

DESEJO SEXUAL HIPOATIVO E TRANSTORNO DO PÂNICO*

Leonardo Gama¹
Maria do Carmo Andrade-Silva²
Paulo Roberto Bastos Canella³

Resumo: Diversos autores chamam a atenção para a correlação entre disfunções sexuais e ansiedade. Kaplan (1983) admite que a ansiedade é o “pano de fundo” de todas as disfunções sexuais, e que quanto mais severa, mais intensamente bloqueará a resposta sexual, atingindo desse modo o desejo, como forma de impedimento maior para que qualquer outra fase se desenvolva. O Transtorno de Pânico (TP) é considerado, pela Organização Mundial de Saúde, em sua décima classificação internacional de doenças, (CID 10, (1993)), como uma das formas mais freqüentes de ansiedade. A partir destes dados procuramos relacionar o Transtorno de Pânico ao Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo (TDSH). Participaram desta pesquisa 26 pacientes, homens e mulheres, que procuraram espontaneamente atendimento ambulatorial em psiquiatria no Hospital Municipal Lourenço Jorge e no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, ambos situados na cidade do Rio de Janeiro. Obrigatoriamente estes pacientes satisfizeram os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Texto Revisado (DSM-IV-TR, (2002)), para “TP com ou sem Agorafobia”. Os pacientes responderam a um questionário de auto-avaliação extraído e modificado de Masters, Johnson & Kolodny, (1997) que pretende avaliar a freqüência de redução do desejo sexual nesta população de pacientes. A análise estatística foi realizada através dos testes de Wilcoxon e U de Mann-Whitney e indicam, a existência de uma associação estatisticamente significativa, entre TP com ou sem Agorafobia e TDSH (como definido pelo DSM-IV-TR, (2002)).

Palavras-chave: Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo; TP; Sexualidade.

*Trabalho realizado no Curso de Mestrado em Sexologia da UGF.

¹Médico Psiquiatra e Mestre em Sexologia pela UGF.

²Psicóloga, Mestre em Psicologia e Livre-Docente em Sexualidade Humana. Professora Orientadora da Dissertação.

³Médico, Mestre em Medicina, Doutor em Medicina e Livre-Docente em Ginecologia pela UFRJ. Professor do Mestrado em Sexologia da UGF. E-mail: parobastos@ig.com.br

Abstract: The correlation between sexual dysfunctions and anxiety has been signaled by countless authors. Kaplan (1983) suggests that anxiety is the “background” of all sexual dysfunctions, and that the harsher it is, the more it blocks up sexual response, directly affecting desire, and thus hindering any further step. In World Health Organization’s tenth international classification of diseases (ICD-10, (1993)), Panic Disorder is considered to be one of the most frequent forms of anxiety. Grounded on these data, we tried to relate Panic Disorder to the Hypoactive Sexual Desire Disorder. Twenty-six patients have participated in the present research, males and females who have spontaneously sought for psychiatric attendance in Hospital Municipal Lourenço Jorge and in Santa Casa de Misericórdia, both located in the city of Rio de Janeiro. All these patients have necessarily satisfied the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Revised Text (DSM-IV-RT, (2002)), for “Panic Disorder, accompanied or not by Agoraphobia”. A self-assessment questionnaire by Masters, Johnson & Kolodny (1997), adapted by the author, was applied to the patients, to verify the frequency desire decrease among them. Statistic analysis has been carried out through the application of tests by Wilcoxon and U by Mann-Whitney, and indicates the existence of a statistically significant association between Panic Disorder, accompanied or not by Agoraphobia, and Hypoactive Sexual Desire Disorder (as depicted by DSM-IV-RT, (2002)).

Keywords: Hypoactive Sexual Desire Disorder; Panic Disorder; Sexuality.

