



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2011

**ANA CATARINA
PEREIRA NUNES
VERÍSSIMO**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA PERTURBAÇÃO DE
EXCITAÇÃO GENITAL PERSISTENTE**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2011

**ANA CATARINA
PEREIRA NUNES
VERÍSSIMO**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA PERTURBAÇÃO DE
EXCITAÇÃO GENITAL PERSISTENTE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica do Doutor Pedro Nobre, Professor auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Alexandra Carvalheira
professora auxiliar do Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Prof. Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre
professor auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Professor Doutor Pedro Nobre pela disponibilidade, colaboração e profissionalismo.

A todos os membros do *psas_group* por me terem ajudado a compreender melhor os diversos aspectos que envolvem a Perturbação de Excitação Genital Persistente e pela constante partilha das suas histórias de vida.

Às colegas de Mestrado pelas opiniões e dúvidas partilhadas e por todas as reflexões trocadas.

À minha família, aos meu pais pela incansável força e apoio que me transmitiram ao longo destes anos e, mais uma vez, nesta etapa essencial da minha vida.

Ao Nuno, pelo companheirismo e pelo estímulo ao criar diariamente os verdadeiros motivos para continuar.

palavras-chave

Disfunções Sexuais Femininas, PGAD, Factores Psicológicos, Personalidade, Crenças Sexuais, Psicopatologia

resumo

A PGAD é uma condição que raramente é diagnosticada e da qual ainda pouco se conhece. Para as mulheres que diariamente vivem com todos os sintomas de forma intrusiva e incontrolável inerentes à PGAD, esta é causa de um elevado *distress* a nível físico e psicológico. Esta perturbação é caracterizada por uma excitação involuntária na zona genital e que não está associada a desejo sexual e/ou à presença de estímulos sexuais. Nos últimos cinco anos têm existido crescentes estudos empíricos nomeadamente na procura de causas e tratamentos específicos. Desta forma, considera-se a possível inclusão da PGAD como nova entidade clínica de diagnóstico das disfunções sexuais femininas (Balon, 2010). O presente estudo tem como objectivo principal explorar variáveis psicológicas associados à PGAD, nomeadamente traços de personalidade, crenças sexuais e sintomas psicopatológicos. O estudo envolveu 43 mulheres com PGAD e 42 sem história de PGAD (grupo de controlo). Os instrumentos utilizados foram o *NEO-FFI – Inventário de Personalidade* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992), o *Breve Inventário de Sintomas* (BSI; Derogatis & Spencer, 1982) e o *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais* (SDBQ - versão feminina; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003). Os resultados indicaram que as mulheres com PGAD apresentam significativamente menor abertura enquanto traço de personalidade, mais crenças sexuais disfuncionais (e.g. conservadorismo sexual) e maior sintomatologia psicopatológica (e.g. ansiedade, depressão, somatização, psicoticismo) comparativamente ao grupo de controlo. No geral, os resultados obtidos sugerem que as variáveis psicológicas estudadas estão associadas à PGAD, podendo desempenhar um papel na sua etiologia e manutenção.

keywords

Female Sexual Dysfunctions, PGAD, Psychological Dimensions, Personality, Sexual Beliefs, Psychopathology

abstract

PGAD is a rare clinical condition characterized by an involuntary arousal in the genital area which is not associated with sexual desire and/or the presence of sexual stimulus. For individuals who experienced PGAD symptoms as intrusive and unwanted, this is the cause of considerable physical and psychological distress. In the last five years, there has been increasing empirical studies on potential causes and treatments for PGAD. Moreover, this condition is considered for possible inclusion as a new clinical diagnosis of female sexual dysfunction (Balon, 2010). The main purpose of the present study was to explore psychological variables associated to PGAD, including personality traits, sexual beliefs, and psychopathological symptoms. The sample was composed of 43 women with PGAD and 42 without history of PGAD (control group). The measures used were: the *NEO-FFI – Personality Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992), the *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Spencer, 1982) and the *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (SDBQ – female version; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003). The results indicated that women with PGAD have significantly less openness to experience as a personality trait, more sexual dysfunctional beliefs (e.g. sexual conservatism) and higher psychopathological symptoms (e.g. anxiety, depression, somatisation and psychoticism) compared to the control group. Overall, findings suggest that these psychological dimensions are associated with PGAD and may play a role on its etiology and maintenance.

ERRATA

<i>Página</i>	<i>Linha</i>	<i>Coluna</i>	<i>Onde se lê</i>	<i>Deve ler-se</i>
Índice	2		História	Histórica
1	18		História	Histórica
12	3		df = 81	df = 83
12	3		$p = .059$	$p < .001$
12	3-5		sendo que relativamente às habilitações literárias as diferenças não foram estatisticamente significativas	e habilitações literárias
12	5		($t = -2.116$, df = 83, $p = .184$)	($Z = -2.440$; $p < .05$)
16	4 (na Tabela 3)	4	9.641	9.641**
16	5 (na Tabela 3)	4	4.617	4.617*
16	13 (na última linha do 2º parágrafo)		$p < .05$	$p < .01$
17	5 (na Tabela 4)	4	7.842*	7.842**

Índice

Introdução	1
Terminologia, Perspectiva Histórica e Diagnóstico da PGAD	1
Teorias acerca da etiologia da PGAD	2
Revisão dos estudos sobre PGAD	7
Hipóteses de Tratamento	9
Método.....	11
Participantes	11
Procedimentos	12
Instrumentos	13
Resultados.....	14
Personalidade e PGAD.....	14
Psicopatologia e PGAD.....	15
Crenças Sexuais e PGAD.....	16
Discussão	17
Referências Bibliográficas.....	20
Anexos	24

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas dos Grupo PGAD e Grupo de Controlo	12
Tabela 2. Domínios da Personalidade em função do Grupo PGAD e Grupo de Controlo: <i>Análises Univariadas da Variância</i>	15
Tabela 3. Dimensões da Psicopatologia em função do Grupo PGAD e Grupo de Controlo: <i>Análises Univariadas da Variância</i>	16
Tabela 4. Crenças sexuais em função do Grupo PGAD e Grupo de Controlo: <i>Análises Univariadas da Variância</i>	17

Introdução

Até à data, a maioria dos terapeutas e médicos estão familiarizados com a elevada prevalência dos problemas e queixas sexuais femininas. Incluindo, mas não limitado a, o desejo sexual hipoactivo, as perturbações da excitação sexual e do orgasmo e da dor sexual. Menos comum e mais misterioso é o relato apresentado por um pequeno número de mulheres de uma excitação sexual inabalável (Leiblum & Nathan, 2001).

Apesar de pouco frequente, esta condição é intrigante e perturbadora, não só por causa do seu início súbito, mas também por causa dos sentimentos de vergonha e desconforto que a acompanham (Leiblum & Nathan, 2002).

Ao longo dos anos tem existido uma atitude de maior abertura no que toca à partilha de diversos aspectos acerca da sexualidade feminina em geral (Leiblum, 2006). E a publicação do primeiro artigo (Leiblum & Nathan, 2001) no qual se começou a traçar um primeiro esboço do que seria a Perturbação de Excitação Genital Persistente é exemplo disso mesmo, esta condição começou a ganhar terreno e diversas mulheres passaram a identificar-se e a dar o seu testemunho na procura de uma ajuda e também na difusão e partilha de uma mensagem acerca de uma condição que frequentemente é motivo de dúvidas e mesmo desconhecimento junto dos clínicos.

Terminologia, Perspectiva Histórica e Diagnóstico da PGAD

A Perturbação de Excitação Genital Persistente foi pela primeira vez descrita em 2001 e considerada uma perturbação sexual designada por “síndrome de excitação sexual persistente” referida pela sigla PSAS - *Persistent Sexual Arousal Syndrome* - (Leiblum & Nathan, 2002). As mulheres descreviam os sintomas como preocupantes e aflitivos, em vez de sexualmente satisfatórios. E em que todas as iniciativas sexuais aconteciam não na procura do prazer, mas sim no alívio dos sintomas genitais (Leiblum, 2006). Deste modo, Leiblum, Seehuus e Brown (2007) passaram a considerar a condição como tendo uma causa genital e renomearam-na como *Persistent Genital Arousal Disorder* (PGAD), já que se tornou aparente que os sintomas eram mais genitais que sexuais – assim, e devido à referência universal e actual da sigla PGAD, no presente estudo será esta a terminologia frequentemente utilizada ao longo do texto. Desta forma, a PGAD assume-se assim como

uma condição física (*genital*) que conseqüentemente afecta o psicológico (*disorder*), pois as mulheres passam a ter que lidar todos os dias com os sintomas que a nível emocional as perturbam e persistentemente lhes condicionam o estilo de vida. No estudo de Waldinger & Schweitzer (2009), os dois autores designaram apropriadamente a perturbação por “síndrome dos genitais inquietos” ou *Restless Genital Syndrome* devido ao síndrome das pernas inquietas estar associada à maioria das mulheres com PGAD avaliadas no estudo.

