

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

# Manejo do transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres no ambiente ginecológico

Número 5 – Maio 2021

A Comissão Nacional Especializada em Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

### Pontos-chave

- O Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) é a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres.
- Fatores psicológicos, biológicos, comportamentais, de relacionamento e ambientais são as principais causas de TDSH e devem ser avaliados durante a investigação deste transtorno.
- Os ginecologistas devem avaliar os problemas sexuais das mulheres durante as consultas ginecológicas de rotina.
- A educação sexual é o ponto de partida da gestão de TDSH secundária aos fatores psicológicos, biológicos, comportamentais, relacionais e ambientais.
- A abordagem de uma equipe multidisciplinar alcança os melhores resultados para o manejo de TDSH.

### Recomendações

- Permita que as mulheres falem sobre questões sexuais no ambiente ginecológico.
- Ofereça medidas gerais de educação sexual (informações sobre fisiologia da resposta sexual, anatomia genital, zonas erógenas, fantasias sexuais, masturbação, biblioterapia) para melhorar o repertório sexual. Informe que o desejo sexual é uma dimensão individual e variável de pessoa para pessoa.
- Sugira atividades compartilhadas e técnicas de comunicação para casais, a fim de incluir o sexo em sua rotina diária.
- Sugira um método não hormonal (DIU de cobre) para aquelas que se queixam de TDSH após o uso de anticoncepcional hormonal. Prescreva terapia hormonal tópica, hidratantes vaginais e lubrificantes para mulheres climatéricas.
- Avalie a saúde mental (ansiedade, depressão) e encaminhe a um profissional competente.
- Não recomende a automasturbação para mulheres vítimas de abuso sexual, pois isso pode gerar pensamentos intrusivos sobre o abuso.
- Para vítimas de violência sexual, use uma estratégia para redirecionar seu sentimento de culpa. Informe que as crianças são vítimas do agressor, pois são incapazes de permitir ou recusar práticas sexuais.
- Discuta os direitos sexuais e prazer com mulheres vítimas de violência sexual. Fale sobre seu direito a uma vida sexual saudável e prazerosa como qualquer outra mulher, e informe que não foi culpa dela; foi um crime do abusador.
- Aconselhe sobre a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo atividade física, alimentação saudável e prevenção do fumo, o que pode contribuir para o seu bem-estar e maior receptividade aos estímulos sexuais.
- Consulte a psicoterapia ou terapia sexual quando apropriado.

### Contexto clínico

O Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) é definido como a ausência ou redução acentuada do desejo ou motivação para a prática sexual manifestado por qualquer um dos seguintes critérios: i) desejo espontâneo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); ii) desejo responsivo reduzido ou ausente a pistas eróticas e estimulação; ou iii) incapacidade de manter o desejo ou interesse durante a atividade sexual por um período de pelo menos seis meses, que causa sofrimento.<sup>(1)</sup> Um estudo realizado em 29 países envolvendo 14.000 mulheres de 40 a 80 anos mostrou que 26 a 43% delas

queixavam-se de TDSH.<sup>(2)</sup> No Brasil, uma revisão sistemática mostrou prevalência de 11 a 75% de HSDD.<sup>(3-7)</sup>

Existem vários fatores psicológicos, biológicos, comportamentais, de relacionamento e ambientais que interferem no desejo sexual.<sup>(3)</sup> O tratamento do TDSH requer o conhecimento de possíveis fatores associados ao seu diagnóstico (Quadro 1).

Certas características pessoais, como motivação para uma vida sexual saudável, nível de autoconsciência sobre a resposta sexual, conhecimento da sexualidade, ajustamento das relações interpessoais e diádicas, personalidade otimista-

**Quadro 1.** Fatores associados a queixas sexuais em mulheres.

Uso de medicamentos e problemas de saúde
Transtornos psiquiátricos atuais ou passados
História de abuso sexual, físico ou emocional
Crenças e atitudes em relação ao sexo
Distúrbios da imagem corporal
Transtornos por uso de álcool, drogas e substâncias
Estresse relacionado ao trabalho

ta, entre outras, definem a capacidade de modular os efeitos destes fatores sobre a função sexual.<sup>(4)</sup>