Introdução

É sabido, pelos profissionais de saúde mental, especialmente entre os que se dedicam à terapia sexual, que as disfunções sexuais têm associação direta com a ansiedade. Diversos autores dedicaram-se ao estudo da associação entre manifestações ansiosas e a sexualidade. Classicamente a ansiedade de castração, a ansiedade generalizada, a ansiedade social, as manifestações ansiosas geradas por dinâmicas conflitantes entre casais, as ansiedades secundárias a temores de fracasso, de perda de controle consciente, da necessidade excessiva em agradar ao outro, do medo da intimidade afetivo-sexual, etc. estão fortemente ligadas ao desempenho sexual. Muito pouca atenção, no entanto, tem sido dispensada à sexualidade de uma parcela significativa da população: aquela que padece de TP. Patologia que, caracteriza-se pela presença de ansiedade com características de paroxismo, isto é, surgimento desse sintoma em forma de ataques inesperados e espontâneos. Portanto se o próprio transtorno caracteriza-se por forte presença de ansiedade, provavelmente a sexualidade dos indivíduos acometidos por este tipo de transtorno, deverá estar bastante atingida. Kaplan (1983), relata que pacientes que sofrem de ansiedade pronunciada tendem

a apresentar problemas já na primeira fase da resposta sexual – O Desejo. E segundo o DSM-IV (1994), as taxas de prevalência para TP situam-se entre 1,5 e 3,5%, com prevalência anual estimada entre 1,0 e 2,0% na população em geral.

Embora pareça hoje obvio que o desejo sexual é uma fase extremamente importante da resposta sexual, ele não foi devidamente estudado por muitos anos, e menos ainda sua associação com as diversas formas de ansiedade.

Há mais de um século que diversas classificações vinham sendo propostas para as fases da resposta sexual humana. Havelock Ellis (1906), considerava que apenas duas fases distintas eram encontradas, a fase de **tumescência** e a de **detumescência**. Theodor Hendrik Van de Velde, segundo Brecher (1972), em 1926 propôs em sua obra, *Ideal Marriage*, a subdivisão do ato sexual em quatro fases: **o prelúdio, os jogos de amor, união ou comunhão sexual, o epílogo**.

Wilhelm Reich (1951) estruturou seus pensamentos sobre o ciclo de resposta sexual humana durante a década de 30 descrevendo o processo bioelétrico do orgasmo e subdividindo-o em duas grandes fases: **o controle voluntário da excitação e contrações musculares involuntárias**. Na segunda fase, os parceiros já se encontram em um estágio mais avançado de excitação sexual, dando início às contrações espasmódicas involuntárias no corpo do pênis e na musculatura vaginal. Durante a década de 70, a terapia sexual proposta por Masters e Johnson era centrada em quatro fases: **excitação, platô, orgasmo e resolução**, e prontamente essa classificação ganhou imensa aceitação perante os clínicos da época. Um número bastante significativo de homens, com disfunções de orgasmo e ereção, bem como mulheres com queixas de anorgasmia, vaginismo e dispareunia alcançaram ótimos resultados terapêuticos com os programas de terapia sexual intensiva, por eles propostos. Apesar deste grande avanço, um grupo expressivo de pacientes se mostrava refratário à terapia sexual. Kaplan (1999), relata que foi através da análise dos fracassos terapêuticos, que ela pela primeira vez, se deu conta da existência de um grande contingente de pacientes que tinham pouco ou nenhum desejo sexual: Posteriormente aos estudos de Kaplan (1977), o desejo passou a ser incorporado como mais uma fase da resposta Sexual, fortemente influenciada pela ansiedade. Paralelamente, estruturava-se também em função da ansiedade, o que hoje denominam TP.

O termo ‘Pânico’ origina-se do nome do Deus grego Pan, que na mitologia helênica era o deus dos caçadores, dos pastores e dos rebanhos. Pan freqüentemente se acoitava em uma caverna, e quando algum incauto se aproximava rugia um atroador berro, provocando no imprudente uma sensação de medo e de terror que passou a ser conhecida como ‘Pânico’.

Foi Jacob Mendes Da Costa (1871) baseado em suas observações durante a guerra civil norte americana quem descreveu um quadro clínico observado em soldados internados em um hospital militar, que se caracterizava por dor torácica intensa,

palpitações violentas e outros sinais cardíacos incapacitantes, na ausência de quaisquer lesões estruturais identificáveis no coração. Da Costa (op. cit.) concluiu, que os sintomas eram causados por alterações no sistema nervoso simpático e denominou este quadro como “Síndrome do Coração Irritável”.

