

**Editores**

Lucia Alves da Silva Lara  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira  
César Eduardo Fernandes  
Agnaldo Lopes da Silva Filho

# Saúde sexual da mulher:

como abordar a  
disfunção sexual feminina  
no consultório ginecológico



# **Saúde sexual da mulher:**

como abordar a  
disfunção sexual feminina  
no consultório ginecológico

#### DIRETORIA DA FEBRASGO 2020/2023

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

Presidente

**Sérgio Podgaec**

Diretor Administrativo

**César Eduardo Fernandes**

Diretor Científico

**Olímpio B. de Moraes Filho**

Diretor Financeiro

**Maria Celeste Osório Wender**

Diretora de Defesa e Valorização Profissional

**Marta Franco Finotti**

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

**Carlos Augusto Pires C. Lino**

Vice-Presidente Região Nordeste

**Ricardo de Almeida Quinteiros**

Vice-Presidente Região Norte

**Marcelo Zugaib**

Vice-Presidente Região Sudeste

**Jan Pawel Andrade Pachnicki**

Vice-Presidente Região Sul

#### Realização

**Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO):**

**Presidente:**

Lúcia Alves da Silva Lara

**Vice-presidente:**

Sandra Cristina Poerner Scalco

**Secretária:**

Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

**Membros:**

André Marquez Cunha

Andrea Cronemberger Rufino

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 Beirao de Almeida

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti

Théo Lerner

Yara Maia Villar de Carvalho

Rodrigo Itocazo Rocha

## Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico

### Sinopse

Ser referência para consulta e aprendizado para os residentes e fonte de atualização para os especialistas em ginecologia e obstetrícia e para candidatos ao concurso de área de atuação em sexologia, por meio de um conteúdo que aborde os principais temas da especialidade, com informações atualizadas e necessárias para a realização das suas atividades clínicas cotidianas, segundo as normas estabelecidas de melhores condutas e práticas pela FEBRASGO.

**Editores**

Lucia Alves da Silva Lara  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira  
César Eduardo Fernandes  
Agnaldo Lopes da Silva Filho

# Saúde sexual da mulher:

como abordar a  
disfunção sexual feminina  
no consultório ginecológico

## Organizador

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3421, sala 903, CEP: 01401-001, Jardim Paulista - São Paulo/SP

Tels.: (11) 5573-4919 | (11) 3050-0400

Home Page: <https://www.febrasgo.org.br/pt/>

### Autores

André Marquez Cunha  
Andréa Cronemberger Rufino  
Eduardo Siqueira Fernandes  
Fabiane Bernardes Castro Vale  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira  
Joice Martins de Lima Pereira  
Lucia Alves da Silva Lara  
Siglia Sousa de França  
Suzane Beirão de Almeida  
Théo Lerner

### Editores

Lucia Alves da Silva Lara  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira  
César Eduardo Fernandes  
Agnaldo Lopes da Silva Filho

### Coordenação editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira

### Revisora ortográfica e gramatical

Glair Pícolo Coimbra

### Normalização e Normalização

Edna Terezinha Rother

### Projeto gráfico e diagramação

Aguina Editoração e Treinamentos



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que a fonte seja citada.

Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico/Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), organizador. -- São Paulo: FEBRASGO, 2022.

X, 78p.

1. Saúde sexual 2. Educação em saúde 3. Saúde da mulher  
4. Mulher

ISBN 978-65-87832-06-7

NLM - WP100

### Como citar o livro na íntegra

Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. 78p.

Todos os conteúdos científicos podem ser acessados na íntegra,  
na home page: <https://www.febrasgo.org.br/pt>

Esta obra representa o esforço da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO para promover o acesso do médico Ginecologista e Obstetra (GO) às queixas sexuais femininas. Ao ler essa obra, o GO obterá conhecimento e se sentirá confiante em abordar a saúde sexual da mulher.

**Lucia Alves da Silva Lara**



# Apresentação

Este livro faz parte das várias ações promovidas pela Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO que visam contribuir para qualificar o médico Ginecologista e Obstetra (GO) para abordar as queixas sexuais da sua paciente. O desconhecimento sobre sexualidade e saúde sexual constitui a principal barreira para o GO acessar a função sexual da mulher. Sendo assim, esta obra, pelo seu conteúdo objetivo apresentado de forma didática, e embasado em evidências científicas, irá contribuir para que o GO preste o cuidado adequado à mulher com queixa sexual.

Recentemente, foi aprovada a matriz de competências para a formação do GO em saúde sexual. Esta foi uma enorme contribuição da nossa Comissão de Sexologia para reduzir o histórico tabu que permeia a sexualidade. Até então, esta temática não era abordada, rotineiramente, nos consultórios ginecológicos devido a falta de preparo dos GOs que não recebiam treinamento durante a residência. Da mesma forma, a função sexual humana não fazia parte da grade curricular dos estudantes de Medicina. Com o incentivo crescente no ensino e nas pesquisas nessa área apoiados pela FEBRASGO, este cenário tem modificado fazendo-se necessária a elaboração de material didático para o suporte dos GOs.

A missão da CNE de Sexologia é contribuir para a formação do GO fornecendo material suficiente para que ele adquira conhecimento para acessar as queixas sexuais da mulher, tratar sempre que possível e referendar adequadamente a outro profissional de saúde quando a queixa da mulher foge ao escopo do GO. A Comissão de Sexologia da FEBRASGO tem trabalhado incansavelmente no provimento de material didático e, esta obra, faz parte de uma série de outras disponibilizadas no site da FEBRASGO e nas mídias disponíveis.

**Lucia Alves da Silva Lara**



# Sumário

## Capítulo 1

Disfunção sexual: conceito, causas e diagnóstico

1

Lucia Alves da Silva Lara, Joice Martins de Lima Pereira

## Capítulo 2

Fisiologia da resposta sexual feminina

5

Lucia Alves da Silva Lara, Joice Martins de Lima Pereira

## Capítulo 3

Fisiopatologia das disfunções sexuais

11

Fabiane Bernardes Castro Vale, Suzane Beirão de Almeida

## Capítulo 4

Anamnese sexológica

18

Lucia Alves da Silva Lara, Siglia Sousa de França

## Capítulo 5

Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas

24

Flavia Fairbanks Lima de Oliveira, Lucia Alves da Silva Lara

## Capítulo 6

Terapia androgênica para a mulher

30

Lucia Alves da Silva Lara, Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

## Capítulo 7

Distúrbio da dor sexual: dispareunia, vaginismo e vulvodínia

36

Lucia Alves da Silva Lara, Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

## Capítulo 8

Disfunções sexuais na mulher climatérica

44

Eduardo Siqueira Fernandes

## Capítulo 9

Técnicas para manejo das disfunções sexuais psíquicas

55

Andréa Cronemberger Rufino

## Capítulo 10

Técnicas de terapia sexual

63

André Marquez Cunha, Joice Martins de Lima Pereira, Lucia Alves da Silva Lara

## Capítulo 11

A ética na abordagem da disfunção sexual

72

André Marquez Cunha, Théo Lerner



# Capítulo 1

## Disfunção sexual: conceito, causas e diagnóstico

---

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>  
Joice Martins de Lima Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