### Qual é o cenário em relação ao manejo da TDSH em mulheres no ambiente ginecológico?

A avaliação da função sexual costuma ser relegada durante a prática clínica, principalmente porque os médicos têm conhecimento limitado sobre sexualidade e treinamento acadêmico limitado em questões de saúde sexual.<sup>(5)</sup> As mulheres têm menor probabilidade de relatar espontaneamente seus problemas sexuais aos médicos e eles tendem a categorizar a resposta sexual como normal ou anormal de acordo com suas próprias crenças individuais. Além disso, cerca de 27% dos residentes de ginecologia do segundo ano de um serviço terciário em reprodução humana não avaliaram a função sexual de suas pacientes do sexo feminino.<sup>(6)</sup>

### Qual é o papel do ginecologista na avaliação do TDSH em mulheres?

Os ginecologistas podem fornecer estratégias para melhorar o TDSH relacionadas a condições biológicas, hábitos, falta de informação sobre saúde sexual, repertório sexual pobre e distúrbios de penetração dolorosa. Medidas de educação podem ajudar as mulheres a compreenderem os aspectos biológicos e psicológicos da resposta sexual feminina e aspectos importantes dos direitos sexuais e do prazer sexual, como a anatomia da genitália, zonas erógenas e repertório sexual.<sup>(7)</sup> No entanto, quando condições como a violência sexual, problemas diádicos, repressão sexual e problemas de saúde mental são a base para TDSH, a mulher deve ser encaminhada para psicoterapia e/ou terapia sexual.

### Quais são os fatores biológicos mais comuns relacionados ao TDSH nas mulheres em atendimento ginecológico de rotina?

Várias condições patológicas podem interferir na resposta sexual feminina. Listamos alguns fatores comuns no atendimento ginecológico de rotina que podem prejudicar o desejo sexual nas mulheres.

### Hipertensão arterial, diabetes, obesidade e síndrome metabólica

A síndrome metabólica e seus componentes como diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e hipertensão arterial podem estar associados ao TDSH e distúrbios do orgasmo, apesar das controvérsias sobre o assunto.<sup>(8,9)</sup> A fisiopatolo-

gia dessas doenças está relacionada à disfunção endotelial e frequentemente associada a transtornos de ansiedade e depressão que culminam em altas (68,2%) taxas de TDSH em mulheres.<sup>(10)</sup> Na pós-menopausa, em mulheres hipertensas, obesas e diabéticas, algumas condições como envelhecimento, depressão e falta de atratividade sexual são riscos adicionais para disfunções sexuais.<sup>(11)</sup>

O manejo da TDSH em mulheres com síndrome metabólica e patologias correlatas de hipertensão arterial, diabetes e obesidade pode incluir a prescrição de medicamentos<sup>(12)</sup> e medidas de educação. Farmacoterapia sexual personalizada sob demanda, como testosterona, agente psicoativo (bupropiona, bupirona) e inibidor de PDE-5 (sildenafil) são usados para aumentar o equilíbrio neuroendócrino entre a excitação sexual e a inibição sexual.

### Transtornos psiquiátricos: ansiedade, depressão, estresse e esquizofrenia

O transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno do pânico e as experiências estressantes oferecem alto risco para TDSH.<sup>(13)</sup> O estresse crônico pode aumentar os níveis de cortisol circulante, o que pode alterar a função do eixo hipotálamo-hipófise (EHH) e levar à alteração na síntese de esteroides sexuais. O estresse emocional pode alterar a cognição e a concentração nos estímulos sexuais durante as relações sexuais.<sup>(13)</sup> As chances de mulheres apresentarem disfunção sexual aumentam 4,11 vezes com a depressão.<sup>(14)</sup> A sintomatologia associada pode ser apatia, desinteresse ou irritabilidade, inquietação e distúrbios do sono, afetando o desejo sexual. A atividade sexual insatisfatória, por sua vez, pode levar à depressão e/ou ansiedade e conflitos relacionais.<sup>(15)</sup>

O manejo do TDSH por sintomas de ansiedade e depressão envolve o uso de antidepressivos que, por sua vez, podem impactar negativamente na função sexual, principalmente na serotonina.

