em empenhar-se em comportamento sexual eficiente; ignorância sexual, hábitos inconscientes de evitar a boa sexualidade, medo do fracasso, exigência da relação sexual, necessidade excessiva de satisfazer o parceiro, auto-observação e falhas de comunicação. Finalmente, dentre as causas diádicas, encontram-se aquelas que se relacionam às patologias decorrentes dos conflitos conjugais.

Nas de causas biológicas, situam-se as conseqüentes aos efeitos das doenças, das drogas e da idade sobre a sexualidade. Dentre os efeitos das doenças sobre a sexualidade, destacam-se aqueles decorrentes dos estados psicofisiológicos: depressão, tensão, fadiga.

Dentre os decorrentes das doenças físicas em geral, encontram-se, por exemplo, as doenças cardiovasculares, pulmonares, renais, osteoarticulares ginecológicas e o câncer.

É comum classificar as causas das disfunções sexuais em orgânicas e psicológicas. Essa classificação, contudo, deve ser entendida no relativismo de seu justo valor. Em primeiro lugar, embora tudo indique que a participação do componente físico no determinismo das disfunções seja menor que a ação dos fatores psicológicos, o primeiro passo na terapia do sexo é excluir e tratar as causas orgânicas.

Não desejamos nos aventurar a fazer estimativas percentuais acerca da incidência dos fatores físicos ou psicológicos em determinada população disfuncional. Sabemos, porém, que rica e numerosa é a patologia orgânica que pode estar envolvida na gênese das dispareunias e disfunções eréteis, por exemplo. Por outro lado, no vaginismo, nas anorgasmias e, sobretudo, nas inapetências sexuais, predominam as causas psicológicas. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006, p. 165).

Em qualquer quadro disfuncional, pode haver uma confluência de fatores e, embora a recíproca nem sempre seja verdadeira, pode-se dizer que, mesmo nos casos em que é nítida a participação da causa orgânica, há sempre, em maior ou menor grau, um comprometimento psicológico que é preciso considerar e atender.

De tudo isso se depreende que as causas orgânicas podem influenciar negativamente a sexualidade por dois mecanismos: um direto e outro indireto. Diretamente, os desacertos físicos podem dificultar e até impedir as respostas sexuais. É o caso, por exemplo, de uma malformação genital que impossibilite o indivíduo para a realização do ato sexual, ou de uma anomalia que torne o coito doloroso ou difícil. Indiretamente, os bloqueios sexuais podem ser meros efeitos colaterais de certas drogas utilizadas no tratamento de enfermidades, ou advir de comprometimentos psicológicos ligados ao estado mórbido.

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2006), os portadores de enfermidades agudas encontram-se usualmente debilitados, nauseosos, febris, sentindo dores, de modo que não estão inclinados às atividades sexuais em geral. Na verdade, estão tão absorvidos em seus sintomas, não raro ansiosos e deprimidos, que não há condições favoráveis para a apetência sexual.

Nas doenças crônicas, sobretudo nas debilitantes, a vida sexual está “suspensa”. Em outros quadros, em especial aqueles que produzem sequelas deformantes, como em pacientes colostomizados, mastectomizados e histerectomizados, a cirurgia pode interferir na atração sexual do parceiro ou inibir a própria manifestação erótica do portador. Isso é mais frequente quando as modificações do esquema corporal são evidentes.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) afirmam que, nos estados depressivos, a vida sexual feminina sofre forte inibição e a melhora do humor traz como consequência uma atividade sexual mais gratificante. Essa constatação faz pensar que o uso de antidepressivos (tricíclicos, carbonato de lítio, inibidores da monoamina oxidase) deveria favorecer a resposta erótica. Na verdade, essa ação indireta se observa quando empregadas pequenas doses de antidepressivos, pois os efeitos são bloqueadores na vigência de altas doses ou com seu uso prolongado.

À medida que se aproxima da zona do epicentro, começa a existir uma verdadeira crise de identidade feminina, observando-se uma exigência crescente de desempenho sexual. A desrepressão passa a ser uma forma de reprimir. Em nome da liberdade, impõe-se uma tirania; trata-se apenas de uma questão de mudar do “é proibido ter” para o “é proibido não ter”. Como sempre, nos extremos, a liberdade individual é a grande sacrificada.

A exigência do desempenho sexual tem efeitos danosos para a mulher. A mulher, na ânsia incontida de atingir o prazer sexual, martiriza-se na autoexigência de buscar o orgasmo a todo custo, gerando uma ansiedade inibidora. Esquece que, para o êxito sexual, as pessoas devem propiciar a si e ao parceiro um ambiente descontraído e sem exigências, em que dar e receber seja uma tônica mútua. Kaplan (1985) tem razão quando afirma que quase sempre é essencial ensinar ao casal o valor passageiro do egoísmo, a fim de que ambos possam se entregar por inteiro à experiência do sexo.

Se a exigência do desempenho muitas vezes produz uma penalidade psicológica, há outros fatores sociais não menos importantes. A sociedade capitalista apropriou-se do sexo como fator comercial de venda, integrando-o ao contexto dialético de produção e consumo. Os meios de comunicação de massa estão repletos de mensagens sexuais, não raro determinando fenômenos de habituação sexual e necessidade crescente de novas formas de estímulo erótico. Disfunções da apetência podem ter causas desse tipo.

Paralelamente a esses custos psicológicos, a “revolução sexual” cobra também um preço biológico daqueles que entendem não haver limite para a emancipação e para a liberdade: a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis.

O custo orgânico do excesso tem servido de arma para os que desejam manter as posições ortodoxas. O discurso repressor generaliza-se, saindo da condenação do abuso sexual para a condenação do uso, salvo aquele praticado no seguro “recesso do casamento monogâmico”.

Algumas mulheres foram educadas no sentido de ignorar o sexo, aliená-lo até em pensamentos, rodeando-o de crendices, tabus, prendendo-o a sentimentos de culpa. Outras foram criadas em clima de total desinformação, desconhecendo o próprio corpo e suas potencialidades eróticas. Não é fácil se libertar desse condicionamento para vivenciar, com alegria e desejo, o prazer do sexo até há pouco tempo proibido.

É incrível, afirma Kaplan (1985), como muitos casais que procuram a terapia sexual para corrigir a irresponsividade da mulher não estejam conscientes de que a principal causa da disfunção está na ignorância sexual dos indivíduos e na deficiente técnica sexual que utilizam. Mais deplorável ainda é constatar que alguns homens culpam a própria mulher pela irresponsividade, gerando nela sentimentos de frustração e inferioridade ou justificando relacionamentos extraconjugais com “mulheres que não sejam frígidas”.

Para Cavalcanti e Cavalcanti (2006), a falta de informação sexual e as distorções dos ensinamentos, por preceitos religiosos ou sociais, podem determinar os mais variados distúrbios na atividade sexual feminina. Vale observar, como diz McCary et al. (2005), que mesmo profissionais altamente qualificados podem abrigar uma incômoda teia de falsas concepções sobre o sexo as quais, se não corrigidas, podem ameaçar suas vidas sexuais. O pior é que tais crenças distorcidas ganham a força de verdade indiscutível diante daqueles que estão sob sua influência. É tão extraordinária a importância pedagógica do profissional no tratamento de seus clientes, que não se podem omitir algumas considerações sobre as principais crendices e tabus sexuais que enchem de preconceitos e de fantasia a vida erótica das pessoas.

3.5 CAUSAS COMPORTAMENTAIS VIVÊNCIAS DESTRUTIVAS

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) enfatizam que certos estímulos têm o poder de acionar e manter os mecanismos fisiológicos da resposta sexual, ao passo que outros podem inibir toda ou parte da sequência dessa resposta. A história pregressa de cada um desempenha papel decisivo. As vivências individuais organizam, de modo hierárquico, os estímulos responsáveis pela excitação e os responsáveis pela inibição.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) constatarem que o relato das experiências desagradáveis vivenciadas por outras pessoas pode levar o indivíduo em situação parecida a exibir uma resposta de ansiedade ou de esquivas sexuais.

Tudo leva a crer que o problema sexual esteja relacionado a um complexo arranjo de contingências aleatórias que levam o indivíduo a responder de determinada maneira. A vida sexual das pessoas está impregnada de suas vivências eróticas e da influência dos relatos de experiências sexuais de pessoas significativas. Uma e outra modelam, em maior ou menor intensidade, o modo de ser de cada um.

3.5.1 Violências sexuais

Entre as variáveis sexuais desastrosas, as mais dramáticas são as decorrentes de agressões sexuais. O estupro quase sempre deixa marcas indeléveis nas mulheres, constituindo uma destruidora experiência emocional envolvendo mais um ato de força do que um ato de sexualidade. Em geral, a vítima tende a transferir suas lembranças sexuais negativas para os futuros relacionamentos.

Por sua alta destrutividade, destaque especial deve ser dado às vítimas de incesto. Seu poder negativo decorre de o agente ser uma pessoa tida como protetora. Além disso, como os relacionamentos incestuosos costumam ser situações prolongadas, uma vez que é muito difícil para a vítima confessar sua situação e esquivar-se dela, a exposição constante a esses fatores aversivos é profundamente negativa. Vale ressaltar que a ocorrência de incesto é mais frequente do que se pensa, sendo a norma descobri-lo anos depois, muitas vezes no momento em que a mulher procura o médico para o tratamento de distúrbios como dores pélvicas crônicas, obesidade, depressão.

3.5.2 Vivências desastrosas das primeiras relações

Ao lado das violências sexuais, Cavalcanti e Cavalcanti (2006) destacam alguns traumas psicológicos que podem ter lugar nas primeiras experiências sexuais. Não é raro nas mulheres o trauma do defloramento.

3.5.3 Partos traumáticos e fatores circunstanciais de inibição

Um parto traumático é sempre uma vivência desastrosa. O pavor de uma nova gestação se associa a uma ansiedade destrutiva que inibe total ou parcialmente a atividade sexual.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) assinalam os fatores circunstanciais de inibição, tais como problemas econômicos e choques familiares e emocionais, que destroem totalmente a criação de um ambiente erótico, bem como ter relações em locais sem privacidade, onde paira o temor de ser ouvido ou surpreendido por outras pessoas.

3.5.4 Relações diádicas inadequadas

Um dos tipos mais comuns de vivência destrutiva é, sem dúvida, a transação patológica entre os parceiros. Na maioria dos casos, a gênese do processo disfuncional e as forças que o mantêm vivo estão no relacionamento diário e atual com o parceiro. Às vezes, os determinantes são relativamente simples, mas pode haver efeito desastroso para determinada pessoa.

Há casais que vivem juntos por muito tempo, mas não se comunicam no terreno sexual. As mulheres guardam suas fantasias e expectativas no domínio da irrealização, aceitando passivamente a ação sexual do outro, a qual nem sempre lhes é agradável. Não fazem pedidos com medo de rejeição ou vergonha do que o outro possa pensar de suas fantasias, pressupondo um julgamento desfavorável. Em silêncio, essas mulheres deixam-se levar pelos desejos dos outros e, consumidas nessa aceitação passiva, gastam-se numa indigência sexual permanente.

Casais que brigam no dia-a-dia, que se destroem no “relacionamento vertical”, não podem esperar que se reconstruam sempre no “relacionamento horizontal”. Não há horizontalidade perfeita sem verticalidade ajustada e vice-versa. Se as transações patológicas são suficientemente graves, está contraindicada a terapia sexual. Impõe-se uma terapia conjugal prévia, pois se as arestas de um relacionamento patológico não estiverem aplainadas e não houver compreensão e tolerância mútua, qualquer esforço terapêutico será frustrado e frustrante.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006) mencionam o policiamento que o indivíduo muitas vezes exerce no relacionamento sexual com o parceiro permanente. Há pessoas que, em relações extraconjugais, desdobram-se em inventivas variações, mas se negam a praticar tais alternativas com o parceiro permanente por considerá-las “desrespeitosas” no ambiente matrimonial. Essa discriminação de atitudes pode levar o casamento a uma situação desfavorável. Essas pessoas não percebem que o ato sexual deve ser um momento de entrega, desprovido de policiamentos e ansiedades destruidoras; um ato de dar e receber, um ato total e não parcial.

