

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TAMARA FERREIRA DE JESUS

Um Estudo Exploratório Sobre Desejo Sexual Hipoativo

UBERLÂNDIA

2020

TAMARA FERREIRA DE JESUS

Um Estudo Exploratório Sobre Desejo Sexual Hipoativo

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Alexandre Vianna Montagnero

UBERLÂNDIA

2020

TAMARA FERREIRA DE JESUS

Um Estudo Exploratório Sobre Desejo Sexual Hipoativo

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia. Orientador: Alexandre Vianna Montagnero

Uberlândia, ____ de _____ de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia

Prof. Dr. Leonardo Gomes Bernardino
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia

Me. Izabella Lenza Crema
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba

RESUMO

O Desejo Sexual Hipoativo é caracterizado pela diminuição ou ausência do desejo e fantasias sexuais. A presente monografia perpassa pela história da sexualidade, apresentando análise social e cultural desde os primórdios da humanidade, destacando a mudança da percepção do sexo como meio de reprodução para fonte de prazer e surgimento das queixas sexuais. O objetivo dessa pesquisa foi realizar um estudo exploratório a partir da coleta de opinião sobre os fatores que contribuem para a prevalência da disfunção no desejo sexual. O método para a coleta de dados foi a aplicação de questionário online, via Google formulários® em 700 participantes adultos de ambos os sexos, explorando os possíveis fatores que contribuem para o surgimento e manutenção dos problemas no desejo sexual. Os dados foram calculados com estatística descritiva, testes de correlação e análise discursiva com o programa Iramuteq®. Os resultados indicam que segundo a amostra investigada, os principais fatores que afetam o desejo sexual são: os Transtornos psicológicos, autoestima rebaixada, questões hormonais, falta de diálogo e intimidade com o parceiro e experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo. Além disso, foi encontrada forte correlação entre a baixa autoestima e a insatisfação com o corpo, além disso, a análise das três questões discursivas colocada aos participantes reforça o impacto da falta de diálogo com o parceiro e problemas relacionados ao corpo tem sobre o desejo sexual. Esse estudo reforça a complexidade da sexualidade humana e a gama de fatores que interferem positiva e negativamente no desejo sexual. Entende-se que este estudo pode trazer contribuições para indivíduos e profissionais que buscam conhecimentos acerca da sexualidade de um modo geral, tendo em vista a baixa quantidade de pesquisas sobre transtornos sexuais em amostras brasileiras.

Palavras-chave: Desejo sexual hipoativo; Queixas sexuais; pesquisa de opinião.

ABSTRACT

Hypoactive Sexual Desire is characterized by a decrease or absence of sexual desire and fantasies. This monograph goes through the history of sexuality, presenting social and cultural analysis since the beginning of humanity. It also highlights the change in the perception of sex as a mean of reproduction to a pleasure source and the emergence of sexual displeasure. The research's objective was to conduct an exploratory study based on the collection of opinions about the factors that contribute to the prevalence of dysfunction in sexual desire. The method for data collection was an online questionnaire application, through Google forms®, in 700 adult participants of both sex, and with that exploring the possible factors that contribute to the emergence and maintenance of sexual desire problems. The data was calculated applying descriptive statistics, correlation tests and discursive analysis using the Iramuteq® program. The results indicate that, according to the investigated sample, the main factors that affect sexual desire are: Psychological disorders, lowered self-esteem, hormonal issues, lack of dialogue and intimacy with the partner and sex related previous negative experiences. In addition, a strong correlation was found between low self-esteem and body dissatisfaction, along with the analysis of the three discursive questions given to the participants reinforces the impact of the lack of dialogue with the partner and body related problems on sexual desire. This study reinforces the complexity of human sexuality and the range of factors that positively and negatively interfere with sexual desire. It is understood that this study can bring contributions to individuals and professionals who seek knowledge about sexuality in general considering the low amount of research on sexual disorders in Brazilian samples.

Keywords: Hypoactive sexual desire; Sexual complaints; survey Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS	12
4.1 ANÁLISE QUALITATIVA.....	13
5 DISCUSSÃO	21
5.1 TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS	22
5.2 BAIXA AUTOESTIMA	23
5.3 HORMÔNIOS	23
5.4 FALTA DE DIÁLOGO COM O PARCEIRO	24
5.5 EXPERIÊNCIAS PASSADAS NEGATIVAS.....	25
5.6 CORRELAÇÕES SIGNIFICANTES	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE	37
APÊNDICE A – TABELA DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	37
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	40
APÊNDICE C – GRÁFICOS DA AMOSTRA.....	45

1 INTRODUÇÃO

Para compreender a fundo as origens das queixas sexuais, é importante voltar à antiguidade e analisar a história da sexualidade. Na pré-história, o sexo era puramente biológico, com o decorrer dos anos, o homem modifica seu contexto, deixando de ser nômade para se tornar sedentário, mudando completamente seu estilo de vida, criando normas, valores e crenças, desde então o sexo se torna cultural (Silva & Maia, 2008).

Na Roma antiga, a virgindade feminina era valorizada, pois existia a crença que a mulher que não fosse virgem seria infiel a seu marido, e caso isso acontecesse, o mesmo poderia matá-la licitamente em nome de sua honra, porém era permitida a infidelidade masculina, inclusive com outros homens, a homossexualidade não era vista como um problema, assim como a prostituição, inclusive, nesta época era muito comum encontrar bordéis nas cidades romanas (Silva & Maia, 2008).

O cristianismo criou a ideia de sexo como fonte de pecado, provocando grande repressão à sexualidade e valorização da castidade e virgindade. Santo Agostinho pregava o sexo dentro do casamento e sem paixão, para que não houvesse tentação em momentos de não procriação. Com o renascimento, Roma viveu extrema liberdade sexual e muitos bordéis funcionavam com autorização da igreja, porém a sífilis se espalhou tão rápido que foi considerada castigo de Deus pela promiscuidade. Apenas a partir do século XX, com os avanços científicos e tecnológicos, como a criação da pílula anticoncepcional, ocorreu a difusão de novas ideias e mudança no comportamento sexual, levantando discussões sobre o tema. A mulher ganha espaço social, conquista liberdade financeira e profissional e não admite mais estar na sombra do marido (Silva & Maia, 2008).

A saúde sexual tem ganhado grande visibilidade a partir do século XX, devido à sua importância para a longevidade das relações afetivas e do bem-estar do indivíduo. Segundo

Lucas, C. O., Oliveira, C. M. & Monteiro, M. I. A. (2009) A saúde sexual é definida como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade.

Com o passar do tempo, o caráter reprodutivo do sexo passou a ser deixado em segundo plano e o aspecto prazeroso ganhou protagonismo. Com essa abertura para dialogar com pacientes a respeito do tema, considerado até os dias atuais um tabu, muitas queixas sexuais começaram a surgir e serem estudadas, como o Desejo sexual hipotativo (DSH) e Disfunção de excitação. (Lara, L. A. D. S., Silva, A. C. J. D. S. R., Romão, A. P. M. S., & Junqueira, F. R. R., 2008)

Segundo Lara et al. (2008), disfunções sexuais no público feminino geralmente resultam em uma queda na frequência sexual, além de diminuição da procura por parte do companheiro para o ato sexual, podendo ser interpretada por ela como uma perda em seu potencial de sedução ou desamor, afetando de forma negativa qualquer fase da vida sexual do casal. Além destas, estados depressivos, distúrbios psíquicos e tensões em algumas esferas da vida do indivíduo, como no trabalho, podem estar relacionadas com a disfunção sexual, causando grande impacto negativo na função sexual, principalmente nas mulheres. Outros fatores também são apontados, como experiência sexual prévia negativa e traumas por violência sexual (abuso sexual na infância e estupro).

Para levantar uma discussão a respeito de queixas sexuais é necessário primeiramente diferenciar o normal do patológico, ou seja, resposta sexual saudável e disfunção sexual. Segundo Abdo e Fleury (2006) a resposta sexual saudável pode ser definida como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Em contrapartida, a disfunção sexual, pode ser caracterizada por problemas no desenvolvimento da resposta sexual, prejudicando uma ou mais etapas deste ciclo.

Com esse avanço no conhecimento da sexualidade humana, é possível fazer uma análise pautada na diferença das respostas a estímulos sexuais em homens e mulheres. Segundo Abdo e Fleury (2006) tais diferenças ocorrem devido a fatores biopsicossociais, ou seja, leva em consideração os hormônios sexuais (estrógenos x andrógenos), educação sexual (repressora x permissiva) e ambiente (controlador x estimulante). Em decorrência dessas questões, torna-se possível o surgimento de disfunções sexuais, em ambos os sexos.

Marques, F. Z. C., Chedid, S. B. & Eizerik. (2008) ao realizarem um estudo acerca da resposta sexual humana acrescenta como causadores ou agravantes de distúrbios sexuais 4 causas: orgânicas, psicológicas, interpessoais e fatores psicosexuais. A primeira refere-se a doenças crônicas (arteriosclerose, doenças neurológicas, diabetes etc.), câncer, gestação e puerpério, agentes farmacológicos e uso de drogas, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas subclínicas, além de fatores cirúrgicos ou traumáticos. A segunda faz menção à fatores individuais, como personalidade, baixa autoestima, educação, história de vida, abuso sexual, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, medo, frustração, culpa, conflitos intrapsíquicos e crenças religiosas. A terceira faz relação à fatores interpessoais como comunicação pobre, relação conflituosa, pouca confiança, traições e medo de intimidade. Por último os fatores psicosexuais, sendo o aprendizado e as atitudes negativas sobre a sexualidade, ansiedade de desempenho, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual e expectativas de resposta surreais.