Apesar de então ser recente a sua descrição na literatura, no século XX o psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing descreveu sintomas semelhantes ao analisar a ninfomania (Corredor, 2010; Leiblum, 2006).

Em 2003, a PGAD foi incluída como diagnóstico provisório no âmbito das disfunções sexuais femininas por uma comitê internacional de peritos que então desenvolveu os seguintes critérios para esta perturbação:

- ✓ Excitação involuntária na zona do clitóris e zona genital que persiste por longos períodos de tempo (horas, dias, meses);
- ✓ A excitação fisiológica genital não desaparece depois de atingir um ou mais orgasmos;
- ✓ A excitação genital não está directamente relacionada com sentimentos de desejo sexual, esta pode ser desencadeada por estímulos cuja a origem não é de cariz sexual;
- ✓ A causa da excitação genital persistente não consegue ser identificada;
- ✓ Os constantes sentimentos de excitação genital são vividos de forma intrusiva, incontrolável e indesejada (Basson et al., 2003).

As diferentes componentes desta perturbação ocorrem sem existir um motivo aparente e persistem por períodos longos de tempo, tudo isto é vivenciado por mulheres que há uns anos atrás não falavam acerca do que mais as incomodava a nível sexual devido a sentimentos de vergonha, culpa e embaraço (Leiblum, Brown, Wan & Rawlinson, 2005).

Teorias acerca da etiologia da PGAD

A prevalência da PGAD nas mulheres ainda é desconhecida e representa uma condição intrusiva e que potencia elevados níveis de sofrimento emocional (*distress*), cuja etiologia ainda não está de todo determinada (Leiblum & Seehuus, 2009).

Por vezes, esta perturbação ainda é confundida com hiper-sexualidade (que se manifesta por uma alta frequência de fantasias sexuais, masturbação e pensamentos intrusivos de índole sexual e coito) mas na PGAD não é descrito qualquer desejo sexual. Porém, as mulheres descrevem as mesmas sensações espontâneas sentidas no clitóris ou na vagina e ainda a necessidade de aliviar essas mesmas sensações por via da estimulação sexual (Leiblum & Seehuus, 2009). A excitação persistente é reportada como uma excitação que dura horas, dias ou mesmo semanas e que não é atenuada por um ou mais orgasmos. Isto é, os sintomas fisiológicos tendem a persistir por um longo período de tempo e aparecem mesmo em situações de carácter neutro, sem estímulo sexual aparente. Estes sinais são experienciados de forma intrusiva e indesejada e as mulheres sentem-se consideravelmente culpadas, ansiosas e frustradas devido à sua permanente excitação. Devido a todos estes sintomas, as mulheres podem ter uma extrema sensibilidade na zona genital o que as leva a evitar o contacto com certo tipo de roupas (mais justas e apertadas), conduzir, andar de bicicleta entre outras actividades que fazem parte do seu quotidiano. Estas mulheres podem ter muitos orgasmos por dia, facto que também acaba por desestabilizar o trabalho e o sono. Ter sexo não providencia qualquer alívio e os orgasmos também não ajudam a que a sua condição melhore ou diminua de intensidade (Leiblum & Seehuus, 2009).

Outros autores identificaram dois subtipos de PGAD: um grupo de mulheres que interpreta os sintomas como parte da sua natureza sexual, sem avaliações negativas sobre os mesmos - ao qual designaram de grupo não-PGAD. E o grupo PGAD que interpreta os sintomas de forma negativa, avaliando-os como intrusivos e associando-os frequentemente a um estado de afecto negativo. As mulheres deste grupo seriam mais vulneráveis a perturbações de ansiedade e humor (Leiblum, Seehuus, Goldmeier & Brown, 2007; Leiblum, Brown, Wan & Rawlinson, 2005).

Com base nos pressupostos acima mencionados, Leiblum e Chivers (2007) referiram que para algumas mulheres as consequências psicológicas resultantes da PGAD seriam mais desagradáveis e preocupantes do que as físicas. Desta forma, a ansiedade assume um papel preponderante na manutenção da perturbação, pelo facto de aumentar a actividade do sistema nervoso autónomo e o agravamento dos sintomas fisiológicos, bem como a presença de mais emoções negativas como o medo e ansiedade. Este mecanismo pode então contribuir para a manutenção e para o intensificar dos sintomas. Deste modo, as

autoras propuseram um modelo psicológico que envolve: 1) uma detecção da resposta genital espontânea; 2) uma avaliação dessa resposta como inapropriada ou negativa; 3) o experienciar de ansiedade relacionada com a avaliação e 4) a ansiedade, por sua vez, aumenta a actividade do sistema nervoso simpático que estaria ligada a uma elevada percepção das respostas genitais e conseqüentemente a uma atenção focalizada nessas mesmas sensações. As autoras relacionaram este modelo ao modelo cognitivo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e relataram que as mulheres com PGAD têm uma maior prevalência de perturbações de ansiedade do que as mulheres com excitação genital persistente que não sentem sofrimento emocional relativamente às suas sensações genitais.

Segundo Joannides (2010) a PGAD é uma condição sexual desconhecida (e até incomum) e que começou a ter uma maior visibilidade e posterior impacto através da Internet, com a criação de *websites* e *blogs* temáticos sobre o assunto e onde muitas mulheres começaram a expor os seus casos e a partilhar informações relativas à doença. O que fez com que mais mulheres começassem a entender melhor a condição que as afectava permanentemente. Vários estudos têm sido feitos no sentido de determinar quais as possíveis causas da PGAD. As duas áreas que têm sido mais estudadas são:

a) Mulheres que após a menopausa referem ter uma nevralgia do nervo pudendo, o que causa um impacto directo no clitóris e leva a que as mulheres recorram a um procedimento designado de “bloqueio do nervo pudendo”.

b) Mulheres que têm um passado marcado pela psicopatologia, entre perturbações de ansiedade (perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva) e perturbações de humor (depressão major, depressão bipolar).

Alguns autores (Mahoney & Zarate, 2007; Leiblum, Seehuus, Goldmeier & Brown, 2007) também referem existir uma relação entre os sintomas da PGAD e o uso de Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Salientando um caso de uma mulher de 32 anos em que os sintomas pareciam estar associados ao início da toma da medicação anti-depressiva e que a descontinuação da mesma encontrava-se intimamente relacionada com o alívio da condição. Porém, este caso é o único referido em toda a literatura, nos restantes (que serão mencionados posteriormente) o início dos sintomas aparece claramente associado à descontinuação da medicação e não ao início da toma. A maioria dos estudos aponta também para uma clara associação entre o uso dos anti-

depressivos e a diminuição da libido/supressão sexual. Ainda assim a literatura refere a existência de alguns casos em que a medicação induziu uma hipersexualidade.

Por outro lado, Leiblum e Goldmeier (2008) publicaram um estudo com cinco casos de mulheres que indicaram o início dos sintomas após a retirada da medicação anti-depressiva com ISRS's. Dos cinco casos, quatro fizeram uso da venlafaxina que é referida na literatura como impulsionadora do desenvolvimento da PGAD. A literatura ainda refere que os medicamentos anti-depressivos podem ter efeitos secundários aquando da sua descontinuação, e tal como sugerem os autores a retirada da medicação dos ISRS's pode causar um aumento da vasodilatação da vulva. Porém o estudo não explica os motivos pelos quais essa vasodilatação se limita apenas à área genital. Noutro estudo de Leiblum e Goldmeier (2008 cit. por Pereira, Silva & Nardi, 2010) com seis casos de PGAD, duas mulheres relataram sintomas obsessivo-compulsivos e ansiógenos e uma outra mulher tinha um diagnóstico de ansiedade grave. Os autores propõem assim que a excitação genital em conjunto com quadros clínicos de ansiedade podem favorecer o desenvolvimento dos sintomas da PGAD.