A esquizofrenia está associada ao TDSH em mulheres, e medicamentos antipsicóticos e estabilizadores de humor aumentam os níveis de prolactina, o que contribui ainda mais para TDSH nessas mulheres.<sup>(16,17)</sup> O manejo de TDSH em mulheres com esquizofrenia envolve o encaminhamento a um psiquiatra, que pode reduzir a dosagem, mudar o medicamento ou adicionar aripiprazol<sup>(18)</sup> para melhorar o desejo sexual.

### Inibidores seletivos de recaptção e inibidores de recaptção de serotonina-noradrenalina

A intensidade do efeito adverso na resposta sexual de mulheres que usam inibidores seletivos da recaptção (ISRS) e inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina (IRSN) é subestimada e variável.<sup>(19)</sup> Em uma população de mulheres com transtorno depressivo maior em remissão, a TDSH foi diagnosticada em 64,3% das que usavam fluoxetina, em comparação com 37,5% das que usavam escitalopram.<sup>(20)</sup>

A redução do desejo sexual induzida por antidepressivos ocorre através de uma série de mecanismos, incluindo

efeitos anticolinérgicos, bloqueio do receptor 5-HT<sub>2C</sub>, aumento da atividade serotoninérgica, inibição da produção de óxido nítrico, bloqueio D<sub>2</sub>, testosterona, redução de FSH e LH, sedação, aumento na concentração de prolactina e por ação de neurotransmissores no sistema parassimpático e sistema nervoso central.<sup>(15)</sup> O uso de antidepressivos como bupropiona, mirtazapina, trazodona e vilazodona foi associado a menor impacto negativo na função sexual, uma vez que são utilizados como “antídotos” no tratamento da disfunção sexual induzida por ISRSs e IRSNs.<sup>(21)</sup> Antidepressivos multimodais como a vortioxetina na dosagem de 10-20 mg/dia têm menos impacto na função sexual, sono e peso, o que favorece a adesão ao tratamento.<sup>(22)</sup> O acompanhamento com um psiquiatra juntamente com um ginecologista é altamente recomendado.<sup>(23)</sup> O tratamento da disfunção sexual induzida por inibidores da recaptção da serotonina pode incluir a discussão sobre a possibilidade de adicionar/alterar a medicação pelo psiquiatra (Quadro 2).

**Quadro 2.** Terapia *add-back* usada na disfunção sexual induzida por inibidores seletivos da recaptção da serotonina e inibidor noradrenérgico seletivo

- Trazodona na dose de 200-400 mg/dia pode aumentar o desejo sexual
- A bupropiona na dose de 150-30 mg/dia pode aumentar o desejo sexual, a excitação e o orgasmo
- Buspirona em uma dose de 30-60 mg/dia pode aumentar o desejo sexual e o orgasmo
- Mirtazapina em uma dose de 30-60 mg/dia pode aumentar o orgasmo
- Encaminhar para psicoterapia e, se necessário, para terapia sexual e terapia de casais

### Uso de anticoncepcionais hormonais

Os anticoncepcionais orais combinados (AOC) podem reduzir o desejo sexual, a excitação e o prazer sexual, mas não interferem na satisfação sexual.<sup>(24)</sup> Os anticoncepcionais orais combinados inibem o EHH pela interferência na síntese de esteroides sexuais, o que pode reduzir a motivação sexual.<sup>(13)</sup> Além disso, os AOCs aumentam a síntese da globulina ligadora do hormônio sexual (SHBG) que se liga à testosterona, promovendo a redução da testosterona circulante, podendo levar à TDSH. Em comparação com mulheres que usam dispositivo intrauterino de cobre (DIU), as que usam acetato de medroxiprogesterona trimestralmente, o anel vaginal ou implante de etonogestrel têm, respectivamente, 2,62, 2,53 e 1,60 vezes mais risco de TDSH.<sup>(25)</sup> A diminuição da frequência de pensamentos sexuais e a excitação pode levar à descontinuação do anticoncepcional.<sup>(26)</sup> O manejo da TDSH devido ao uso de anticoncepcionais hormonais envolve a identificação de possíveis fatores de confusão para assumir AOC como a verdadeira causa da TDSH. O aconselhamento para a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo atividade física, pode contribuir para o bem-estar e maior receptividade aos estímulos sexuais.<sup>(27)</sup> Um método não hormonal (DIU de cobre) pode melhorar a TDSH nesses casos.

### Quais os fatores socioculturais e psicológicos mais comuns relacionados à TDSH nas mulheres em atendimento ginecológico de rotina?