<sup>2</sup>Ginecologista e obstetra. Titulada na área de atuação em Sexologia pela FEBRASGO. Aperfeiçoamento em Sexualidade Humana e Terapia Sexual pela Universidade de São Paulo (USP) – Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex). Terapeuta cognitiva sexual. Pós-graduanda em Terapia Cognitivo-comportamental. Diretora da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia. Membro da Comissão Nacional Especializada em Sexologia da FEBRASGO.

### Como citar:

Lara LA, Pereira JM. Disfunção sexual: conceito, causas e diagnóstico. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 1. p.1-4.

## Conceitos

### Sexualidade

Sexualidade é a energia que motiva a busca pelo amor, contato e intimidade,<sup>(1)</sup> e não se restringe à atividade genital, pois se expressa por um conjunto de caracteres biológicos e psíquicos de acordo com a identidade sexual do indivíduo.<sup>(2)</sup> Compreende a expressão afetiva (toque, abraço, gesto, palavra) e sexual do indivíduo. Caracteriza-se pela necessidade do indivíduo de sentir e exprimir afeto e prazer. Expressa-se pelo autoerotismo ou pela interação com uma parceria. A relação sexual é uma das inúmeras maneiras de expressar a sexualidade. É construída desde o nascimento da criança, sendo a infância um período crucial para a sexualidade saudável,<sup>(3)</sup> considerando que as ocorrências adversas nessa fase deixam marcas profundas no comportamento e na função sexual na vida adulta.<sup>(2)</sup>

### Saúde sexual

A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, não sendo meramente uma ausência de doença, disfunção ou enfermidade sexual. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.<sup>(1)</sup> A saúde sexual é primordial para o bem-estar do indivíduo e fundamental para a longevidade das relações afetivas e para a qualidade das relações conjugais.<sup>(4,5)</sup> Assim, é fundamental a vivência do aspecto prazeroso do sexo em harmonia com a sua finalidade reprodutiva.

### Resposta sexual

É uma interação de processos psíquicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos

que se articulam para promover uma resposta ao estímulo sexual. As alterações isoladas ou em conjunto nesses aspectos podem afetar qualquer estágio da resposta sexual.<sup>(6)</sup>

### Disfunção sexual

A disfunção sexual (DS) relaciona-se à dificuldade em sentir satisfação sexual em atividades sexuais não coercivas. Para ser DS, é necessário ser recorrente, durar vários meses e ser acompanhada de sofrimento (*distress*).<sup>(6)</sup> Portanto, os critérios para diagnóstico envolvem queixa de disfunção frequente, que dura seis meses ou mais e que causa desconforto (sofrimento) pessoal. Isso significa que, mesmo que a mulher refira uma alteração na resposta sexual, o médico só a investigará quando ela referir que isso a incomoda e que ela deseja que se faça uma abordagem.

Vale frisar que a DS pode ser geral, quando a respostas sexuais individuais e compartilhadas estão alteradas, e situacional, quando ocorre com um parceiro específico, em determinado ambiente ou em circunstância definível. Vale destacar que não existe um padrão normativo para classificar a função sexual com normal ou anormal e que o funcionamento sexual adequado é subjetivamente definido como sendo satisfatório para o indivíduo. E, ainda, as expectativas irrealistas de um dos parceiros, a discrepância do desejo sexual entre parceiros e a estimulação sexual inadequada não integram os critérios válidos para o diagnóstico de DS.<sup>(7)</sup>

### Classificação das disfunções sexuais

A Classificação Internacional das Doenças revisada versão 11 (CID-11) organiza as DSs em quatro grupos: i) Disfunções do desejo sexual e da excitação; ii) Disfunções orgásticas; iii) Disfunções ejaculatórias; iv) Outras disfunções

sexuais especificadas incluindo os distúrbios da dor sexual. No Brasil continua vigente a CID-10 (Quadro 1).<sup>(8)</sup>

## Desejo sexual hipoativo

Desejo sexual hipoativo é a ausência ou redução acentuada e persistente do desejo ou da motivação para a atividade sexual que dure pelo menos seis meses e que esteja associado ao sofrimento. Manifesta-se por um dos seguintes critérios: i) desejo espontâneo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); ii) desejo responsivo reduzido ou ausente a estímulos eróticos e estimulação pela parceria; iii) incapacidade de manter o desejo ou interesse pela atividade sexual, uma vez iniciada.<sup>(6)</sup>

## Disfunção de excitação

É a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta excitatória adequada (lubrificação, turgescência) até o término da atividade sexual.

## Disfunção orgásmica – Anorgasmia

É uma condição caracterizada pela demora persistente ou recorrente ou incapacidade de alcançar o orgasmo após uma fase de excitação sexual normal, resultando em angústia e/ou dificuldade interpessoal.<sup>(9)</sup>

## Distúrbios da dor sexual

Referem-se a dificuldades marcadas e persistentes ou recorrentes relacionadas à experiência de dor durante a atividade sexual em pessoas adultas que não são inteiramente atribuíveis a uma condição médica subjacente, lubrificação insuficiente em mulheres, alterações relacionadas à idade ou alterações associadas à menopausa em mulheres e estão associadas a sofrimento clinicamente

### Quadro 1. Classificação das disfunções sexuais pela CID-10

F52.0	Ausência ou perda do desejo sexual	F52.6	Dispareunia não orgânica
F52.1	Aversão sexual e ausência de prazer sexual	F52.7	Impulso sexual excessivo
F52.2	Fracasso da resposta genital	F52.8	Outras disfunções sexuais de origem não orgânica
F52.3	Disfunção orgásmica	F52.9	Disfunção sexual não especificada
F52.5	Vaginismo não orgânico	F64	Transtorno da identidade de gênero

Fonte: World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10)-WHO. Geneva:WHO;2016. F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F52><sup>(8)</sup>

significativo.<sup>(6)</sup> Essas dificuldades são conhecidas por: dispareunia, vulvodínia e vaginismo.