Segundo os autores Leiblum (2006) e Leiblum, Seehuus, Goldmeier e Brown (2007) até à data não existe nenhum consenso acerca da etiologia da PGAD mas algumas hipóteses têm sido estudadas: a) alterações neurológicas centrais (e.g. traumatismos, lesões cerebrais específicas); b) alterações neurológicas periféricas (e.g. hipersensibilidade do nervo pélvico); c) alterações vasculares (congestão pélvica, varizes pélvicas); d) pressão genital devido a tumores, por exemplo; e) alterações induzidas por medicação; f) alterações psicológicas (*stress*) ou uma combinação de todos ou alguns destes factores. Leiblum (2006) definiu assim que para além das causas neuroquímicas e neurovasculares que podem estar na origem desta condição, as causas psicológicas também assumem a sua importância. Como exemplo desta últimas causas, Leiblum expõe um caso de uma mulher de 23 anos para a qual as palavras com conteúdo sexual eram o suficiente para estimular de imediato sentimentos de excitação genital persistente. Nappi et al. (2005) referem também a existência de casos de mulheres que parecem não ter uma causa determinante e específica quanto à presença dos sintomas.

Outros estudos têm associado o agravamento dos sintomas a um padrão de consumo excessivo de alimentos à base de soja (Amsterdam, Abu-Rustum, Carter & Krychman, 2005) e também ao síndrome das pernas inquietas que faz com que os sintomas

da PGAD aumentem de intensidade durante o sono (Wylie, Levin, Hallam-Jones & Goddard, 2006).

Craig (2006) apresentou também um conjunto de cinco hipóteses causais para a PGAD: 1) uma hipersensibilidade pélvica/sexual que faz com que exista um aumento inapropriado das sensações neurológicas sexuais durante a excitação intensa e prolongada; 2) uma dilatação “desordenada” no sistema de veias responsáveis por drenar o sangue da zona pélvica e dos órgãos genitais, levando a uma vasocongestão sanguínea desses locais; 3) factores neurológicos que podem estar associados a lesões cerebrais ou falhas na resposta de um determinado neurotransmissor; 4) mudanças hormonais que podem coincidir com o início da menopausa ou agravamento dos sintomas em determinadas fases do ciclo menstrual e que podem levar a que o tempo da fase refractária seja mínimo ou mesmo inexistente decorrente dos referidos problemas hormonais e 5) a PGAD aparece ainda como uma variante da Perturbação de Gilles de La Tourette em associação com os tiques, masturbação compulsiva, pensamentos intrusivos e antecedentes familiares.

A PGAD consiste numa alteração que provoca uma afluência excessiva de sangue nos órgãos genitais e causa uma excitação repentina e constante, acabando por mergulhar as mulheres afectadas num estado contínuo pré-orgásmico. Segundo o psicólogo e sexólogo Francisco Cabello “trata-se de uma disfunção pouco frequente que se caracteriza pela presença de tensão genital e excitabilidade, mas sem a intervenção de qualquer desejo. Nem sempre conduz ao orgasmo e, mesmo que isso aconteça não costuma desaparecer.” Além disso, verifica-se um dado curioso em termos de diagnóstico: as mulheres com PGAD vão ao ginecologista para se queixar de insatisfação sexual ou de dores durante a penetração, mas não para falar do persistente estado de excitação. A PGAD é mais prevalente nas mulheres que se encontram na fase da menopausa (entre os 40 e os 50 anos) e naquelas que são submetidas a tratamentos hormonais (cit. por Corredor, 2010).

De acordo com um estudo de Leiblum, Brown, Wan e Rawlinson (2005) as condições que desencadeiam os sintomas da excitação genital persistente prendem-se com as sensações físicas como a masturbação/estimulação sexual e as reacções psicológicas de *stress* e ansiedade. Em termos de actividades que provocam o alívio sintomático, o orgasmo aparece como uma condição que provoca um alívio temporário dos sintomas fisiológicos, bem como a distração que igualmente ajuda numa diminuição dos sintomas. A masturbação e o coito aparecem ainda associados com a exacerbação e igualmente com

o alívio sintomático. Em termos da presença de condições médicas e história clínica a maioria das mulheres manifesta um carregado humor depressivo, ansiedade/ataques de pânico, dores de cabeça, hipertensão e pensamentos/comportamentos obsessivos. Assim, postula-se que exista comorbilidade entre a PGAD e algumas condições psicológicas nomeadamente de ansiedade e humor.

Revisão dos estudos sobre PGAD

“I feel like there is an a electrical storm inside my body. It is Hell!!”

A 55-years-old woman

“I can't do anything anymore - I've become incapacitated and I've lost my life here so I want out!”

A 66-years-old woman

Um grupo de investigadores conduziu um estudo durante quatro anos entre 2004 e 2008 com 18 mulheres atendidas no Haga Hospital na Holanda, previamente diagnosticadas com PGAD. Os resultados do estudo foram publicados em duas partes. No primeiro artigo os autores apresentaram os resultados dos exames de ressonância magnética cerebral e da pélvis, electroencefalograma (EEG) e ecografia transvaginal. No EEG as mulheres não apresentaram qualquer irregularidade, à excepção de uma paciente que exibiu actividade epiléptica. As ressonâncias magnéticas não apresentaram qualquer anomalia. As ressonâncias pélvicas não indicaram alterações no clitóris nem na uretra, porém 10 mulheres tinham varizes pélvicas. Sendo que em quatro dessas 10 mulheres as varizes foram consideradas graves e três demonstraram dilatações associadas a uma congestão pélvica. Para além das varizes na zona pélvica, sete mulheres tinham varizes numa ou em ambas as pernas. Fazendo a comparação com a taxa de prevalência de varizes pélvicas em mulheres sem o diagnóstico de PGAD, o valor de 55% encontrado no estudo sugere que as varizes pélvicas tenham um papel importante na etiologia desta perturbação (Waldinger, van Gils, Ottervanger, Vandenbroucke & Tavy, 2009).

No segundo artigo, o objectivo dos autores foi essencialmente acompanhar as mesmas 18 mulheres que receberam psicoterapia breve no âmbito de intervenção na crise.

A psicoterapia cognitivo-comportamental não foi realizada, porque segundo os autores as mulheres tinham momentos de grande confusão mental que as impedia de seguir correctamente todos os passos/instruções característicos deste tipo de terapia (Waldinger & Schweitzer, 2009).

A maioria das mulheres não apresentou quadros clínicos de doença mental, mas existiram relatos de episódio depressivo único, *burnout*, anorexia nervosa, abuso de álcool e perturbação de adaptação. Três das mulheres tinham sido abusadas sexualmente quando eram mais jovens, mas não relacionaram os sintomas da PGAD a esses factos. Dezasseis das mulheres nunca tinham tomado anti-depressivos e cinco começaram a tomar após o aparecimento dos sintomas, para o tratamento da depressão associada à PGAD. Entre os principais factores relacionados com a PGAD e referidos neste estudo estão: tensão (71%), sentir medo (36%), raiva (21%), pânico/ansiedade aguda (14%), aborrecimento (14%) e *stress* (14%). Duas mulheres ainda referiram que a PGAD podia ser despoletada pelo consumo de álcool, essencialmente de vinho tinto. Os autores investigaram igualmente a presença do síndrome das pernas inquietas (SPI) e a hiperactividade da bexiga e constataram que 12 das 18 mulheres experienciaram sintomas de pernas inquietas e até de braços inquietos. Foram também avaliados os valores de ferro presentes no organismo das mulheres, já que as pacientes apresentavam os valores elevados, porém nenhuma justificação foi encontrada. O estudo demonstrou então uma elevada prevalência do síndrome das pernas inquietas (67%), sintomas da bexiga hiperactiva (67%), varizes pélvicas (55%) e varizes nos membros inferiores (39%) superior a estudos com mulheres que não tinham o diagnóstico de PGAD. O uso do clonazepam também demonstrou ser eficaz no tratamento da PGAD (Waldinger & Schweitzer, 2009).