Sigmund Freud (1972), em 1895, no ensaio intitulado: “*Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada ‘Neurose de Ansiedade’*”, comenta que o termo “neurastenia” era por demais abrangente e que carecia de validade geral. Criou então o termo “Neurose de Ansiedade” caracterizado por sintomas de irritabilidade geral, expectativa ansiosa, vertigem, parestesias, sudorese, dispnéia e manifestações cardíacas variadas.

Durante a primeira guerra mundial, Thomas Lewis (1919), propôs o termo “Síndrome do Esforço” para demonstrar o que acreditava ser uma resposta fisiológica exagerada aos esforços físicos. A Síndrome do Esforço apresentava as mesmas características descritas por Da Costa (1871), na Síndrome do Coração Irritável.

Quanto a associação entre “agorafobia” e ataques de pânico, é ela conhecida há mais de um século. Em um outro ensaio de 1895, denominado “Obsessões e Fobias”, de Sigmund Freud quando afirmou: “*No caso da agorafobia... freqüentemente encontramos a reminiscência de um ataque de ansiedade, e o que o paciente realmente teme é a ocorrência desse tipo de ataque sob condições especiais, das quais acredita que não pode escapar*”.

Os anos 60 marcaram o início da chamada “Revolução Psicofarmacológica” da psiquiatria. Sargent (1962), constata o efeito positivo dos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase sobre as depressões denominadas como ‘atípicas’, a “paralisia de chumbo” (sensação de peso nos braços e/ou nas pernas), e hipersensibilidade importante à rejeição pessoal.). Observa-se a alta taxa de incidência de TP em pacientes com episódio de depressão atípica. Seguem-se trabalhos marcantes de Donald Klein (1964), (utilização de um antidepressivo tricíclico, a imipramina), Pitts e McClure (1967) (induzindo crises de pânico em pacientes com a utilização de lactato de sódio). Em 1982 Charney e Heninger que conseguiram os mesmos resultados, com a administração de ioimbina, e Gorman e Papp em 1994 usando o CO₂. Descobertas que abriram caminho para a emancipação do TP, que passou a constituir uma entidade diagnóstica (fortemente ligada à ansiedade) e reconhecida no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-III, 1980). Por trabalharmos a alguns anos, com pacientes com queixas de TP e observarmos em seus relatos, alterações em seus desejos sexuais nosso objetivo, neste trabalho, será, considerando a importância da ansiedade, verificar a incidência de TDSH em pacientes diagnosticados com TP, que procuraram atendimento ambulatorial durante o primeiro semestre de 2003, no serviço de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Municipal Lourenço Jorge no Rio de Janeiro, locais onde trabalhamos, no sentido de futuramente através de um processo terapêutico

mais amplo objetivando melhoria na qualidade de vida destes pacientes e seus pares, promover atendimento misto ao problema de Pânico e de Desejo Sexual apresentado por esses pacientes.

Metodologia

Nossa pesquisa, do tipo descritiva, *“tem como objetivo primordial à descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, descobrir a existência de associações entre variáveis.”* (Gil, 1995). Neste estudo, através de análise quantitativa, obtivemos a incidência do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, (2002), em pacientes que freqüentam os ambulatórios de psiquiatria dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia e Hospital Municipal Lourenço Jorge, no Rio de Janeiro, que apresentem o diagnóstico de TP (também segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, (2002)).

Na presença de TP, o paciente era convidado a participar da pesquisa e caso concordassem assinariam um termo de consentimento assistido e os selecionávamos de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos, que eram: a) saber ler e escrever; b) ter vontade e disponibilidade para responder ao instrumento de pesquisa; c) ter vivência de coito; d) não estar fazendo uso de psicofármacos de qualquer espécie; e) não apresentar Abuso ou Dependência a substâncias psicoativas; f) não apresentar sintomatologia psicótica de qualquer etiologia; g) não apresentar Depressão Maior ou Transtorno Bipolar de Humor; e h) satisfazer os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2002), para o TP, com ou sem Agorafobia. Adotamos como instrumento de avaliação da incidência de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, o questionário de auto-avaliação de Masters, Johnson e Kolodny (1997), intitulado “Tenho pouco desejo sexual?” com algumas modificações a partir do julgamento de pré-teste acrescentando-se à introdução original um exemplo que consideramos de fácil entendimento no sentido de reduzir dificuldades e minimizar erros. (Anexo1).