- **Dispareunia:** É a dor recorrente ou persistente que ocorre com a tentativa de penetração ou durante a penetração vaginal completa e/ou durante a relação sexual pênis-vagina.<sup>(10)</sup>
- **Vulvodínia:** Trata-se de dor na vulva sem causa aparente, com pelo menos três meses de duração, que está associada a sofrimento emocional significativo e incapacidade funcional, e não é mais bem explicada por outra condição específica.<sup>(11)</sup>
- **Vaginismo:** É a dificuldade persistente e recorrente de realizar a penetração do pênis, dedo ou objeto na vagina apesar de a mulher expressar desejo de fazê-lo.<sup>(10)</sup>

## Transtorno de aversão sexual

Trata-se de aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual devido a extrema ansiedade e/ou repulsa antecipatória a tentativa de ter qualquer atividade sexual.<sup>(10)</sup>

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Sexual health. Geneva: WHO; c2021. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sexual-health>.
2. Almeida AN. Os "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" de Sigmund Freud e a psicologia da criança no final do século XIX. 2006 [citado 2021 Mar 14]. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ter-livro-online-49563/os-tres-ensaios-sobre-a-teoria-da-sexualidade-de-sigmund-freud-e-a-psicologia-da-crianca-no-final-do-seculo-xix>
3. Grossi LM, Lee AF, Schuler A, Ryan JL, Prentky RA. Sexualized behaviors in cohorts of children in the child welfare system. Child Abuse Negl. 2016;52:49-61.

4. Jodouin JF, Bergeron S, Desjardins F, Janssen E. Sexual behavior mediates the relationship between sexual approach motives and sexual outcomes: a dyadic daily diary study. *Arch Sex Behav.* 2019;48(3):831-42.
5. Lee BH, O'Sullivan LF. Walk the Line: How successful are efforts to maintain monogamy in intimate relationships? *Arch Sex Behav.* 2019;48(6):1735-48.
6. World Health Organization (WHO). ICD-11 – Mortality and morbidity statistics. Sexual dysfunction. Geneva: WHO; s.d. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/160690465>
7. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry.* 2016;15(3):205-21.
8. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10)-WHO. Geneva:WHO;2016. F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F52>
9. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
10. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003;24(4):221-9.
11. Radici G, Preti M, Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Bornstein J. The international classification of diseases. 11th revision: A step-back for women with vulvodynia? *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(3):332-3.

# Capítulo 2

## Fisiologia da resposta sexual feminina

---

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>  
Joice Martins de Lima Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

<sup>2</sup>Ginecologista e obstetra. Titulada na área de atuação em Sexologia pela FEBRASGO. Aperfeiçoamento em Sexualidade Humana e Terapia Sexual pela Universidade de São Paulo (USP) – Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex). Terapeuta cognitiva sexual. Pós-graduanda em Terapia Cognitivo-comportamental. Diretora da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia. Membro da Comissão Nacional Especializada em Sexologia da FEBRASGO.

**Como citar:**

Lara LA, Pereira JM. Fisiologia da resposta sexual feminina. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 2. p.5-10.

## Introdução

A resposta sexual se forma em três circunstâncias: i) quando o instinto sexual se manifesta, ii) quando existe motivação e iii) quando ocorre um estímulo sexual.<sup>(1)</sup> A predisposição do indivíduo para o sexo advém da motivação, que é um estado interno que induz a pessoa a envolver-se em um comportamento específico.<sup>(2)</sup> A motivação é retroalimentada pelo sistema de recompensa, cujo mecanismo está associado à ação da dopamina (DA) no núcleo accumbens (NAc), que é liberada sob a ação do glutamato e dos neurônios GABAérgicos (ácido gama-aminobutírico), liberando impulsos motivacionais em determinado contexto.<sup>(2)</sup> Em ratos machos e fêmeas, durante a cópula, ocorre um aumento da concentração extracelular da DA no NAc,<sup>(3)</sup> porém nas fêmeas esse fenômeno se dá somente quando a estimulação copulatória ocorre de acordo com suas preferências quanto ao ritmo de intromissão do pênis na vagina e a outras características que lhes agrada.<sup>(4)</sup> Extrapolando para as mulheres, isso poderia explicar, em parte, a resposta sexual satisfatória ou não a determinados estímulos sexuais e suas parcerias.

## Ciclo da resposta sexual

Os dados obtidos de estudos em animais têm sido extrapolados para a resposta sexual feminina, especialmente para explicar o desejo sexual espontâneo e responsivo, porém é necessário salientar a importância dos fatores culturais, sociais, psíquicos e relacionais na modulação da resposta sexual humana. Isso pressupõe que o comportamento sexual humano é controlado por áreas primitivas do cérebro, mas é influenciado e modulado pelo meio social, étnico e cultural e pela experiência adquirida. O modelo circular da resposta sexual feminina contempla o aspecto multidimensional dessa resposta e considera que a

mulher se engaja em sexo mesmo na neutralidade (ausência de desejo sexual espontâneo), desde que tenha intimidade e que o estímulo sexual de sua parceria seja efetivo.<sup>(1)</sup>

Em resumo, pode-se dizer que a resposta sexual em humanos se forma em três circunstâncias – i) por instinto, ii) por meio de um estímulo e iii) por motivação – e é efetivada em cinco níveis: i) no sistema nervoso central, especialmente no sistema límbico, pela ação de neurotransmissores e neuropeptídeos; ii) no sistema endócrino, pela ação dos esteroides sexuais (estrogênio, progesterona, testosterona), da oxitocina e da melatonina; iii) na medula espinhal, por meio do centro medular sexual (T4-L2) sensitivo e motor, e do arco reflexo (S2-S4), pela ação dos neurotransmissores e neuropeptídeos; iv) no sistema nervoso simpático (frenador da resposta sexual) e parassimpático (ativador da resposta sexual), pela ação dos neurotransmissores e neuropeptídeos; e v) e na genitália com anatomia e função adequadas (Figura 1).

