

A função sexual feminina é multifacetada, é o resultado de uma complexa interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Esse complexo cruzamento de domínios sociais, psicológicos e biológicos pode ser entendido como a interação de pelo menos quatro fenômenos: desejo, crenças, valores e motivação. O primeiro é devido parcialmente a mecanismos biológicos, neuroendócrinos que estimulam o interesse sexual espontâneo, endógeno. Crenças e valores são consequências de experiências sociais que promovem as expectativas e a idealização da atividade sexual, que, por sua vez, participam no disparo de fenômenos fisiológicos, ligados ao interesse sexual. Por seu lado, a motivação depende tanto de fatores emocionais, quanto interpessoais¹.

A compreensão da função sexual feminina desenvolveu-se significativamente a partir das investigações de Masters e Johnson, em 1966, dentro dos modelos tradicionais, lineares, biologicamente determinados da resposta sexual humana. Sua abordagem dividia a resposta sexual em quatro fases distintas: excitação, platô, orgasmo e resolução². Cerca de uma década mais tarde, Kaplan³ incorporou o desejo no seu modelo. A maior compreensão da função sexual feminina levou à proposição de representações não lineares, que enfatizam a importância de fatores não biológicos, tendo Basson^{4,5} apontado para a importância da associação entre intimidade emocional e satisfação no relacionamento e a função sexual. Ela sugeriu que as mulheres têm muitas razões para se envolverem nas atividades sexuais que não sejam o desejo sexual, como os modelos tradicionais sugerem. O desejo espontâneo e interesse aparecem mais frequentemente no início de um relacionamento, ou após uma longa separação de um parceiro, por exemplo, e não é frequente em relacionamentos de longa duração. Nesse último caso, sugere Basson^{4,5}, a maior proximidade emocional e intimidade podem predispor as mulheres a se envolverem na atividade sexual. A partir de um ponto de neutralidade sexual, ocorre a excitação e o desejo sexual é ativado. A excitação, portanto, pode preceder o desejo e acioná-lo, permitindo que a relação sexual ocorra de forma prazerosa. No entanto, para cada mulher, individualmente, haverá uma definição específica do que é uma função sexual normal, com base na sua cultura, na sua história de vida, nas suas experiências sexuais anteriores e na sua própria estrutura biológica. Neste sentido, a função sexual de uma mulher deve ser vista como os outros aspectos individuais

Correspondência

Aarão Mendes Pinto Neto
Departamento de Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da UNICAMP
Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária
“Zeferino Vaz” – Barão Geraldo
CEP: 13083-881
Campinas (SP), Brasil

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

²Programa de Pós-Doutorado do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

³Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Recebido

21/09/2012

Aceito com modificações

01/10/2012

de sua forma de ser⁶. Os problemas sexuais devem ser avaliados com sensibilidade no que diz respeito a diferenças individuais na atividade e interesse sexual⁷.

Com o aumento da expectativa de vida, os estudos sobre sexualidade e suas diversas formas de expressão têm se tornado relevantes, uma vez que a função sexual influencia a qualidade de vida dentro do processo de envelhecimento⁸. A disfunção sexual de curta duração pode provocar frustração e angústia. Quando crônica, pode levar à ansiedade e depressão, prejudicando relacionamentos, ou criando problemas em diferentes áreas da vida da mulher^{9,10}. As queixas sexuais são prevalentes durante toda a vida reprodutiva, mas durante o climatério as mulheres podem ficar mais vulneráveis à disfunção sexual feminina (DSF) devido à interação de vários fatores¹⁰. Durante a transição menopausal e menopausa, além dos fatores físicos, psicológicos, sociais e relativos ao parceiro sexual, que influenciam a função sexual aparecem alterações hormonais que provocam diferentes efeitos nos órgãos genitais e no sistema nervoso central. Esse fato é compreensível, uma vez que os hormônios podem influenciar direta ou indiretamente a função sexual feminina¹¹. Os estrogênios são particularmente importantes na manutenção do tecido genital saudável, e a atrofia vulvovaginal, causada pela deficiência de estrogênio na pós-menopausa, leva ao afinamento do epitélio vaginal, perda de elasticidade, aumento do pH vaginal, redução da lubrificação e alterações na sensação genital, ressecamento vaginal e dispareunia, sintomas muito comuns nessa fase¹². A atrofia vaginal tem impacto significativo sobre o funcionamento sexual e pode afetar todos os domínios da função sexual, incluindo o desejo sexual¹³. Além disso, durante a peri- ou pós-menopausa, os efeitos sistêmicos da deficiência estrogênica, tais como sintomas vasomotores, insônia, alterações do humor e sentimentos negativos que são frequentes podem piorar a função sexual nas mulheres^{14,15}, o que foi evidenciado utilizando-se o questionário *Short Personal Experiences Questionnaire* (SPEQ), adaptado no Brasil¹⁶.