Além destas, os autores criam uma classificação em quatro categorias: A primeira é a Disfunção de desejo sexual, sendo hipoativo, hiperativo ou aversão sexual. A segunda é a Disfunção de excitação, tratando-se, na mulher, de alterações relacionadas à excitação e à lubrificação, e no homem, disfunção erétil. A terceira é a Fase de orgasmo, no qual na mulher é a anorgasmia e no homem a ejaculação precoce, retardada, retrógrada ou ausência de ejaculado. E por último a Disfunção sexual que causa dor, sendo na mulher dispareunia

(dor durante a penetração) e vaginismo (contrações involuntárias da parede vaginal no momento da penetração do pênis) e no homem prostatites (inflamação ou infecção prostáticas), uretrites (inflamação ou infecção da uretra), fimose (estreitamento prepucial com impossibilidade de exposição da glândula), doença de Peyronie (curvatura acentuada do pênis durante a ereção), etc. (Marques et al., 2008)

Quanto ao nível das disfunções sexuais, podem ser primárias, quando são notórias desde o início da vida sexual da pessoa, ou secundárias, quando surgem em meio à vida sexual, tendo em vista que até certo momento o funcionamento sexual foi dado como normal e a partir do mesmo é notado o aparecimento de uma ou mais disfunções sexuais. Além destas, existem as transitórias ou permanentes, ou seja, situacionais, quando ocorrem somente em situações específicas ou determinados momentos, ou gerais, não sendo limitada, podendo ocorrer a qualquer situação. (Marques et al., 2008)

Analisando a satisfação conjugal e sexual, segundo Carvalho (2013) apoiada nos estudos de Sprecher et al. (2006), quanto maiores os níveis de satisfação sexual, maior a qualidade e estabilidade do relacionamento. Além destas, analisou-se uma relação entre duração do casamento e satisfação sexual, concluindo que casais juntos a menos de 15 anos possuíam uma vida sexual mais ativa e conseqüentemente eram mais felizes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Objetivo Geral

Analisar situações do cotidiano da sociedade moderna e o quanto interferem na resposta sexual, seja em um relacionamento ou não.

2.2 Objetivos específicos

Explorar a abrangência do desejo sexual hipotativo e possíveis causas, por meio de uma pesquisa de opinião.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de opinião quali-quantitativa contando com uma amostra de 700 indivíduos aleatórios com idade superior a dezoito anos, apresentados abaixo.

Tabela 1

Apresentação da amostra.

Identidade de Gênero	440	260			
	Mulher	Homem			
Estado Civil	71	6	31	592	
	Casado	Divorciado	Namorando	Solteiro	
Orientação Sexual	68	491	135	3	3
	Homo.	Hetero.	Bissexual	3 Assexual	Pansexual
Escolaridade	7	67	442	171	13
	Ensino F.	Ensino médio	Superior Inc.	superior completo	Mestrado, Pós e Dr.
Condição Socioeconômica	250	221	104	121	4
	R. f. entre 1.000 e 3.000	R. f. entre 3.000 e 6.000	S. f.en tre 6.000 e 9.000	R. f. acima de 9.000	Sem resposta

Nota: Homo= Homossexual; Hetero=Heterossexual; F= Fundamental; Inc= Incompleto; Dr=Doutorado; R. f.= Renda familiar.

Dessa forma, a pesquisa abrangeu público diversificado, proporcionando respostas de diversas faixas etárias, estado social e civil, sexo, orientação sexual, etc. O método de coleta de dados utilizado foi a aplicação de um questionário online desenvolvido pelos autores da pesquisa e aplicado por meio do Google Formulários, onde informou inicialmente o objetivo da pesquisa, anonimato, se houve ganho ou gasto financeiro (no caso não houve) e

se era obrigatório a finalização do questionário (não era), logo após foram criadas seis perguntas para análise da amostra – idade, identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, nível de escolaridade e qual sua condição sócio econômica. Em sequência foram realizadas duas perguntas sobre satisfação sexual e desejo sexual hipotativo e posteriormente foram apresentados cenários do cotidiano, individual e relacional, para que o respondente especificasse em cada cenário o quanto o mesmo interfere para o surgimento do desejo sexual hipotativo, utilizando a escala de Likert, variando entre concordo plenamente e discordo plenamente. Por último foram utilizadas três perguntas abertas permitindo a realização de uma análise qualitativa. O questionário completo se encontra em apêndices, como apêndice B.

4 RESULTADOS

Os dados foram analisados com o auxílio do Spss 19 (software de análise estatística), no qual gerou uma análise descritiva com as notas médias dadas pelos participantes em cada uma das perguntas, cujas respostas variavam de 0 a 10. Serão apresentados apenas os itens com mediana acima de 7, porém todos os itens se encontram na tabela A1 situada no Apêndice A.

Após análise da tabela A1, foi constatado que os principais fatores que explicam a queda ou perda do desejo sexual estão relacionados à existência de:

- Transtornos psicológicos
- Autoestima rebaixada
- Questões hormonais
- Falta de diálogo e intimidade com o parceiro
- Experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo

Foram analisados outros fatores como sobrecarga no trabalho, doenças físicas, preocupação com os filhos etc., porém não foram obtidos valores tão significativos em comparação com os citados acima, como podemos ver na tabela A1, no apêndice A.

Foi realizado um teste de correlação entre as variáveis permitindo calcular o valor numérico correspondente ao grau de dependência entre duas variáveis, para compreendermos o quanto os fatores estão relacionados entre si. Em geral, correlações até 0,4 são fracas, de 0,5 a 0,6 são moderadas e acima de 0,7 são consideradas correlações fortes. O símbolo r representa o Coeficiente de Correlação Linear e varia entre -1 e 1.

As correlações positivas mais significativas estão apresentadas a seguir:

- Falta de diálogo e intimidade com o parceiro X baixa habilidade do parceiro na esfera sexual $r=,512$
- Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual X Falta de novidades $r=,566$
- Aparência física X baixa autoestima $r=,752$

4.1 Análise qualitativa

Ao final do questionário foram realizadas três perguntas abertas com objetivo de captar informações adicionais relevantes. O conteúdo discursivo das respostas abertas foi analisado pelo software IRAMUTEQ® que se constitui em um programa de fonte aberta capaz de realizar análises estatísticas sobre corpus textuais.

A primeira pergunta aberta foi “*Outro problema percebido no outro?*” *Qual?*, o programa dividiu as falas em dois textos com 2509 ocorrências e 574 formas. As palavras mais comuns que apareceram no discurso, sua frequência e a classe foram resumidas na Tabela 2.

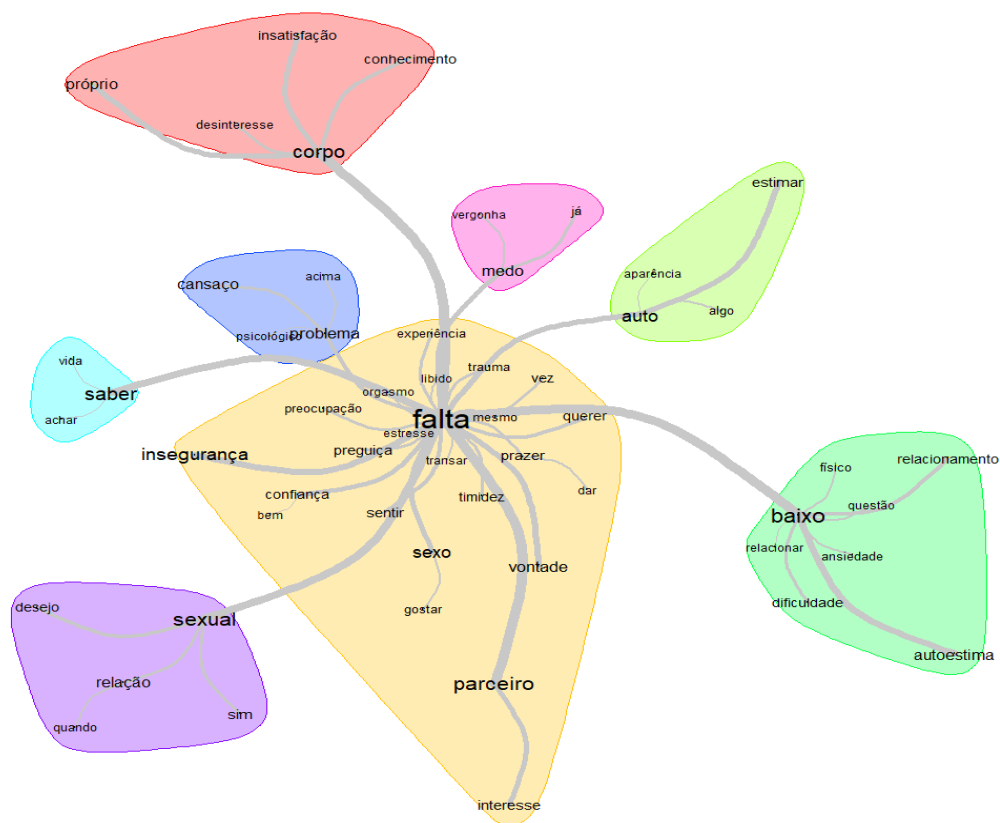
Tabela 2*Palavras recorrentes no discurso da pergunta aberta 1.*

Palavra	Nº ocorrências	Tipo
Falta	63	Nom
Parceiro	27	Nom
Sexual	26	Adj
Baixo	26	Adj
Corpo	25	Nom
Saber	23	Ver
Insegurança	21	Nom
Sexo	19	Nom
Auto	18	Nom
Medo	17	Nom
Vontade	16	Nom
Problema	15	Nom
Autoestima	15	Nom
Próprio	14	Adj
Cansaço	14	Nom
Relação	12	Nom
Prazer	12	Nom
Interesse	12	Nom
Sentir	11	Ver
Preguiça	11	Nom
Timidez	10	Nom
Sim	10	Adv
Estimar	10	Ver
Veza	9	Nom
Relacionamento	9	Nom
Querer	9	Ver
Insatisfação	9	Nom
Dificuldade	9	Nom
Desejo	9	Nom

O programa também realizou uma “análise de similitude” gerando um mapa visual que indica como as palavras se relacionam, criando uma ideia das redes discursivas colocadas pelos participantes. A Figura 1 resume a análise de similitude para a primeira pergunta aberta, “*Há outro problema percebido no parceiro. Qual?*” Foram consideradas palavras que apareceram ao menos cinco vezes.