A excitação sexual feminina é um processo neurovascular que se caracteriza por aumento do fluxo sanguíneo genital e relaxamento do músculo liso, estando envolvidos nesse processo neurotransmissores, agentes vasoativos e hormônios.<sup>(5)</sup> A DA constitui cerca de 80% do conteúdo de catecolaminas cerebrais, possuindo importante papel na regulação de fatores motivacionais, cognitivos, motores e hormonais, e tem um papel central no mecanismo excitatório da resposta sexual.<sup>(6)</sup> Os neurônios dopaminérgicos encontram-se principalmente em regiões do mesencéfalo (substância negra, núcleo estriado, amígdala) e diencéfalo (hipotálamo). Na resposta sexual masculina, a DA aumenta a integração sensorio-motora, permitindo que estímulos sexualmente relevantes facilmente tenham acesso às vias de saída

neurônios estimuladas por hormônios, e facilita a liberação de neurotransmissores excitatórios, como o glutamato.<sup>(7)</sup> A flutuação nos níveis de DA resulta em prejuízo da diferenciação sexual. A relação dos esteroides sexuais com a DA também já está estabelecida, com o estradiol aumentando os níveis de DA no córtex pré-frontal no período perinatal e a testosterona não influenciando a síntese de DA, mas com efeitos na sua liberação.<sup>(7)</sup>

O óxido nítrico (NO) é sintetizado em neurônios e está relacionado com o relaxamento vascular e da musculatura lisa. É responsável pelo aumento na liberação de catecolaminas, como a DA, e pela inibição da recaptação delas. A liberação de hormônio luteinizante (LH) também depende de receptores de NO, o que evidencia seu importante papel também na regulação do comportamento reprodutivo.<sup>(7)</sup> O NO pode modular tanto o suprimento de sangue vaginal quanto a contratilidade do músculo liso vaginal e desempenha papel parcial no relaxamento do músculo liso.<sup>(5)</sup>

A serotonina tem ação inibitória sobre a resposta sexual. As fibras serotoninérgicas provenientes do cérebro para a medula espinhal têm provável efeito inibidor sobre a excitação por meio do reflexo espinhal. A ativação do sistema serotoninérgico leva à sensação de saciedade e relaxamento.<sup>(6)</sup> Neurônios que produzem serotonina estão localizados no núcleo da rafe e no tronco encefálico. A ligação da serotonina a receptores 5-HT<sub>2A</sub> aumenta a liberação de endocanabinoides, diminuindo a motivação sexual.<sup>(6)</sup>

Os neuropeptídeos envolvidos na resposta sexual são mensageiros de ação lenta e compreendem o polipeptídeo intestinal vasoativo (VIP), que induz o relaxamento da musculatura lisa dos vasos e da parede vaginal,<sup>(8)</sup> promovendo o aumento do fluxo sanguíneo e a lubrificação.<sup>(9)</sup>

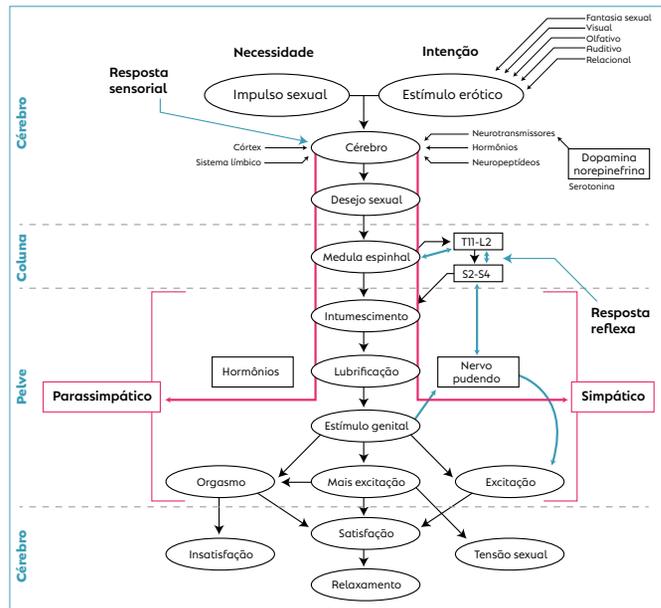


Figura 1. Fluxograma da resposta sexual

Os esteroides sexuais têm ação neuroendócrina e trófica, modulam centros corticais na interpretação das sensações que devem ser percebidas como sexuais e sensibilizam o sistema límbico e a genitália para a percepção consciente das reações de prazer por meio da liberação de neurotransmissores e neuromoduladores.<sup>(10)</sup> Os estrogênios têm ação central positiva sobre a cognição, promovem o senso feminino, ativam neurotransmissores e promovem a liberação de DA.<sup>(10)</sup> Em estudos experimentais com ratas, o estrogênio induziu à lordose. Já em mulheres, ao longo dos ciclos menstruais, o estrogênio induz à preferência delas por características faciais mais masculinas em homens, enquanto a progesterona determina a preferência por rostos masculinos com características mais femininas.<sup>(11)</sup>

O estrogênio tem importante ação na síntese endotelial do ON,<sup>(12)</sup> bem como no mecanismo da excitação através da sua ação vasodilatadora na genitália e no cérebro. Na

área pré-óptica, o estrogênio, bem como a testosterona, por meio de seus receptores, regulam a síntese do ON,<sup>(13)</sup> sendo essencial para a manutenção da integridade estrutural e do trofismo genital, modulando a lubrificação vaginal e a hemodinâmica genital. Níveis estrogênicos menores que 50 picogramas (pg)/mL estão relacionados com secura vaginal, e concentrações menores que 35 pg/mL estão associadas com redução da frequência de relações sexuais.<sup>(5)</sup> Em experimentos animais, a ooforectomia levou a um declínio substancial dos níveis de ON endotelial e a uma indução paralela da apoptose celular na vagina em ratas, resultando em afinamento do epitélio, acúmulo de colágeno intramural dos vasos e atrofia vaginal.<sup>(14)</sup>

Os androgênios têm importante papel na expressão sexual das mulheres. Em condições fisiológicas, o pico periovulatório da testosterona coincide com aumento da procura por sexo.<sup>(5)</sup> Os androgênios facilitam o relaxamento da musculatura vaginal lisa em resposta ao estímulo elétrico e ao VIP.<sup>(5)</sup> No entanto, o uso da testosterona não se correlaciona com aumento da lubrificação vaginal.<sup>(5)</sup> A expressão de receptores androgênicos (e também estrogênicos) na amígdala, núcleo basal da estria terminal, área pré-óptica e núcleo do corpo mamilar tem influência positiva na motivação sexual<sup>(15)</sup> e promove o desejo sexual em mulheres com desejo sexual hipoativo.<sup>(16)</sup> A testosterona regula a síntese do NO na área pré-óptica,<sup>(13)</sup> que está relacionada com a motivação sexual. Em ratos machos, a testosterona promove um incremento da liberação de DA, ativando a procura dos animais por sexo.<sup>(7)</sup>