Embora não haja compreensão precisa do seu papel na sexualidade feminina, os andrógenos, produzidos na glândula adrenal e ovários, parecem ter importância no desejo e na excitação sexual¹⁷. O nível de andrógenos circulantes declina gradualmente com a idade, devido a uma redução da produção adrenal: os níveis de andrógenos circulantes em uma mulher de 40 anos correspondem à metade do que é encontrado aos 20¹⁸.

A redução da produção hormonal, que afeta os receptores em vários sistemas do corpo, provoca, portanto, consequências na função sexual que variam de efeitos na função cognitiva à resposta genital local. Quando há diminuição abrupta da produção desses hormônios, como na menopausa cirúrgica ou quimioterapia, o efeito adverso sobre a função sexual, especialmente no desejo sexual é ainda mais significativo¹⁹.

O desejo sexual hipoativo (DSH) foi o problema sexual mais prevalente identificado em estudo populacional em mulheres brasileiras de meia-idade, seguido pela disfunção da excitação e orgasmo. O estudo identificou o DSH em aproximadamente 60% dessas mulheres²⁰. Estudos conduzidos em outros contextos divulgaram resultados similares, indicando o DSH como a alteração sexual feminina mais comum no Egito (66,4%)²¹, Índia (73,2%)²² e Turquia (60,6%)²³. Existem evidências de que fatores psicossociais, incluindo a qualidade do relacionamento interpessoal, suporte social, bem-estar emocional, doenças crônicas e depressão influenciam a função sexual²⁴, assim como a ausência de parceiro ou parceiro com problemas de saúde²⁵. No entanto, entre todos os fatores que afetam o desejo sexual feminino, o envelhecimento parece ser o mais significativo²⁶. Além disso, as doenças crônicas, que aparecem com o envelhecimento e os tratamentos relacionados, podem afetar direta ou indiretamente a função sexual feminina, pela diminuição dos níveis dos esteroides sexuais, inervação e perfusão sanguínea dos órgãos genitais femininos²⁷. Para as mulheres de meia-idade, sentir-se bem/excelente foi fator protetor para a ocorrência de disfunção sexual e associou-se à melhoria da função sexual em diversos domínios da função sexual²⁰. Essa melhor autopercepção pode estar associada a ter propósito de vida, o que foi evidenciado em estudo que verificou a associação entre maior satisfação sexual e um sentido maior de propósito de vida²⁸.

Em relação ao parceiro sexual, estudos indicam associação entre grau de intimidade emocional com o parceiro e satisfação sexual. No entanto, a maior duração do relacionamento teve efeitos adversos na sexualidade em estudo realizado com mulheres brasileiras de meia-idade²⁹. Algumas possíveis explicações incluem a habituação, rotina, papéis de gênero, assim como polarização de interesses, e outros problemas como conflitos e dificuldades de comunicação³⁰. Nesse mesmo estudo, a sexualidade foi influenciada positivamente pela presença de relações sexuais com penetração²⁹, que foi confirmado também em outros estudos³¹. No entanto, constatou-se que no decorrer do envelhecimento, a atividade sexual parece mudar e consiste predominantemente de beijos, abraços e toque sexual, como foi documentado em pesquisas com casais com 65 anos ou mais³². Além da mudança na forma de expressão da sexualidade, estudos mostram também uma diminuição da frequência da atividade sexual com o envelhecimento, mas a satisfação sexual permanece para a maioria das que continuam sexualmente ativas³³. A presença de atividade sexual, nesse processo de envelhecimento, apesar de menos frequente, pode tornar-se cada vez mais importante, não somente como ato sexual físico, mas como preservação de relacionamento íntimo que ajuda diminuir os sentimentos de solidão e isolamento,