Figura 1

Análise de similitude – “Há outro problema percebido no parceiro. Qual?”



Em seguida o processo foi realizado com a segunda pergunta aberta “*Há outro problema percebido em si mesmo?*” *Qual?*. O programa dividiu as falas em dois textos com 2484 ocorrências e 690 formas. As palavras mais comuns que apareceram no discurso, sua frequência e a classe estão resumidas na Tabela 3.

Tabela 3

Palavras recorrentes no discurso da pergunta aberta 2.

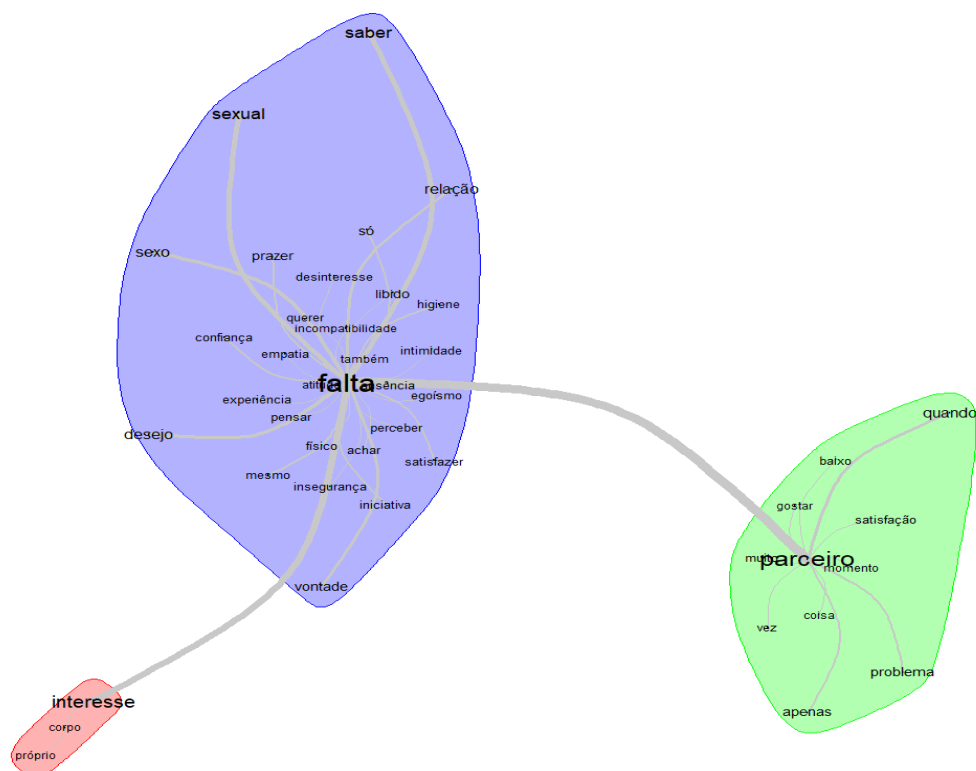
Palavra	Nº de Ocorrência	Tipo
Falta	125	Nom
Parceiro	62	Nom
Interesse	37	Nom
Sexual	27	Adj
Saber	25	Ver
Sexo	17	Nom
Relação	16	Nom
Vontade	15	Nom

Quando	15	Adv
Desejo	15	Nom
Problema	12	Nom
Prazer	12	Nom
Desinteresse	11	Nom
Só	10	Adj
Querer	9	Ver
Libido	9	Nom
Egoísmo	9	Nom
Apenas	9	Adv

A análise de similitude da questão dois criou o mapa resumido na Figura 2. Novamente foram consideradas apenas palavras que apareceram pelo menos 5 vezes nas respostas.

Figura 2

Análise de similitude – “Há outro problema percebido em si mesmo. Qual?”



Finalmente a questão 3 aberta perguntou o seguinte: “ *Para você a satisfação sexual está diretamente ligada a:*”.O programa dividiu as falas em dois textos com 3739 ocorrências e 795 formas. As palavras mais comuns que apareceram no discurso, sua frequência e a classe estão resumidas na Tabela 4:

Tabela 4

Palavras recorrentes no discurso da pergunta aberta 3.

Palavra	nº de ocorrências	Tipo
Prazer	93	Nom
Parceiro	91	Nom
Intimidade	67	Nom
Desejo	54	Nom
Estar	49	Ver
Bem	39	Adv

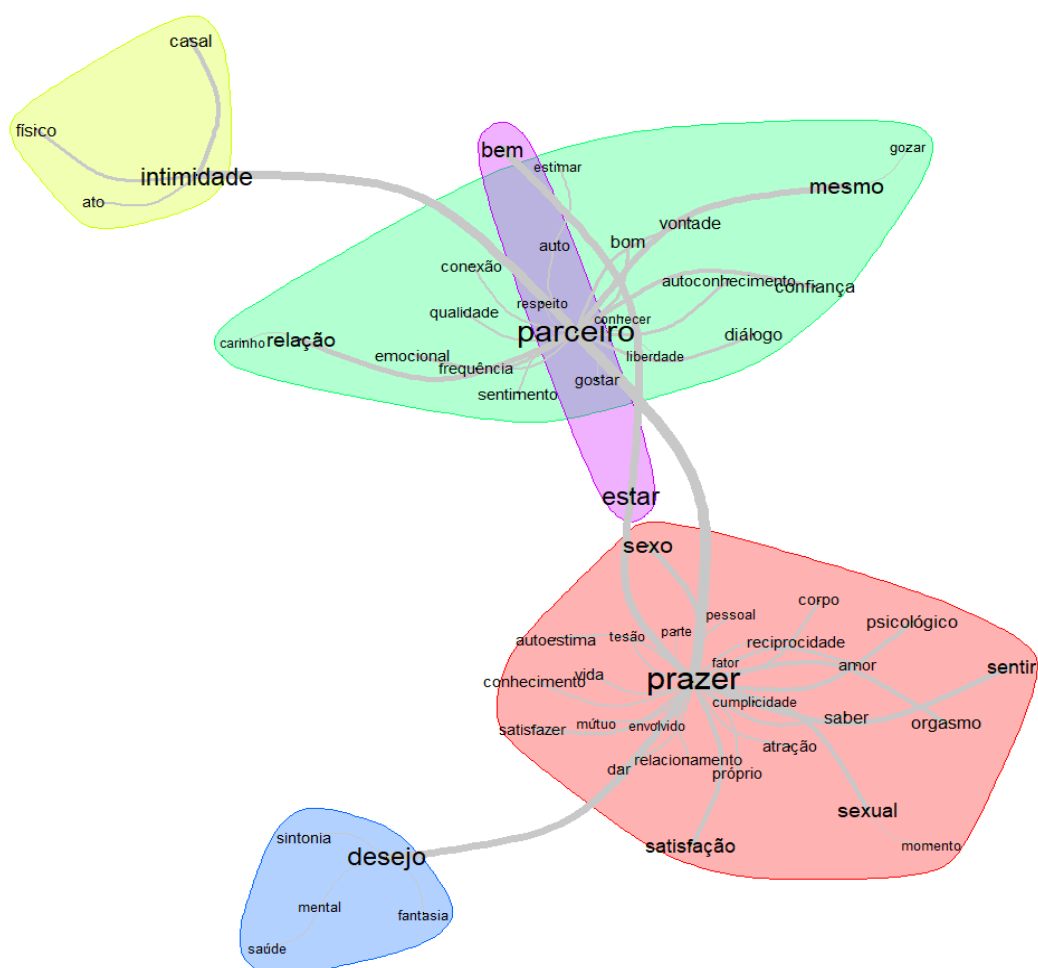
Sexo	37	Nom
Mesmo	37	Adj
Sexual	36	Adj
Satisfação	31	Nom
Relação	31	Nom
Sentir	27	Ver
Orgasmo	26	Nom
Confiança	26	Nom
Casal	24	Nom
Psicológico	23	Adj
Vontade	21	Nom
Saber	21	Ver
Físico	21	Adj
Conexão	21	Nom
Corpo	20	Nom
Conhecimento	20	Nom
Bom	20	Adj
Atração	20	Nom
Diálogo	19	Nom
Qualidade	18	Nom
Autoestima	18	Nom
Auto	18	Nom
Amor	18	Nom
Reciprocidade	17	Nom
Autoconhecimento	17	Nr

Vida	16	Nom
Sentimento	16	Nom
Satisfazer	16	Ver
Próprio	15	Adj
Emocional	15	Adj
Dar	15	Ver
Ato	15	Nom
Gostar	14	Ver
Tesão	13	Nom
Relacionamento	13	Nom
Momento	13	Nom
Sintonia	12	Nom
Frequência	12	Nom
Fantasia	12	Nom
Pessoal	11	Adj
Mútuo	11	Adj
Mental	11	Adj
Liberdade	11	Nom
Envolvido	11	Adj
Cumplicidade	11	Nom
Estimar	10	Ver
Conhecer	10	Ver
Saúde	9	Nom
Respeito	9	Nom
Gozar	9	Ver

Por fim a análise de similitude criou um mapa que resume as principais palavras e suas relações sobre a satisfação sexual para a amostra usada nesta pesquisa e se encontram resumidas na Figura 3. Os resultados qualitativos das perguntas abertas serão analisados na discussão.

