

Excitação sexual feminina subjetiva

Heloisa Junqueira Fleury¹, Carmita Helena Najjar Abdo¹

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

RESUMO

A falta de interesse em sexo é um dos maiores desafios no tratamento das disfunções sexuais femininas. Mulheres funcionais e disfuncionais muitas vezes não apresentam diferenças na vasocongestão, porém seguem modelos de excitação genital diferentes. O afeto positivo e os pensamentos relacionados à própria excitação sexual são os principais preditores de excitação subjetiva. Algumas dimensões da consciência corporal (percepção do corpo, consciência emocional, autorregulação e confiança) predizem o comprometimento da excitação subjetiva, enquanto a não distração prediz uma percepção mais acurada da excitação. Esses resultados sugerem que a experiência subjetiva de excitação sexual possa ser clinicamente mais importante para o tratamento da mulher disfuncional que o fluxo sanguíneo genital. O tratamento deve iniciar após diagnóstico preciso sobre os fatores desencadeantes da disfunção sexual (fatores culturais, culpa, habilidade para desfrutar do sexo, qualidade do relacionamento, habilidade em manter a atenção aos estímulos sexuais, estresse agudo e crônico, vinculação e humor, menopausa e envelhecimento). Esse tratamento é mais eficaz quando aborda crenças e pensamentos (fatores cognitivos), além de estados emocionais. Mulheres com disfunção sexual apresentam diferenças na atividade do sistema nervoso autônomo. Intervenções que promovam o equilíbrio dos dois ramos desse sistema são promissoras, bem como intervenções que abordem fatores cognitivos e afetivos associados à prática de *mindfulness* ou ao treinamento autógeno.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, disfunções sexuais fisiológicas, transtorno da excitação sexual, interocepção, atenção plena

INTRODUÇÃO

A falta de interesse em sexo, definida, pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)¹ como transtorno do interesse/excitação sexual (TES), é um dos maiores desafios no tratamento das disfunções sexuais femininas. Para se enquadrar neste diagnóstico, a mulher deve atender a pelo menos três dos seguintes critérios:

- falta de interesse em sexo;
- poucos ou nenhum pensamento sexual;

- falta de receptividade a convites sexuais da parceria e ausência de iniciativa para a atividade sexual;
- falta de prazer durante a atividade sexual;
- falta de desejo responsivo a disparadores eróticos; e
- sinais físicos de excitação sexual reduzidos.¹

A resposta sexual envolve componentes subjetivos ou vivenciais, fisiológicos e comportamentais.² Uma vez que facilita o envolvimento feminino, a excitação sexual subjetiva torna-se elemento essencial para o início da experiência sexual.

¹Psicóloga, Mestre em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

²Psiquiatra, Livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury
Rua Sergipe, 401 — conjunto 309 — São Paulo (SP) — CEP 01243-001
Tel. (11) 3256-9928 — Cel. (11) 9707-07871
E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 4 de fevereiro de 2018. Última modificação: 15 de março de 2018. Aceite: 21 de março de 2018.

Este artigo tratará de discutir a variabilidade da percepção subjetiva de excitação e os mecanismos envolvidos na sua percepção, apresentados no trabalho recentemente publicado na revista *The Journal of Sexual Medicine*,³ e algumas referências para o tratamento psicológico do transtorno do interesse/excitação sexual.

VARIABILIDADE DA PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE EXCITAÇÃO

A excitação sexual masculina é um estado emocional e motivacional desencadeado por fatores internos e externos, sendo o *feedback* genital um aspecto importante para aumentar a excitação sexual subjetiva.⁴ O homem avalia com bastante acurácia sua excitação genital, havendo concordância entre a resposta objetiva (genital) e a percepção correspondente.⁵ A mulher, por outro lado, demonstra uma concordância menor, com um padrão de grande variabilidade, o que foi confirmado em metanálise com uma população de 2.505 mulheres e 1.918 homens.⁵

Mulheres, tanto funcionais quanto disfuncionais, não apresentam diferenças na resposta genital (objetiva) diante de estímulos sexuais, em laboratório. Contudo, as disfuncionais relatam menos excitação subjetiva.⁶ Vários outros estudos⁵ confirmam um padrão homogêneo de resposta genital objetiva para mulheres funcionais e disfuncionais.