uma vez que, no processo de envelhecimento, existe um estreitamento na rede de relacionamentos sociais e o papel social dos indivíduos se restringe. Além disso, a atividade sexual pode ser uma força básica para conectar as pessoas com o significado de suas próprias vidas³⁴. Como a sexualidade envolve a percepção e controle do corpo e como a vida é movimento, é importante adequar este movimento do corpo no decorrer do climatério e envelhecimento, assumir limitações impostas pelas mudanças corporais, cientes de que elas são parte da evolução natural dos indivíduos e ferramentas usadas para o amadurecimento e crescimento dos seres humanos³⁵.

Todos esses dados confirmam a complexidade da resposta sexual e a importância do entendimento dos fatores que podem influenciar os diversos domínios da função sexual no climatério, assim como a compreensão das mudanças que ocorrem no decorrer do processo de envelhecimento para um melhor atendimento dessas mulheres pelo ginecologista.

Referências

1. Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav*. 2002;31(5):431-7.
2. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1966.
3. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1977;3(1):3-9.
4. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):51-65.
5. Basson R. Women's sexual desire — disordered or misunderstood? *J Sex Marital Ther*. 2002;28 Suppl 1:17-28.
6. Kingsberg S. Hypoactive sexual desire disorder: when is low sexual desire a sexual dysfunction? *J Sex Med*. 2010;7(8):2907-81.
7. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011;40(5):538-43.
8. Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T. Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric*. 2007;10(2):88-96.
9. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
10. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. *Am J Med*. 2005;118 Suppl 12B:59-63.
11. Goldstein I, Traish A, Kim N, Munarriz R. The role of sex steroid hormones in female sexual function and dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(2):471-84.
12. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):661-6.
13. Santoro N, Komi J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med*. 2009;6(8):2133-42.
14. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*. 2008;15(2):264-9.
15. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(4):299-304.
16. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Sousa MH, Osis MJ. Sociocultural adaptation of the short personal experiences questionnaire (SPEQ) in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(2):72-6.
17. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(4):CD004509.
18. Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995;80(4):1429-30.
19. Basson R, Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F. Role of androgens in women's sexual dysfunction. *Menopause*. 2010;17(5):962-71.
20. Valadares AL, Pinto-Neto AM, de Souza MH, Osis MJ, da Costa Paiva LH. The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *J Sex Med*. 2011;8(10):2851-8.
21. Hassanin IM, Helmy YA, Fathalla MM, Shahin AY. Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;108(3):219-23.
22. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med*. 2009;55(2):113-20.
23. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*. 2008;5(9):2044-52.
24. Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010;17(6):1114-21.
25. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med*. 2003;56(8):1617-28.
26. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. 2007;87(1):107-12.

27. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007;369(9559):409-24.
28. Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CC, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-44.
29. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):706-13.
30. Klusmann D. Sexual motivation and duration of partnership. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):275-87.
31. Brody S, Costa RM. Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *J Sex Med*. 2009;6(7):1947-54.
32. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9(1):121-9.
33. Gass ML, Cochrane BB, Larson JC, Manson JE, Barnabei VM, Brzyski RG, et al. Patterns and predictors of sexual activity among women in the hormone therapy trials of the Women's Health Initiative. *Menopause*. 2011;18(11):1160-71.
34. Choi KB, Jang SH, Lee MY, Kim KH. Sexual life and self-esteem in married elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):e17-20.
35. Gonçalves R, Merighi MA. Reflections on sexuality during the climacteric. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(2):160-6.