Vários fatores socioculturais e psicológicos, como mitos, crenças, tabus, repressão, problemas diádicos, violência sexual e relacionamento de longo prazo podem interferir na resposta sexual feminina. Ginecologistas devem avaliar brevemente essas condições nos cuidados ginecológicos de rotina.

### Mitos, crenças, tabus, repressão

Muitas mulheres encontram a fonte educacional de seu comportamento e prática sexual nos ensinamentos religiosos e na mídia, que nem sempre são fontes confiáveis de informação científica. Em algumas culturas, de acordo com os preceitos religiosos e morais, o sexo é um dever religioso das mulheres e a virgindade é uma virtude feminina a ser preservada, as mulheres devem fazer sexo com seus maridos mesmo que não desejem, não têm o direito de alcançar prazer sexual e devem permanecer sempre passivas ao fazer sexo.<sup>(28)</sup> Assim, algumas práticas sexuais desalinhadas de seus valores e crenças religiosas podem promover culpa, ansiedade, sintomas depressivos, dificuldades de relacionamento e desconforto psicológico, podendo levar a disfunções sexuais.<sup>(29)</sup>

Hábitos de vida pouco saudáveis e a exposição a estressores contínuos, como trabalho e cuidar de crianças pequenas, causam distração cognitiva e emoções negativas, que afetam o desejo e a excitação sexual.<sup>(30)</sup> Nesses casos, o manejo das disfunções sexuais envolve a adaptação das orientações terapêuticas ao contexto cultural religioso e ao sistema de crenças da paciente.<sup>(31)</sup> Até o momento, não há consenso sobre o manejo da TDSH decorrente de fatores socioculturais, principalmente secundários às crenças religiosas. No entanto, com base na opinião de especialistas, é importante validar a importância da fé e discutir com as mulheres sobre seu direito ao prazer sexual e os riscos para a saúde geral e sexual ao negligenciar o prazer sexual feminino.<sup>(7)</sup> Técnicas como a atividade física<sup>(27)</sup> e exercícios de atenção focada para controle do estresse diminuem a distração cognitiva, melhoram o desejo/excitação sexual<sup>(30)</sup> e podem contribuir para o bem-estar e mais receptividade aos estímulos sexuais. Além disso, pode-se prescrever biblioterapia e filmes eróticos para melhorar o repertório sexual e oferecer medidas gerais de educação sexual (zonas erógenas, fantasias sexuais, manipulação do clitóris para atingir o orgasmo).

### Fatores diádicos

Aspectos interpessoais como infidelidade, violência (sexual, doméstica, psicológica e física), disfunção sexual do parceiro (disfunção erétil, ejaculação precoce), desemprego, baixa escolaridade, estresse pós-traumático, infecções sexualmente transmissíveis (IST), baixa satisfação sexual, relação sexual com foco na penetração e o repertório sexual limitado estão comumente relacionados à disfunção sexual.<sup>(3)</sup> A satisfação geral com a vida sexual influencia a qualidade e a manutenção do desejo, enquanto a rejeição produz uma influência

negativa.<sup>(32)</sup> A queixa de TDSH é comum em mulheres cujos parceiros apresentam disfunções sexuais, como disfunção erétil e ejaculação precoce.<sup>(33)</sup> Da mesma forma, quando a mulher tem TDSH, o parceiro masculino tem mais dificuldades com seu desempenho sexual, formando um ciclo vicioso que agrava as dificuldades sexuais do casal.<sup>(34)</sup> A comunicação sexual limitada entre os parceiros leva à limitação do repertório sexual e à insatisfação sexual.<sup>(35)</sup>

### Relacionamentos de longo prazo

O desejo sexual em relacionamentos de longo prazo pode ser afetado por fatores individuais, interpessoais e sociais (Quadro 3).<sup>(32)</sup>

**Quadro 3.** Fatores associados a disfunções sexuais em relacionamentos de longo prazo

Aspectos	Variáveis que interferem na função sexual
Individual	Expectativas gerais e sexuais em relação ao parceiro, atratividade, autonomia, afeto, compromisso, autoestima, estresse, fadiga
Interpessoais	Capacidade de resposta ao parceiro, intimidade emocional com o parceiro, comunicação entre parceiros, status profissional, compatibilidade sexual, satisfação sexual, relacionamento ao longo do tempo, rotina, monotonia
Social	Expectativas de gênero, igualdade, guerra de poder, atitudes sexuais restritivas, repressão sexual