Identificadas as variáveis reforçadoras e detonadoras, urge relembrar que tanto o desequilíbrio disfuncional quanto a restauração da homeostase dependem da estrutura psicofísica do indivíduo. As pessoas possuem diferentes capacidades de enfrentamento de situações e de soluções de problemas. Alguns têm maior poder de resistir a um fracasso sexual; outros são psicologicamente mais vulneráveis e se desestruturam diante de uma provocação emocional menos séria. É admirável observar como certas mulheres que vivem em ambientes sexuais absolutamente desfavoráveis, convivendo com parceiros agressivos, tendo relações em locais sem privacidade, ainda conseguem manter suas vidas sexuais deliciosamente satisfatórias.

Isso leva ao convencimento de que mais importante que o “valor” estressante de uma provocação emocional em si é a determinação do poder reacional de uma pessoa concreta. Isso equivale dizer que o mecanismo de causalidade é mais significativo que o próprio fator causal. No estudo das causas dos distúrbios sexuais femininos, não há como enunciar variáveis psicológicas com o mesmo rigor e objetividade com que se identificam os fatores orgânicos determinantes das doenças.

3.6 TRATAMENTO

O tratamento das disfunções sexuais femininas implica determinados procedimentos:

- a) Condução dos problemas clínicos em geral: a condução dos problemas clínicos em geral é óbvia atribuição do exercício médico;
- b) Tratamento farmacológico: ainda dentro das atividades médicas, estará a prescrição de fármacos incluindo a prescrição de hormônios com ação androgênica,

estrogênica (marcadamente por sua ação local) e de antidepressivos, de acordo com cada situação em particular;

- c) Psicoterapia: inúmeros são os modelos psicoterapêuticos propostos para a condução das disfunções sexuais femininas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se os Sintomas Depressivos aumentam o risco da DSF – IDS em uma população de jovens universitárias entre 18 e 30 anos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

Avaliar, verificar se a amostra apresenta sintomas depressivos por meio do Inventário de Depressão de Beck = BDI.

Verificar a condição do desejo e excitação sexuais mais utilizadas pela amostra segundo o Female Sexual Function Index (FSFI, Índice de Funcionamento Sexual Feminino).

Correlacionar os dados da amostra segundo as variáveis do questionário sociodemográfico, IDS e Sintomas Depressivos.

Correlacionar os itens dos instrumentos, verificando sua inter-relação e possíveis associações.

5 MÉTODO

5.1 METODOLOGIA

O estudo foi exploratório epidemiológico de corte transversal sobre DSF, inibição do desejo e sintomas depressivos em estudantes universitárias.

5.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta de alunas universitárias com idades entre 18 e 30 anos, matriculadas nos cursos oferecidos por uma Instituição de ensino de nível superior em uma cidade do interior, de Mato Grosso do Sul.

5.2.1 Critérios de inclusão

Estar matriculado na instituição.

Ter idade de 18 a 30 anos.

5.2.2 Critérios de exclusão

Mulheres que não iniciaram a vida sexual.

Não estar matriculado na Instituição de nível superior.

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados, foi utilizado o teste de diferenças de médias e análise de correlação linear, e todos os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade. Para a análise dos dados demográficos categóricos foi utilizado o teste de diferença de médias com 95% de confiabilidade.

Na análise dos dados foram utilizados três testes estatísticos, quais sejam: teste de diferenças de médias (*t* Student), Análise de Variância (ANOVA) e teste Qui-quadrado (χ^2).

Para a análise dos dados contínuos, foi utilizado o teste de Correlação Linear de *Pearson* com 95% de confiabilidade.

5.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Inicialmente apresentou-se o presente projeto para formalizar o pedido de autorização para o desenvolvimento da pesquisa ao diretor do campus da instituição de nível superior. Após a submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa, e autorização para execução da pesquisa os coordenadores de cada curso (3) foram contatados para formalizar-se o pedido de autorização para coleta de dados. Os coordenadores então informaram os professores sobre a solicitação de licença das alunas para coleta de dados através de um ofício, no qual foram esclarecidos os procedimentos da pesquisa. Foi realizado um estudo piloto com algumas voluntárias acadêmicas que não iriam participar da pesquisa ($n=5$), objetivando-se o cálculo do tempo médio de execução e solução de quaisquer dúvidas ou falhas de aplicação.

Para coleta de dados, foram incluídos todos os cursos da faculdade ($N=3$) totalizando-se 13 turmas. De uma população de 575 acadêmicos, 305 são mulheres e todas convidadas a participar da pesquisa.

O contato com as acadêmicas foi realizado em suas respectivas salas de aula, onde informou-se que os procedimentos e aplicações dos instrumentos seriam realizados em uma sala preparada para recebê-las, expondo-se todos os objetivos, além de esclarecer dúvidas e informações. Firmou-se um compromisso quanto à realização de uma entrevista devolutiva comunicando-se os resultados obtidos (se necessário) aos participantes do estudo que apresentassem algum tipo de comprometimento em sua Saúde Mental, com intuito de oferecer orientação e encaminhamento para atendimento em Psiquiatria ou Psicologia, por meio das Unidades de Saúde dessa cidade. A coleta de dados ocorreu sem contratemplos e foi realizada em uma sala ampla e confortável, e as dúvidas foram esclarecidas sem prejudicar o andamento da aplicação dos testes.

O procedimento de campo (coleta de dados) foi realizado na segunda quinzena de agosto de 2009, início do ano letivo, durante uma semana. A cada participante desta pesquisa

foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), oferecidas explicações sobre os objetivos da pesquisa, aspectos éticos, dúvidas e desistências, para posteriormente realizar aplicação de um questionário sociodemográfico e, em seguida, o Inventário de Depressão de Beck = BDI e o Questionário FSFI.

As participantes foram protegidas por sigilo e anonimato na realização dos questionários e do teste psicológico, e a pesquisa seguiu as orientações do Código de Ética Profissional do Psicólogo, Resolução n. 010, 27 de agosto de 2005, porém os questionários receberam um código, para, em caso de necessidade de orientação individual, poder se identificar a participante (BRASIL, 2005).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco sob o Protocolo n. 037/2009A (ANEXO A).

Foram seguidas todas as recomendações do Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução n. 016, de 20 de dezembro de 2000, que trata especificamente de pesquisa na área de Psicologia (BRASIL, 2000); também se acatam as normas e diretrizes regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

Segundo a Lei Federal n. 4.119, de 27 de agosto de 1962, e a Lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971, compete ao Conselho Federal de Psicologia regulamentar as exigências necessárias para aceitação dos testes psicológicos ou não, pois sua aplicação caracteriza exercício da profissão psicólogo (BRASIL, 1962, 1971).

Explicações sobre seleção da amostra, sigilo, objetivo, devolutiva da pesquisa e desistência, bem como sobre o esclarecimento de eventuais dúvidas foram feitas aos acadêmicos participantes, seguidos de assinaturas de um termo de consentimento.

5.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Toda a coleta dos dados foi realizada pela autora deste projeto. Utilizaram-se caixas e envelopes para arquivamento dos questionários, material de escritório e salas de aulas devidamente equipadas para aplicação destes.

5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Aplicou-se o Questionário Sociodemográfico elaborado especialmente para esta pesquisa, em que se abordou: nome, idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil, iniciação sexual, parceiro sexual, medicação, doença (APÊNDICE B).

Para avaliar a depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck = BDI (editora Casa do Psicólogo), para verificar sintomas depressivos, e o questionário FSFI, para avaliar a DSF (ANEXO B).

As Escalas Beck foram validadas no Brasil por Cunha (2001). Este teste possui quatro medidas escalares: BDI; b) Inventário de Ansiedade, BAI; c) Escala de Desesperança, BHS; d) Escala de Ideação Suicida, BSI. Na pesquisa aplicou-se apenas o BDI, para avaliação de sintomas depressivos. O BDI é uma escala de autorrelato, de 21 itens, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escore de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação e níveis de intensidade (mínimo, leve, moderado, grave) da depressão. O BDI é indicado para pessoas de 17 a 80 anos (CUNHA, 2001). De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução n. 002, de 24 de março de 2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e comercialização de testes psicológicos, o Inventário de Depressão de Beck = BDI não pode constar anexado a esta pesquisa.

De acordo com Pacagnella et al. (2008), o FSFI foi desenvolvido por Rosen et al., em 2002, e o processo de avaliação de equivalência transcultural foi desenvolvido, segundo Guillemim, Bombardier e Beato (1993 apud PACAGNELLA, et al., 2008), baseando em estudos similares anteriores, realizados e publicados no Brasil, e em artigos que discutem os procedimentos de adaptação transcultural de um questionário.

O FSFI é um questionário desenvolvido para ser autoaplicado, breve, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão, existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5, de forma crescente em relação à presente função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida.

Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total (PACAGNELLA et al., 2008).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo consistiu em avaliação da condição de desejo e excitação de mulheres por meio do FSFI em relação a variáveis sociodemográficas (profissão, religião, vida sexual ativa, parceiro fixo, masturbação, tratamento médico, uso de medicamento) e sua correlação com sintomas depressivos avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck = BDI.

De um total de 305 (N) estudantes do sexo feminino, matriculadas em uma instituição universitária, foram avaliadas 87 (n) mulheres com faixa etária compreendida entre 18 e 30 anos, o que corresponde a 28,52% da população total. A idade média das universitárias é de 21 anos e 3 meses, com desvio padrão de dois anos e meio com idade compreendida entre 17 e 28 anos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o teste de diferenças de médias e análise de correlação linear, e todos os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade. A Tabela 1 apresenta as frequências das variáveis pesquisadas:

TABELA 1 - Perfil das universitárias amostradas

Variável	n	%
Ocupação		
Estudante	65	80,2
Trabalha	16	19,8
Religião		
Não	22	25,3
Sim	65	74,7
Tipo religião		
Católica	45	69,2
Outras	20	30,8
Vida sexual ativa		
Não	23	26,7
Sim	63	73,3
Parceiro fixo		
Não	24	30,0
Sim	56	70,0
Masturbação		
Não	46	56,1
Sim	36	43,9
Tratamento médico		
Não	76	88,4
Sim	10	11,6
Tomando remédio		
Não	44	51,2
Sim	42	48,8

A maioria das estudantes não trabalha (80,2%), possui alguma religião (74,7%) com maior incidência da religião Católica (69,2%), tem vida sexual ativa (73,3%), tem parceiro fixo (70,0%), não pratica masturbação (56,0%), não realiza tratamento médico (88,4%), alega não fazer uso de medicamentos (51,2%). Com relação à variável qual religião do questionário, dividiu-se católica por ser maioria e outras religiões por existir um grande número de religiões e crenças, não sendo objetivo do estudo a comparação.

Bastos et al. (2008) em seu estudo sobre práticas contraceptivas entre jovens universitárias, destacam: o uso de anticoncepção de emergência objetiva caracterizar o comportamento contraceptivo de jovens estudantes universitárias de 21 anos de idade, sendo

que sua amostra demonstrou que a maioria não trabalha (83,1%), possui religião (70,5%) e tem parceiro fixo (namorado) (78,2%) corroborando os dados encontrados neste estudo.

Moreno (2001), ao pesquisar o perfil de práticas sexuais de universitárias da área de saúde em um estudo exploratório de corte transversal, teve como população acadêmica alunos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade do Ceará. Assim como no presente estudo, o autor aponta que, em sua amostra, a maioria era da religião católica (62,4%). A população foi composta pelos acadêmicos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade do Ceará. Os dados mostram que 85,7% da população da amostra possuem parceiro fixo, e na faixa etária de 20 a 22 anos, 56,4% da amostra.

Segundo Brêtas, Ohara e Jardim (2008), na pesquisa *O Comportamento Sexual de Adolescentes em algumas Escolas no Município de Embu, no Estado de São Paulo, Brasil*, com população de estudo constituída por 920 adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, que frequentavam escolas de ensino fundamental e médio, ficou demonstrado que 56% dos adolescentes não se masturbavam, 31% se masturbavam e 13% abstiveram-se de responder à questão.