Figura 3

Análise de similitude - “Para você a satisfação sexual está diretamente ligada a”



5 DISCUSSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo explorar possíveis causas do desejo sexual hipotativo na sociedade moderna, encontrando como principais

causas os transtornos psicológicos, autoestima rebaixada, questões hormonais, falta de diálogo e intimidade com o parceiro e experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo.

Para aprofundar a análise, foram abordados os pontos mais significativos segundo a amostra, ou seja, as variáveis que mais interferem para o surgimento ou agravamento do Desejo Sexual Hipoativo, apresentados a seguir.

5.1 Transtornos Psicológicos

Os transtornos de humor são caracterizados por manifestações afetivas inadequadas ao se analisar a intensidade, frequência e duração das manifestações. A depressão é a mais frequente na sociedade contemporânea, os sintomas incluem angústia, sentimentos de tristeza, baixa autoestima, sensação de culpa, visão pessimista do futuro, pensamentos sobre morte, alterações no sono e apetite e incapacidade de sentir prazer, prejudicando a função sexual (Piccoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L. & Juruena, M., 2000).

Segundo Souza (1999), após o diagnóstico de depressão, foi percebido no público masculino perda das funções de ereção, ejaculação, perda de libido e dificuldade de se atingir o orgasmo, e no público feminino as principais perdas foram em frequência orgasmo e queda na libido.

Segundo a 4ª edição da revista *American Psychiatry Association* (1994), no lado oposto da depressão temos os quadros maníacos, caracterizados por um afeto expansivo e eufórico, como por exemplo, o Transtorno Bipolar do Humor (TAB). Ao se tratar do TAB é possível apresentar variação na intensidade e quantidade de sintomas, segundo Piccoloto et al., (2000), pode conter as fases mania e depressão de forma marcante e distinta ou com

sintomas mais amenos ou poucos sintomas. Não é um diagnóstico isento de riscos, uma vez que pode estar associado a outros transtornos como o de ansiedade (Sanches, Rafael F., Assunção, Sheila, & Hetem, Luiz Alberto B, 2005).

5.2 Baixa autoestima

Segundo os resultados obtidos a partir das respostas da população amostral, a baixa autoestima é um dos fatores diretamente ligados ao agrave ou surgimento do desejo sexual hipoativo. Segundo Marriel, L. C., Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R.V. C. (2006), a autoestima está ligada à percepção de seu próprio valor e a avaliação que faz de si em termos de competência. Para Janeiro, J. M. D. S. V., Oliveira, I. M. S., Rodrigues, M. H. G., Maceiras, M. D. J., & Rocha, G. M. M. (2013), a autoestima está ligada diretamente a questões de confiança no direito pessoal de ser feliz e admirado. A baixa autoestima é marcada pela sensação de inadequação, culpa, vergonha, baixa autoconfiança e amor próprio. Nos estudos de Janeiro et al. (2013) foi encontrada correlação entre a baixa autoestima, não aceitação da aparência física e iniciação na atividade sexual, sendo diferenciada entre os sexos. Na adolescência feminina, a baixa autoestima é um indicativo para a iniciação sexual precoce, enquanto na adolescência masculina, a baixa autoestima está ligada à iniciação sexual tardia. O sexo feminino apresenta níveis médios de autoestima mais baixos do que os membros do sexo masculino, se mantendo estável até a fase adulta. A queda da autoestima acarreta na diminuição da excitação, afetando dessa forma os relacionamentos amorosos e prazer sexual, estando condizente com os resultados do presente estudo (Janeiro et al., 2013).

5.3 Hormônios

Os estudos na área de saúde sexual tem ganhado visibilidade a partir do século XX, com isso, os avanços científicos, na medicina e psicologia tornaram possível o estudo das

consequências do desequilíbrio hormonal na sexualidade e demais alterações na vida dos indivíduos. Para Rohden (2012), a queda hormonal geralmente ocorre a partir dos 35 anos, em ambos os sexos, sendo assim, o desafio é tentar manter a libido com o passar dos anos e envelhecimento. No caso do homem, o hormônio em questão é a testosterona, intitulado como “hormônio da virilidade”, tendo seu pico e ápice da potencia sexual entre 20 e 30 anos, após esse período começa a apresentar diminuição de em média 1% ao ano (Rohden, 2012).

Segundo Freitas, Silva & Silva (2004), alguns sintomas ocorrem com mais frequência com a chegada do Climatério, momento marcado por mudanças físicas e emocionais, sendo percebido pela queda nos níveis hormonais e oscilações de humor como tristeza, desânimo, humor depressivo, ansiedade, déficit de atenção, diminuição da libido, entre outros, ou seja, ocorre um declínio da sexualidade.

Segundo Lara et al. (2008), com o encerramento da menopausa há um aumento significativo das queixas sexuais, como desejo sexual hipoativo, disfunção de orgasmo e dispareunia (dor ao tentar a relação sexual ou outra atividade sexual que envolva penetração). Podemos concluir que com o avançar da idade e conseqüentemente mudanças nos níveis hormonais, há repercussão psíquica e biológica, interferindo diretamente na resposta sexual normal. Porém, a angústia causada pela perda ou diminuição do desejo sexual também diminui com o processo de envelhecimento, acredita-se que seja relacionado à um processo de adaptação biológica pré-programado, ou seja, natural.

5.4 Falta de diálogo com o parceiro

A falta de diálogo com o parceiro, segundo a população amostral, está relacionada ao desejo sexual hipoativo. Para Lara et al. (2008), além da falta de diálogo, outras questões estão associadas contribuindo para o surgimento do transtorno, como falta de

companheirismo e carícias, conflitos relacionais, relação agressiva, rotina relacional etc. Para amenizar o quadro, inicialmente é necessário ressaltar a importância do diálogo, sensibilizar o parceiro para carícias rotineiras e jogos sexuais. Quando a queda do desejo está ligada à insatisfação em relação ao parceiro, é necessário voltar o foco para os pontos positivos do mesmo, pois a tendência é focar nos traços negativos. Para reestabelecer uma conexão saudável deve ser estimulado o uso de fantasias sexuais, seguindo como base o que agradaria a ambos (importante conversar sobre o assunto), e dependendo da fragilidade desse contato, buscar psicoterapia ou terapia de casais.

Outro ponto importante relativo ao diálogo do casal é a questão da repressão sexual, podendo ser religiosa, familiar ou pelo próprio parceiro. A repressão sexual religiosa e familiar são dificultadores do desenvolvimento e descoberta da sexualidade da mulher, porém a repressão sexual pelo parceiro interfere diretamente na qualidade do vínculo e abertura ao diálogo (Lara et al., 2008).

5.5 Experiências passadas negativas

Ao se tratar de experiências sexuais negativas, podemos considerar que grande parte ocorreu na adolescência e com maior frequência no sexo feminino, por esta ter sido considerada um período de maior vulnerabilidade para a violência sexual, devido à inexperiência sexual, imaturidade emocional e baixa experiência relacional. Tal fato está diretamente ligado à vulnerabilidade feminina na fase adulta e em conformidade com os papéis de gênero tradicionais, ou seja, homens controladores e mulheres submissas. Desse modo, desenvolvem-se maiores chances de envolvimento em relações abusivas, concluindo que se trata de um trauma re-experenciado e causador de um comportamento sexual disfuncional (Caridade & Machado, 2008).

Segundo Lara et al. (2008), embora não existam dados estatísticos exatos, estima-se que no Brasil a violência sexual infantil atinja números altos, sendo este um questionamento essencial no caso de um paciente com queixas sexuais, independente do sexo. Para Souza et al. (2012), a violência sexual acarreta graves danos à saúde mental da mulher, sendo que na esfera sexual pode ocorrer o surgimento de vaginismo, diminuição da lubrificação vaginal, ausência do orgasmo e desejo sexual, podendo evoluir para completa aversão ao sexo.

A maioria dos estudos aponta que experiências sexuais passadas negativas geram grande impacto na frequência e satisfação sexual no sexo feminino. Na maior parte dos casos observa-se uma queda no desejo sexual, maior insatisfação sexual e surgimento de dispareunia (dor no ato sexual com penetração), porém, em alguns casos pode ocorrer o aumento na frequência, na tentativa de conseguir retomar o controle da própria vida sexual. (Souza et al., 2012).

5.6 Correlações significativas

Falta de diálogo e intimidade com o parceiro x baixa habilidade do parceiro na esfera sexual.

Ao analisar a queixa referente à falta de diálogo entre parceiros, independentemente do caráter do relacionamento (sério ou casual), a maior parte surge das mulheres. A excitação, com o passar dos anos tende a ocorrer de forma dificultada, com isso ocorre uma queda de lubrificação, dessa forma é necessário que o parceiro se esforce mais para que não haja dor na penetração. Em casos em que não há esse cuidado, a mulher pode adotar a postura de evitar a atividade sexual a fim de esquivar da dor provocada pelo parceiro, nesse contexto torna-se necessário a compreensão e o diálogo conjugal, ou seja, a busca pela

resolução e enfrentamento dos problemas juntos (Oliveira, D. M. D., Jesus, M. C. P. D. & Merighi, M. A. B. (2008).