Considerando que nosso estudo tem como objetivo verificar as possíveis relações entre o TP e o Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, questionamos a percepção dos pacientes em todos os itens que compõem o instrumento, quanto a como se descreveriam em relação ao desejo sexual, ‘Antes de ter Transtorno do Pânico’ e ‘Depois de ter Transtorno do Pânico’, produzindo, assim, um questionário do tipo ‘Antes e Depois’ composto por 30 frases. Ao final do questionário acrescentamos perguntas na forma de múltipla escolha quanto ao perfil dos pacientes, e estas foram sobre: gênero, estado civil, orientação sexual, grau de escolaridade, situação profissional atual, religião, idade e idade de início do TP.

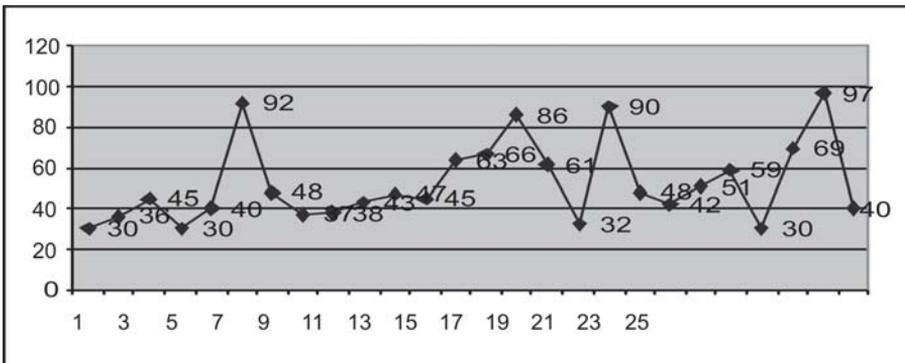
Em relação à interpretação dos dados obtidos com a aplicação do questionário nos 26 pacientes da nossa amostra, adotamos os procedimentos propostos por

Masters, Johnson e Kolodny (1997), onde as 10 primeiras questões apresentavam peso 1 e as últimas 5, peso 2. Os resultados obtidos com este procedimento, eram então somados, para que pudéssemos obter o escore final de cada paciente. (Anexo2)

Quanto à análise estatística dos dados obtidos, utilizamos para as comparações entre os grupos, o teste U de Mann-Whitney e para as comparações em relação ao mesmo indivíduo antes e depois do início do TP, o teste de Wilcoxon. Para ambos os testes consideramos como resultados estatisticamente significativos aqueles com $p = 0,05$.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS ESCORES TOTAIS DE PONTUAÇÕES DOS PACIENTES NO QUESTIONÁRIO

Escores Obtidos Antes do Transtorno de Pânico



Como podemos observar, no gráfico acima, os maiores escores obtidos no questionário, para antes do TP, foram os do paciente 18 com 90 pontos, do paciente 6 com 92 pontos e o índice mais elevado foi alcançado pelo paciente 25 com 97 pontos.

Segundo o modelo de interpretação dos resultados proposto por Masters, Johnson e Kolodny (1997), o total de pontos **abaixo de 90**, indica que é improvável que o indivíduo tenha Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, ou seja, 23 pacientes de nossa amostra (88,46%) encontravam-se dentro deste grupo, antes do transtorno. Para pacientes que alcançaram escores **de 90 a 120**, aumentaria a possibilidade do TDSH estar presente. Portanto em nossa amostra, apenas três pacientes anteriormente citados, pertenciam a este grupo, ou seja, (11,54%) do total da amostra estudada, já apresentava a possibilidade de comprometimento de desejo sexual, mesmo antes das manifestações de pânico.

Porém, nenhum paciente antes da eclosão do TP, apresentava TDSH como diagnóstico de certeza, ou seja, com mais de 140 pontos na computação dos itens do inventário.