A ocitocina é sintetizada em neurônios do núcleo paraventricular e do núcleo supraóptico e está envolvida na estimulação do fluxo sanguíneo genital durante a excitação sexual. Também é responsável pelo estabelecimento

da ligação entre a recompensa sexual e o vínculo a um indivíduo. A concentração sanguínea circulante da ocitocina aumenta durante a fase de excitação e atinge um pico máximo durante o orgasmo.<sup>(17)</sup> No entanto, o uso prolongado de ocitocina intranasal para tratamento do desejo sexual hipoativo em mulheres foi igual ao do placebo.<sup>(18)</sup>

A melatonina é um neuro-hormônio produzido pela glândula pineal. Existe evidência de que a ativação do subtipo do receptor 4 da melanocortina tem efeito pró-sexual, tendo sido recentemente aprovado nos Estados Unidos para o tratamento do desejo sexual hipoativo em mulheres. O bremelanotide é um novo heptapeptídeo análogo ao neuropeptídeo endógeno hormônio estimulador de alfa-melanócitos.<sup>(19)</sup>

## Mecanismo da motivação sexual

A gratificação (recompensa) sexual ligada à DA ativa mecanismos neuroendócrinos necessários para a gravidez, sendo, portanto, uma motivação para a perpetuação da espécie.<sup>(2)</sup> A inter-relação entre o sistema de recompensa e os esteroides sexuais tem sido avaliada em experimentos com animais. Nas fêmeas de *hamster*, os implantes de estradiol, seguidos de implantes de progesterona, na região ventromedial do hipotálamo levam à lordose,<sup>(20)</sup> o que sugere a ação dos esteroides sexuais na motivação sexual. Os polimorfismos dos receptores de DA são determinantes da expressão do instinto sexual. Alterações nos receptores D4 da DA estão relacionados com menor impulso sexual, e haplótipos no locus 5 do DRD4 estão associados com disfunção do desejo sexual e disfunção da excitação.<sup>(21)</sup>

A ressonância magnética funcional (RMF) evidencia que os córtices cingulado anterior, pré-frontal medial, orbitofrontal, insular

e occipitotemporal, bem como a amígdala e o núcleo estriado ventral, são áreas cerebrais ativadas em homens e mulheres durante o estímulo sexual.<sup>(22)</sup> A área pré-óptica medial na extremidade anterior do hipotálamo é um importante centro de controle do comportamento masculino, enquanto a área ventromedial do hipotálamo está relacionada com a receptividade feminina. Essas e outras áreas ativadas são controladas pela ação dos esteroides sexuais, uma vez que o estrogênio tem correlação direta com o maior estímulo nos tálamo, amígdala e cíngulo anterior em mulheres no período reprodutivo, em comparação com mulheres na pós-menopausa.<sup>(23)</sup> Já em homens, a excitação sexual está relacionada com a ativação do tálamo e do hipotálamo,<sup>(22)</sup> na região subinsular, núcleo caudado, putâmen, especialmente na região subinsular, no núcleo caudado, no putâmen, no giro occipital e temporal direitos e no giro do cíngulo.<sup>(24)</sup>

Em resumo, ainda existem várias lacunas no conhecimento sobre a fisiologia da resposta feminina, que apresenta um contingente psicossocial, emocional e relacional importante e ainda não suficientemente esclarecido, o que dificulta o estabelecimento do real papel dos esteroides sexuais, neurotransmissores e neuropeptídeos na resposta sexual. Nos últimos anos, a RMF vem contribuindo para elucidar as áreas cerebrais ativadas com o estímulo sexual.

## Referências

- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51-65.
- Becker JB. Sexual differentiation of motivation: a novel mechanism? *Horm Behav.* 2009;55(5):646-54.
- Mermelstein PG, Becker JB. Increased extracellular dopamine in the nucleus accumbens and striatum of the female rat during paced copulatory behavior. *Behav Neurosci.* 1995;109(2):354-65.
- Becker JB, Rudick CN, Jenkins WJ. The role of dopamine in the nucleus accumbens and striatum during sexual behavior in the female rat. *J Neurosci.* 2001;21(9):3236-41.
- Traish AM, Kim NN, Munarriz R, Moreland R, Goldstein I. Biochemical and physiological mechanisms of female genital sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 2002;31(5):393-400.
- Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med.* 2009;6(6):1506-33.
- Hull EM, Muschamp JW, Sato S. Dopamine and serotonin: influences on male sexual behavior. *Physiol Behav.* 2004;83(2):291-307.
- Rahardjo HE, Brauer A, Mägert HJ, Meyer M, Kauffels W, Taher A, et al. Endogenous vasoactive peptides and the human vagina – a molecular biology and functional study. *J Sex Med.* 2011;8(1):35-43.
- Levin RJ. VIP, vagina, clitoral and periurethral glans – an update on human female genital arousal. *Exp Clin Endocrinol.* 1991;98(2):61-9.
- Jennings KJ, de Lecea L. Neural and hormonal control of sexual behavior. *Endocrinology.* 2020;161(10):bqaa150.
- Dixson BJ, Blake KR, Denson TF, Gooda-Vossos A, O'Dean SM, Sulikowski D, et al. The role of mating context and fecundability in women's preferences for men's facial masculinity and beardedness. *Psychoneuroendocrinology.* 2018;93:90-102.
- Chambliss KL, Shaul PW. Estrogen modulation of endothelial nitric oxide synthase. *Endocr Rev.* 2002;23(5):665-86.
- Scordalakes EM, Shetty SJ, Rissman EF. Roles of estrogen receptor alpha and androgen receptor in the regulation of neuronal nitric oxide synthase. *J Comp Neurol.* 2002;453(4):336-44.
- Berman JR, McCarthy MM, Kyprianou N. Effect of estrogen withdrawal on nitric oxide synthase expression and apoptosis in the rat vagina. *Urology.* 1998;51(4):650-6.
- Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(3 Pt 2):S319-24.
- Sherwin BB, Gelfand MM. Differential symptom response to parenteral estrogen and/or androgen administration in the surgical menopause. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151(2):153-60.
- Carmichael MS, Humbert R, Dixen J, Palmisano G, Greenleaf W, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64(1):27-31.
- Muin DA, Wolzt M, Marculescu R, Sheikh Rezaei S, Salama M, Fuchs C, et al. Effect of long-term intranasal oxytocin on sexual dysfunction in premenopausal and postmenopausal women: a randomized trial. *Fertil Steril.* 2015;104(3):715-23.e4.
- Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, et al. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):899-908.
- Rubin BS, Barfield RJ. Induction of estrous behavior in ovariectomized rats by sequential replacement of estrogen and progesterone to the ventromedial hypothalamus. *Neuroendocrinology.* 1983;37(3):218-24.
- Ben Zion IZ, Tessler R, Cohen L, Lerer E, Raz Y, Bachner-Melman R, et al. Polymorphisms in the dopamine D4 receptor gene (DRD4) contribute to individual differences in human sexual behavior: desire, arousal and sexual function. *Mol Psychiatry.* 2006;11(8):782-6.
- Karama S, Lecours AR, Leroux JM, Bourgoin P, Beaudoin G, Joubert S, et al. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Hum Brain Mapp.* 2002;16(1):1-13.