O estudo realizado por Alves, Pereira e Rodrigues Júnior (1991), *Masturbação em Estudantes Universitárias: Atitudes e Referencias*, teve como objetivo pesquisar e atualizar o conhecimento da visão feminina sobre a prática da masturbação, numa população em que 49,56% tinha idade compreendida entre 18 e 20 anos, e 38,05%, entre 21 e 25 anos. Nessa população, 21,23% praticava masturbação, 83,33% praticaram masturbação na fase da adolescência, e 8,33%, na infância.

O estudo realizado por Moser, Reggiani e Urbanetz (2007), intitulado *Comportamento Sexual de Risco Entre Estudantes Universitárias dos Cursos de Ciências da Saúde*, evidenciou que 50% das estudantes de 18 a 20 anos e 70% de 21 a 24 anos tinham vida sexual ativa, dados que se assemelham à população da presente pesquisa.

Nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com mais frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual. No entanto menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes (MARTINEZ, 2008). Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de

diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas em seus consultórios (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002). Grande parte das mulheres admite que o ginecologista representa um papel fundamental no diagnóstico e manuseio das suas dificuldades sexuais, e gostariam que eles fossem mais qualificados nessa área (MARTINEZ, 2008).

Por outro lado, alguns fatores limitam a prática da medicina sexual. Não obstante às altas taxas de disfunção sexual, grande parcela destas mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamento sub profissionalizado (BERMAN et al., 2003). Uma minoria das mulheres tem a iniciativa de falar sobre suas dificuldades sexuais e apenas uma pequena parcela dos ginecologistas questiona sobre a função sexual de suas pacientes (SMITH et al., 2007).

Em um estudo envolvendo 132 estudantes médicos com média de idade de 25 anos, a disfunção erétil e ejaculação rápida ocorriam em 28% dos homens. Entre mulheres, 32% referiam desejo sexual hipoativo, 37% referiam disfunção de orgasmo e 28% queixavam-se de insatisfação sexual (SHINDEL et al., 2008). Embora a amostra seja limitada, serve de alerta para que esse aspecto seja levado em conta na apreciação dos resultados da intervenção do médico na saúde sexual das pacientes.

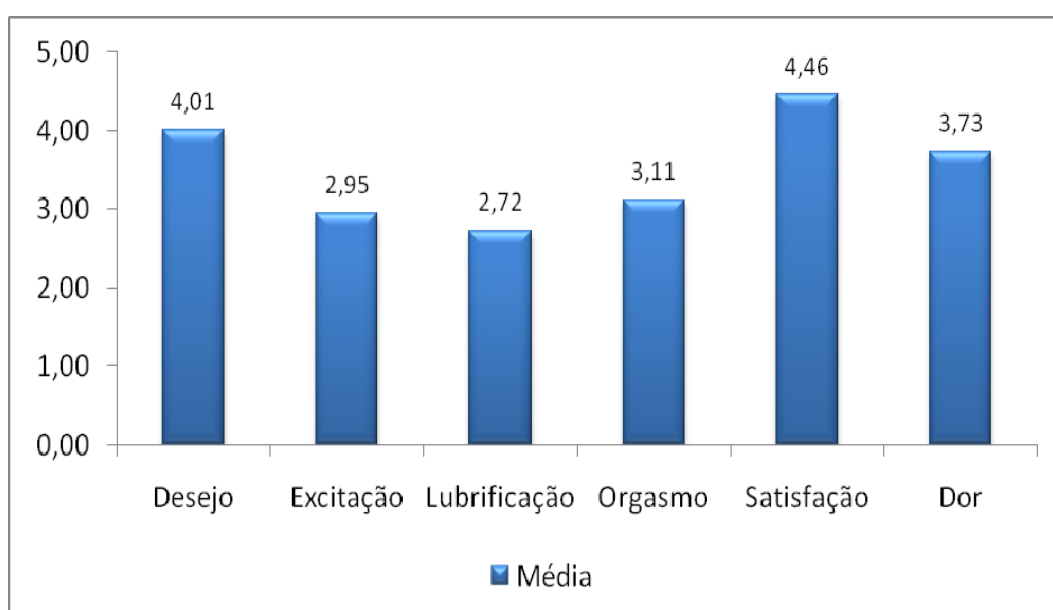
Quanto ao uso de medicamento e tratamento médico, isso não foi especificado na pesquisa ou estabelecido algum critério, mas avaliado de maneira geral. Sendo assim, não fica claro se algumas participantes tomavam medicamentos ou realizavam tratamento por indicação do profissional da área da psiquiatria ou não, porém é sabido que vários tipos de medicação e tratamento podem interferir no desejo sexual feminino (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

A seguir são apresentados os dados deste trabalho relativos ao FSFI e sua relação com as variáveis estudadas.

Os escores médios do FSFI em cada uma das dimensões na população estudada estão apresentados na Tabela 2 e no Gráfico 1.

TABELA 2 - Média geral dos escores nos domínios do instrumento FSFI

Domínio	n	média	DP	F	p
Desejo	85	4,01	1,13	13,56	< 0,001
Excitação	87	2,95	1,73		
Lubrificação	87	2,72	1,58		
Orgasmo	87	3,11	1,76		
Satisfação	84	4,46	1,63		
Dor	87	3,73	2,20		

**GRÁFICO 1** - Média geral dos escores nos domínios do instrumento FSFI.

As medidas gerais, segundo Goldstein (2007), são consideradas estratégias de primeira linha em intervenção, e para González et al. (2006) destacam-se: a orientação sobre a anatomia da genitália e o esclarecimento sobre a resposta sexual humana, a prescrição de lubrificantes vaginais, a inclusão dos homens em programas de informação sobre sua função sexual e sobre a função sexual feminina, a orientação sexual para a paciente e seu parceiro, modificação de causas reversíveis através do aconselhamento, mudança do estilo de vida, entre outras (GOLDSTEIN, 2007).

Através do teste de análise de variância, foi detectada diferença significativa entre os escores dos domínios do instrumento FSFI ($p < 0,001$), sendo que o pior indicador foi Lubrificação, com média 2,72, e o melhor, Satisfação, com média 4,46.

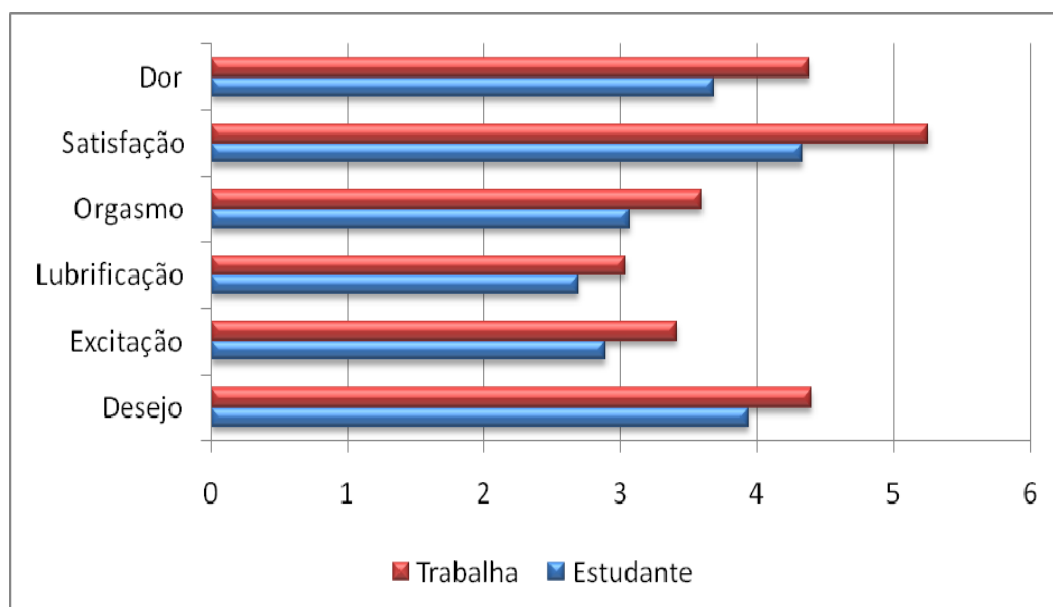
Segundo Rosen et al. (2000), na avaliação do FSFI valores baixos correspondem a pior funcionamento sexual enquanto que valores mais elevados correspondem a melhores níveis de funcionamento sexual, ou seja, quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual.

Abdo e Fleury (2006) apontam que mulheres jovens e/ou principiantes na atividade sexual costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que é bastante compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente.

A partir dos resultados obtidos, através do FSFI, pode-se inferir que as universitárias pesquisadas “mulheres jovens” podem estar iniciando sua vida sexual e com dificuldades de relaxamento, com isso dificultando a lubrificação; entretanto os achados desta pesquisa podem apontar que a população estudada apresenta um bom funcionamento sexual já que a dimensão satisfação apresentou o melhor resultado (TABELA 3, GRÁFICO 2).

TABELA 3 - Trabalhar em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Estudante	65	3,94	1,15	2,00	0,161
	Trabalha	15	4,40	1,03		
Excitação	Estudante	66	2,89	1,78	1,22	0,273
	Trabalha	16	3,41	1,39		
Lubrificação	Estudante	66	2,69	1,58	0,68	0,413
	Trabalha	16	3,04	1,31		
Orgasmo	Estudante	66	3,06	1,78	1,24	0,269
	Trabalha	16	3,60	1,52		
Satisfação	Estudante	64	4,33	1,68	4,11	0,046
	Trabalha	15	5,25	1,07		
Dor	Estudante	66	3,68	2,19	1,34	0,250
	Trabalha	16	4,38	1,99		

**GRÁFICO 2** - Trabalho em relação aos domínios do FSFI.

Apenas no domínio Satisfação há diferença significativa entre as acadêmicas que trabalham e estudam, com $p = 0,046$. As acadêmicas que trabalham possuem maiores escores que as que não trabalham.

Entre os bancos de dados bibliográficos pesquisados (Lilacs, Scielo, Medline), não foi encontrada relação entre variável trabalho e estudo em universitárias e os domínios do FSFI.

Sabe-se que fatores culturais exercem influência sobre a sexualidade feminina, sendo assim características relacionadas a ocupação e trabalho podem influenciar a variável Satisfação sob a perspectiva de que fatores culturais, como a independência financeira, podem influenciar a visão da autoestima e segurança da mulher, repercutindo em uma melhor satisfação sexual. Para Abdo (2000), Freud postulou que a saúde psicológica podia ser determinada pela capacidade de atuar bem em duas esferas, o trabalho e o amor.

De acordo com esta pesquisa, o domínio Satisfação (5,25%) obteve média maior nas estudantes que trabalham; mulheres com independência nas relações de trabalho e afeto possuam provavelmente mais satisfação no seu desempenho sexual.

Afirma Abdo (2000) que o emprego acaba funcionando como uma proteção contra os problemas sexuais, o mecanismo é fácil de entender. Os que estão sem trabalho têm uma tendência maior à depressão e à redução da libido.

Em relação a se a acadêmica possui religião, nenhum domínio apresentou diferença significativa (TABELA 4, GRÁFICO 3).