A TDSH como consequência de um relacionamento de longo prazo está frequentemente ligada a expectativas irrealistas, rotina relacional e discrepâncias sexuais entre casais.<sup>(36)</sup> Facilitadores da função sexual incluem atratividade entre parceiros, priorizando o relacionamento, mantendo a individualidade, tendo boa comunicação, intimidade emocional, autoestima e controle sobre estressores externos.<sup>(32)</sup> Sugira atividades compartilhadas e técnicas de comunicação ao parceiro, com o objetivo de restaurar o interesse sexual e trazer o sexo para a rotina diária.<sup>(27)</sup> Informe as mulheres que o desejo sexual pode diminuir em um relacionamento de longo prazo, associado à rotina sexual e ao processo de envelhecimento.<sup>(36)</sup>

### Infidelidade conjugal

A infidelidade conjugal é definida como a quebra do contrato de exclusividade estabelecido pelo casal quanto aos aspectos psicoemocionais e sexuais.<sup>(37)</sup> Refere-se ao envolvimento emocional e/ou sexual com uma pessoa que não é o parceiro principal na relação. Estudos sobre a prevalência da infidelidade são antigos e revelam ocorrência de 20-25% entre os casados.<sup>(38)</sup> A infidelidade pode ser causada por diversos fatores, principalmente questões culturais, disfunções sexuais do casal, insatisfação com o relacionamento, padrões familiares, problemas de autoestima, abuso sexual na infância e estados patológicos como hipersexualidade.<sup>(37)</sup> A infidelidade pode ter um impacto negativo sobre o desejo sexual nas mulheres.

O manejo da TDSH por infidelidade pode incluir medidas de aconselhamento, como fornecer informações às mulheres sobre as taxas de infidelidade entre casais, com o

objetivo de motivar a discussão sobre o assunto. O ginecologista pode elencar alguns fatores relacionados à infidelidade, como má qualidade do relacionamento conjugal, falta de comunicação e intimidade dos casais. Explique que uma quebra na rotina sexual aumenta a intimidade e que a interação social do casal pode potencializar a relação diádica e melhorar a resposta sexual.<sup>(37)</sup> Informe sobre estratégias para melhorar o repertório sexual por meio de biblioterapia e ajudas sexuais (brinquedos, literatura e filmes eróticos), estimule fantasias sexuais individuais ou compartilhadas e a inovação da atmosfera para as relações sexuais. Alternativamente, encaminhe a mulher a um psicoterapeuta, terapeuta de casal e/ou terapia sexual.

### Violência sexual (abuso sexual e estupro)

A agressão sexual afeta a saúde geral das mulheres e pode resultar em TDSH e na fuga de relacionamentos íntimos devido à falta de confiança, embotamento emocional e medo de tocar o corpo relacionado à experiência traumática.<sup>(39)</sup> Nesse caso, é fundamental que a mulher seja atendida por uma equipe multiprofissional para lidar com as questões de saúde mental. O ginecologista deve pedir que essas mulheres falem sobre sua experiência por meio de perguntas abertas (gostaria de falar sobre a agressão que sofreu?) para avaliar seus problemas sexuais. Além disso, o ginecologista pode validar sua reclamação sexual relacionada à agressão e usar uma estratégia para redirecionar possíveis sentimentos de culpa (é um crime para um adulto molestar sexualmente uma criança / a criança não sabe que o parente ou pessoa próxima está tendo uma conduta inadequada / a criança é incapaz de consentir ou recusar práticas sexuais / a zona genital tem terminações nervosas que desencadeiam o prazer quando tocada / o perpetrador do abuso geralmente atrai a criança com presentes, promessas e bom comportamento e mais tarde, ameaça a criança, causando medo). Também é interessante informar as mulheres sobre a prevalência do abuso sexual (infelizmente, o abuso sexual é muito comum, principalmente entre meninas e geralmente é perpetrado por um membro da família ou pessoa relacionada à criança). Essa abordagem pode ajudar as mulheres a sentirem mais confiança para compartilhar suas experiências relacionadas ao trauma. Por fim, o ginecologista deve encaminhar a mulher a um psiquiatra ou psicoterapia, dependendo do grau de angústia e, posteriormente, a um terapeuta sexual.