23. Kim GW, Jeong GW. Menopause-related brain activation patterns during visual sexual arousal in menopausal women: An fMRI pilot study using time-course analysis. *Neuroscience*. 2017;343:449-58.
24. Arnow BA, Desmond JE, Banner LL, Glover GH, Solomon A, Polan ML, et al. Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain*. 2002;125(Pt 5):1014-23.

# Capítulo 3

## Fisiopatologia das disfunções sexuais

---

Fabiene Bernardes Castro Vale<sup>1</sup>  
Suzane Beirão de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista. Mestre e doutora pelo Programa de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta I no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora dos Ambulatórios de Sexologia da Faculdade de Medicina da UFMG e do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG. Membro do Comitê de Especialidades de Sexologia da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG). Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

<sup>2</sup>Ginecologista. Mestre pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Preceptora do Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Pós-graduada em Sexologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Título de Especialista em Sexologia pela FEBRASGO. Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

### Como citar:

Vale FB, Almeida SB. Fisiopatologia das disfunções sexuais. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 3. p.11-7.

## Introdução

A resposta sexual feminina (RSF) envolve o sistema nervoso central (SNC), principalmente o hipocampo, hipotálamo, sistema límbico e área pré-óptica medial, bem como os neuro-peptídeos, os esteroides sexuais, as estruturas internas da pelve e o órgão genital. Fatores neurológicos, hormonais, vasculares, musculares e psicológicos podem impactar negativamente a resposta sexual normativa, levando a uma disfunção sexual feminina (DSF).

## Resposta sexual feminina

A descrição atual da RSF é baseada no modelo circular proposto por Basson, com quatro domínios principais: desejo (espontâneo ou responsivo), excitação, orgasmo e satisfação. Cada domínio pode sobrepor-se negativa ou positivamente ao anterior. Esse modelo não linear enfatiza a importância da intimidade emocional como parte integrante do ciclo da RSF.<sup>(1)</sup>

A RSF inicia-se por estímulos externos, ou seja, por uma motivação (por exemplo: toque, beijo, carícia, uma cena, um gesto e a intimidade com o parceiro) ou por estímulos internos como pensamentos (fantasia sexual, capacidade de sentir-se atraente e capacidade de atrair, e sentimento de ser amada ou desejada). A partir de um estímulo sexual, inicia-se o desejo. Em uma área específica do SNC, são liberados neurotransmissores (NTs) responsáveis por ativar o desejo sexual, quais sejam: dopamina, noradrenalina, melanocortinas e ocitocina. A dopamina incentiva a motivação sexual e estimula a iniciação da resposta autonômica. A noradrenalina promove o aumento da atividade cerebral do impulso sexual e ativa o sistema nervoso autonômico. As melanocortinas potencializam o desejo sexual a partir da interação com os receptores dopaminérgicos. A ocitocina estimula o aumento do fluxo sanguíneo, aumentando a deflagração

dos NTs pelo sistema nervoso autônomo parassimpático, que provoca alterações físicas generalizadas no organismo, desencadeando a excitação sexual.<sup>(2)</sup> Paralelamente ao desejo sexual, inicia-se a excitação subjetiva, que vai reforçar o desejo sexual responsivo e levará à excitação genital. Na excitação, acontece a estimulação do sistema nervoso simpático, que promove aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, maior sensibilidade cutânea, ereção dos mamilos e mio-tonias generalizadas. Paralelamente, durante a excitação sexual, sinais parassimpáticos passam pelo plexo sacral para o órgão genital. Na genitália, o clitóris, os bulbos do clitóris, os pequenos lábios e a vagina contêm tecidos vasculares especializados que são sexualmente responsivos aos estímulos parassimpáticos e consistem em dois tipos histologicamente distintos de tecido vascular. O tecido erétil trabeculado, que é encontrado no clitóris e nos bulbos, permite o ingurgitamento com sangue e a expansão do volume durante a excitação sexual. Em contraste com o tecido erétil clitoriano e bulbar, os pequenos lábios, a glândula do clitóris e a parede vaginal são compostos de tecido vascular não erétil, no qual os vasos sanguíneos estão dispersos dentro de uma matriz fibrosa, com apenas uma quantidade mínima de músculo liso. Esses tecidos também respondem durante a excitação sexual com aumento no fluxo sanguíneo, mas a estrutura dos tecidos não acomoda o ingurgitamento vascular como nos tecidos eréteis. Os sinais parassimpáticos liberam acetilcolina, óxido nítrico e polipeptídeo intestinal vasoativo nas terminações nervosas, aumentando o fluxo sanguíneo. Ocorre aumento do fluxo sanguíneo para as artérias do clitóris, resultando em aumento da pressão intracavernosa, tumescência e protrusão da glândula do clitóris, bem como everção e ingurgitamento dos pequenos lábios.

Os sinais parassimpáticos passam pela glândula de Bartholin, estimulando a secreção do muco no interior do introito vaginal, levando a umedecimento adicional durante a relação sexual. Paralelamente, ocorre o inorgitamento da parede vaginal, em virtude do aumento da pressão no interior dos capilares, criando uma transudação do plasma através do epitélio vaginal, lubrificando o canal vaginal. A vagina alonga-se e se dilata durante a excitação sexual, como resultado do relaxamento do músculo liso da parede vaginal. Reações extragenitais também são observadas, como o aumento dos ritmos respiratório e cardiovascular, rubor, ereção mamilar e miofonias generalizadas.<sup>(3-5)</sup> A seguir, quando as sensações de incentivo sexual são sustentadas pelos sinais nervosos centrais e a estimulação sexual local atinge a intensidade máxima, são iniciados reflexos que causam o orgasmo feminino. No orgasmo, os músculos perineais e extragenitais apresentam contração generalizada, provocando tensão muscular em todo o corpo. No SNC, são NTs inibitórios da resposta sexual os opioides, os endocanabinoides e a serotonina. Os opioides (endorfinas e encefalinas) inibem as regiões hipotalâmicas associadas à excitação sexual e ao desejo. Já os endocanabinoides, que são neuromoduladores lipídicos, são ansiolíticos e sedativos naturais que, com o opioides, induzem a refratariedade e a saciedade sexual. A serotonina, ao interagir com vários tipos de receptores 5-HT, pode modular uma ação agonista, ao ligar-se ao receptor 5-HT<sub>2</sub>, potencializando a resposta sexual, ou antagonista, ao ligar-se ao receptor 5-HT<sub>1</sub>, inibindo a resposta sexual. Na fase do orgasmo, a serotonina tem ação inibidora nas regiões superiores do sistema nervoso, principalmente da dopamina e da noradrenalina, proporcionando relaxamento e sonolência. São percebidas contrações rítmicas e involuntárias do

períneo, com liberação súbita da tensão sexual, observando-se relaxamento completo e sensação de satisfação e bem-estar.<sup>(2,4,6)</sup>