TABELA 4 - Se a acadêmica possui religião em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	22	4,04	1,13	0,02	0,897
	Sim	63	4,00	1,14		
Excitação	Não	22	3,53	1,34	3,48	0,066
	Sim	65	2,75	1,81		
Lubrificação	Não	22	3,12	1,19	1,97	0,164
	Sim	65	2,58	1,67		
Orgasmo	Não	22	3,51	1,28	1,50	0,224
	Sim	65	2,98	1,89		
Satisfação	Não	22	4,87	1,37	1,96	0,166
	Sim	62	4,31	1,70		
Dor	Não	22	4,42	1,74	2,97	0,089
	Sim	65	3,50	2,30		

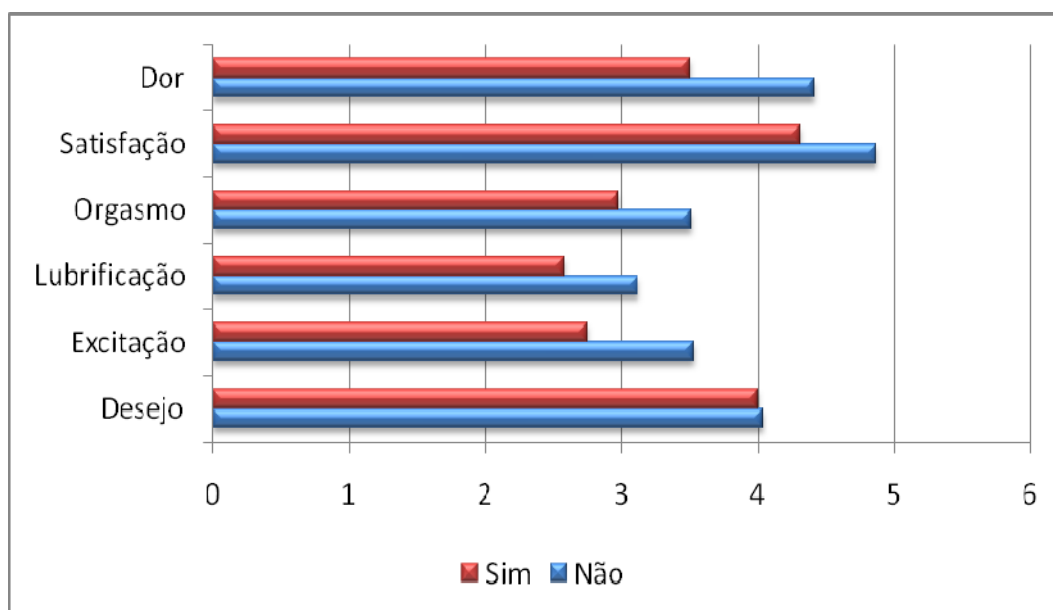


GRÁFICO 3 - Se a acadêmica possui religião em relação aos domínios do FSFI.

De acordo com o FSFI em relação à variável ser ou não católica, dois domínios foram significativos, sendo: Excitação ($p = 0,049$) e Satisfação ($p = 0,017$); em ambos os domínios as católicas estão com escores maiores (TABELA 5, GRÁFICO 4).

TABELA 5 - Qual a religião da acadêmica em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Católica	44	4,12	1,09	1,60	0,211
	Outras	19	3,73	1,23		
Excitação	Católica	45	3,04	1,69	4,03	0,049
	Outras	20	2,09	1,94		
Lubrificação	Católica	45	2,71	1,52	0,9	0,339
	Outras	20	2,28	1,99		
Orgasmo	Católica	45	3,24	1,78	2,99	0,089
	Outras	20	2,38	2,04		
Satisfação	Católica	44	4,64	1,65	6,05	0,017
	Outras	18	3,51	1,59		
Dor	Católica	45	3,82	2,20	3,05	0,085
	Outras	20	2,76	2,40		

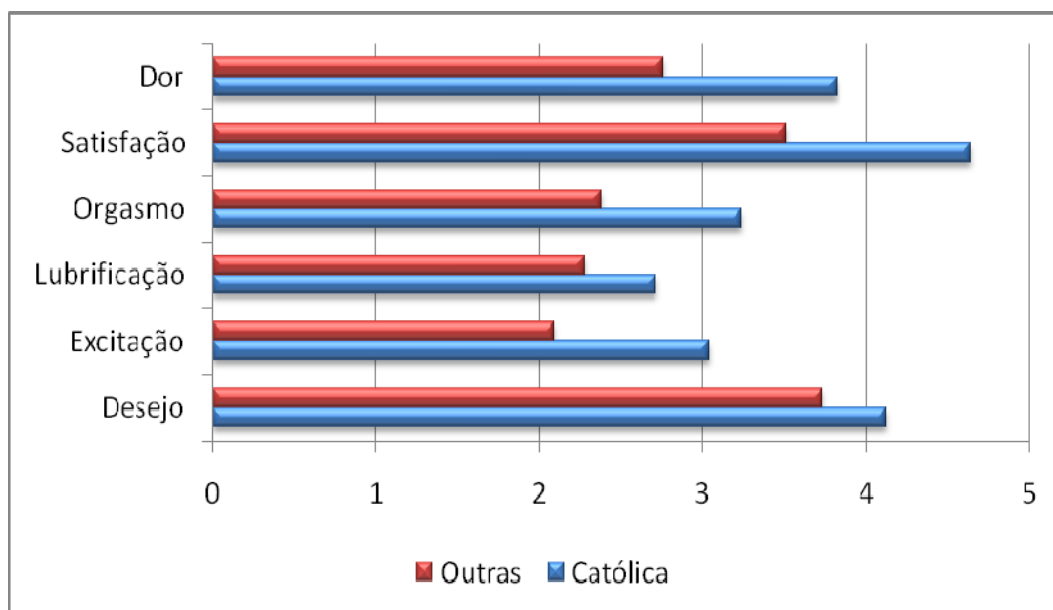


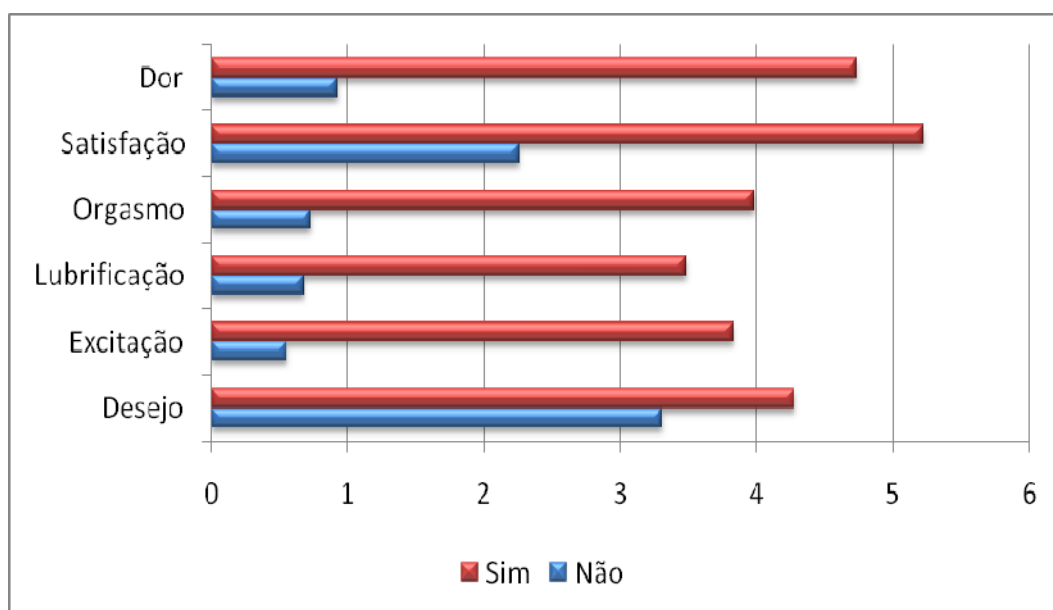
GRÁFICO 4 - Qual a religião da acadêmica em relação aos domínios do FSFI.

Paiva, Aranha e Bastos (2008), na pesquisa de âmbito nacional, *Opiniões e Atitudes em Relação à Sexualidade: Pesquisa de Âmbito Nacional, Brasil 2005*, objetivaram descrever opiniões e atitudes sobre sexualidade da população urbana brasileira. A pesquisa realizada em 2005 incluiu uma amostra de 5.040 homens e mulheres, de 16 a 65 anos. De acordo com a pergunta do questionário sociodemográfico, a maioria dos estudantes escolheu como significado para o sexo a alternativa: “sexo é uma prova de amor”; a maioria manifestou-se pela iniciação sexual dos jovens depois do casamento (63,9% para iniciação feminina e 52,4% para a masculina), com diferenças entre praticantes das diversas religiões.

Todos os domínios foram significativamente diferentes em relação a se a acadêmica possui vida sexual ativa ($p < 0,001$). Em todos os domínios, as acadêmicas que possuem vida sexual ativa tiveram escores maiores que as que não possuem vida sexual ativa (TABELA 6, GRÁFICO 5).

TABELA 6 - Se a acadêmica possui vida sexual ativa em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	22	3,30	1,23	13,65	< 0,001
	Sim	62	4,27	0,99		
Excitação	Não	23	0,55	1,25	196,87	< 0,001
	Sim	63	3,82	0,83		
Lubrificação	Não	23	0,67	1,38	139,12	< 0,001
	Sim	63	3,48	0,79		
Orgasmo	Não	23	0,73	1,56	165,03	< 0,001
	Sim	63	3,97	0,77		
Satisfação	Não	21	2,25	1,12	137,57	< 0,001
	Sim	62	5,22	0,96		
Dor	Não	23	0,92	1,86	121,73	< 0,001
	Sim	63	4,73	1,22		

**GRÁFICO 5** - Se a acadêmica possui vida sexual ativa em relação aos domínios do FSFI.

Quando se fala em vida sexual ativa, tenta-se avaliar a condição da mulher que em sua vida diária inclui o ato sexual. A sexualidade pode ser vivenciada tanto de maneira saudável quanto não, e mesmo mulheres que não têm vida sexual ativa podem sentir-se excitadas, lubrificadas e satisfeitas com sua sexualidade, praticando a masturbação.

Na fase do desejo, os sentidos (olfato, visão, audição, tato, gustação) conduzem os estímulos que, via córtex e sistema límbico, vão desencadear a excitação. O desejo é conquistado através de estímulos que vão além da fisiologia feminina, são os valores e conceitos que a mulher vem exercendo no decorrer de sua vida (MARTINEZ, 2008).

Em relação ao desejo, quanto mais intimidade a mulher construir com o seu parceiro, maior probabilidade de obter uma relação sexual saudável e satisfatória. Quanto melhor a qualidade do desejo, melhor sua vida sexual.

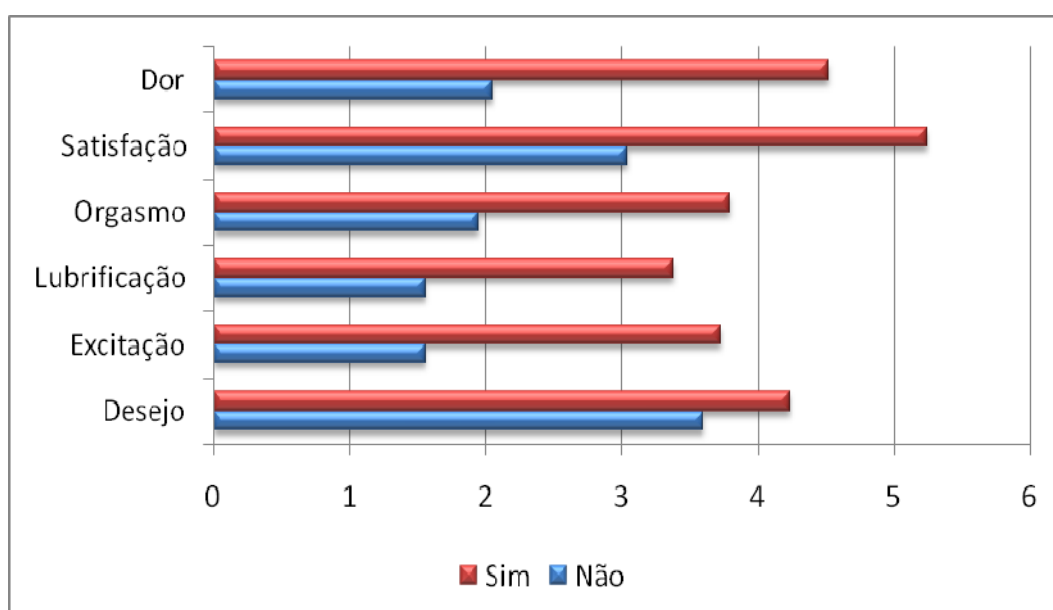
As fases da resposta sexual feminina são: desejo, excitação, orgasmo, resolução (MASTERS; JOHNSON, 1988), tanto o homem quanto a mulher, para se sentirem satisfeitos sexualmente, necessitam ter capacidades de desenvolver e completarem esse ciclo.