Escores Obtidos Depois do Início do Transtorno de Pânico

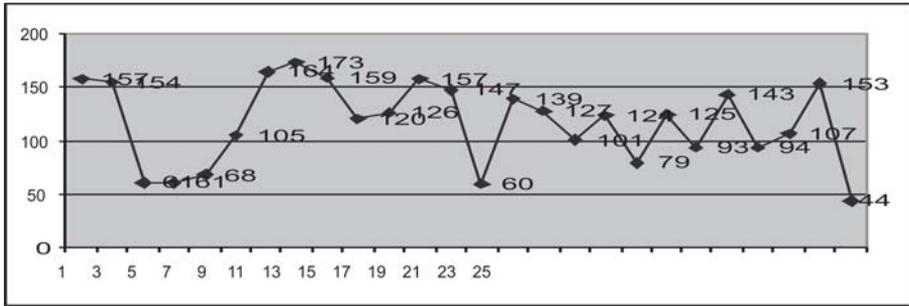
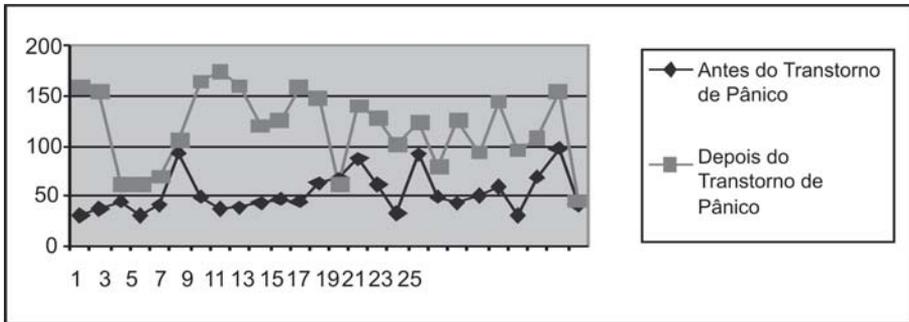


Gráfico Comparativo dos Escores Obtidos Antes e Depois do Transtorno de Pânico



Kaplan (1983), comenta que:

“As emoções negativas que servem para a sobrevivência do indivíduo, motivando-o a evitar o perigo e defender-se – medo e hostilidade – têm prioridade sobre o impulso reprodutor. Esta hierarquia contém nítido valor de sobrevivência. Faz sentido que a atividade dos circuitos sexuais seja inibida de modo que o indivíduo não se detenha para seduzir a companheira quando se acha sob o ataque de um tigre de garras afiadas. Mas este mecanismo adaptativo pode descontrolar-se, caso os “perigos” não sejam percebidos com nitidez. Se o indivíduo reage a perigos ditados pela fantasia, se reage com alarme e temor diante de riscos sem base na realidade, o impulso sexual será inibido como se houvesse um tigre de verdade em sua cama. Este é o fundamento psicofisiológico da inibição do desejo sexual”. (Kaplan, op cit, p.90).

Observa-se nítida diferença nos escores obtidos após o TP, quando os 26 pacientes estudados, 25 apresentaram elevação em seus escores iniciais, o que representa (96,15%) de nossa amostra. Apenas o paciente 14 apresentou redução em seu escore inicial (de 66 para 60).

Sete pacientes (26,92%), alcançaram escores **abaixo de 90**, mesmo após a doença, o que indica, que seja improvável, que tenham Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Cinco pacientes (19,23%) da amostra após a doença, situaram-se no grupo que obteve escores **de 90 a 120**, o que sugere aumento na possibilidade de terem adquirido Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Cinco pacientes (19,23%) de nossa amostra obtiveram escores **de 121 a 140**, o que sugere de forma mais nítida a presença do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo. E nove pacientes, que representam (34,62%) do total de pacientes estudados, alcançaram escores **acima de 140**, o que segundo os autores indica a presença clara de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Desconsiderando os pacientes que obtiveram escores **de 121 a 140**, e tomando-se como referência, somente os que obtiveram pontuações **acima de 140**, ao procedermos à comparação com os dados relativos à incidência de TDSH na população em geral, observaremos uma taxa bastante superior à mencionada por Kaplan e Sadock (1999), que foi de (20%).