### Como os hormônios fisiológicos afetam o desejo sexual nas mulheres?

#### Período pré e pós-menopausa

Durante a transição da menopausa, as alterações endócrinas e a síndrome geniturinária da menopausa (SGM) podem afetar a qualidade de vida e causar TDSH.<sup>(40)</sup> Condições sociais ou estressores também são importantes no declínio do desejo sexual e devem ser observados principalmente no tratamento da mulher na menopausa.<sup>(41)</sup> A dispareunia devido ao hipostrogenismo pode causar rejeição da atividade sexual.<sup>(42)</sup> Nesses casos, pode ser sugerida a terapia local.<sup>(43)</sup> Em mulheres



na pós-menopausa, o uso de testosterona transdérmica pode melhorar a TDSH.<sup>(44)</sup> A testosterona oral ou injetável não é recomendada e o uso de deidroepiandrosterona (DHEA) para tratar TDSH não mostra eficácia. Em mulheres com síndrome geniturinária, o estrogênio tópico é recomendado de acordo com os critérios de elegibilidade.<sup>(41)</sup> Alternativamente, o uso de hidratantes e lubrificantes vaginais é seguro para melhorar a dor sexual nessas mulheres.

### Período gravídico-puerperal

Nesse período, as mudanças na resposta sexual feminina afetam de 40 a 70% das gestantes.<sup>(45)</sup> A redução na frequência e satisfação sexual tem sido demonstrada como consequência do medo de machucar o feto, imagem corporal prejudicada, insatisfação com o parceiro e problemas de humor nesta fase,<sup>(46)</sup> bem como pelas mudanças no foco de atenção e também pelo cansaço da mulher.<sup>(47)</sup> O segundo trimestre da gravidez é o período mais favorável para a função sexual feminina.<sup>(48)</sup> No período puerperal, 58,3% das nutrizes brasileiras queixaram-se de redução da frequência sexual e má comunicação com o parceiro.<sup>(49)</sup> A dispareunia pode afetar 41% das mulheres após o parto normal e 2% após o parto cesáreo<sup>(50)</sup>, o que pode causar desconforto e TDSH. O manejo do TDSH no período gravídico-puerperal é baseado principalmente em medidas de aconselhamento<sup>(7,51)</sup>, prescrição de estratégias de educação sexual para mulheres no manejo do TDSH (zonas erógenas, fantasias sexuais, manipulação do clitóris para atingir o orgasmo) e o uso de lubrificantes e hidratantes para melhorar a dor durante a penetração pênis-vagina.

### Considerações Finais

A TDSH é prevalente em mulheres e existem vários fatores psicológicos, biológicos e socioculturais relacionados a essa condição. Os ginecologistas devem receber treinamento para lidar com esse problema no ambiente ginecológico. Vários fatores relacionados ao TDSH não podem ser tratados pelo ginecologista e as mulheres devem ser encaminhadas a um especialista para o manejo adequado do TDSH. No entanto, o ginecologista pode promover a saúde sexual por meio de aconselhamento, estratégia de educação e medidas específicas para tratar problemas endócrinos relacionados ao TDSH nas mulheres.

### Referências

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
2. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):144-52. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.034
3. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):108. doi: 10.1186/s12905-018-0602-4
4. Yazdani M, Mahmoodi Z, Azin SA, Qorbani M. The effect of counseling based on sexual self-concept via social networks on smartphone in infertile women: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2019;7(3):231-40. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.44998
5. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med.* 2007;4(1):29-37. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00395.x