Noutro estudo 23 mulheres foram avaliadas com o objectivo de identificar as regiões genitais envolvidas na PGAD. A avaliação foi feita por meio de toque através de um cotonete para procurar respostas através do ponto de pressão onde eram tocadas e de seguida era pedido às pacientes que relatassem as sensações evocadas. Este teste foi designado de “teste de mapeamento táctil genital”. Todas as pacientes preenchiam os cinco critérios de diagnóstico da PGAD. Relativamente à amostra, 12 das mulheres já tinham feito parte do primeiro estudo da equipa holandesa e 15 mulheres estavam na menopausa. A média de idade do início dos sintomas foi de 50 anos e 18 mulheres relataram ter síndrome das pernas inquietas. Sendo que 10 das 18 mulheres indicaram o início do

síndrome após os sintomas da PGAD terem começado. O síndrome da bexiga hiperactiva foi encontrado em 16 mulheres, sendo que sete dessas mulheres também relataram que o início dos sintomas ocorreu após os sintomas da PGAD. O “teste de mapeamento táctil genital” resultou em diferentes pontos de disparo do orgasmo em cada mulher e indicou sensibilidade em redor dos genitais, dos grandes lábios, clitóris e acima do osso púbico. Os autores questionam assim o papel do nervo dorsal do clitóris, bem como o envolvimento do nervo pudendo implicados nos sintomas da PGAD, já que a maioria das mulheres relatou ter sensações genitais ao toque na região onde o nervo está localizado. Ou seja, o nervo parece provocar sensações pré-orgásticas e orgásticas nas mulheres, mesmo sem a presença de desejo sexual ou fantasias (Waldinger, Venema, van Gils & Schweitzer, 2009).

Em 2007, Leiblum, Seehuus, Goldmeier e Brown fizeram uma nova pesquisa de recolha de dados e dividiram a amostra em dois grupos, o grupo PGAD e o grupo não-PGAD. O objectivo da pesquisa era identificar factores médicos, psicológicos e farmacológicos envolvidos na perturbação. No grupo PGAD as mulheres preenchem os cinco critérios de diagnósticos e no outro grupo as mulheres apenas identificavam alguns dos critérios correspondentes à condição. Os resultados foram recolhidos durante um ano e o grupo PGAD demonstrou mais vulnerabilidade à depressão e perturbações de ansiedade nomeadamente comportamentos obsessivo-compulsivos como o facto da monitorização das alterações fisiológicas corporais.

Deste modo, os autores referiram que 88.2% das mulheres com PGAD monitorizam esse mesmo estado de excitação genital e reportam dar mais atenção às sensações físicas do que gostariam. Mais de metade (53%) destas mulheres reportam ter sido abusadas sexualmente em criança e 36% abusadas sexualmente em adulto. E referem ainda ter mais sentimentos negativos relativamente à presença dos sintomas da excitação persistente.

Hipóteses de Tratamento

A PGAD é causa frequente de problemas entre o casal ou mesmo laborais, condicionando automaticamente o quotidiano de quem sofre deste tipo de problema. Assim, estas mulheres sentem-se frequentemente diferentes e desprezadas, pelo que podem, por vezes, sofrer depressões devido à sensação de falta de controlo. As mulheres

têm, muitas vezes, que suportar grandes angústias, o que inevitavelmente se repercute na sua auto-estima (Corredor, 2010).

Segundo relatos de casos seguidos através de um grupo de suporte (*psas_group*) as mulheres relatam como principais meios de alívio dos sintomas as injeções na zona pélvica e abdominal que fazem melhorar os sintomas em 50%; aplicação de almofadas quentes (irradiação de calor) junto à zona genital e *swell spots* (almofadas colocadas na roupa interior para fazer volume e aliviar o atrito/fricção nos genitais); fazer exercícios/alongamentos e aplicar massagens na zona do nervo pudendo e glúteos (*sherlock exercises*); uso de medicação (e.g. lyrica, clonazepam, vicodin), parecendo também consensual que o facto de estarem dentro de uma piscina faz com que se sintam livres dos sintomas (sendo, por isso recomendada a prática de natação). Os bloqueios do nervo pudendo também aparecem como um método bastante eficaz aliviando os sintomas em cerca de 80% e os médicos recomendam as mulheres com PGAD a fazer caminhadas e a evitar ficar longos períodos de tempo sentadas, bem como andar de bicicleta que pode estimular o nervo pudendo. Mais recentemente tem sido feita investigação relativamente aos quistos de Tarlov que aparecem localizados na mesma área sacral que o nervo pudendo e que também estarão relacionados com os sintomas da PGAD. A medicação que se toma para reduzir o tamanho do quisto alivia em cerca de 50% os sintomas da PGAD mas tem um efeito temporário de um mês (Allen, Vaet, Brooks & Brown, 2011; Maynor, Witt & Colby, 2011).

Em 2006, Leiblum propôs e recomendou algumas hipóteses de tratamento para a PGAD: 1) a psicoeducação em que as mulheres reportam um extremo alívio quando descobrem que não estão sozinhas e encontram algum suporte como é o exemplo de uma página de Internet (<http://www.psas-support.com/>) em que se discutem dúvidas, sugestões e providenciam aconselhamento; 2) a identificação dos precipitantes que estão envolvidos nos elevados níveis de excitação sexual (e.g. ver se existe uma causa orgânica subjacente); 3) exercício físico nomeadamente a massagem pélvica que reduz a tensão através da activação e descontração muscular e a medicação em que certos medicamentos como os ISRS's traduzem um alívio imediato a nível dos sintomas físicos. Algumas mulheres referem ainda 4) a meditação e as práticas religiosas como atenuadores da carga sintomática. Em suma, o tratamento passa pela combinação de diferentes terapias destinadas a aliviar os sintomas, a abordagem farmacológica e o acompanhamento

psicológico (terapia cognitivo-comportamental focando os pensamentos disfuncionais e as crenças mal-adaptativas relacionadas com a expressão e mudanças sexuais) que vai ajudar as mulheres a dominar a ansiedade e os impulsos.

Perante a revisão da literatura apresentada foram formulados os objectivos primordiais deste estudo que se prendem com a exploração dos mecanismos psicológicos associados à PGAD, comparando um grupo de mulheres com PGAD e um grupo de mulheres sem PGAD relativamente a factores de personalidade, crenças sexuais disfuncionais e psicopatologia. No que se refere à PGAD não são conhecidos estudos que avaliem os factores de personalidade e as crenças sexuais, sendo que a exploração destas variáveis poderá ajudar a uma melhor compreensão desta problemática. Deste modo, as hipóteses que serão testadas neste estudo são as seguintes:

Hipótese 1: Mulheres com diagnóstico de PGAD apresentam maior sintomatologia ansiosa (e.g. ataques de pânico e obsessões/compulsões) comparativamente a mulheres sem problemas sexuais;

Hipótese 2: Mulheres com diagnóstico de PGAD apresentam significativamente mais crenças sexuais conservadoras comparativamente a mulheres sem problemas sexuais;

Hipótese 3: Mulheres com diagnóstico de PGAD apresentam níveis superiores de traços de personalidade associados à psicopatologia ansiosa e depressiva (neuroticismo e introversão) comparativamente a mulheres sem problemas sexuais.

Método

Participantes

A amostra utilizada neste estudo é constituída por 85 mulheres com idade superior a 18 anos, amostra esta recrutada através de questionários on-line com foco a nível nacional e internacional. A amostra foi dividida em dois grupos, um grupo com 43 mulheres com o diagnóstico de PGAD e um grupo de 42 mulheres sem diagnóstico de PGAD (grupo de controlo). O grupo clínico das mulheres com PGAD foi identificado através dos critérios de diagnóstico (conjunto de 5 afirmações) em que tinham de responder numa escala tipo Likert a frequência que variava entre 1 – Nada a 7 – Sempre, bem como o nível de *distress* causado que podia ir desde 1 – Nenhum a 7 – Muito.

A amostra total foi emparelhada em função das características demográficas idade e habilitações literárias. Os dois grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à variável idade ($t = 7.801$, $df = 83$, $p < .001$) e habilitações literárias ($Z = -2.440$; $p < .05$) (ver Tabela 1).