Abdo (et. al 2002), estudando o perfil da sexualidade da população brasileira, encontraram taxas de (12,30%) de homens com TDSH e (34,6%) de mulheres padecendo do mesmo Transtorno, porém esta foi uma pesquisa, onde o indivíduo informava sobre uma possível disfunção. Não havendo o uso de nenhum inventário de avaliação.

Fazendo-se uma comparação com o único estudo relacionando TP e sexualidade, encontrado por nós, de Figueira e col. (2001), observamos que, o autor encontrou taxas de (14,30%) de TDSH em pacientes homens com diagnóstico de TP, e (21,40%) em pacientes mulheres. Nossas taxas foram bastante superiores à deste autor, pois, encontramos 6 mulheres (46,15%) e 3 homens (23,07%) com TP e Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Acreditamos que taxas tão distintas possam ser, em parte explicadas, pelos métodos utilizados nas referidas pesquisas, já que nosso estudo utilizou um instrumento padronizado e específico, para a detecção de diferentes graus de TDSH (Questionário de Auto-Avaliação: Tenho Pouco Desejo Sexual? Desenvolvido por Masters, Johnson e Kolodny (1997)), enquanto no referido estudo, Figueira e col. (op cit), utilizaram-se de uma anamnese semiestruturada (desenvolvida pelos autores), onde questionavam sobre incidência de disfunções sexuais em geral.

Se considerarmos também os pacientes que obtiveram escores **de 121 a 140**, observaremos que 14 dos indivíduos estudados (53,85%) apresentaram importante redução de Desejo Sexual, após o início do TP. Destes indivíduos, 10 pacientes (38,46%) eram do sexo feminino e 4 pacientes (15,38%) do masculino.

Após a análise estatística das respostas fornecidas por nossos pacientes aos diversos itens do questionário, observamos:

Quanto ao Gênero

Os Homens de nossa amostra diferiram das mulheres, quanto ao desejo sexual, antes da presença do TP. Comparamos os escores obtidos pelos homens, com os obtidos pelas mulheres, antes do TP, utilizando o teste U de Mann-Whitney, e observamos uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($U = 40,5$, $p = 0,024$). Podemos notar que nos homens, antes do TP, havia uma maior frequência de pensamentos relacionados ao sexo, uma maior iniciativa de fazer sexo, um impulso sexual mais intenso, um maior número de fantasias sexuais, uma maior frequência masturbatória e menores atitudes consideradas evitativas em relação ao ato sexual.

Homens e mulheres não apresentaram tantas diferenças, em relação ao desejo sexual, após o início do TP. A comparação estatística entre os grupos, após o início do TP, foi feita utilizando-se o teste U de Mann-Whitney, onde não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre eles ($U = 51,0$, $p = 0,086$). As diferenças de desejo sexual, entre os gêneros, encontradas antes do TP, foram anuladas após o início da patologia, tornado os comportamentos relativos ao desejo sexual, mais uniformes. Apesar, dos 9 pacientes que obtiveram um escore acima de 140, seis serem do sexo feminino e três do sexo masculino, esta diferença não se mostrou estatisticamente relevante.

Quanto ao tempo de instalação do Transtorno de Pânico

Podemos observar que as pessoas com TP há menos tempo (de 0 a 4 anos), não diferem quanto ao desejo sexual, das com TP há mais tempo (5 anos ou mais). Ao comparar os escores obtidos, utilizando o teste U de Mann-Whitney, constatamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($U = 69,0$, $p = 0,686$).

Quanto à presença simultânea de Agorafobia

Nos indivíduos com TP, observamos que este não foi um fator de interferência específica no desejo sexual destes indivíduos. Ao comparamos pacientes com TP e Agorafobia, com indivíduos com TP sem Agorafobia, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Conclusão

Ao estudarmos desejo sexual em 26 pacientes ambulatoriais com o diagnóstico de TP, observamos que, antes do TP, nenhum indivíduo apresentava Transtorno de

Desejo Sexual Hipoativo, e que após a eclosão do Transtorno, mais de um terço destes, o apresentavam. O desejo sexual, tanto de homens, quanto de mulheres, mudou após o início do TP de modo estatisticamente significativo. Antes do início do Transtorno, homens e mulheres mostraram diferenças significantes em relação ao desejo sexual, com o grupo de pacientes do sexo masculino apresentando um impulso sexual mais intenso. Após o início do TP, estas diferenças foram atenuadas, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desejo sexual nos dois grupos de indivíduos.