A pesquisa mostra que as jovens universitárias estão com sua função sexual satisfatória, sem dificuldade nas fases da resposta sexual feminina, todos os domínios estão altos para as mulheres com vida sexual ativa. Com a evolução da mulher em relação a sua sexualidade, ter vida sexual ativa não inclui ter um parceiro fixo, mas ter relações sexuais com certa frequência.

Todos os domínios foram significativamente diferentes em relação a se a acadêmica possui parceiro fixo, e as que possuem parceiro fixo estão com escores maiores em relação às que não possuem parceiro fixo (TABELA 7, GRÁFICO 6).

TABELA 7 - Se a acadêmica possui parceiro fixo em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	23	3,60	1,25	6,10	0,016
	Sim	55	4,23	0,93		
Excitação	Não	24	1,56	1,92	43,04	< 0,001
	Sim	56	3,72	1,03		
Lubrificação	Não	24	1,56	1,69	34,69	< 0,001
	Sim	56	3,38	1,04		
Orgasmo	Não	24	1,95	2,12	26,68	< 0,001
	Sim	56	3,80	1,08		
Satisfação	Não	22	3,04	1,64	52,13	< 0,001
	Sim	55	5,24	0,99		
Dor	Não	24	2,05	2,45	31,14	< 0,001
	Sim	56	4,52	1,47		

**GRÁFICO 6** - Se a acadêmica possui parceiro fixo em relação aos domínios do FSFI.

Fatores culturais exercem influência sobre a sexualidade feminina, notadamente no período de iniciação, quando Há adaptação ao parceiro e a realização sexual (ABDO, 2000). A escolha do parceiro sexual influencia também no desempenho sexual feminino, demonstrando que, quanto maior a intimidade do casal, melhor será o desempenho da função sexual feminina.

A sexualidade está envolvida em todos os momentos de um relacionamento, toda a demonstração de afeto, faz com que a mulher se sinta preparada para uma relação sexual satisfatória e prazerosa (ABDO, 2000).

Uma pessoa capaz de dar e receber amor com um mínimo de medo e conflito tem capacidade de desenvolver relacionamentos genuinamente íntimos. O desejo de manter a proximidade com o objeto de amor caracteriza o estar apaixonado. O sexo tende a funcionar como um catalisador na formação da e na manutenção das relações íntimas (KAPLAN; SADOCK, 2007).

É cada vez mais reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo. Atualmente, independente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que a sua finalidade reprodutiva (MULHALL et al., 2008).

O desenvolvimento psicosssexual, as atitudes psicológicas em relação à sexualidade e as atitudes em relação ao parceiro sexual estão diretamente envolvidos e afetam a fisiologia da resposta sexual (KAPLAN; SADOCK, 2007).

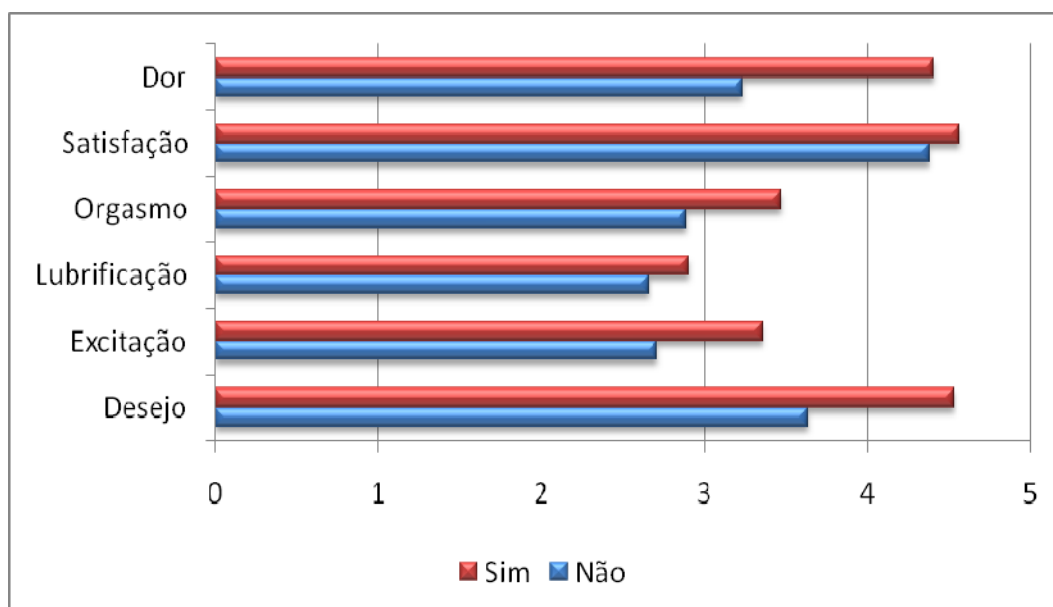
Na mulher, por sua vez, a sexualidade sentimental é diferenciada. É, talvez, devido a essa diferença qualitativa da sexualidade feminina que, na maioria das vezes, costuma haver aumento do Desejo Sexual com o passar dos anos, atingindo um ápice depois dos 40 anos. É por essa ocasião que o componente afetivo que une a mulher ao seu homem costuma estar mais estável e sereno, portanto, melhor ao seu Desejo Sexual sentimental. O inverso pode acontecer, quando então há, antes do decréscimo da sexualidade, uma perda afetiva em relação ao parceiro (BALLONE, 2008).

Segundo Freud (1973 apud ABDO, 2000), o desenvolvimento da sexualidade implica uma evolução fisiológica, determinada por zonas erógenas (zonas geradora de prazer) e pelo estabelecimento de uma interação com o objeto (pessoa) de interesse sexual.

Dois domínios do FSFI foram diferentes significativamente em relação a se a acadêmica pratica masturbação: Desejo ($p < 0,001$) e Dor ($p = 0,013$). Em ambos os casos, as acadêmicas que praticam masturbação estão com escores maiores que as que não praticam (TABELA 8, GRÁFICO 7).

TABELA 8 - Se a acadêmica pratica masturbação em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	45	3,64	1,03	14,37	< 0,001
	Sim	36	4,53	1,08		
Excitação	Não	46	2,71	1,80	2,99	0,088
	Sim	36	3,36	1,55		
Lubrificação	Não	46	2,66	1,67	0,51	0,479
	Sim	36	2,91	1,41		
Orgasmo	Não	46	2,89	1,85	2,3	0,133
	Sim	36	3,47	1,53		
Satisfação	Não	44	4,38	1,70	0,25	0,617
	Sim	36	4,57	1,57		
Dor	Não	46	3,24	2,29	6,41	0,013
	Sim	36	4,41	1,79		

**GRÁFICO 7** - Se a acadêmica pratica masturbação em relação aos domínios do FSFI.

A masturbação é tão antiga quanto à própria vida. Ademais parece ser inata. Os ginecologistas e técnicos de ultrassom relatam que é comum imagens de fetos com o pênis ereto. De acordo com Zampieri (2003), o relato de um grupo de obstetras italianos, publicado no American Journal of Obstetrics and Gynecology (1999), descreve atividade similar de um

feto do sexo feminino durante um exame de ultrassom, em que observaram um feto, na 32ª semana da gestação, tocando a vulva com os dedos da mão direita. O movimento acariciante concentrou-se, sobretudo na região do clitóris.

A aceitação da masturbação como natural iniciou-se com alguns trabalhos de cientistas da área psicológica no final do século passado. O inglês Havelock Ellis (1942), conforme Zampieri (2003), em seus trabalhos sobre masturbação, desmistifica obras anteriores que abordavam a masturbação.

Masturbando-se sozinha, a mulher pode ficar à vontade e observa-se, sem ser intimidada pela presença e necessidade sexuais de um parceiro. A masturbação com objetos colocados dentro da vagina lhe permitirá saber como seu corpo funciona na relação, aprendendo a manejá-lo, descobrindo como ficar mais lubrificada e como relaxar mais a entrada da vagina para não haver dor. Na masturbação, a mulher poderá reconhecer se tem menores necessidades sexuais do que seu parceiro, diferenciando isso da falta de desejo pelo parceiro, ou se o desejo é menor somente pelo sexo com esse parceiro (ALVES; PEREIRA; RODRIGUES JÚNIOR, 1991).

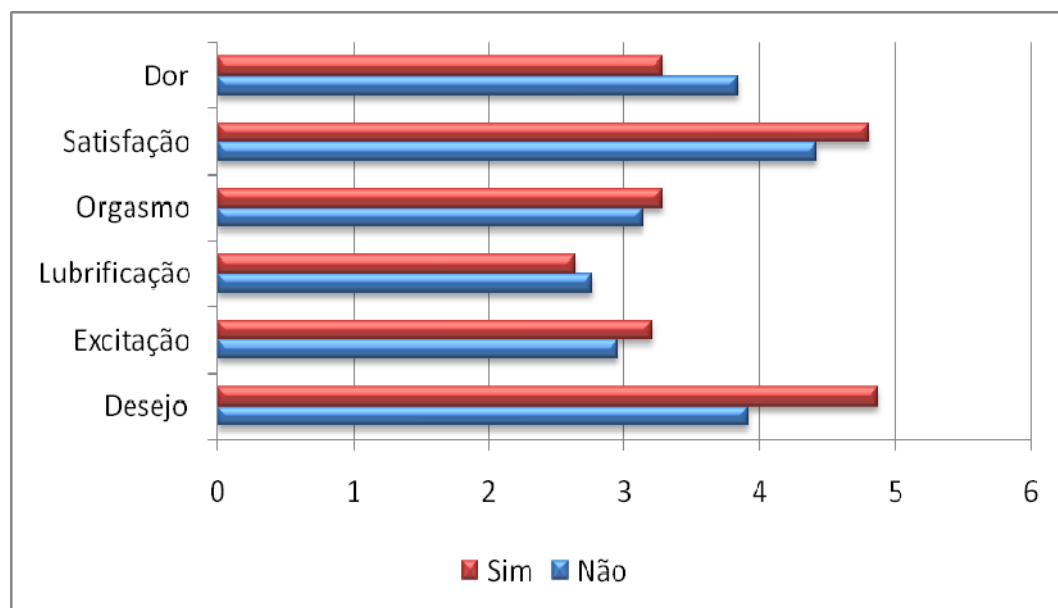
A prática da masturbação é de extrema importância para a mulher conhecer o seu próprio corpo e suas zonas erógenas e partes do seu corpo que lhe proporcionam maior sensação de prazer, mas muitas mulheres ficam retraídas e desenvolvem muitos mitos e tabus, dificultando sua vida sexual.

Contribuem para a gênese do desejo sexual as fantasias sexuais, os sonhos sexuais, a iniciação à masturbação, o início do comportamento sexual, a receptividade do companheiro, as sensações genitais, as respostas aos sinais eróticos no meio ambiente, entre muitos outros fatores (BALLONE, 2008).

Apenas um foi domínio significativo em relação a se a acadêmica faz tratamento médico. As acadêmicas que fazem tratamento médico possuem escores maiores no domínio Desejo ($p = 0,015$). Entre os bancos de dados bibliográficos pesquisados (Lilacs, Scielo, Medline), não foi encontrada nenhuma relação entre as universitárias que realizam tratamento médico ou não (TABELA 9, GRÁFICO 8).