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas do Grupo PGAD ($n = 43$) e Grupo de Controlo ($n = 42$)

	Grupo PGAD	Grupo de Controlo
Idade		
Média	48.53	30.48
Desvio-Padrão	11.56	9.72
Intervalo	21-66	22-66
Habilitações Literárias		
	%	%
De 0 a 4 Anos de Estudo	4.7	0
De 5 a 6 Anos de Estudo	0	4.8
De 7 a 9 Anos de Estudo	0	0
De 10 a 12 Anos de Estudo	25.6	2.4
De 13 a 15 Anos de Estudo	25.6	26.2
Mais de 15 Anos de Estudo	44.2	66.7

Procedimentos

As participantes deste estudo foram recrutadas via on-line, sendo que a divulgação para as mulheres do grupo PGAD foi feita no site do *psas_group* (grupo de suporte constituído por membros com PGAD) e para o grupo de controlo a divulgação foi efectuada por métodos não aleatórios em sites de instituições de ensino e investigação.

As participantes que compõem a amostra foram informadas acerca dos objectivos do estudo e das instruções de preenchimento dos questionários, bem como da sua participação voluntária no estudo. Ao longo de todo o processo foi garantida a total confidencialidade e anonimato dos dados através de um formulário de consentimento informado a que todos as participantes tiveram acesso antes do preenchimento dos questionários. Alguns pontos nos questionários foram desenvolvidos com o intuito de obter informação detalhada da PGAD, nomeadamente critérios de diagnóstico e actividade de exacerbação e alívio sintomático. A recolha dos dados foi realizada entre os meses de Abril

e Outubro de 2011. Os voluntários não receberam qualquer compensação financeira pela sua participação.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo destinam-se à avaliação de um conjunto de variáveis psicossociais (factores de personalidade, sintomas psicopatológicos e crenças sexuais). Os instrumentos utilizados são a seguir descritos (ver Anexo 1).

O *NEO-FFI – Inventário de Personalidade* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) para a avaliação dos 5 domínios da personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Amabilidade e Conscienciosidade) é constituído por 60 itens e pretende obter uma informação global acerca das diferentes dimensões da personalidade. Pelo Neuroticismo entende-se a tendência para experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa; a Extroversão/Introversão que se manifesta pela quantidade e intensidade das interações interpessoais, nível de actividade, necessidade de estimulação e capacidade para exprimir alegria; a Amabilidade como qualidade da orientação interpessoal; a Conscienciosidade como o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo e, por fim, a Abertura à experiência que implica toda uma imaginação activa, sensibilidade estética, curiosidade intelectual e juízo independente. A escala de resposta é de 5 pontos, variando entre discordo fortemente a concordo fortemente. A cotação é obtida através da média dos itens de cada domínio.

O *Breve Inventário de Sintomas* (BSI; Derogatis & Spencer, 1982) é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens respondidos de acordo com uma escala de Likert (em que a pessoa deve indicar o grau em que aquele problema esteve presente durante a última semana desde “nunca” (0) a “muitas vezes” (4)) e permite a avaliação da presença de sintomas psicopatológicos relacionados com Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Este instrumento apresenta boas características psicométricas (Derogatis & Spencer, 1982; cit. por Nobre, 2006) e permite a obtenção de informação relativamente a diversas áreas do funcionamento psicológico que podem estar associadas aos problemas sexuais (Nobre, 2006).

O *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais* (SDBQ - versão feminina; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003) que pretende avaliar até que ponto as crenças sexuais negativas em relação à sexualidade podem ter um papel facilitador - podendo constituir-se como factores de predisposição - no desenvolvimento de disfunções sexuais (López & Fuertes, 1997). O SDBQ é um questionário constituído por 40 itens que são respondidos de acordo com uma escala de Likert (grau de concordância) e que avaliam uma variedade de estereótipos e crenças específicas apresentadas na literatura clínica como factores predisponentes para o desenvolvimento e manutenção dos problemas sexuais. Tanto a versão masculina como a versão feminina apresentam fidelidade teste-reteste satisfatória ($r = 0,73$ e $r = 0,80$, respectivamente), e consistência interna (alfa de Cronbach = 0,93 para homens e 0,81 para a versão feminina) (Nobre, Pinto Gouveia & Gomes, 2003).

Resultados

Personalidade e PGAD

De maneira a ser estudado o efeito da PGAD ao nível dos domínios da Personalidade, foi efectuada uma Análise Multivariada da Covariância (MANCOVA), tendo sido estabelecido como variável independente a PGAD (Grupo PGAD/Grupo de Controlo) e como variáveis dependentes os cinco domínios da Personalidade (avaliados pelo NEO-FFI). A variável idade foi usada como covariável por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. As análises multivariadas revelaram um efeito estatisticamente significativo do grupo PGAD ao nível dos domínios em análise [Λ de Wilks = .718, $F(5,576) = 71$, $p < .001$]. Os testes univariados indicaram diferenças significativas entre os dois grupos especificamente, no que concerne à Abertura à Experiência (Grupo PGAD: $M = 2.86$, $DP = .63$; Grupo de Controlo: $M = 3.78$, $DP = .45$; $p < .001$) e Amabilidade (Grupo PGAD: $M = 3.39$, $DP = .47$; Grupo de Controlo: $M = 3.53$, $DP = .59$; $p < .05$) (ver Tabela 2).

Tabela 2. Domínios da Personalidade em função do Grupo PGAD ($n = 43$) e Grupo de Controlo ($n = 35$): *Análises Univariadas da Variância*

	<i>Grupo PGAD</i>	<i>Grupo de Controlo</i>	<i>F (5,576)</i>	<i>p</i>	η^2
	M ± DP	M ± DP			
NEOFFI					
Neuroticismo	2.665±.825	2.904±.769	.217	.643	.003
Extroversão	3.259±.462	3.245±.569	1.804	.183	.023
Abertura à Experiência	2.869±.630	3.781±.458	25.074***	.000	.251
Amabilidade	3.227±.514	3.566±.467	4.532*	.037	.057
Conscienciosidade	3.395±.473	3.531±.597	.827	.366	.011

* p < .05. ** p < .01. *** p < .001. **** p < .0001

Psicopatologia e PGAD

Para estudar a psicopatologia, foi efectuada uma Análise Multivariada da Covariância (MANCOVA) tendo como variável independente a PGAD (Grupo PGAD/Grupo de Controlo) e como variáveis dependentes as nove dimensões do BSI. A variável idade foi usada como covariável por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Os resultados demonstraram um efeito estatisticamente significativo do grupo [Λ de *Wilks* = .625, $F(4,406) = 66$, $p < .001$]. Os testes univariados indicaram diferenças significativas em todas as dimensões avaliadas pelo BSI à excepção da Sensibilidade Interpessoal ($p > .05$). Somatização (Grupo PGAD: M = 1.22, DP = .77; Grupo de Controlo: M = .45, DP = .54; $p < .001$), Depressão (Grupo PGAD: M = 1.59, DP = 1.08; Grupo de Controlo: M = .89, DP = .90; $p < .01$), Hostilidade (Grupo PGAD: M = 1.05, DP = .92; Grupo de Controlo: M = .70, DP = .59; $p < .05$), Ansiedade (Grupo PGAD: M = 1.19, DP = .76; Grupo de Controlo: M = .74, DP = .65; $p < .01$), Ansiedade Fóbica (Grupo PGAD: M = .77, DP = .76; Grupo de Controlo: M = .29, DP = .47; $p < .05$), Psicoticismo (Grupo PGAD: M = 1.55, DP = .81; Grupo de Controlo: M = .58, DP = .66; $p < .001$), Ideação Paranóide (Grupo PGAD: M = 1.32, DP = .73; Grupo de Controlo: M = .68, DP = .74; $p < .001$) e Obsessões-Compulsões (Grupo PGAD: M = 1.55, DP = 1.12; Grupo de Controlo: M = .96, DP = .68; $p < .05$) (ver Tabela 3).