Como mencionado no tópico ‘Falta de diálogo com o parceiro’, de acordo com os estudos de Lara et al. (2008), o desejo sexual hipotativo pode surgir a partir de fatores relacionais disfuncionais ou não alinhados, como falta de companheirismo, falta de habilidade nas carícias, conflitos, rotina relacional, disfunção sexual masculina, como ejaculação precoce, entre outros. Foi apontado no tratamento de disfunções sexuais femininas a importância do diálogo para alinhar com o parceiro as expectativas em relação à carícias rotineiras e jogos sexuais. Tal estudo indica a necessidade do diálogo também ao se referir à anorgasmia primária, ou seja, quando nunca foi experimentada sensação de orgasmo através do coito, masturbação ou em sonhos, indicando a ausência de autoerotismo, dificuldade de concentração e entrega, e questões relacionadas com o parceiro, como falta de habilidade do mesmo na esfera sexual, assim como desconhecimento da anatomia das genitálias.

Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual x Falta de variedade e novidade no sexo

Segundo Cavalcanti, M. (1994), existe relação entre a falta de novidade em relacionamentos de longa duração e a busca por novas parceiras, já que a novidade é um impulso básico do ser humano, servindo como motivação. Além disso, tal desmotivação sexual no relacionamento pode ser interpretada como um problema relacionado ao parceiro. Lara et al. (2008) vincula a rotina relacional com o surgimento do desejo sexual hipotativo, devido ao crescente desinteresse pelo sexo e diminuição da busca pela interação sexual.

Não foram encontrados estudos na bibliografia brasileira que correlacionam a baixa habilidade do parceiro na esfera sexual e a falta de novidade no ato sexual, porém segundo

a população amostral, há uma correlação significativa entre ambos fatores, assim podemos deduzir que a falta de novidade pode ser a causadora do surgimento de queixas em relação ao desempenho do parceiro, ou que ambos os fatores são consequência de outra questão anterior, como falta de diálogo a respeito do ato sexual, falta de interesse de um ou ambos os parceiros na relação, queda na percepção do sentimento (amor), entre outros.

Insatisfação em relação à aparência física x baixa autoestima

A sexualidade, autoestima e imagem corporal estão intimamente relacionadas, tal modo que a sexualidade influencia a autoestima, que por sua vez se relaciona com a percepção corporal. Na sociedade contemporânea é inegável a crescente supervalorização da aparência física, sendo fator importante para inclusão social e obtenção de poder. Quando um perfil estético é estabelecido, os que não se enquadram se tornam vítimas de preconceito e discriminação, podendo gerar adoecimento mental (Cardoso, D. B. R., Almeida, C. E., de Santana, M. E., de Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O., 2015).

A percepção da imagem corporal é moldada por questões sociais, psicológicas, culturais e biológicas, (Damasceno et al., 2008), segundo a pesquisa de Bevilacqua (2010) há uma tendência de mulheres com a percepção de silhuetas mais finas possuírem maior autoestima, ou seja a insatisfação com a aparência física é diretamente proporcional à percepção de baixa autoestima. Para Fortes, L. D. S. & Almeida, S. D. S., & Ferreira, M. E. C. (2013), o público com maior taxa de insatisfação com a própria imagem corporal são as adolescentes do sexo feminino, salientando que a mídia é uma das agravantes de tal problemática ao exaltar a magreza e corpos esguios como de modelos, apresentando um padrão estético ideal, difícil de ser espelhado.

No presente estudo, a correlação entre as variáveis autoestima e satisfação com aparência física apresenta alto valor ($r=0,752$), concluindo que, segundo a amostra, os

indivíduos com maior satisfação corporal e da autoimagem tendem a possuir autoestima mais elevada.

Análise qualitativa das três perguntas abertas:

A análise qualitativa da pergunta aberta número 1: *“Outro problema percebido no outro? Qual?”* Revelou que nossa amostra relaciona diretamente a problemática do desejo sexual hipotativo a elementos relacionados à “falta” que podemos entender como carência ou ausência de algo, ela aparece mais de 60 vezes nas respostas, indicando que a insatisfação está relacionada a algo que deveria estar presente e não está, sobretudo na postura do parceiro que é a segunda palavra mais frequente, alguns exemplos:

“Quando o parceiro só pensa no desejo dele individual e não presa pelo da parceira”

“Falta de higiene do parceiro”. (...) Ausência de procura por parte do parceiro (...) Falta de consideração sentimental ou respeito por parte do parceiro, (...) Falta de vontade de acessar a esfera íntima do outro parceiro...

Outra palavra com grande prevalência é “corpo” o que indica o papel do aspecto físico na problemática com o outro e a palavra “baixo” indicando novamente o déficit de algo importante para a satisfação com a relação. Alguns exemplos:

“Falta de cuidados com o corpo, (...) Insegurança com o próprio corpo e uma preocupação excessiva com o prazer do outro. (...) Falta de aceitação do próprio corpo, (...) Baixo desempenho”, “Baixa autoestima”, (...) Uso de anticoncepcional e baixa da testosterona.

Estes resultados advindos do discurso da nossa amostra, estão de acordo com os estudos de Fleury et al. (2014) e seu aprofundamento acerca do desejo sexual feminino no contexto relacional, constatando que o distanciamento do parceiro é um dos fatores que promovem a queda do desejo sexual e conflitos no relacionamento. Ou seja, a presença de disfunções sexuais em um parceiro pode influenciar no surgimento das mesmas no outro,

dessa forma tornou-se claro que a perda do desejo sexual influencia e é influenciada pelo parceiro, sendo assim uma questão do casal e não um problema individual.

Em relação à imagem corporal e outros aspectos relativos ao corpo e autoestima, segundo Soares, A. N. Silveira, B. V. D. & Reinaldo, A. M. D. S. (2010), a sexualidade saudável diz respeito à expressão da afetividade, dessa forma, a conexão com o outro está ligada à autoestima e ao bem-estar pessoal. Para Campagna e Souza (2006), existe uma pressão social pautada em modelos de beleza, vinculada aos meios de comunicação, que valoriza ao extremo a aparência física, mais precisamente a magreza. Com isso, a insatisfação com a própria imagem corporal e baixa autoestima cresceu cada vez mais, juntamente com os distúrbios alimentares, principalmente em adolescentes do sexo feminino, interferindo diretamente na sexualidade.

Já a segunda pergunta dizia respeito a outros problemas percebidos em si mesmo em relação ao desejo sexual hipoativo. Os resultados novamente apontam o importante papel que o déficit, ausência de determinadas respostas ou posturas recaem sobre o problema, o que pode ser indicado novamente pela presença relevante da palavra “falta”. Além disso, a análise de similitude (Figura 3) mostra a conectividade direta entre o discurso em torno da “falta”, “parceiro” e “interesse”. Alguns exemplos:

“Sim. Preguiça, falta de animo”, (...) Falta de experiência. (...) Falta de química com o parceiro”, às vezes falta de interesse de querer conhecer a pessoa, no início digo”(...) “ Falta de interesse, de insegurança, saber realizar de modo correto...” (...) quando o foco está no trabalho ou em realizar algum feito específico, esse foco pode atrapalhar o interesse sexual.”

A análise textual dos respondentes da nossa amostra indica o papel que o parceiro exerce na própria percepção de autossatisfação sexual, mostrando que, sobretudo a falta de

interesse do mesmo tem um papel importante no desejo sexual hipotativo, o que ressalta a relação indissociável “eu X outro” nas relações íntimas.

Como mencionado anteriormente, pautado nos estudos de Fleury et al. (2014), ao analisar uma relação, ambos os lados devem ser levados em consideração, partindo do princípio que um interfere no outro.

A terceira e última pergunta aberta pediu aos participantes que definissem o que seria a satisfação sexual para eles. Como podemos ver na Tabela 5 as palavras “prazer”, “íntimidade”, “parceiro” e “desejo” foram as mais recorrentes e a análise de similitude resumida na Figura 3 nos dá a entender que o papel do “parceiro” está íntimamente relacionado com o “prazer” e com a “íntimidade”. Podemos ver também a palavra “estar” conectando esses dois temas, pela presença do substantivo masculino “bem-estar” indicando que a satisfação sexual tem forte relação com o bem-estar consigo mesmo e com o parceiro como caminho para obtenção de prazer:

(...) tendo um bom estado de bem-estar é possível estar bem na satisfação sexual, (...) Envolvimento, bem-estar, resolução de conflitos internos, (...) Boa sintonia entre ambas as partes e bem estar consigo mesmo, (...) Entrosamento e bem estar do casal.

Esses dados nos mostram que os participantes buscam por plenitude, sensação de inteireza, harmonia e equilíbrio em seu discurso sobre a satisfação sexual e as relações. Segundo Caridade (2020), tais aspectos estão ligados ao conceito de saúde, sendo este a união de perspectivas do corpo, do imaginário, do social, do psíquico e do espiritual. Em outras palavras, reflete na vitalidade, gosto de si, gozo de viver, na sexualidade, entre outros. Para ela, a insatisfação sexual acarreta o sofrimento psíquico e emocional, ou seja, o prazer e bem-estar estão íntimamente relacionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo sobre o Desejo Sexual Hipoativo possibilitou uma visão geral da sexualidade e impactos na qualidade de vida, assim como na forma de se relacionar e vivenciar a sexualidade desde a antiguidade até os dias atuais, perpassando pelo sexo com foco na reprodução, o sexo para obtenção de prazer e fortalecedor de autoestima e laços. As informações foram coletadas por meio de questionário online, possibilitando explorar circunstâncias do cenário atual, levando em conta sua diversidade.