TABELA 9 - Se a acadêmica faz tratamento médico em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	76	3,91	1,11	6,18	0,015
	Sim	9	4,87	0,97		
Excitação	Não	76	2,95	1,71	0,20	0,653
	Sim	10	3,21	1,82		
Lubrificação	Não	76	2,76	1,57	0,05	0,816
	Sim	10	2,64	1,51		
Orgasmo	Não	76	3,13	1,74	0,06	0,802
	Sim	10	3,28	1,87		
Satisfação	Não	75	4,42	1,65	0,44	0,508
	Sim	9	4,80	1,48		
Dor	Não	76	3,84	2,19	0,58	0,449
	Sim	10	3,28	2,05		

**GRÁFICO 8** - Se a acadêmica faz tratamento médico em relação aos domínios do FSFI.

O desejo é o único domínio ligado mais à subjetividade da mulher, pois ele depende de fatores culturais, afetivos. As universitárias pesquisadas obtiveram melhor resultado no domínio, que pode estar ligado a fatores emocionais, e não a fatores biológicos.

Como não foi especificado na pesquisa o tipo de tratamento médico, essas estudantes podem não ter tido nenhum tipo de prejuízo no desejo, sendo que este tratamento médico (doenças) pode não ter sido nenhum desses citados abaixo.

Muitos tratamentos médicos podem interferir na vida sexual feminina da mulher, e existem fatores que podem interferir na resposta sexual feminina: Drogas, a maioria das drogas psicoativas, narcóticos, antidepressivos e o álcool podem alterar a resposta sexual feminina; Estresse, métodos anticoncepção, esterilidade, climatério, ciclo gravídico puerperal, distúrbios genitais; Outras patologias clínicas, como câncer, insuficiência hepática, insuficiência renal, doenças degenerativas (ABDO, 2000).

Apenas o domínio Desejo não foi significativo em relação a se a acadêmica está tomando remédio. Nos demais domínios, as acadêmicas que tomam remédios possuem escores maiores que as que não tomam (TABELA 10, GRÁFICO 9).

TABELA 10 - Se a acadêmica está tomando remédio em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não	44	3,79	1,10	3,53	0,064
	Sim	41	4,24	1,13		
Excitação	Não	44	2,46	2,00	9,01	0,004
	Sim	42	3,52	1,14		
Lubrificação	Não	44	2,22	1,72	11,54	0,001
	Sim	42	3,30	1,16		
Orgasmo	Não	44	2,53	1,96	13,13	< 0,001
	Sim	42	3,80	1,19		
Satisfação	Não	43	3,92	1,79	10,83	0,001
	Sim	41	5,02	1,23		
Dor	Não	44	3,14	2,51	8,39	0,005
	Sim	42	4,44	1,52		

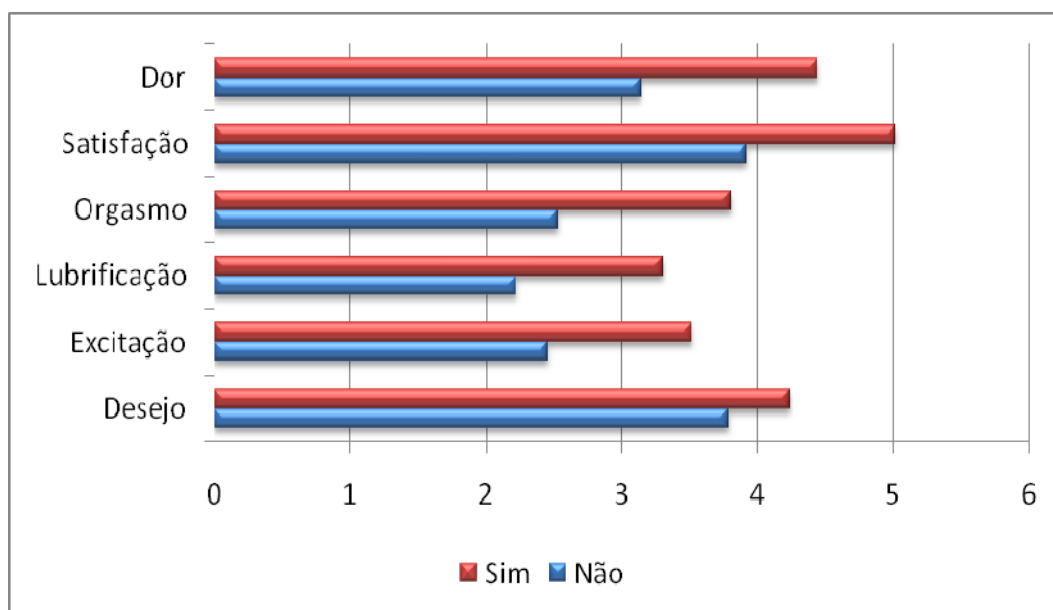


GRÁFICO 9 - Se a acadêmica esta tomando remédio em relação aos domínios do FSFI.

No presente estudo, não foi especificado o tipo de medicamento que as universitárias poderiam estar usando. Com isso fica inviabilizado dizer se algum tipo de medicamento interfere ou não nos domínios do FSFI.

A maioria das drogas psicoativas (sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, narcóticos, antidepressivos, psicoestimulantes, alucinógenos) e o álcool podem alterar a resposta sexual. Além dessas, vários hormônios anticoncepcionais orais, acetato, de ciproterona e espironolactona, podem interferir na libido e no orgasmo. Alguns anti-hipertensivos também podem alterar a libido (ABDO, 2000).

Outros fatores limitantes incluem a inexistência de pesquisas clínicas que evidenciem as taxas de resultados com intervenção em disfunções sexuais de origem orgânica, a inexistência de medicamento aprovado para o tratamento da disfunção sexual feminina e evidência insuficiente de dados sobre a eficácia de droga ou eficácia de intervenção psicológica (HEIMAN et al., 2004).

Uma pesquisa publicada em 2001, no Journal of Sex and Marital Therapy, indica que tabletes de liberação lenta de cloridrato de bupropiona podem ser um tratamento efetivo para a Desordem do Desejo Sexual Hipoativo em mulheres, uma deficiência ou ausência de desejo sexual e fantasias para a atividade sexual (BALLONE, 2005).

A resposta sexual é uma genuína experiência psicofisiológica. A excitação é desencadeada por estímulos tanto físicos, quanto psicológicos, os níveis de tensão são experiências de forma física e emocional, e, com o orgasmo, normalmente ocorre a percepção subjetiva de um pico de reação e liberação física.

Para alívio dos sintomas climatéricos e pós-menopáusicos, têm sido utilizados estrógenos em larga escala. Possuindo efeito sobre o trofismo vaginal, aliviam os quadros de dispareunia, secundários à atrofia do epitélio da vagina, visto que restauram esse epitélio, bem como o pH e o fluxo sanguíneo vaginais. O seu efeito sobre o desejo é, pois, indireto (ABDO; FLEURY, 2006).

O estudo dirigido por Arrais et al. (1997) indicou que a automedicação para o Brasil é praticada principalmente por mulheres entre 16 e 45 anos.

A grande maioria das pesquisas relacionadas ao uso de medicamentos são desenvolvidas em outra faixa etária acima de 40 anos, em mulheres que já estão na menopausa, com algum tipo de doença ou cirurgia, como na pesquisa de Pacagnella et al. (2008), Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas a laqueadura tubária na cidade de Ribeirão Preto, SP.

Os resultados positivos não podem ser relacionados ao uso da pílula anticoncepcional. Se a pílula for considerada como medicamento em questão, o fato de utilizá-la pode proporcionar maior segurança para a mulher.

6.1 INVENTARIO DE DEPRESSÃO DE BECK = BDI

Para a análise da Escalas Beck em relação aos dados sociodemográficos das universitárias foi utilizado o teste Qui-Quadrado (χ^2). Sendo que 53 (60,9%) foram consideradas Não deprimidas, e 34 (39,1%) como Leve/moderada. Os resultados estão na Tabela 11.

TABELA 11 - Inventário de Depressão de Beck = BDI em relação aos dados sociodemográficos

Variável	n	Não deprimido	Leve/ moderado	χ^2	p
Ocupação					
Estudante	66	38	28	0,669	0,414
Trabalha	16	11	5		
Religião					
Não	22	11	11	1,475	0,225
Sim	65	42	23		
Tipo religião					
Católica	45	31	14	1,168	0,280
Outras	20	11	9		
Vida sexual ativa					
Não	23	14	9	0,002	0,963
Sim	63	38	25		
Parceiro fixo					
Não	24	16	8	0,254	0,614
Sim	56	34	22		
Masturbação					
Não	46	29	17	0,877	0,349
Sim	36	19	17		
Tratamento médico					
Não	76	46	30	0,001	0,974
Sim	10	6	4		
Tomando remédio					
Não	44	29	15	1,117	0,291
Sim	42	23	19		

Quanto às variáveis sociodemográficas, nesta população, em relação à Escalas Beck, em nenhum dos casos, houve diferença significativa entre os grupos, ou seja, se a universitária está ou não com sintomas de depressão independe das variáveis sociodemográficas (TABELA 12, GRÁFICO 10).

TABELA 12 - Inventário de Depressão de Beck = BDI em relação aos domínios do FSFI

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Desejo	Não deprimida	51	4,15	1,09	2,09	0,152
	Leve/moderada	34	3,79	1,16		
Excitação	Não deprimida	53	2,88	1,81	0,18	0,671
	Leve/moderada	34	3,04	1,62		
Lubrificação	Não deprimida	53	2,56	1,59	1,28	0,261
	Leve/moderada	34	2,96	1,55		
Orgasmo	Não deprimida	53	3,04	1,87	0,22	0,641
	Leve/moderada	34	3,22	1,60		
Satisfação	Não deprimida	50	4,66	1,66	2,01	0,160
	Leve/moderada	34	4,15	1,56		
Dor	Não deprimida	53	3,61	2,38	0,41	0,524
	Leve/moderada	34	3,92	1,90		

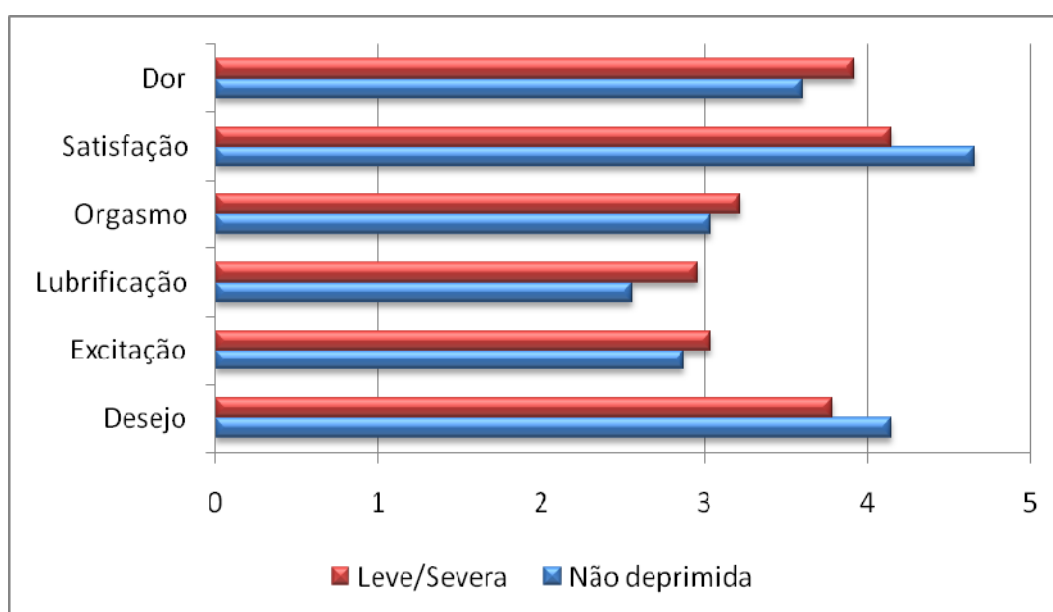


GRÁFICO 10 - Inventário de Depressão de Beck = BDI em relação aos domínios do FSFI.

Nenhum domínio apresentou diferença significativa em relação à Escala Beck e às variáveis do questionário de FSFI.

As estudantes universitárias não tiveram prejuízo no seu funcionamento sexual em decorrência da depressão leve e moderada (TABELA 13, GRÁFICO 11).