Um trabalho recente,³ no entanto, aplicou uma nova técnica estatística aos dados obtidos em cinco estudos anteriormente desenvolvidos, em um único laboratório e com procedimento semelhante: o modelo linear hierárquico (HLM), que analisa mudanças em dados contínuos, considerando o mesmo indivíduo. Enquanto o tratamento estatístico com a análise de variância (ANOVA) apontou o mesmo resultado registrado anteriormente (respostas genitais semelhantes para os três grupos, de mulheres funcionais, disfuncionais e diagnosticadas com TES), essa nova técnica estatística identificou modelos de excitação genital diferentes para cada grupo. No início do procedimento, mulheres com TES apresentaram medidas mais baixas de resposta genital que as demais. Ao longo do procedimento, no entanto, o aumento da taxa de excitação foi mais rápido que o apresentado pelas funcionais. E ao final, os três grupos obtiveram medidas semelhantes, com uma leve superioridade para o grupo de mulheres disfuncionais. Surpreendentemente, mulheres funcionais apresentaram uma curva de excitação genital menos acentuada, mas relataram níveis mais altos de percepção da resposta genital que as demais.³

Apesar desses percursos diferentes, o estudo confirmou que mulheres com disfunção sexual, inclusive o TES, não apresentam problemas com a resposta genital, ou seja, não há vasocongestão diminuída.³ A discordância, em diferentes graus, entre a resposta genital (objetiva) e a excitação subjetiva ocorre pela menor percepção das respostas

genitais.³ Pensamentos relacionados à própria excitação sexual e afetos positivos, bem como comportamentos de distração e afastamento, não influenciam na resposta genital, confirmando as evidências de que a resposta genital e a percepção subjetiva de excitação estão relacionadas a diferentes processos.⁷

MECANISMOS AFETIVOS, COGNITIVOS E PERCEPTIVOS NA EXCITAÇÃO SUBJETIVA FEMININA

Na excitação subjetiva, o afeto positivo e os pensamentos relacionados à própria excitação sexual são os principais preditores positivos.⁷ Por outro lado, fatores afetivos e cognitivos também afetam negativamente a percepção da excitação subjetiva. Indivíduos sexualmente disfuncionais, quando vivenciam uma experiência sexual insatisfatória, ativam muito mais pensamentos negativos relacionados à própria incompetência do que os indivíduos considerados funcionais (mesmo com a frequência desses eventos controlados).⁸ Além de aumentar o foco da atenção no fracasso e no afastamento, as mulheres diminuem os pensamentos eróticos.⁹

Os autores também observaram uma relação entre crenças sexuais conservadoras, tristeza, desilusão, culpa, pouco prazer ou satisfação e dificuldades de excitação sexual.⁹ Entre as crenças femininas negativas mais frequentes, estão as relacionadas ao envelhecimento e à imagem corporal.¹⁰

Mulheres em relacionamento de longa duração tendem a relatar preocupações com a autoimagem e pensamentos sobre as consequências físicas da atividade sexual, com frequência maior do que os homens, características diretamente associadas a problemas sexuais.¹¹

Outra hipótese para essa baixa correlação entre a resposta fisiológica e a subjetiva seria a pouca atenção ou dificuldade na percepção da resposta genital. Um estudo com mulheres funcionais demonstrou que a resposta genital é bem percebida e que o acordo entre as duas respostas tende a aumentar quanto maior for a consciência “interoceptiva”¹² de estados fisiológicos internos. Apesar da limitação desse estudo anterior,¹² provocada pela instrução (pedindo atenção à resposta genital, o que pode não ocorrer em circunstâncias naturais), ele aponta para a moderação da consciência corporal na excitação subjetiva.