Este é um tema que particularmente me chama muito à atenção, especialmente por observar casais de longa data e perceber um distanciamento sexual, especialmente por parte da mulher. Levantei diversos questionamentos a respeito do contexto relacional que determina que a mulher tenha o dever de satisfazer sexualmente seu companheiro, ignorando a história e as vivências do casal e a participação do marido na satisfação sexual de sua companheira, comprovando que o prazer sexual feminino ainda é negligenciado.

Segundo a amostra, alguns fatores ganharam destaque como possíveis causadores do desejo Sexual Hipoativo. Dentre tais, podemos citar os transtornos psicológicos, baixa autoestima, questões hormonais, falta de diálogo e intimidade com o parceiro e experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo. Desse modo, concluiu-se que há uma grande complexidade no estudo da sexualidade, uma vez que diversos fatores de natureza variada contribuem na queda do desejo sexual.

A pesquisa contou com amostra diversificada, contendo homens e mulheres de diferentes faixas etárias, estado civil, orientação sexual, escolaridade e condição socioeconômica. Devido a isso não contempla um contexto específico, de modo que, para maior clareza sobre saúde sexual e desejo sexual hipoativo de um público específico faz-se necessário realizar uma análise cautelosa e personalizada.

Foram utilizadas fontes da literatura brasileira com foco em sexualidade e desejo sexual hipoativo, porém, para este momento, devido às normas de TCC (trabalho de conclusão de curso) que limita o tamanho do trabalho escrito, alguns dados não foram explorados, como a diferenciação de resposta por indivíduos de diversas condições socioeconômicas, orientação sexual e divergências da resposta sexual feminina e masculina, tendo as informações utilizadas como fonte de dados para trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H, N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Archives of Clinical Psychiatry*, 33(3), 162-167.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300006>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statical manual of mental disorders*. 4th edition. 303-373.
- Bevilacqua, L.A. (2010). Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e autoestima em mulheres ativas.
- Sawada, Namie (2015). Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Rev Rene*, 16(4),576-585.

- Campagna, V. N., & Souza, A. S. L. D. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de psicologia*, 56(124), 9-35.
- Cardoso, D. B. R., Almeida, C. E., de Santana, M. E., de Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2015). Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(4), 576-585. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400015>
- Caridade, M. D. A. R. (2020). Sexualidade e Saúde Emocional. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 21(1). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v21i1.267>
- Caridade, S. & Machado, C. (2008). Violência sexual no namoro: Relevância da prevenção. 22(1), 77-104. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i1.339>
- Carvalho, T. A. M. (2013) *Determinantes da satisfação conjugal: Felicidade, Bem-estar subjetivo, personalidade e satisfação sexual*. (Dissertação de mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga.
- Cavalcanti, M. (1994) *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. Vol 5, nº 2. 139-141.
- Damasceno, V. O., Vianna, V. R., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2008). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 14(2), 81-94.
- Fleury, H. J. Alves, M. B. L. & Abdo, C. H. N. (2014) Desejo sexual em mulheres jovens em relacionamentos estáveis. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, (3), 144-147.
- Fortes, L. D. S. & Almeida, S. D. S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Imagem corporal e transtornos alimentares em atletas adolescentes: uma revisão. 18 (4), 667-677. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000400009>

- Freitas, K. M. D. A. Silva, R. D. V. & Silva, R. M. D. (2004). Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, no. 1, p. 121-128. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v26i1.1633>
- Janeiro, J. M. D. S. V., Oliveira, I. M. S., Rodrigues, M. H. G., Maceiras, M. D. J., & Rocha, G. M. M. (2013) As atitudes sexuais, contraceptivas, o locus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26(4), 505-512. <https://doi.org/10.5020/18061230.2013.p505>
- Lara, Lúcia Alves da Silva. (2009). Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (12), 583-585. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001200001>
- Lara, L. A. D. S., Silva, A. C. J. D. S. R., Romão, A. P. M. S., & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(6), 312-321. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600008>
- Lucas, C. O., Oliveira, C. M. & Monteiro, M. I. A. (2009). Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Mudanças*, 17 (2), 101-112. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v17n2p101-112>
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B. & Eizerik. (2008). Resposta Sexual Humana. *Revista Ciências Médicas*, 17(3/6).
- Marriel, L. C., Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R.V. C. (2006). Violência escolar e autoestima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 36(127), 35-50. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000100003>
- Oliveira, D. M. D., Jesus, M. C. P. D. & Merighi, M. A. B. (2008) Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Texto &*

Contexto-Enfermagem, 17(3), 519-526. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300013>

Piccoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L. & Juruena, M. (2000) Curso e prognóstico da depressão - Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 27(2), 93-103.

Rohden, F. (2012) A “criação” da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade e envelhecimento. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 196-219.

Sanches, R. F., Assunção, S., & Hetem, L. A. B. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 32 (Supl. 1), 71-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700011>

Silva, A. L. & Maia A. C. C. O. (2008). A evolução da sexualidade masculina através do travamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo-comportamental. *Cadernos UniFOA*, 3(1), 87-96.

Soares, A. N. Silveira, B. V. D. & Reinaldo, A. M. D. S. (2010) Oficinas de Sexualidade em Saúde Mental: Relato de Experiência. *Cogitare Enfermagem*. 15(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v15i2.17874>

Souza, F. B. C., Drezett, J., Meirelles, A. D. C., & Ramos, D. G. (2012). Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprodução & Climatério*, 27(3), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002>

Souza, F. G. D. M. (1999). Tratamento da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(Supl. 1), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500005>

Sprecher, S., Christopher, F. S., & Cate, R. (2006). Sexuality in close relationships. In A. Vangelisti, & Perlman, D. (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships*. 463-482. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606632.026>

APÊNDICE

APÊNDICE A – TABELA DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Tabela A1

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P
Transtornos psicológicos	700	,00	10,00	8,3114	2,26503
Baixa autoestima	700	,00	10,00	7,5286	2,67891

Questão hormonal	700	,00	10,00	7,3857	2,65624
Experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo	700	,00	10,00	7,3500	2,97227
Falta de diálogo e intimidade com o parceiro	700	,00	10,00	7,1886	2,90062
Insatisfação em relação à aparência física	700	,00	10,00	6,9114	2,75164
Sobrecarga de atividades e compromissos no trabalho e/ou estudos	700	,00	10,00	6,9114	2,72972
Nota Relação	700	,00	10,00	6,6129	2,35680
Falta de novidade e variedade no sexo ao longo de um mesmo relacionamento	700	,00	10,00	6,3900	2,93675
Doenças físicas	700	,00	10,00	6,3014	3,15625
Criação repressora em relação à sexualidade	700	,00	10,00	6,2343	3,23155
Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual	700	,00	10,00	5,9400	3,07360
Uso de medicamentos, álcool ou outros tipos de drogas	700	,00	10,00	5,9400	3,12713
Preocupação e responsabilidade com os filhos	700	,00	10,00	5,9157	3,09922
Número válido	700				

Nota: D.P= Desvio Padrão.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO

Questionário: Desejo Sexual Hipoativo

Idade: _____

Identidade de gênero:

Masculino

- Feminino
- Mulher transexual
- Homem transexual
- Travesti
- Intersexo
- Outros

Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outros

Orientação sexual:

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Assexual
- Outros

Escolaridade:

- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto

- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo
- Ensino superior incompleto
- Outros.

Condição sócio econômica:

- Renda familiar entre 1.000 e 3.000 reais
- Renda familiar entre 3.001 e 6.000 reais
- Renda familiar entre 6.001 e 9.000 reais
- Renda familiar acima de 9.001

Que nota daria para sua satisfação sexual desde zero (nada satisfatória) até 10 (totalmente satisfatória) _____

O Desejo sexual hipoativo é definido como ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual. Você já identificou essa condição em você?

- sim mas no passado
- Sim, no presente momento
- Não, mas não descarto tal possibilidade no futuro
- Não e acredito que não acontecerá comigo

Você acredita que uma baixa ou perda do interesse pelo sexo se dá por:

- Criação repressora em relação à sexualidade:

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente..... plenamente

- Questões hormonais:

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente.....plenamente

-Transtornos psicológicos (Ansiedade, depressão):

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente..... plenamente

-Doenças físicas:

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente.....plenamente

Preocupações e responsabilidades com filhos

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente.....plenamente

Sobrecarga de atividades e compromissos no trabalho e (ou) nos estudos.

0 _____ 5 _____ 10

Discordo Concordo
plenamente..... plenamente

Uso de medicamentos, álcool ou outros tipos de drogas.

0 _____ 5 _____ 10

Discordo _____ Concordo _____
plenamente..... plenamente

Insatisfação em relação à aparência física.

0 _____ 5 _____ 10

Discordo _____ Concordo _____
plenamente..... plenamente

Baixa autoestima.

0 _____ 5 _____ 10

Discordo _____ Concordo _____
plenamente..... plenamente

Experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo.

0 _____ 5 _____ 10

Discordo _____ Concordo _____
plenamente..... plenamente

A falta de novidade e variedade no sexo ao longo de um mesmo relacionamento

0 _____ 5 _____ 10

Discordo _____ Concordo _____
plenamente..... plenamente

Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual

0 _____ 5 _____ 10
Discordo _____ Concorde
plenamente.....plenamente

Falta de dialogo e intimidade com o parceiro

0 _____ 5 _____ 10
Discordo _____ Concorde
plenamente..... plenamente

A outro problema percebido no parceiro. Qual? _____.

0 _____ 5 _____ 10
Discordo _____ Concorde
plenamente.....plenamente

A outro problema percebido em si mesmo. Qual? _____.