TABELA 13 - Inventario de Depressão de Beck = BDI

Depressão	n	%
Não deprimida	53	60,9
Leve/Moderado	34	39,1
Total	87	100,0

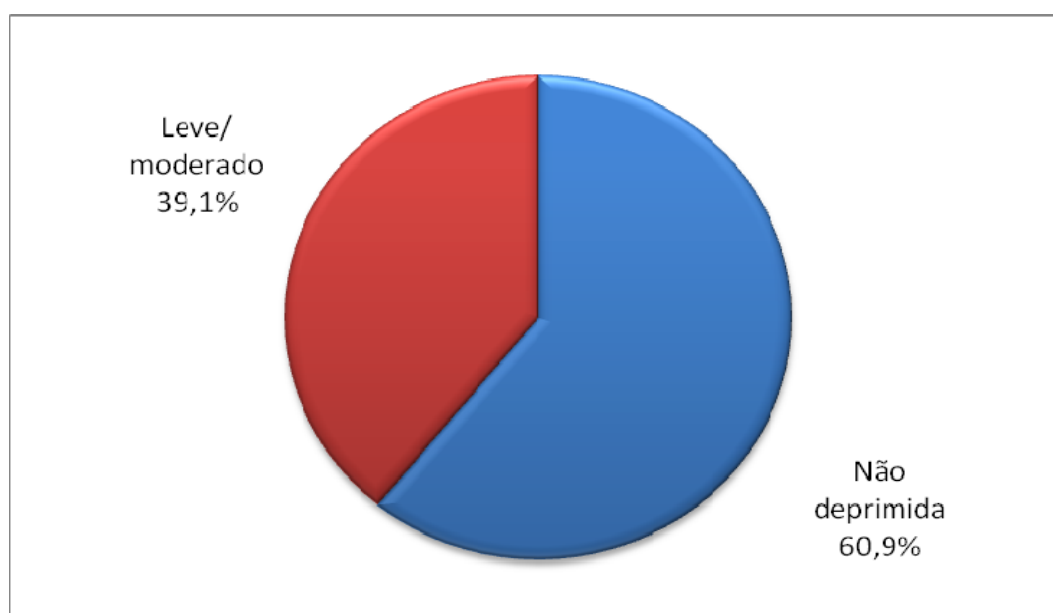


GRÁFICO 11 - Inventario de Depressão de Beck = BDI.

De acordo com o teste Escala Beck, para ser realizado o Diagnóstico de depressão, alguns sintomas são avaliados: tristeza, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação culpa, punição, autoaversão, autoacusação, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática, perda da libido.

O escore total e resultado da soma dos escores individuais dos itens Depressão leve soma de 12 a 19; moderada, 20 a 35; grave, 36 a 63. O presente estudo demonstrou que a maioria da população, 60,9%, não apresenta depressão, e 39,1% estão com sintomas de depressão leve/moderado.

Os sintomas de depressão leve/moderado podem estar relacionados às mudanças que a vida acadêmica traz para as estudantes. Segundo Almeida, Ferreira e Soares (1999), diversas etapas da vida acadêmica do aluno podem aumentar as crises e vulnerabilidades, entre as quais se destaca a transição do segundo grau para a universidade. Para os autores, os jovens adultos que ingressam nas instituições de ensino superior deparam-se com a necessidade de resolverem tarefas significativas em dois grandes domínios: o domínio acadêmico, que abarca adaptações constantes às estratégias de ensino e aprendizagem, aos sistemas de avaliação e de estudo; o domínio social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a prevalência da depressão unipolar na rede de atenção primária de saúde é de 10,4%, isoladamente ou associada a um ou mais transtornos físicos. As taxas de prevalência da depressão apresentam uma ampla variação, que depende dos diferentes aspectos culturais, da metodologia empregada na coleta de dados e dos critérios diagnósticos utilizados.

Cavestro e Rocha (2006), na pesquisa *Prevalência de Depressão entre Estudantes Universitários*, realizada no ano de 2003, verificaram que, dos 342 alunos pesquisados, 63% são do sexo feminino com idade média de aproximadamente 23 anos, variando entre 18 e 36 anos, e com a taxa de prevalência de 10,5% de transtorno depressivo.

Campos e Gonçalves (2004), na pesquisa realizada em 2004, apontou alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa utilizando como instrumento da pesquisa o teste Escalas Beck BDI. Participaram nesse estudo 547 estudantes, (50,9%) do sexo feminino cujas idades variaram entre 18 a 55 anos, e o resultado é que 10% das mulheres encontravam-se deprimidas. O transtorno depressivo é uma condição comum, com uma prevalência durante a vida de cerca de 15%, talvez de até 25% nas mulheres. Uma observação quase universal independentemente de país ou cultura é a da prevalência duas vezes maior do transtorno depressivo em mulheres do que em homens. A idade média de início do transtorno depressivo é de 40 anos, com 50% de todos os pacientes tendo o início entre 20 e 50 anos (KAPLAN; SADOCK, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sintomas depressivos podem interferir no funcionamento da resposta sexual feminina desencadeando uma disfunção sexual, e esses sintomas devem ser observados cuidadosamente para proteção de uma saúde satisfatória das acadêmicas.

As universitárias pesquisadas têm sua função sexual saudável sem disfunção sexual, os sintomas depressivos não interferem na sua vida sexual podendo ser um fator de proteção para essas estudantes não adoecerem.

A maioria das estudantes (73,3%) tem vida sexual ativa, 70,0% tem parceiro fixo. Em todos os domínios de FSFI foram obtidos escores altos, no item masturbação, 43,6% praticam-na, e no domínio desejo e dor, entre as acadêmicas, tem mais desejo e menos dor quem pratica masturbação.

Essa combinação de parceiro fixo, vida sexual ativa e a prática da masturbação permite a essas mulheres ter uma vida sexual mais saudável, com uma resposta sexual sem alterações e prejuízo para desenvolver uma disfunção sexual feminina. A libido (desejo) deve ser um fator desencadeador para as estudantes melhorarem a sua sexualidade.

Investigar a disfunção sexual inibição do desejo leva à reflexão em todo um contexto e universo feminino, não deixando escapar nenhum momento na formação da personalidade, educação sexual, história de vida e relacionamentos interpessoais e outros. Tudo o que se vivencia durante a formação contribui para o desenvolvimento da vida sexual atual.

A ausência de sintomas depressivos contribui para uma vida sexual saudável, desenvolvimento da autoestima, sexo prazeroso, e a mulher consegue realizar seus desejos sem desenvolver nenhuma disfunção sexual.

Buscar mecanismos de informação e crescimento pessoal faz com que a mulher da atualidade, com múltiplos papéis em sua vida não desenvolva sintomas depressivos e possa vivenciar sua sexualidade de maneira integrada e saudável.

Quando o ciclo de resposta sexual feminina (desejo, excitação, platô, orgasmo, resolução) não acontece, sugere uma disfunção sexual. Esse diagnóstico tem de ser realizado englobando uma visão psicológica, fisiológica e cultural. Quando se fala de diagnóstico, é necessário cautela, pois nem tudo que é tratado no âmbito da sexualidade pode ser uma disfunção sexual. O desenvolvimento de uma disfunção sexual pode gerar dificuldade de relacionamento em um ambiente destrutivo para o sexo.

Esta pesquisa vem trazer novas reflexões sobre a sexualidade feminina, pois a sexualidade de modo geral ainda é vista com muitos mitos, tabus e preconceito prejudicando a interação feminina com o ser humano e a sociedade. Quanto mais se fala, estuda, pensa a sexualidade, mais esta vai se tornando algo comum na vida das pessoas, deixando de ser algo pecaminoso e escondido.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini, 2004.

_____. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Lemos, 2000.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA JUNIOR, W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 179-186, 2002.

AKISKAL, H. S. et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 59, p. S5-S30, 2000. Supplement.

ALMEIDA, L. S.; FERREIRA, J. G.; SOARES, A. P. Questionário de Vivências Acadêmicas: construção de e validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Lisboa, v. 33, n. 3, p. 181-207, 1999.

ALVES, D. C.; PEREIRA, T. R. A.; RODRIGUES JÚNIOR, O. M. Masturbação em estudantes universitárias: atitudes e referência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 41-51, 1991.

ANDERSON, K. N.; GOLDENSON, R. M. *Dicionário do sexo*. São Paulo: Ática, 2000.

ANDRADE, R. P. *Conteúdo erótico na terapia sexual*. São Paulo: Roca, 2002.

ANNON, J. S. *Tratamento comportamental dos problemas sexuais*. São Paulo: Manole, 1980.

ARRAIS, P. S. D. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TRTM*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALLONE, G. J. *Desejo sexual*. PsiqWeb: Psiquiatria Geral, 2008. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=82&sec=23>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

_____. *Maldade da infância e adolescência: bullying*. PsiqWeb: Psiquiatria Geral, 2005. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=372&sec=20>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BASTOS, F. I. *Ruína & reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Delume Dumará, 2008.

BASTOS, M. R. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2008.

BENAZZI, F.; RIHMER, Z. Sensitivity and specificity of DSM-IV atypical features for bipolar II diagnosis. *Psychiatry Research*, Amsterdam, v. 93, n. 3, p. 257-262, 2000.

BERMAN, L. et al. Seeking help for sexual function complaints: What gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility*, New York, v. 79, n. 3, p. 572-576, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Código de Ética Profissional do Psicólogo* [Resolução CFP n. 010, de 27 de agosto de 2005]. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/a_orien/codigo/fr_codigo_etica_new.htm>. Acesso em: 8 out. 2007.

_____. *Resolução CFP n. 006/2004*. Altera a Resolução CFP n. 002/2003, de 24 de março de 2003. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/a_orien/legislacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_006-04.htm>. Acesso em: 5 nov. 2007.

_____. *Resolução CFP n. 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n. 025/2001. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2003_2.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2007.

_____. *Resolução CFP n. 016, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.enps.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 maio 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. Regulamentada pelo Decreto n. 79.822, de 17/06/1977. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, e dá outras Providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5766.htm>. Acesso em: 8 maio 2008.

_____. Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 set. 1962. Republicada em 10 set. 1962. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/L4119_62.html>. Acesso em: 8 maio 2008.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 581-587, 2008.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-244, 1998.

- CAMPOS, R. C.; GONÇALVES, B. Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In: MACHADO, C. et al. (Eds.). *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições, 2004. p. 50-53. Disponível em: <http://home.uevora.pt/~rcampos/index_ficheiros/Poster2004.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- CATÃO, L. I. C. *Sexualidade da mulher de meia idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. 2007. 115 f. Monografia (Licenciatura em Psicologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2007.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Disfunções sexuais. In: _____. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006. cap. 11, p. 163-273.
- CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006.
- CUNHA, J. *Manual da versão em português da Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 6-11, 2003.
- DRUSS, B. P. H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 160, n. 10, p. 1.522-1.526, 2001.
- FONSECA, M. F. S. M.; BERESIN, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 430-436, 2008.
- GOLDEN, S. H. et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 299, n. 23, p. 2.751-2.759, 2008.
- GOLDSTEIN, I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *The Journal of Sexual Medicine*, Malden, MA, v. 4, p. 235-253, 2007. Supplement.
- GRUENBERG, A. M.; GOLDSTEIN, R.; PINCUS, H. A. Classificação da depressão: critérios de pesquisa e diagnóstico: o DSM-IV e a CID-10. In: LICINIO, J.; WONG, M. L. (Orgs.). *Biologia da depressão*. São Paulo: Artmed, 2007. p. 26-33.
- GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. *Sinais e sintomas em geriatria*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- HEIMAN, J. R. et al. Standards for clinical trials in sexual dysfunctions of women: Research designs and outcomes assessment. *The Journal of Sexual Medicine*, Malden, MA, v. 1, n. 1, p. 92-97, 2004.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- KAPLAN, H. S. *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo, 1985.

- KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1973.
- KEMP, K. *Identidade cultural*. 3. ed. São Paulo: Olho d'Água, 2006.
- KENT, J. M.. Farmacologia clínica de novas classes de medicamentos antidepressivos. In: LICINIO, J.; WONG, M. L. (Orgs.). *Biologia da depressão*. São Paulo: Artmed, 2007. p. 171-178.
- KINSEY, A. C. et al. *Conduta sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.
- KUMAR, A. et al. Gray matter prefrontal changes in type 2 diabetes detected using MRI. *Journal of Magnetic Resonance Imaging : JMRI*, Chicago, v. 27, n. 1, p. 14-19, 2008.
- LAFER, C. *A reconstrução dos direitos humanos*. São Paulo: Cia das Letras, 1997.
- LARA, L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.
- MAFFESOLI, M. *O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade*. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- MARTI, R. *Contribuição ao estudo da depressão*. São Bernardo do Campo: Metodista, 2008.
- MARTINEZ, L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. *Fertility and Sterility*, New York, v. 89, n. 4, p. 1.035, 2008.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca, 1988.
- MCCARY, J. L. et al. *Sexualidad humana de McCary*. 5. ed. México: El Manual Moderno, 2005.
- MELLO, L.; SOUZA, M. R.; SANTOS, N. M. Sexualidade de estudantes universitário: um estudo sobre valores, crenças e práticas sociais na cidade de Goiânia. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 202-111, 2008.
- MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 106-119. 2007.
- MORENO, J. L. *Fundamentos da la sociometria*. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 2001.
- MOSER, A. M.; REGGIANI, C.; URBANETZ, A. Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 116-121, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/14.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *The Journal of Sexual Medicine*, Malden, MA, v. 5, n. 4, p. 788-795, 2008.

MUSSELMAN, D. L. et al. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 344, n. 13, p. 961-966, 2005.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento (CID 10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticos*. Porto Alegre: Arte Médicas, 2001.

PACAGNELLA, R. C. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n2/20.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 42, p. 54-64, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/08.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

PARKER, G.; PARKER, K. Formulações psicossociais e ambientais da depressão. In: LICINIO, J.; WONG, M. L. (Orgs.). *Biologia da depressão*. São Paulo: Artmed, 2007. p. 35-46.

PRANGE JUNIOR, A. J. et al. L-tryptophan in mania. Contribution to a permissive hypothesis of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 30, n. 1, p. 56-62, 1974.

RODRIGUES, J. M. G. Conhecimentos e experiências sexuais dos jovens estudantes do ensino superior. *Millenium – Revista do ISPV*, Beira Alta, v. 28, p. 149-173, 2003. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/13.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

ROSEN, R. et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, New York, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SANTOS, C. A. Parâmetros psicométricos da Escala de Sexualidade (SS) aplicada a estudantes do ensino médio do sexo feminino da cidade de João Pessoa. Teresina: Faculdade de Tecnologia, 2010. Disponível em: <<http://www.cet.edu.br/PARAMETROS.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

SCHILDKRAUT, J. J. The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *The American Journal of Psychiatry*, Hanover, v. 122, n. 5, p. 509-520, 1965.

SELEME, M. R. *Incontinência urinária: um problema social de saúde pública*. 2006. 242 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SERVAN-SCHREIBER, D. *Curar: o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise*. São Paulo: Sá, 2004.

SHINDEL, A. W. et al. The sexual lives of medical students: A single institution survey. *Journal of Sexual Medicine*, Malden, MA, v. 5, n. 4, p. 796-803, 2008.

SMITH, L. J. et al. Sex after seventy: A pilot study of sexual function in older persons. *Journal of Sexual Medicine*, Malden, MA, v. 4, n. 5, p. 1.247-1.253, 2007.

TELES, M. A. A. *Breve história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

VALINS, L. *Quando o corpo da mulher diz não ao sexo: compreendendo e superando o vaginismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

WEISSMAN, M. M. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 276, n. 4, p. 293-299, 1996.

WONG, M. L. História e epidemiologia da depressão. In: LICINIO, J.; WONG, M. L. (Orgs.). *Biologia da depressão*. São Paulo: Artmed, 2007. p. 15-25.

YERAGANI, V. K. et al. Major depression with ischemic heart disease: Effects of paroxetine and nortriptyline on long-term heart rate variability measures. *Biological Psychiatry*, New York, v. 52, n. 5, p. 418-429, 2007.

YOUNG-EISENDRATH, P. *A mulher e o desejo: muito mais que a vontade de ser querida*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

ZAMPIERI, A. M. F. *Erotismo, sexualidade, casamento, infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS*. São Paulo: Ágora, 2003.

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**Universidade Católica Dom Bosco**
Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde

Projeto: *Disfunção sexual – inibição do desejo sexual feminino e depressão.*

Mestranda: *Paula Andréia Curti.*

Orientador: *Prof. Dra. Heloisa Bruna Grubits Gonçalves de Oliveira Freire.*

Solicitamos um pouco do seu precioso tempo para responder às questões a seguir.

Informamos que os dados coletados serão confidenciais e serão usados única e exclusivamente para fins da pesquisa.

- 1) Idade (anos)?
- 2) Estado civil?
[] solteiro [] casado/união estável [] separado/divorciado [] viúvo
- 3) Tem filhos?
[] sim [] não
Se sim, quantos:
- 4) Escolaridade:
- 5) Profissão:
- 6) Religião. Pratica ativamente alguma religião?
[] sim [] não
Se sim, qual:
- 7) Possui vida sexual ativa?
[] sim [] não
- 8) Possui um parceiro fixo?
[] sim [] não
- 9) Há quanto tempo estão juntos?

10) Com que idade iniciou sua vida sexual?.....

11) Pratica masturbação?

☐ nunca ☐ as vezes ☐ frequentemente

12) Você está realizando algum tratamento médico ou psicológico?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual:

13) Você está tomando algum tipo de medicamento?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual:

14) Como aconteceu sua Educação Sexual?

☐ através do diálogo com os pais ☐ na escola

☐ sozinha ☐ amigas

☐ outros Quais ?

15) Qual a cidade que você mora?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo investigar a incidência da Disfunção Sexual Feminina – Inibição do Desejo Sexual e a Depressão em jovens universitárias (Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, *campus* de Paranaíba).

Para acessar os objetivos acima, você deve responder a 3 questionários, que não contêm identificação (informação Confidencial), preservando assim sua identidade.

A pesquisa irá contribuir para um diagnóstico e prevenção mais precisos na Disfunção Sexual Feminina – Inibição do Desejo Sexual e Depressão.

Este estudo será conduzido pela pesquisadora Paula Andréia Curti, sob orientação do Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

Sua participação é voluntária, e você tem plena liberdade para desistir de participar, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer consequência alguma.

Por se tratar de um tema muito íntimo, você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias, antes de concordar em participar do estudo.

Os resultados da pesquisa serão publicados sem revelar sua identidade e utilizados com finalidade estritamente acadêmica.

A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Eu declaro que li e entendi todas as informações referentes ao presente estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas, bem como as dúvidas esclarecidas.

Paranaíba, MS, de de 2008.

.....
Assinatura do Participante

Paula Andréia Curti, tel. (67) 3668-3653, e-mail: paulacurti@terra.com.br.
Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, tel. (67) 3312-3300, site: www.ucdb.br.

ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa

HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB



Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 30 de maio de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Disfunção sexual – inibição do desejo sexual feminino e depressão”** sob responsabilidade de **Paula Andréia Curti** e orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits G. de Oliveira Freire, protocolo nº **037/2009A**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.


Profa. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados

QUESTIONÁRIO FSFI

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder às questões use as seguintes definições:

- Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/”siririca”) e ato sexual.
- Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço das genitais, lubrificação (sentir-se molhada/”vagina molhada”/”tesão vaginal”), ou contrações musculares.

- 1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?
 - 1 – Quase sempre/sempe
 - 2 – A maior parte das vezes(mais da metade das vezes)
 - 3 – Algumas vezes (cerca da metade das vezes)
 - 4 – Poucas vezes(menos da metade das vezes)
 - 5 – Quase nunca/nunca
- 2) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?
 - 1 – Muito elevado
 - 2 – Elevado
 - 3 – Moderado
 - 4 – Baixo
 - 5 – Muito baixo/nenhum
- 3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu sexualmente excitada durante a atividade ou ato sexual?
 - 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Quase sempre/sempe
 - 2 – A maior parte das vezes(mais da metade das vezes)
 - 3 – Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
 - 4 – Pouca vezes(menos da metade das vezes)
 - 5 – Quase nunca/nunca

- 4) Nas últimas 4 semanas, como você classifica seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Muito elevada
 - 2 – Elevada
 - 3 – Moderado
 - 4 – Baixa
 - 5 – Muito baixa/nenhuma
- 5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Confiança muito elevada
 - 2 – Confiança elevada
 - 3 – Confiança moderada
 - 4 – Confiança baixa
 - 5 – Confiança muito baixa/nenhuma
- 6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante atividade sexual ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Quase sempre/sempre
 - 2 – A maior parte das vezes(mais da metade das vezes)
 - 3 – Algumas vezes(cerca da metade das vezes)
 - 4 – Poucas vezes (menos da metade das vezes)
 - 5 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 - 6 – Quase nunca/nunca
- 7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina molhada) durante atividade sexual ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Quase sempre/sempre
 - 2 – A maior parte das vezes(mais da metade das vezes)
 - 3 – Algumas vezes(cerca de metade das vezes)
 - 4 – Poucas vezes(menos de metade das vezes)
 - 5 – Quase nunca/nunca
- 8) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina molhada) durante o ato sexual ou atividades sexuais?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 2 – Extremamente difícil ou impossível
 - 3 – Muito difícil
 - 4 – Difícil
 - 5 – Ligeiramente difícil
 - 6 – Nada difícil
- 9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina molhada) até o final da atividade ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Quase sempre/sempre
 - 2 – A maior parte das vezes (mais da metade das vezes)
 - 3 – Algumas vezes (cerca de metade das vezes))
 - 4 – Poucas vezes (menos de metade das vezes)
 - 5 – Quase nunca ou nunca

- 10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina molhada) até o final da atividade ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Extremamente difícil ou impossível
 - 2 – Muito difícil
 - 3 – Difícil
 - 4 – Ligeiramente difícil
 - 5 – Nenhuma difícil
- 11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu orgasmo (gozou)?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Quase sempre/sempr
 - 2 – A maior parte das vezes
 - 3 – Algumas vezes (cerca da metade das vezes)
 - 4 – Pouca vezes (menos da metade das vezes)
 - 5 – Quase nunca/nunca
- 12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade, em você atingir o orgasmo(clímax/gozou)?
- 0 – Sem atividade sexual
 - 1 – Extremamente difícil ou impossível
 - 2 – Muito difícil
 - 3 – Difícil
 - 4 – Ligeiramente difícil
 - 5 – Nada difícil
- 13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Muito insatisfeita
 - 2 – Moderadamente insatisfeita
 - 3 – Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 - 4 – Moderadamente satisfeita
 - 5 – Muito insatisfeita
- 14) Nas últimas 4 semanas , o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a)durante a atividade sexual?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Muito insatisfeito
 - 2 – Moderadamente insatisfeita
 - 3 – Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 - 4 – Moderadamente satisfeita
 - 5 – Muito insatisfeita
- 15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o seu relacionamento sexual entre você e seu parceiro?
- 0 – Não tive atividade sexual
 - 1 – Muito insatisfeita
 - 2 – Moderadamente insatisfeita
 - 3 – Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 - 4 – Moderadamente insatisfeita
 - 5 – Muito insatisfeita

- 16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?
- 1 – Muito insatisfeita
 - 2 – Moderadamente insatisfeita
 - 3 – Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
 - 4 – Moderadamente insatisfeita
 - 5 – Muito insatisfeita
- 17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação
 - 1 – Quase sempre ou sempre
 - 2 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 - 3 – Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
 - 4 – Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - 5 – Quase nunca/nunca
- 18) Nas últimas semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação
 - 1 – Quase sempre ou sempre
 - 2 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 - 3 – Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
 - 4 – Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - 5 – Quase nunca/nunca
- 19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação
 - 1 – Muito alto
 - 2 – Alto
 - 3 – Moderado
 - 4 – Baixo
 - 5 – Muito baixo/nenhum