Tabela 3. Dimensões da Psicopatologia em função do Grupo PGAD ($n = 37$) e Grupo de Controlo ($n = 40$): *Análises Univariadas da Variância*

	<i>Grupo PGAD</i> M ± DP	<i>Grupo de</i> <i>Controlo</i> M ± DP	<i>F</i> (4,406)	<i>p</i>	η^2
BSI					
Somatização	1.223 ± .770	.453 ± .547	18.843***	.000	.203
Depressão	1.599 ± 1.08	.895± .900	9.641**	.003	.115
Hostilidade	1.059 ± .926	.705 ± .597	4.617*	.035	.059
Ansiedade	1.198 ± .761	.745± .651	12.226**	.001	.142
Ansiedade Fóbica	.773± .766	.295± .472	5.308*	.024	.067
Psicoticismo	1.551 ± .812	.580± .660	25.064***	.000	.253
Ideação Paranóide	1.324 ± .739	.680 ± .743	15.734***	.000	.175
Obsessão-Compulsão	1.558± 1.126	.962 ± .688	6.590*	.012	.082
Sensibilidade Interpessoal	1.337± .930	.975 ± .911	1.990	.163	.026

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. **** $p < .0001$

Crenças Sexuais e PGAD

A fim de avaliar as crenças sexuais disfuncionais em função da PGAD, foi realizada uma Análise Multivariada da Covariância (MANCOVA) tendo estabelecido como variável independente os grupos em estudo (Grupo PGAD/Grupo de Controlo) e como variáveis dependentes as seis dimensões de crenças sexuais femininas. A variável idade foi usada como covariável por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes.

Os resultados das análises multivariadas revelaram um efeito estatisticamente significativo do grupo [Λ de *Wilks* = .611, $F(7,011) = 66$, $p < .001$]. Os teste univariados indicaram diferenças entre os dois grupos especificamente, no que diz respeito ao Conservadorismo Sexual (Grupo PGAD: $M = 15.1$, $DP = 4.40$; Grupo de Controlo: $M = 11.02$, $DP = 2.68$; $p < .001$), Desejo Sexual como Pecado (Grupo PGAD: $M = 7.38$, $DP = 2.19$; Grupo de Controlo: $M = 5.36$, $DP = .78$; $p < .001$), Crenças relacionadas com a idade (Grupo PGAD: $M = 7.52$, $DP = 2.57$; Grupo de Controlo: $M = 6.13$, $DP = 2.39$; $p < .01$) e Crenças relacionadas com afecto (Grupo PGAD: $M = 16.38$, $DP = 6.75$; Grupo de Controlo: $M = 23.31$, $DP = 3.53$; $p < .01$) (ver Tabela 4).

Tabela 4. Crenças sexuais em função do Grupo PGAD ($n = 36$) e Grupo de Controlo ($n = 38$): *Análises Univariadas da Variância*

	<i>Grupo PGAD</i> M ± DP	<i>Grupo de Controlo</i> M ± DP	<i>F</i> (7,011)	<i>p</i>	η^2
SDBQ					
Conservadorismo Sexual	15.19±4.40	11.02±2.68	22.962***	.000	.244
Desejo Sexual como Pecado	7.38±2.19	5.368±.785	14.733***	.000	.172
Crenças Relacionadas com Idade	7.52±2.57	6.13±2.39	7.842**	.007	.099
Crenças Relacionadas com Corpo	5.52±1.99	4.94±1.62	2.063	.155	.028
Crenças Relacionadas com Afecto	16.38±6.75	23.31±3.53	11.080***	.001	.135
Crenças Relacionadas com Maternidade	7.08±1.99	7.10±1.914	1.084	.301	.015

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. **** $p < .0001$

Discussão

O presente estudo teve como objectivo principal a exploração de variáveis psicológicas associadas à PGAD. Especificamente, o papel de variáveis traço como os factores de personalidade e as crenças sexuais disfuncionais e a sintomatologia psicopatológica. De um modo geral, os resultados deste estudo demonstraram ser claros quanto ao papel das referidas variáveis comparando grupos de mulheres com e sem PGAD.

Relativamente à personalidade, o domínio da Abertura foi o que apresentou níveis de diferenças significativamente mais elevadas entre os dois grupos. Estes dados parecem indicar que as mulheres do grupo PGAD demonstram uma atitude de pouca abertura face a novas experiências, acções, ideias, valores e sentimentos. Contrariamente às nossas hipóteses, os dados não indicaram diferenças significativas relativamente às dimensões de neuroticismo e introversão.

No que diz respeito à psicopatologia, os resultados vão de encontro à literatura indicando que a maioria das mulheres sofre de depressão e tem uma elevada ansiedade

associada aos sintomas físicos da PGAD. Ou seja, a ansiedade é assim um sintoma presente na maioria das pacientes que predominantemente associam os sintomas a emoções negativas e *distress*. Tal como refere Joannides (2010), ao enunciar que as mulheres com PGAD têm um passado marcado pela psicopatologia, entre perturbações de ansiedade (perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva) e perturbações de humor (depressão major, depressão bipolar). Leiblum, Brown, Wan e Rawlinson (2005) salientam também que em termos da presença de condições médicas e história clínica a maioria das mulheres presencia um carregado humor depressivo, ansiedade/ataques de pânico e pensamentos/comportamentos obsessivo-compulsivos, indicando uma elevada comorbilidade entre a PGAD e as referidas condições psicológicas. Waldinger & Schweitzer (2009) e Leiblum, Seehuus, Goldmeier e Brown (2007) referem igualmente a ansiedade e a depressão como factores de vulnerabilidade implicados na PGAD. Porém, as dimensões de Psicoticismo e Ideação Paranóide, também presentes com níveis significativamente elevados no grupo PGAD deste estudo, não são referidas na literatura. Neste estudo, a dimensão da Sensibilidade Interpessoal é a única dimensão que não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Quanto às crenças sexuais disfuncionais, os resultados revelaram um efeito significativo, sendo que as mulheres do grupo PGAD apresentaram pontuações mais elevadas nas crenças sexuais conservadoras, ideia do desejo como pecado, crenças relacionadas com a idade e crenças relacionadas com o afecto. A literatura não refere nenhuma relação entre as crenças sexuais e a PGAD, mas este estudo pode demonstrar que as mulheres com PGAD sofrem a influência negativa de um conjunto de mitos relacionados com a sexualidade. A presença de diversas dimensões de mitos sexuais femininos parece assim indicar um padrão diversificado de crenças potencialmente subjacentes às diversas dificuldades sexuais femininas. Deste modo, quanto maior o nível de crença nos mitos e em informação sexual errónea, maior a probabilidade de desenvolvimento de dificuldades sexuais. O papel da idade assume uma importância essencial, na medida em que as mulheres crêem que com o processo de envelhecimento, sobretudo na pós-menopausa (fase em que a maioria das mulheres com PGAD se encontra), implica uma diminuição do desejo e prazer sexual (Heiman & LoPiccolo, 1988; Nobre, 2003; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003; Nobre, 2006; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Adicionalmente, a elevada prevalência de crenças conservadoras e de

desejo como pecado sugerem que as mulheres com PGAD interpretam a actividade sexual de forma fortemente condicionada o que pode explicar a reacção negativa que apresentam aos sintomas de excitação intrusiva.

A literatura disponível sobre a PGAD baseia-se sobretudo em estudos de casos que oferecem a possibilidade de levantar hipóteses acerca dos factores psicológicos, neurológicos, farmacológicos envolvidos na excitação genital persistente. Muitos dos casos evidenciam características em comum, mas não esclarecem os factores que estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção da PGAD (Pereira, Silva & Nardi, 2010).

É importante salientar que, para existir diagnóstico da PGAD, é necessário a presença de um grau moderado de ansiedade e mal-estar relativamente aos sintomas. Em vários estudos percebeu-se que muitas mulheres indicavam a presença de respostas genitais espontâneas, mas que nem todas interpretavam negativamente os seus sintomas. Isso demonstra que a ansiedade desempenha um papel determinante na manutenção da PGAD, aumentando a consciência das mulheres em relação as alterações fisiológicas na zona genital (Leiblum, Brown, Wan & Rawlinson, 2005; Leiblum, Seehuus & Brown, 2007; Leiblum & Chivers, 2007).

No que concerne às limitações deste estudo, é de referir a baixa taxa de resposta o que se torna insuficiente para permitir uma generalização dos dados, apesar de contribuir para o desenvolvimento de novas hipóteses e variáveis associadas. As respostas ao questionário também podem não ser totalmente confiáveis (já que foram recolhidas por via on-line) comparativamente a respostas que tivessem sido colectadas por via de entrevista presencial, por exemplo.