Os esteroides sexuais modulam a resposta sexual. O estrogênio sensibiliza seus receptores no SNC, gerando estímulos aos mediadores sexuais neuroquímicos tornando-os mais susceptíveis a induzir a resposta sexual. Na genitália, o estrogênio é responsável por manter a integridade de todas as camadas da mucosa vaginal, epitélio, lâmina própria e camada muscular lisa e adventícia.<sup>(7)</sup>

A testosterona tem ação direta em receptores androgênicos específicos no SNC, modulando a resposta cerebral ao sensibilizar os receptores específicos da dopamina e da noradrenalina, favorecendo a ação dos NTs, que aumentam a capacidade cognitiva e a concentração, o que favorece a resposta sexual. A testosterona também é essencial para a integridade da estrutura do tecido vaginal, incluindo espessura e contratilidade do músculo liso não vascular e compactação das fibras de colágeno, e a sensibilização dos receptores neurovasculares complexos que regulam a excitação e a lubrificação.<sup>(8-10)</sup>

## Fatores neurológicos que interferem na resposta sexual

Mulheres com doença neurológica, em especial a esclerose múltipla e a doença de Parkinson, apresentam disfunção sensorial na região genital, o que leva a dificuldade de excitação genital e menor capacidade de atingir o orgasmo. Por outro lado, mulheres que apresentam epilepsia podem provocar gestos sexuais involuntários (acariciar, agarrar ou coçar os genitais), que são uma expressão de crise parcial complexa decorrente do circuito temporolíbico. As drogas antiepilépticas que induzem a enzima P450 hepática, como fenitoína, fenobarbitona, primidona e

carbamazepina, estão associadas a aumento progressivo nos níveis de globulina de ligação aos hormônios sexuais (SHBG) e consequente diminuição da testosterona livre biodisponível, levando à disfunção sexual, principalmente, do desejo e da excitação.<sup>(11)</sup>

Mulheres com lesão da medula espinhal ou doença do sistema nervoso central ou periférico, incluindo diabetes e lesões completas do neurônio motor superior que afetam os segmentos espinhais sacrais, apresentam dificuldade ou ausência de excitação genital/lubrificação e dificuldade em atingir o orgasmo. Já as mulheres com lesões incompletas mantêm essa capacidade de excitação subjetiva e genital/lubrificação.<sup>(11,12)</sup>

### Fatores hormonais que interferem na resposta sexual

A menopausa fisiológica e a cirúrgica e a falência ovariana prematura são causas de DSF, ocasionando desejo sexual hipotativo (DSH) e dor na relação sexual. A produção androgênica ovariana e adrenal diminui ao longo da vida da mulher, de modo que uma mulher com 50 anos de idade tem aproximadamente metade da testosterona circulante que tinha aos 20 anos. Após a menopausa natural, a produção de testosterona ovariana permanece relativamente constante.<sup>(13)</sup> Assim, as queixas mais comuns associadas à diminuição dos níveis de estrogênio e testosterona são: DSH, dificuldade de excitação genital/lubrificação e dispareunia. A dor sexual na mulher na pós-menopausa é geralmente decorrente da atrofia vulvovaginal, um componente da síndrome geniturinária da menopausa (SGUM) que se refere a sinais urogenitais e sintomas incômodos associados à deficiência de estrogênio na pós-menopausa, que envolve alterações nos pequenos lábios, vagina, uretra e bexiga.<sup>(14)</sup> A SGUM pode incluir sintomas de secura genital,

queimação/irritação e diminuição da lubrificação vaginal, podendo resultar em dor no coito, pequenas lacerações durante a atividade sexual e sangramento pós-coito. Os sintomas urinários incluem urgência, disúria e infecções recorrentes do trato urinário e também podem interferir na atividade sexual.<sup>(15)</sup> Por outro lado, a menopausa cirúrgica devido à queda drástica do estrogênio e da produção androgênica pelo ovário está associada a DSH, diminuição ou ausência de excitação genital, menor capacidade de atingir o orgasmo e diminuição da satisfação sexual.<sup>(16)</sup>

Mulheres com hipotireoidismo ou hipertireoidismo descontrolados apresentam alterações no eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano. Dessa forma, devido a um desequilíbrio hormonal, podem apresentar risco aumentado de disfunção sexual, principalmente diminuição da excitação sexual, lubrificação, orgasmo e satisfação, e a prevalência de disfunção sexual nas mulheres com hipotireoidismo chega a 22,5% e naquelas com hipertireoidismo chega a 44,6%.<sup>(17)</sup> E as mulheres com hiperprolactinemia devido a alterações associadas ao hipotálamo podem apresentar baixo desejo sexual, dificuldade de excitação/lubrificação, menor capacidade de atingir o orgasmo e menor satisfação.<sup>(18)</sup>

Mulheres que fazem uso de contraceptivos orais combinados (COCs) podem apresentar queixas sexuais, porém os dados a esse respeito na literatura são conflitantes. Os COCs suprimem os níveis de testosterona ovariana por meio da supressão da secreção do hormônio luteinizante hipofisário. Além disso, o componente estrogênico dos COCs aumenta os níveis de SHBG, que se liga à testosterona, reduzindo a testosterona biodisponível, o que pode levar ao DSH. No entanto, é importante ressaltar que a maioria das mulheres que fazem uso dos COCs não apresenta disfunção sexual.<sup>(19)</sup>

## Fatores vasculares que interferem na resposta sexual

A síndrome de insuficiência vascular clitoriana e vaginal está diretamente relacionada à diminuição do fluxo sanguíneo genital secundário à aterosclerose do leito arterial ílio-hipogástrico/pudendo. A diminuição do fluxo sanguíneo pélvico secundário à doença aortoilíaca ou aterosclerótica leva à fibrose da parede vaginal e do músculo liso do clitóris. Essa alteração aterosclerótica que ocorre nos músculos lisos vasculares e trabeculares do clitóris interfere na resposta de relaxamento e vasodilatação à estimulação sexual, levando a secura vaginal e dispareunia.<sup>(20)</sup>