6. Lara LAS, Coelho Neto MA, Martins WP, Ferriani RA, Navarro PA. Assessment of sexual function in infertile women in a gynecological care setting. *J Sex Med.* 2016;13(6):938-44. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.04.065
7. Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(4):184-94. doi: 10.1055/s-0037-1601435
8. Di Francesco S, Caruso M, Robuffo I, Militello A, Toniato E. The impact of metabolic syndrome and its components on female sexual dysfunction: a narrative mini-review. *Curr Urol.* 2019;12(2):57-63. doi: 10.1159/000489420
9. Otuncemur A, Dursun M, Ozbek E, Sahin S, Besiroglu H, Koklu I, et al. Effect of metabolic syndrome on sexual function in pre- and postmenopausal women. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(4):440-9. doi: 10.1080/0092623X.2014.918068
10. Nascimento ER, Maia ACO, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: the role of depression and anxiety. *J Affective Disord.* 2015;181:96-100. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.050
11. Polland AR, Davis M, Zeymo A, Iglesia CB. Association between comorbidities and female sexual dysfunction: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Int Urogynecol J.* 2019;30(3):377-83. doi: 10.1007/s00192-018-3739-7
12. Nappi RE, Cucinella L. Advances in pharmacotherapy for treating female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16(6):875-87. doi: 10.1517/14656566.2015.1020791
13. Dettore D, Pucciarelli M, Santarnecchi E. Anxiety and female sexual functioning: an empirical study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(3):216-40. doi: 10.1080/0092623X.2011.606879
14. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013;382(9907):1817-29. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62366-1
15. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health (Lond).* 2018;14:1745506518762664. doi: 10.1177/1745506518762664
16. Düring SW, Nielsen MØ, Bak N, Glenthøj BY, Ebdrup BH. Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in schizophrenia before and after six weeks of D2/3 receptor blockade - An exploratory study. *Psychiatry Res.* 2019;274:58-65. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.017
17. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018;17(1):3-11. doi: 10.1002/wps.20509
18. Allen K, Baban A, Munjiza J, Pappa S. Management of antipsychotic-related sexual dysfunction: systematic review. *J Sex Med.* 2019;16(12):1978-87. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.022
19. Rappeck NAM, Sidi H, Kumar J, Kamarazaman S, Das S, Masiran R, et al. Serotonin Selective Reuptake Inhibitors (SSRIs) and Female Sexual Dysfunction (FSD): hypothesis on its association and options of treatment. *Curr Drug Targets.* 2018;19(12):1352-8. doi: 10.2174/1389450117666161227142947
20. Sidi H, Asmidar D, Hod R, Jaafar NRN, Guan NC. Hypoactive sexual desire among depressed female patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors: a comparison between escitalopram and fluoxetine. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(1):41-7. doi: 10.3109/13651501.2011.617457
21. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med.* 2014;126(2):91-9. doi: 10.3810/pgm.2014.03.2744
22. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):540-60. doi: 10.1177/0706743716659417
23. Atmaca M. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: current management perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:1043-50. doi: 10.2147/NDT.S185757
24. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women—a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(11):4046-53. doi: 10.1210/jc.2016-2032
25. Boozalis A, Tutlam NT, Chrisman Robbins C, Peipert JF. Sexual desire and hormonal contraception. *Obstet Gynecol.* 2016;127(3):563-72. doi: 10.1097/AOG.0000000000001286
26. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception.* 2001;64(1):51-8. doi: 10.1016/s0010-7824(01)00218-9
27. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477-86. doi: 10.1097/AOG.0000000000000620
28. Ben Thabet J, Charfeddine F, Charfi N, Baati I, Zouari L, Zouari N, et al. [Sexuality of Tunisian women: involvement of religion and culture]. *Encephale.* 2015;41(2):144-50. doi: 10.1016/j.encep.2013.10.006. French.

29. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *J Sex Med.* 2016;13(4):591-606. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.021
30. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female sexual dysfunction—medical and psychological treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017;14(12):1463-91. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.05.018
31. Kellogg Spadt S, Rosenbaum TY, Dweck A, Millheiser L, Pillai-Friedman S, Krychman M. Sexual health and religion: a primer for the sexual health clinician (CME). *J Sex Med.* 2014;11(7):1607-18. doi: 10.1111/jsm.12593
32. Mark KP, Lasslo JA. Maintaining sexual desire in long-term relationships: a systematic review and conceptual model. *J Sex Res.* 2018;55(4-5):563-81. doi: 10.1080/00224499.2018.1437592
33. Zhang J, Li F, Li H, Zhang Z, Yang B, Li H. Clinical features of and couple's attitudes towards premature ejaculation: a multicenter cross-sectional study. *Aging Male.* 2019 Jul 15. doi: 10.1080/13685538.2019.1640194. [ahead of print].
34. Rosen NO, Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners experience consequences, too: a comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *J Sex Med.* 2019;16(1):83-95. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.10.018
35. Byers ES. Beyond the birds and the bees and was it good for you?: thirty years of research on sexual communication. *Can Psychol/Psychol Can.* 2011;52(1):20-8. doi: 10.1037/a0022048
36. Marieke D, Joana C, Giovanni C, Erika L, Patrícia P, Yacov R, et al. Sexual desire discrepancy: a position statement of the European Society for Sexual Medicine. *Sex Med.* 2020;8(2):121-31. doi: 10.1016/j.esxm.2020.02.008
37. Haseli A, Shariati M, Nazari AM, Keramat A, Emamian MH. Infidelity and its associated factors: a systematic review. *J Sex Med.* 2019;16(8):1155-69. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.011
38. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Curr Opin Psychol.* 2017;13:70-4. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.03.008
39. Hawks L, Woolhandler S, Himmelstein DU, Bor DH, Gaffney A, McCormick D. Association between forced sexual initiation and health outcomes among US women. *JAMA Intern Med.* 2019 Sep 16:e193500. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.3500. [ahead of print].
40. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):649-61. doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.009
41. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2013;20(9):888-902. doi: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2
42. Pitsouni E, Grigoriadis T, Falagas ME, Salvatore S, Athanasiou S. Laser therapy for the genitourinary syndrome of menopause. A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2017;103:78-88. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.06.029
43. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Fought BM, et al. The International society for the study of women's sexual health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(4):467-87. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.11.002
44. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva ACJS, Figueiredo JBP, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD009672. doi: 10.1002/14651858.CD009672.pub2
45. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Med.* 2012;90(12):873-7. French.
46. Kračun I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *J Perinat Med.* 2019;47(3):335-40. doi: 10.1515/jpm-2018-0206
47. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012;33(4):185-90. doi: 10.3109/0167482X.2012.720314
48. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(21):4216. doi: 10.3390/ijerph16214216
49. Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, Lara LA, Arroyo LH, Arcoverde MAM, et al. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open.* 2019;9(4):e025833. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025833
50. Kainu JP, Halmesmäki E, Korttila KT, Sarvela PJ. Persistent pain after cesarean delivery and vaginal delivery: a prospective cohort study. *Anesth Analg.* 2016;123(6):1535-45. doi: 10.1213/ANE.0000000000001619
51. Banaei M, Torkzahrani S, Ozgoli G, Azad M, Mahmoudikohani F, Pormehr-Yabandeh A. Addressing the sexual function of women during first six month after delivery: a quasi-experimental study. *Mater Sociomed.* 2018;30(2):136-40. doi: 10.5455/msm.2018.30.136-140

**Lucia Alves da Silva Lara** 

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Sandra Cristina Poerner Scalco** 

Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, Brasil.  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Andréa Cronemberger Rufino** 

Universidade Estadual do Piauí, Floriano, PI, Brasil.

**Stany Rodrigues Campos de Paula** 

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Eduardo Siqueira Fernandes** 

Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim, MG, Brasil.

**Joice Martins de Lima Pereira** 

Sociedade Goiana De Ginecologia E Obstetrícia, Goiânia, GO, Brasil.

**Siglia Sousa de França** 

Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brasil.

**Sheila Reis** 

Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Suzane Beirão de Almeida** 

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Fabiene Bernardes Castro Vale** 

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Théo Lerner** 

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Yara Maia Villar de Carvalho** 

Maternidade Cândida Vargas, João Pessoa, PB, Brasil.

**Carmita Helena Najjar Abdo** 

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Flávia Fairbanks Lima de Oliveira** 

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Conflito de interesses:** nenhum a declarar.

**Comissão Nacional Especializada em Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**

Presidente:  
Lúcia Alves da Silva Lara

Vice-Presidente:  
Sandra Cristina Poerner Scalco

Secretária:  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

Membros:  
Andrea Cronemberger Rufino  
André Marquez Cunha  
Carmita Helena Abdo  
Eduardo Siqueira Fernandes  
Fabiene Bernardes Castro Vale  
Gerson Pereira Lopes  
Joice Martins de Lima Pereira  
Siglia Sousa de França  
Stany Rodrigues Campos de Paula  
Suzane Beirão de Almeida  
Théo Lerner  
Yara Maia Villar de Carvalho