Dentro dos objectivos deste estudo, em última análise, os resultados obtidos alertam para a importância fundamental da necessidade de estudar de forma mais ampla a PGAD para um melhor entendimento desta condição clínica. Torna-se assim necessário que se façam mais estudos empíricos que avaliem outros factores psicológicos inerentes à PGAD (como esquemas cognitivos, ajustamento diádico, pensamentos automáticos negativos, entre outros) com o máximo objectivo de clarificar a etiologia e esclarecer todas as condições envolventes à excitação genital persistente. Para que, deste modo, se desenvolvam novos modelos de tratamento de forma a compreender toda a complexidade que ainda se encontra relacionada a esta condição. Já que é possível que muitos casos

passem despercebidos pelos profissionais de saúde por desconhecimento dos critérios de diagnóstico.

Referências Bibliográficas

- Allen, J., Vaet, G., Brooks, D. & Brown, N. (2011). *Re: Pudendal nerve block and symptomatic relief*. Retirado de http://groups.yahoo.com/group/psas_group/message/950;_ylc=X3oDMTM10TA2Nm9xBF9TAzk3MzU5NzE0BGdycEIKAzExNDg2Njc3BGdycHNwSWQDMTcwn
- Amsterdam, A., Abu-Rustum, N., Carter, J. & Krychman, M. (2005). Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 338-340.
- Balon, R. (2010). Reconsidering the definitions of sexual disorders in DSM-V. *European Psychiatry*, 25 (1), 156. doi:10.1016/S0924-9338(10)70156-5
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... Schultz, W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 221-229.
- Corredor, N. (2010). O síndrome da excitação persistente – erotismo em excesso. *SuperInteressante*, 152, 74-77.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Craig, H. (2006, Junho 25). *Persistent sexual arousal syndrome – possible etiologies and potential therapies*. Retirado de <http://www.psas-support.com/files/PSAS%20and%20Hormones--Dr.%20Randall%20Craig.pdf>
- Derogatis, L. & Spencer, P. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual – I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Joannides, P. (2010, Novembro 4). *Sex terms: Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD)*. Retirado de <http://www.psychologytoday.com/blog/you-it/201011/sex-terms-persistent-genital-arousal-disorder-pgad>
- Heiman, J. & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: a sexual and personal growth program for womem*. Nova Iorque: Prentice-Hall.

- Leiblum, S. (2006). Persistent genital arousal disorder: what it is and what it isn't. *Contemporary Sexuality, 40*(10), 8-13.
- Leiblum, S., Brown, C., Wan, J. & Rawlinson, L. (2005). Persistent sexual arousal syndrome: A descriptive study. *Journal of Sexual Medicine, 2*, 331-337.
- Leiblum, S. & Chivers, M. (2007). Normal and persistent genital arousal in women: new perspectives. *Journal of Sex & Marital Therapy, 33*(4), 357-373.
doi:10.1080/00926230701385605
- Leiblum, S. & Goldmeier, D. (2008). Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(2), 150-159.
- Leiblum, S. & Nathan, S. (2001). Persistent sexual arousal syndrome: a newly discovered pattern of female sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*(4), 365-380.
doi:10.1080/009262301317081115
- Leiblum, S. & Nathan, S. (2002). Persistent sexual arousal syndrome in women: a not uncommon but little recognized complaint. *Sexual and Relationship Therapy, 17* (2), 191-198. doi:10.1080/14681990220121301
- Leiblum, S. & Seehuus, M. (2009). FSFI scores of women with persistent genital arousal disorder compared with published scores of women with female sexual arousal disorder and healthy controls. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 469–473.
doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01077.x
- Leiblum, S., Seehuus, M. & Brown, C. (2007). Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response?. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 680-689. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00495.x
- Leiblum, S., Seehuus, M., Goldmeier, D. & Brown, C. (2007). Psychological, medical and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 1358-1366. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00575.x
- López, F. & Fuertes, A. (1997). *Para compreender a sexualidade*. (A. Marques, & L. Silva, Trad.) Lisboa: Associação para o Planeamento da Família (Obra original publicada em 1989).
- Mahoney, S. & Zarate Jr., C. (2007). Persistent sexual arousal syndrome: A case report and review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy, 33*(1), 65-71.
doi:10.1080/00926230600998532

- Maynor, T., Witt, C. & Colby, P. (2011). *Re: Tarlov Cyst*. Retirado de http://groups.yahoo.com/group/psas_group/message/16776;_ylc=X3oDMTM3dTRYbGdvBF9TAzK3MzU5NzE0BGdycElkAzExNDg2Njc3BGdycHNwSWQDMTc
- Nappi, R., Salonia, A., Traish, A., van Lunsen, R., Vardi, Y., Kodiglu, A. & Goldstein, I. (2005). Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 4-25.
- Nobre, P. (2006). Disfunções sexuais: Teoria, investigação e tratamento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. & Gomes, F. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204.
- Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43 (1), 68-75.
- Pereira, V., Silva, A. & Nardi, A. (2010). Transtorno da excitação genital persistente: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 223-232.
- Tevlin, H. & Leiblum, S. (1983). Sex roles stereotypes and female sexual dysfunction. In V. Franks & E. Rothbaum (eds.). *The stereotyping of women: its effects on mental health*. Nova Iorque: Springer.
- Waldinger, M. & Schweitzer, D. (2009). Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: part II—A Syndrome Clustered with Restless Legs and Overactive Bladder. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 482-497. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01114.x
- Waldinger, M., van Gils, P., Ottervanger, H., Vandenbroucke, W. & Tavy, D. (2009). Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part I. MRI, EEG and Transvaginal Ultrasonography Investigations. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 474-481. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01113.x
- Waldinger, M., Venema, P., van Gils, P. & Schweitzer, D. (2009). New insights into restless genital syndrome: static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2778-2787. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01435.x

Wylie, K., Levin, R., Hallam-Jones, R. & Goddard, A. (2006). Sleep exacerbation of persistent sexual arousal syndrome in a postmenopausal woman. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 296-302. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00167.x

Anexos

NEO-FFI
Costa & McCrae (1992)

Please read each statement carefully and for each of the 60 statements listed below, use the following scale to rate how much you think each statement reflects you.

Strongly disagree 0	Disagree 1	Neutral 2	Agree 3	Strongly agree 4
--------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------------------

	0	1	2	3	4
1. I am not a worrier.					
2. I like to be with a lot of people.					
3. I don't like to waste my time daydreaming.					
4. I try to be courteous to everyone I meet.					
5. I keep my belongings neat and clean.					
6. I often feel inferior to others.					
7. I laugh easily.					
8. Once I find the right way to do something, I stick to it.					
9. I often get into arguments with my family and co-workers.					
10. I am pretty good at pacing myself so as to get things done on time.					
11. Sometimes, I feel like I'm going to pieces when I am under a lot of stress.					
12. I don't consider myself especially "light-hearted."					
13. I am intrigued by the patterns I find in art and nature					
14. Some people think I am selfish and egotistical.					
15. I am not a very methodical person.					
16. I rarely feel sad or lonely.					
17. I really enjoy talking to people.					
18. I believe letting students hear controversial speakers can only confuse and mislead them.					
19. I would rather cooperate with others than compete with them.					
20. I try to perform all tasks assigned to me conscientiously.					
21. I often feel tense and jittery.					
22. I like to be where the action is.					
23. Poetry has little or no effect on me.					
24. I tend to be cynical and sceptical of others intentions.					
25. I have a clear set of goals and work toward them in an orderly fashion.					
26. Sometimes I feel completely worthless.					
27. I usually prefer to do things alone.					
28. I often try new and foreign foods.					
29. I believe that most people will take advantage of you if you let them.					
30. I waste a lot of time before settling down to work.					
31. I rarely feel fearful or anxious.					
32. I often feel as if I'm bursting with energy.					