Importante mencionar, que provavelmente as intensas reações de medo (pânico), associadas as suas características reações fisiológicas, semelhantes às alterações físicas típicas de uma interação sexual (taquicardia, hiperventilação, sudorese, e algum grau de desligamento perceptivo no orgasmo), podem estar nestes pacientes, associadas aos sintomas de um ataque de pânico, processo que também pode contribuir para a evitação sexual. Pois, como vimos nos diversos autores, o “desligar-se” sexualmente exige ausência de percepções ligadas ao medo e ao perigo. Além disso, nossos dados apontam para uma significativa alteração de auto-estima, fazendo com que estes pacientes percebam-se menos atraentes e desejáveis, fato que na maioria das pessoas, também trabalha inibindo o desejo sexual.

Notamos também, que o tempo de instalação do TP, não foi fator significativo no que se refere ao comprometimento do desejo sexual dos indivíduos da nossa amostra, e que a presença ou ausência de Agorafobia, também não se mostrou como um fator de interferência específica no que se refere ao desejo sexual destes pacientes.

Podemos inferir também, que as constantes evitações sexuais mencionadas em praticamente todos os itens questionados, possam contribuir para o desenvolvimento de uma maior incidência de conflitos conjugais. Pois, os conjugues desses pacientes, poderão não entender o motivo das sistemáticas recusas e sentirem-se rejeitados e pouco valorizados, independente do apoio que possam estar dando à doença de seu parceiro.

Apesar deste estudo apresentar uma amostra reduzida de pacientes com o diagnóstico de TP, e por isso, nossos achados não poderem ser generalizados para a maioria da população com este diagnóstico, nossos dados parecem indicar uma tendência ao fato de que o TP, predispõe de forma significativa o surgimento do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Assim torna-se necessário, um número maior de estudos sobre vários aspectos da sexualidade dos pacientes que sofrem de TP, para que possamos obter, quantidades cada vez maiores de informações, e assim, minimizarmos o sofrimento, não somente destes pacientes, mas também, de seus cônjuges e familiares.

Referencias Bibliográficas

- ABDO, C.H.N. et al. Perfil da Sexualidade da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 4, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Texto Revisado – DSM-IV-TR*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III*. 3ª ed Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1980.
- BRECHER, E. M. *The sex researchers* Londres: Granada Publishing, 1972.
- CHARNEY, D. S.; HENINGER, G. R. Assessment of Alpha-2 Adrenergic Autoreceptor Function in Humans: Effects of Oral Yohimbine *Life Sciences*.
- DA COSTA, J. On the Irritable Heart: a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences *American Journal of Medecine and Science*, Baltimore, v. 61, n. 17, 1871.
- ELLIS, H. *The Mechanism of Detumescence* Philadelphia: F. A. Davis, 1906. (Studies in the psychology of sex.) v. 5.
- FREUD, S. *Obsessões e Fobias: Seu Mecanismo Psíquico e Sua Etiologia: Imago*, 1972. v. 3.
- FREUD, S. *Sobre os Critérios Para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada “Neurose de Angústia”*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. 3.
- GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GORMAN, J. M.; PAPP, L. A. Anxiogenic Effects of CO2 and Hyperventilation With Panic Disorder *American Journal of Medecine*, v. 151, n. 4, p. 547 – 553, 1994.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- KAPLAN, H. S. *Transtornos do Desejo Sexual*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- KAPLAN, H. S. Hypoactive Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 3, n.1, 1977.
- KAPLAN, H. S. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- KLEIN, D. F. Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. *Psychopharmacology*, v. 5, 1964.
- LEWIS, T. *The soldier’s heart and the effort syndrome*. New York: Paul b. Koeber, 1919.
- MASTERS, W. M.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Conduta Sexual Humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Incompetência Sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- PITTS, F. N.; Mc CLURE, J. N. Lactate Metabolism in the Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, v. 277, 1967.
- REICH, W. *Psicopatologia e sociologia da vida sexual*. Tradução de M. S. P. ed. São Paulo: Global, 1951. 269 p.
- SARGANT, W. The Treatment of Anxiet States and Atypical Depressions by Monoamine Oxidase Inhibitor Drugs. *Journal Neuropsychiatry*, v. 3, n. 1, 1962. v. 30, 1982.