Em laboratório, indivíduos do sexo masculino percebem melhor esses estados do que as mulheres, provavelmente por diferenças no processamento emocional, pois os homens se baseiam, de modo predominante, em sinais fisiológicos, enquanto as mulheres utilizam uma grande variabilidade de sinais, em geral externos.⁵ Considerando essa diferença entre os sexos, as medidas de frequência cardíaca e respiratória foram utilizadas para avaliar o papel da consciência interna na função sexual. Os resultados, porém, demonstraram que a

concordância sexual não estava correlacionada com a consciência relativa a essas respostas não genitais.¹³

Um estudo posterior com o mesmo objetivo comparou mulheres ansiosas e não ansiosas. Considerou que aquelas com transtornos de ansiedade percebem melhor suas condições internas. Porém, não identificou associação significativa entre consciência geral de estados fisiológicos e concordância sexual, sugerindo que outros fenômenos moderam esse desacordo maior em mulheres.¹⁴

Outro estudo com mulheres diagnosticadas com TES mediu a consciência corporal em várias dimensões. Identificou que percepção (consciência de sensações corporais desconfortáveis, confortáveis e neutras), consciência emocional (da conexão entre as sensações corporais e os estados emocionais), autorregulação (habilidade para regular o sofrimento pela atenção às sensações corporais), escuta do corpo (atenção ativa sobre o corpo para *insight*) e confiança (vivenciar o próprio corpo como seguro) prediziam o comprometimento da excitação subjetiva, enquanto a não distração (tendência a não ignorar ou descartar sensações de dor ou desconforto) predizia uma percepção mais acurada da excitação, identificada pelo acordo maior entre a resposta genital e a emocional/subjetiva. As mulheres com maior facilidade para a distração provavelmente se distraem mais com pensamentos e sentimentos negativos.¹⁵

Esses resultados sugerem que a experiência subjetiva de excitação sexual pode ser clinicamente mais importante para o tratamento da mulher disfuncional do que o fluxo sanguíneo genital. Uma limitação para generalizar esses resultados seria o fato de que todos os estudos foram desenvolvidos em laboratório. No entanto, a comparação de resultados de laboratório e em situação natural (casa) identificou, em mulheres funcionais, medidas mais altas em casa, enquanto para as disfuncionais os resultados foram semelhantes. Os dados obtidos com mulheres funcionais foram atribuídos ao maior conforto propiciado pelo ambiente familiar. Já para as disfuncionais, fatores emocionais e cognitivos associados com experiências anteriores em casa podem tornar as medidas obtidas em laboratório mais altas,¹⁶ o que garante a validade dos dados analisados.

TRATAMENTO PSICOLÓGICO DO TES

É importante iniciar o tratamento do TES após diagnóstico preciso sobre os fatores desencadeantes da disfunção sexual, tais como fatores culturais, culpa, habilidade para desfrutar do sexo, qualidade do relacionamento, habilidade em manter a atenção aos estímulos sexuais, estresse agudo

e crônico, vinculação e humor, menopausa e envelhecimento.¹⁷ Na dimensão psicossocial, um dos maiores desafios tem sido a redução da culpa e da visão negativa da sexualidade.¹⁷ O tratamento do TES parece mais promissor quando aborda crenças e pensamentos (fatores cognitivos), além dos estados emocionais.¹⁸

Tratamentos que incorporam *mindfulness*, para aumentar o foco de atenção durante a atividade sexual e o controle do estresse, têm sido bastante positivos. É objetivo da prática de *mindfulness* desenvolver um estado de consciência, caracterizado por atenção relaxada e focada no momento presente, facilitando a observação das sensações corporais, das emoções e dos pensamentos.¹⁹ Essa prática tem apresentado bons resultados, acompanhados de alterações neuroendócrinas e imunológicas que mediam alguns dos benefícios cognitivos.²⁰

Novos estudos demonstram fortes evidências de associação entre baixa variabilidade na frequência de batimentos cardíacos e disfunção sexual, inclusive no TES.²¹ A variabilidade na frequência de batimentos cardíacos é um indicador do estado do sistema nervoso autônomo. O equilíbrio de seus dois ramos – sistema nervoso simpático (SNS) e sistema nervoso parassimpático (SNP) – controla o ritmo cardíaco. O SNS mobiliza energia, enquanto o SNP controla funções restauradoras do corpo.²² Foram observadas diferenças significativas na atividade do sistema nervoso autônomo de mulheres funcionais e disfuncionais.²³

O treinamento autôgeno é uma técnica de relaxamento baseada na autossugestão, proposta pelo psiquiatra Johannes H. Schultz, em 1930. Esse treinamento tem sido bastante utilizado no tratamento do estresse e de outros transtornos psicossomáticos. Tem como objetivo equilibrar as atividades dos ramos simpático e parassimpático do sistema nervoso autônomo. Uma intervenção breve (15 minutos), baseada no treinamento autôgeno, oferece resultados, tanto na resposta genital como na percepção subjetiva da excitação.^{22,24}