Strongly disagree 0	Disagree 1	Neutral 2	Agree 3	Strongly agree 4
--------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------------------

	0	1	2	3	4
33. I seldom notice the moods or feelings that different environments produce.					
34. Most people I know like me.					
35. I work hard to accomplish my goals.					
36. I often get angry at the way people treat me.					
37. I am a cheerful, high-spirited person.					
38. I believe we should look to our religious leaders for decisions on moral issues.					
39. Some people think of me as cold and calculating.					
40. When I make a commitment, I can always be counted on to follow through.					
41. Too often, when things go wrong, I get discouraged and feel like giving up.					
42. I am not a cheerful optimist.					
43. Sometimes when I am reading poetry or looking at a work of art, I feel a chill or wave of excitement.					
44. I'm hard-headed and tough minded in my attitudes.					
45. Sometimes I am not as dependable or reliable as I should be.					
46. I am seldom sad or depressed.					
47. My life is fast-paced.					
48. I have little interest in speculating on the nature of the universe or the human condition.					
49. I generally try to be thoughtful and considerate.					
50. I am a productive person who always gets the job done.					
51. I often feel helpless and want someone else to solve my problems.					
52. I am a very active person.					
53. I have a lot of intellectual curiosity.					
54. If I don't like people, I let them know it.					
55. I never seem to be able to get organized.					
56. At times I have been so ashamed I just wanted to hide.					
57. I would rather go my own way than be a leader of others.					
58. I often enjoy playing with theories or abstract ideas.					
59. If necessary, I am willing to manipulate people to get what I want.					
60. I strive for excellence in everything I do.					

BRIEF SYMPTOM INVENTORY

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

Below is a list of problems people sometimes have. Please read each one carefully and circle the number that best describes HOW MUCH THAT PROBLEM HAS DISTRESSED OR BROTHORED YOU DURING THE LAST 14 DAYS INCLUDING TODAY. Circle only one number for each problem and please do not skip any items.

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:	Not at All	A little Bit	Moderately	Quite a Bit	Extremely
1. Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
2. Faintness or dizziness	0	1	2	3	4
3. The idea that someone else can control your thoughts	0	1	2	3	4
4. Feeling others are to blame for most of your troubles	0	1	2	3	4
5. Trouble remembering things	0	1	2	3	4
6. Feeling easily annoyed or irritated	0	1	2	3	4
7. Pains in heart or chest	0	1	2	3	4
8. Feeling afraid in open spaces or on the streets	0	1	2	3	4
9. Thoughts of ending your life	0	1	2	3	4
10. Feeling that most people cannot be trusted	0	1	2	3	4
11. Poor appetite	0	1	2	3	4
12. Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
13. Temper outbursts that you could not control	0	1	2	3	4
14. Feeling lonely even when you are with people	0	1	2	3	4
15. Feeling blocked in getting things done	0	1	2	3	4
16. Feeling lonely	0	1	2	3	4
17. Feeling blue	0	1	2	3	4
18. Feeling no interest in things	0	1	2	3	4
19. Feeling fearful	0	1	2	3	4
20. Your feelings being easily hurt	0	1	2	3	4
21. Feeling that people are unfriendly or dislike you	0	1	2	3	4
22. Feeling inferior to others	0	1	2	3	4
23. Nausea or upset stomach	0	1	2	3	4
24. Feeling that you are watched or talked about by others	0	1	2	3	4
25. Trouble falling asleep	0	1	2	3	4
26. Having to check and double check what you do	0	1	2	3	4
27. Difficulty making decisions	0	1	2	3	4
28. Feeling afraid to travel on buses, subways or trains	0	1	2	3	4
29. Trouble getting your breath	0	1	2	3	4
30. Hot or cold spells	0	1	2	3	4

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:	Not at All	A little Bit	Moderately	Quite a Bit	Extremely
31. Having to avoid certain things, places or activities because they frighten you	0	1	2	3	4
32. Your mind going blank	0	1	2	3	4
33. Numbness or tingling in parts of your body	0	1	2	3	4
34. The idea that you should be punished for your sins	0	1	2	3	4
35. Feeling hopeless about the future	0	1	2	3	4
36. Trouble concentrating	0	1	2	3	4
37. Feeling weak in parts of your body	0	1	2	3	4
38. Feeling tense or keyed up	0	1	2	3	4
39. Thoughts of death or dying	0	1	2	3	4
40. Having urges to beat, injure or harm someone	0	1	2	3	4
41. Having urges to break or smash things	0	1	2	3	4
42. Feeling very self-conscious with others	0	1	2	3	4
43. Feeling uneasy in crowds, such as shopping or at a movie	0	1	2	3	4
44. Never feeling close to another person	0	1	2	3	4
45. Spells of terror or panic	0	1	2	3	4
46. Getting into frequent arguments	0	1	2	3	4
47. Feeling nervous when you are left alone	0	1	2	3	4
48. Others not giving you proper credit for your achievements	0	1	2	3	4
49. Feeling so restless that you couldn't sit still	0	1	2	3	4
50. Feelings of worthlessness	0	1	2	3	4
51. Feeling that people will take advantage of you if you let them	0	1	2	3	4
52. Feelings of guilt	0	1	2	3	4
53. The idea that something is wrong with your mind	0	1	2	3	4

SEXUAL DYSFUNCTIONAL BELIEFS QUESTIONNAIRE

(SDBQ – female version; P. Nobre, Pinto-Gouveia, & Allen Gomes, 2003)

The list presented below contains statements related to sexuality. Please read each statement carefully and circle the number in the right hand column which correspond to the extent to which you agree or disagree with each statement (circle only one option per statement – from 1- completely disagree to 5 – completely agree). There are no wrong or right answers, but it is very important that you be honest and that you answer all items.

SEXUAL BELIEFS	1	2	3	4	5
	Completely disagree	Disagree	Don't disagree or agree	Agree	Completely agree
1. Love and affection from a partner are necessary for good sex	1	2	3	4	5
2. Masturbation is wrong and sinful	1	2	3	4	5
3. The most important component of sex is mutual affection	1	2	3	4	5
4. The best gift a woman could bring to marriage is her virginity	1	2	3	4	5
5. After menopause women lose their sexual desire	1	2	3	4	5
6. Women who have sexual fantasies are perverted	1	2	3	4	5
7. Masturbation is not a proper activity for respectable women	1	2	3	4	5
8. After menopause women can't reach orgasm	1	2	3	4	5
9. There are a variety of ways of getting pleasure and reaching orgasm	1	2	3	4	5
10. Women who are not physically attractive can't be sexually satisfied	1	2	3	4	5
11. In the bedroom the man is the boss	1	2	3	4	5
12. A good mother can't be sexually active	1	2	3	4	5
13. Reaching climax /orgasm is acceptable for men but not for women	1	2	3	4	5
14. Sexual activity must be initiated by the man	1	2	3	4	5
15. Sex is dirty and sinful	1	2	3	4	5
16. Simultaneous orgasm for two partners is essential for a satisfying sexual encounter	1	2	3	4	5
17. Orgasm is possible only by vaginal intercourse	1	2	3	4	5
18. The goal of sex is for men to be satisfied	1	2	3	4	5
19. A successfully professional career implies control of sexual behavior	1	2	3	4	5
20. As women age the pleasure they get from sex decreases	1	2	3	4	5
21. Men only pay attention to young, attractive women	1	2	3	4	5
22. Sex is a beautiful and pure activity	1	2	3	4	5
23. Sex without love is like food without flavor	1	2	3	4	5
24. As long as both partners consent, anything goes	1	2	3	4	5
25. Any woman who initiates sexual activity is immoral	1	2	3	4	5
26. Sex is meant only for procreation	1	2	3	4	5
27. Sexual intercourse during menstruation can cause health problems	1	2	3	4	5
28. Oral sex is one of the biggest perversions	1	2	3	4	5
29. If women let themselves go sexually they are totally under men's control	1	2	3	4	5
30. Being nice and smiling at men can be dangerous	1	2	3	4	5
31. The most wonderful emotions that a woman can experience are maternal feelings	1	2	3	4	5
32. Anal sex is a perverted activity	1	2	3	4	5
33. In the bedroom the woman is the boss	1	2	3	4	5
34. Sex should happen only if a man initiates	1	2	3	4	5
35. There is just one acceptable way of having sex (missionary position)	1	2	3	4	5
36. Experiencing pleasure during sexual intercourse is not acceptable in an virtuous woman	1	2	3	4	5
37. A good mother must control her sexual urges	1	2	3	4	5
38. An ugly woman is not capable of sexually satisfying her partner	1	2	3	4	5
39. A woman who only derives sexual pleasure through clitoral stimulation is sick or perverted	1	2	3	4	5
40. Pure girls don't engage in sexual activity	1	2	3	4	5