ANEXO 1

Questionário de Auto – Avaliação: tenho pouco desejo sexual?

– Original de Masters, Johnson e Kolodny, (1997) – (*Aplicado antes e depois do diagnóstico de transtorno do pânico*)

Avalie o quanto cada uma das frases abaixo se aplica à sua vida numa escala de 1 a 9, em que:

1 – não se aplica de forma alguma; 5 – aplica-se moderadamente; e 9 – aplica-se totalmente. Em todos os itens faça um círculo em torno do algarismo que julgar adequado.

Vamos dar um exemplo: Analise a frase: EU GOSTO DE CHOCOLATE.

Mostre, nessa escala, com um círculo em torno do número escolhido, o quanto esta afirmação se aplica a você, isto é, o quanto você gosta ou não de chocolate.

ERRADO – Não se aplica (é falso) – mais ou menos – Se aplica (é verdadeiro) – CERTO

1 2 3 4 5 6 7 8 9

- Se você assinalar o número
1. é porque não suporta chocolate;
 2. não gosta de chocolate;
 3. gosta muito pouco de chocolate;
 4. gosta pouco de chocolate;
 5. gosta mais ou menos de chocolate;
 6. gosta de chocolate;
 7. gosta muito de chocolate;
 8. gosta demais de chocolate;
 9. adora chocolate.

1. Penso muito freqüentemente em sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. O sexo geralmente não é muito satisfatório para mim.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Nunca tomo a iniciativa de fazer sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Freqüentemente frustro as tentativas do (a) parceiro (a) de fazer amor.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Mesmo quando o (a) parceiro (a) tenta ser romântico (a), tenho dificuldade em entrar nesse clima.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Geralmente considero-me pouco atraente e desejável.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Nunca me masturbo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Quando estou fazendo amor, quase sempre fico distraído (a) ou desligado (a).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Não sou uma pessoa muito apaixonada.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. O impulso sexual do (a) parceiro (a) é muito mais forte do que o meu.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Eu ficaria muito satisfeito (a) em deixar o sexo fora do nosso relacionamento, se achasse que isso não causaria problemas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Nunca tenho fantasias sexuais.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Discordâncias em relação à nossa freqüência sexual são comuns em nosso relacionamento e, muitas vezes, geram discussões ou mágoas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. Não é raro para mim inventar desculpas (como, por exemplo, “não me sinto bem”) para evitar fazer sexo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. Às vezes, à noite, finjo que estou dormindo para que o (a) parceiro (a) não tente me convencer a fazer amor.
1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANEXO 2

Como Interpretar as respostas do Questionário de Auto – Avaliação: Tenho Pouco Desejo Sexual? Segundo Masters, Johnson e Kolodny (1997)

Primeiro passo: some os pontos das respostas dadas às perguntas de 1 a 10.

Segundo Passo: some os pontos das respostas às perguntas de 11 a 15 e multiplique o resultado por dois.

Terceiro passo: some o total de pontos obtido no primeiro passo com o total de pontos obtido no segundo passo.

Como Interpretar os Resultados:

Total de Pontos abaixo de 90: indica que é improvável que o indivíduo tenha Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

Total de Pontos de 90 a 120: aumenta a possibilidade do TDSH estar presente, mas isso não pode ser claramente determinado a partir das respostas dos indivíduos.

Total de Pontos de 121 a 140: sugerem muito, a presença de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, mas de forma alguma a provam.

Total acima de 140: indica que o indivíduo tem Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, embora não possa ser feito um diagnóstico definitivo com base apenas em um teste escrito.

Nota: no livro de Masters, Johnson e Kolodny (1997), o termo utilizado é Pouco Desejo Sexual (PDS), ao invés de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, porém, ambas as nomenclaturas designam uma mesma entidade clínica.