CONCLUSÃO

As condições emocionais estão intensamente relacionadas aos fatores de risco para o TES. O diagnóstico é uma etapa essencial, anterior ao tratamento. Estudos recentes sugerem que intervenções as quais promovam o equilíbrio dos dois ramos do sistema nervoso autônomo são promissoras, bem como apontam para a abordagem dos fatores cognitivos e afetivos associados à prática de *mindfulness* ou ao treinamento autôgeno.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. ISBN: 978-85-8271-089-0.
2. Laan E, Everaerd W. Determinants of female sexual arousal: psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res.* 1995;6(1):32-76. doi: 10.1080/10532528.1995.10559901.
3. Handy AB, Stanton AM, Pulverman CS, Meston CM. Differences in perceived and physiologic genital arousal between women with and without sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2018;15(1):52-63. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.11.009.
4. Janssen E. Sexual arousal in men: a review and conceptual analysis. *Horm Behav.* 2011;59(5):708-16. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.03.004.
5. Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, Laan E, Grimbos T. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2010;39(1):5-56. doi: 10.1007/s10508-009-9556-9.
6. Laan E, van Driel EM, van Lunsen RH. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med.* 2008;5(6):1424-35. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00827.x.
7. Vilarinho S, Laja P, Carvalho J, et al. Affective and cognitive determinants of women's sexual response to erotica. *J Sex Med.* 2014;11(11):2671-8. doi: 10.1111/jsm.12667.
8. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):842-51. doi: 10.1007/s10508-008-9450-x.
9. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther.* 2008;34(4):325-42. doi: 10.1080/00926230802096358.
10. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res.* 2006;43(1):68-75. doi: 10.1080/00224490609552300.
11. Nelson AL, Purdon C. Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Arch Sex Behav.* 2011;40(2):395-406. doi: 10.1007/s10508-010-9693-1.
12. Handy AB, Meston CM. Interoceptive awareness moderates the relationship between perceived and physiological genital arousal in women. *J Sex Med.* 2016;13(12):1907-14. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.018.
13. Suschinsky KD, Lalumière ML. Is sexual concordance related to awareness of physiological states? *Arch Sex Behav.* 2012;41(1):199-208. doi: 10.1007/s10508-012-9931-9.
14. Suschinsky KD, Lalumière ML. The relationship between sexual concordance and interoception in anxious and nonanxious women. *J Sex Med.* 2014;11(4):942-55. doi: 10.1111/jsm.12250.
15. Velten J, Brotto LA. Interoception and sexual response in women with low sexual desire. *PLoS One.* 2017;12(10):e0185979. doi: 10.1371/journal.pone.0185979.
16. Bloemers J, Gerritsen J, Bults R, et al. Induction of sexual arousal in women under conditions of institutional and ambulatory laboratory circumstances: a comparative study. *J Sex Med.* 2010;7(3):1160-76. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01660.x.
17. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, et al. Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017;14(12):1463-91. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.05.018.
18. Handy AB, Stanton AM, Meston CM. Understanding women's subjective sexual arousal within the laboratory: definition, measurement, and manipulation. *Sex Med Rev.* 2018;Pii:S2050-0521(17)30140-3. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.11.001.
19. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA.* 2008;300(11):1350-2. doi: 10.1001/jama.300.11.1350.
20. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65(4):564-70. PMID: 12883106.
21. Stanton AM, Lorenz TA, Pulverman CS, Meston CM. Heart rate variability: a risk factor for female sexual dysfunction. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2015;40(3):229-37. doi: 10.1007/s10484-015-9286-9.
22. Stanton A, Meston C. A single session of autogenic training increases acute subjective and physiological sexual arousal in sexually functional women. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(7):601-17. doi: 10.1080/0092623X.2016.1211206.
23. Stanton AM, Pulverman CS, Meston CM. Vagal activity during physiological sexual arousal in women with and without sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(1):78-89. doi: 10.1080/0092623X.2015.1115793.
24. Stanton AM, Hixon JG, Nichols LM, Meston CM. One session of autogenic training increases acute subjective sexual arousal in premenopausal women reporting sexual arousal problems. *J Sex Med.* 2018;15(1):64-76. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.11.012.