0 _____ 5 _____ 10
Discordo _____ Concorde
plenamente..... plenamente

1. Há outro problema percebido no parceiro. Qual?

2. Há outro problema percebido em si mesmo. Qual?

3. Para você a satisfação sexual está diretamente ligada à:

APÊNDICE C – GRÁFICOS DA AMOSTRA

Gráfico C1

Identidade de gênero

Identidade de gênero

700 respostas

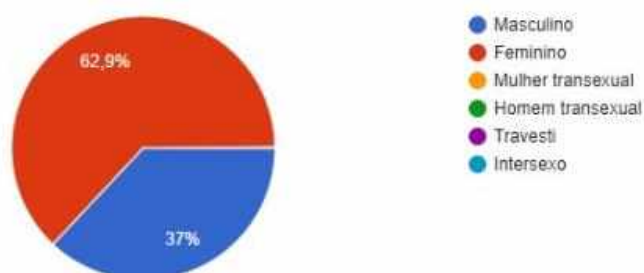


Gráfico C2

Orientação sexual

Orientação sexual

700 respostas

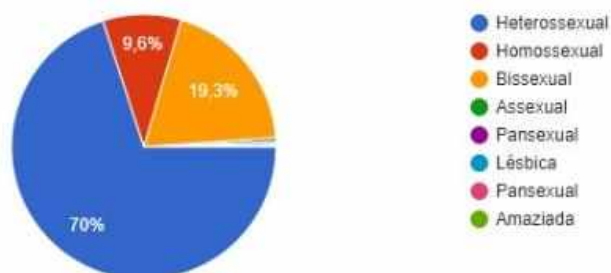


Gráfico C3

Escolaridade

Escolaridade

700 respostas

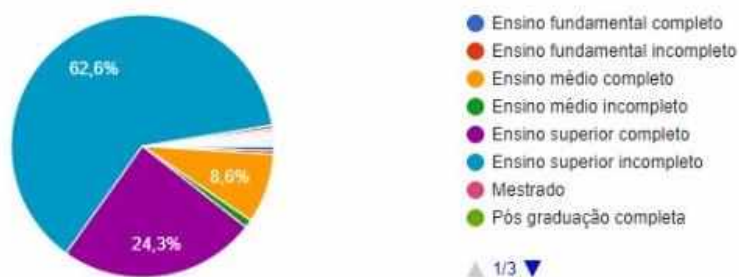
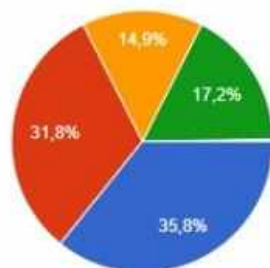


Gráfico C4

Condição socioeconômica

Condição socioeconômica

696 respostas



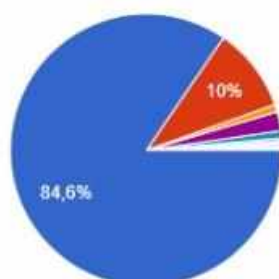
- Renda familiar entre 1.000 e 3.000 reais
- Renda familiar entre 3.000 e 6.000 reais
- Renda familiar entre 6.000 e 9.000 reais
- Renda familiar acima de 9.000 reais
- Desempregado
- 900,00

Gráfico C5

Estado civil

Estado Civil

700 respostas



- Solteiro(a)
 - Casado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
 - Namorando
 - Namorando
 - União estável
 - Namoro
- ▲ 1/2 ▼

Gráfico C6

O desejo sexual hipoativo é definido como ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual.

O transtorno do Desejo sexual hipoativo é definido como ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual. Você já identificou essa condição em você?

700 respostas



Gráfico C7

Nota para satisfação sexual.

Que nota daria para sua satisfação sexual desde zero (nada satisfatória) até 10 (totalmente satisfatória)

700 respostas

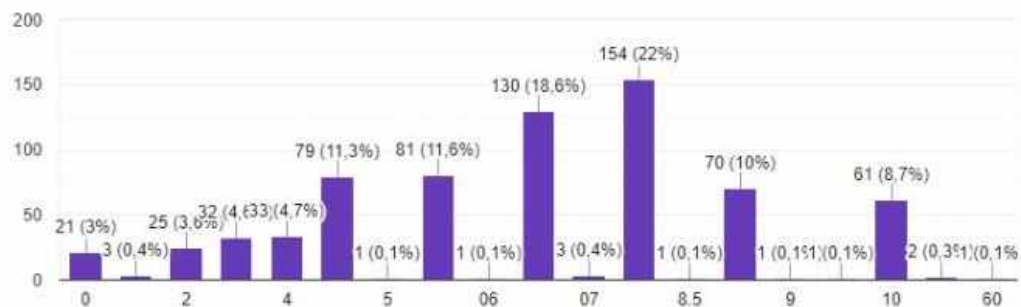


Gráfico C8

Criação repressora em relação à sexualidade.

Criação repressora em relação à sexualidade:

700 respostas

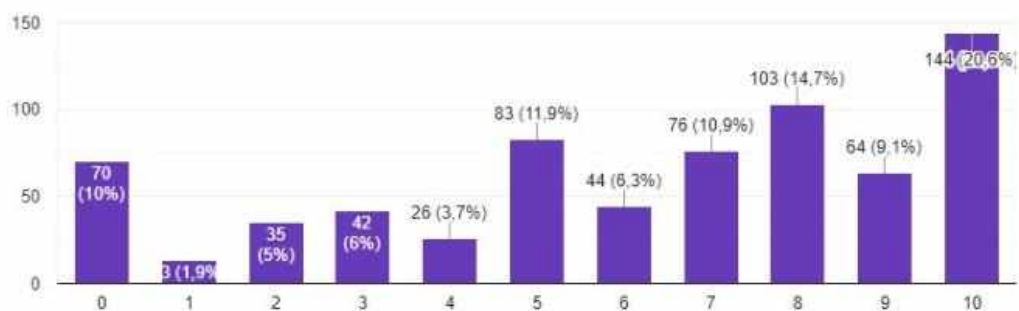


Gráfico C9

Questões hormonais

Questões hormonais:

700 respostas

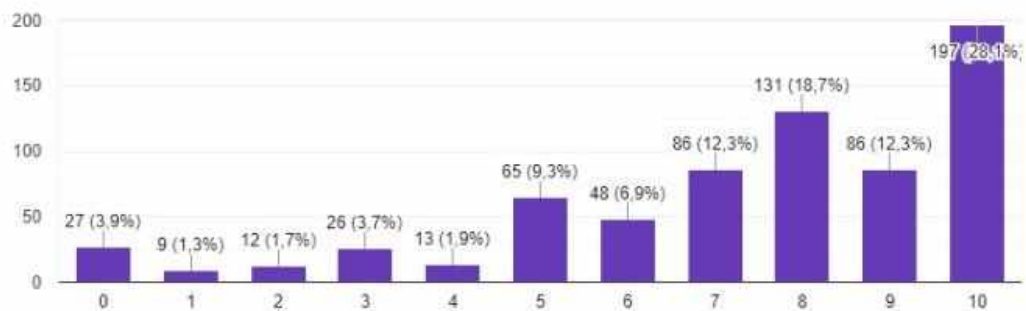


Gráfico C10

Transtornos psicológicos

Transtornos psicológicos (Ansiedade, depressão):

700 respostas

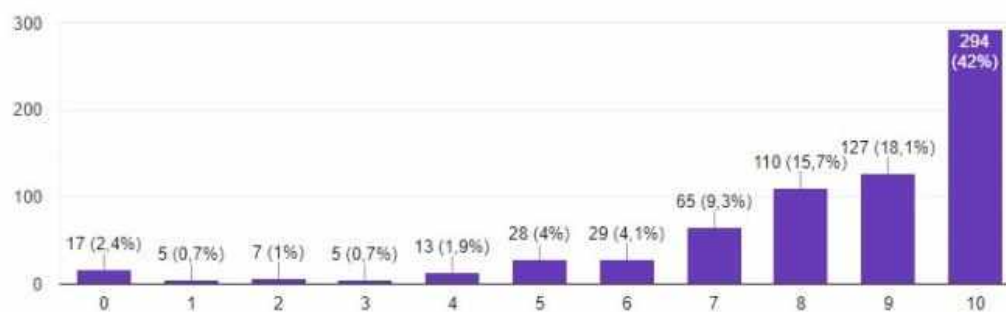


Gráfico C11

Doenças físicas

Doenças físicas:

700 respostas

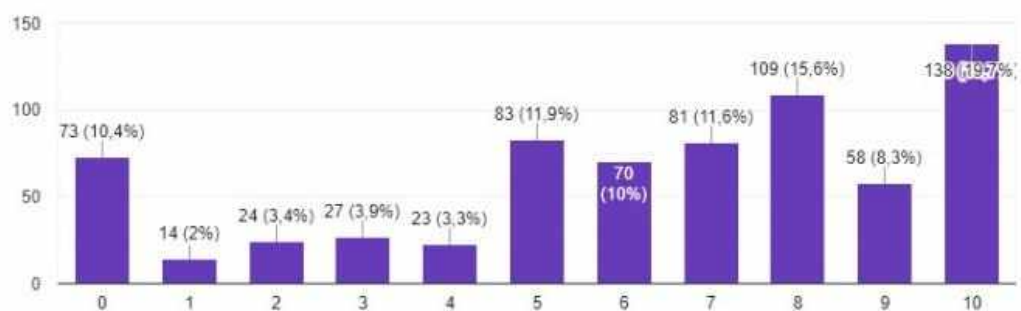


Gráfico C12

Preocupações e responsabilidades com filhos

Preocupações e responsabilidades com filhos:

700 respostas

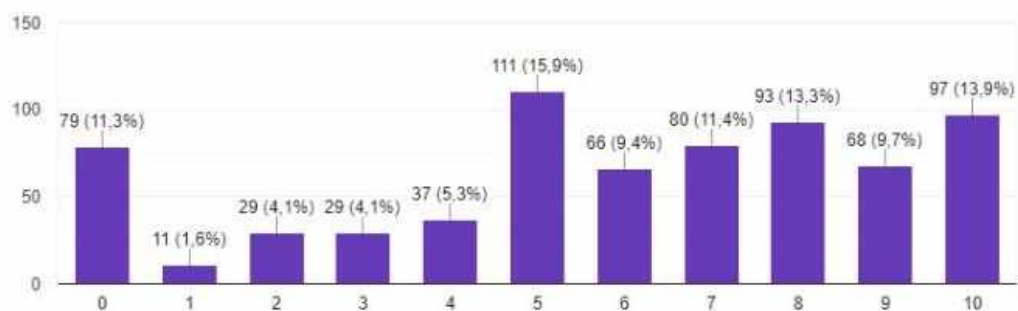


Gráfico C13

Sobrecarga de atividades e compromissos no trabalho e/ou nos estudos

Sobrecarga de atividades e compromissos no trabalho e (ou) nos estudos:

700 respostas

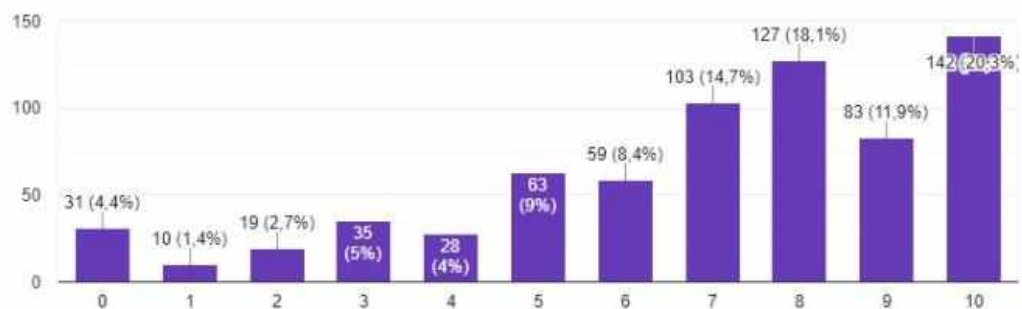


Gráfico C14

Uso de medicamentos, álcool ou outros tipos de drogas

Uso de medicamentos, álcool ou outros tipos de drogas:

700 respostas

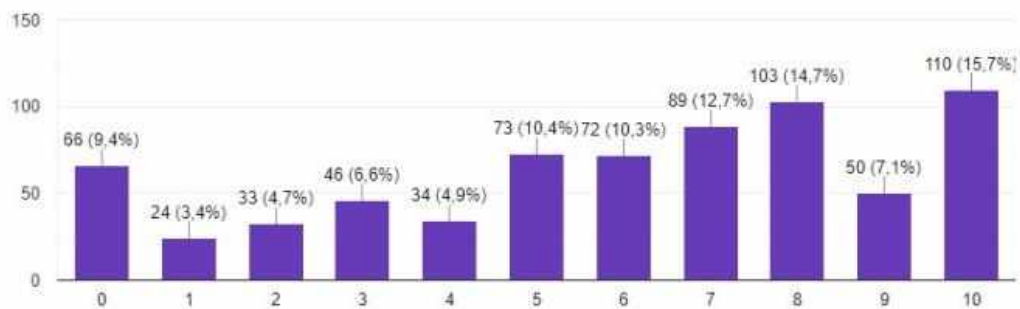


Gráfico C15

Insatisfação em relação à aparência física

Insatisfação em relação à aparência física:

700 respostas

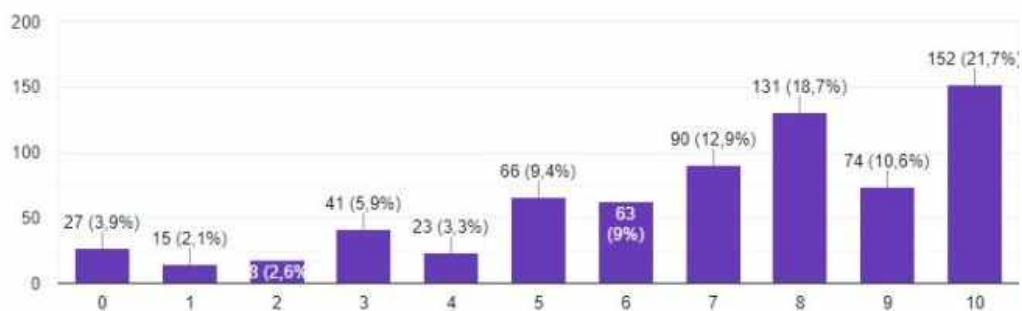


Gráfico C16

Baixa autoestima

Baixa autoestima:

700 respostas

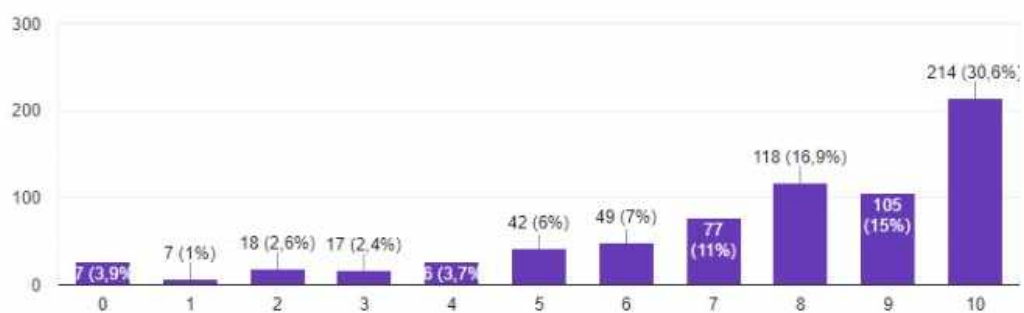


Gráfico C17

Experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo

Experiências anteriores negativas relacionadas ao sexo:

700 respostas

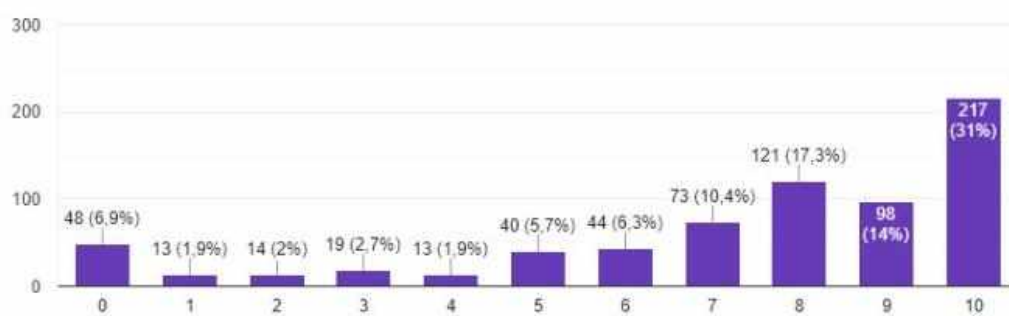


Gráfico C18

Falta de novidade e variedade no sexo ao longo de um mesmo relacionamento

Falta de novidade e variedade no sexo ao longo de um mesmo relacionamento:

700 respostas

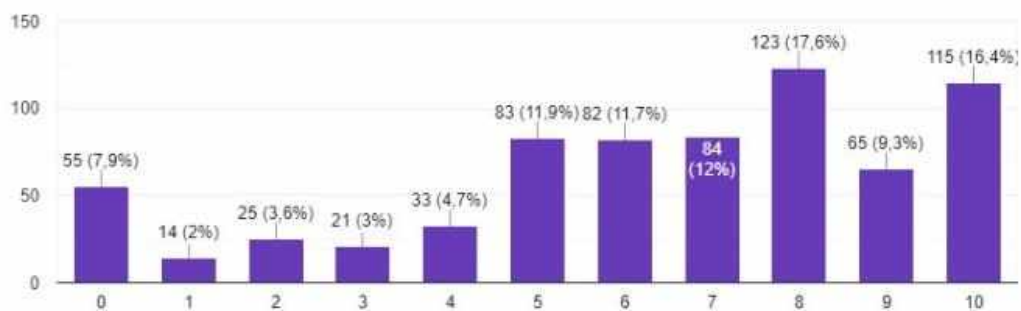


Gráfico C19

Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual

Baixa habilidade do parceiro na esfera sexual:

700 respostas

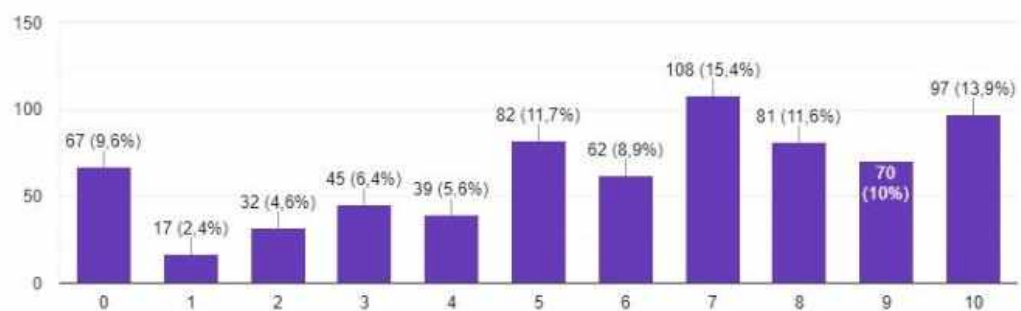


Gráfico C20

Falta de diálogo e intimidade com o parceiro

Falta de diálogo e intimidade com o parceiro:

700 respostas