As lesões traumáticas no leito arterial ílio-hipogástrico/pudendo de fraturas pélvicas, trauma contuso, ruptura cirúrgica ou pressão perineal crônica, como andar de bicicleta, por exemplo, podem resultar em fluxo sanguíneo vaginal e clitoriano diminuído e queixas de disfunção sexual.<sup>(21)</sup>

As doenças cardiovasculares podem levar à disfunção sexual, principalmente à dificuldade de excitação genital e de atingir o orgasmo, devido a mudanças no sistema nervoso autônomo, pois o principal fluxo de saída para o sistema cardiovascular durante a relação sexual é simpático e é mediado por saídas do cérebro transportadas por vias eferentes originadas da medula espinhal torácica.<sup>(22)</sup> A hipertensão arterial também pode ser um fator de risco para a disfunção sexual. No entanto, ainda não está claro se isso está relacionado à própria hipertensão ou se é um efeito adverso dos medicamentos anti-hipertensivos.<sup>(23)</sup>

## Fatores musculares que interferem na resposta sexual

Os músculos do assoalho pélvico, em particular, o elevador do ânus e os músculos bulbocavernoso e isquiático, quando contraídos

voluntariamente, contribuem para a excitação genital e a capacidade de atingir o orgasmo e intensificam-nas. Além disso, estes músculos são responsáveis pelas contrações rítmicas involuntárias durante o orgasmo. Quando estes músculos se tornam hipertônicos, pode-se desenvolver vaginismo ou outros distúrbios de dor sexual. Por outro lado, quando se tornam hipotônicos, pode ocorrer hipoanestesia vaginal, anorgasmia na relação penis-vagina e incontinência urinária durante a relação sexual ou orgasmo.<sup>(23)</sup>

## Fatores psicológicos que interferem na resposta sexual

Nas mulheres, apesar da presença ou ausência de doenças orgânicas, as questões emocionais e relacionais afetam significativamente a resposta sexual feminina normativa. O relacionamento com um parceiro é o principal determinante da satisfação sexual. Um relacionamento conflituoso é um preditor importante para o desejo sexual diminuído ou ausente, sendo associado com sofrimento pessoal, menor satisfação sexual e decréscimos no estado geral de saúde.<sup>(24,25)</sup> Por outro lado, os problemas sexuais do parceiro, mais comumente a disfunção erétil, também influenciam para uma disfunção sexual na mulher.<sup>(26)</sup> História de abuso sexual ou físico é outro importante fator de risco para problemas sexuais.<sup>(26,27)</sup>

O estresse e a fadiga provocados pelo cotidiano da vida da mulher, como pressões familiares ou de trabalho, estão geralmente associados a um menor interesse sexual e diminuição do desejo. Nas mulheres com estresse e/ou fadiga, geralmente se observa melhora típica no interesse e na resposta sexual nas férias. Isso reflete o impacto negativo do estresse e da fadiga na sexualidade feminina.<sup>(28)</sup>

Os transtornos psiquiátricos são um dos principais fatores associados à disfunção

sexual, principalmente a ansiedade, a depressão e a alteração do humor. Mulheres com ansiedade e/ou depressão são mais propensas a ter baixo desejo sexual, associado com angústia pessoal significativa.<sup>(29)</sup>

Além disso, os medicamentos comumente usados para tratar os transtornos psiquiátricos podem afetar significativamente a RSF. Os medicamentos usados com mais frequência para a depressão são os inibidores da recaptação da serotonina (SSRIs). Os SSRIs inibem a dopamina, o NT responsável por desencadear o desejo sexual. Já outros medicamentos psicotrópicos como clorpromazina ou haloperidol levam a um aumento resultante na prolactina, causando supressão gonadal, afetando a função sexual. As mulheres que recebem esses medicamentos frequentemente se queixam de diminuição do desejo, da excitação e da sensação genital e de dificuldade de atingir o orgasmo.<sup>(30)</sup>

Assim, a RSF envolve um complexo mecanismo neuroendócrino desencadeado principalmente por um estímulo sexual e é baseada na intimidade. Vários fatores podem levar a um desequilíbrio desse complexo mecanismo, podendo provocar uma DSF.

## Referências

1. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395-403.
2. Pfafs JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med.* 2009;6(6):1506-33.
3. Hoyle CH, Stones RW, Robson T, Whitley K, Burnstock G. Innervation of vasculature and microvasculature of the human vagina by NOS and neuropeptide-containing nerves. *J Anat.* 1996;188 (Pt 3):633-44.
4. Schober J, Weil Z, Pfaff D. How generalized CNS arousal strengthens sexual arousal (and vice versa). *Horm Behav.* 2011;59(5):689-95.
5. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction (Committee 13A). *J Sex Med.* 2016;13(5):733-59.
6. Aizenberg D, Gur S, Zemishlany Z, Granek M, Jeczmiern P, Weizman A. Mianserin, a 5-HT<sub>2a/2c</sub> and Alpha 2 antagonist, in the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin Neuropharmacol.* 1997;20(3):20-4.
7. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G. Hormones and sexuality: effect of estrogen and progesterone. *Obstet Gynecol.* 1980;56(3):316-22.
8. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA.* 2005;294(1):91-6.
9. Wählin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, Laessøe NC, Lundqvist M, Cohen AS, et al. Is There a correlation between androgens and sexual desire in women? *J Sex Med.* 2015;12(2):358-73.
10. Maseroli E, Vignozzi L. Testosterone and vaginal function. *Sex Med Rev.* 2020;8(3):379-92.
11. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet.* 2007;369(9560):512-25.
12. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen R. Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann Neurol.* 2001;49(1):35-44.
13. Shifren JL, Davis SR. Androgens in postmenopausal women: a review. *Menopause.* 2017;24(8):970-9.
14. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause.* 2014;21(10):1063-8.
15. Shifren JL. Genitourinary syndrome of menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 ;61(3):508-16.
16. Erekson EA, Martin DK, Zhu K, Ciarleglio MM, Patel DA, Guess MK, et al. Sexual function in older women after oophorectomy. *Obstet Gynecol.* 2012;120(4):833-42.
17. Gabrielson AT, Sartor RA, Hellstrom WJ. The impact of thyroid disease on sexual dysfunction in men and women. *Sex Med Rev.* 2019;7(1):57-70.
18. Carosa E, Sansone A, Jannini EA. Management of endocrine disease: female sexual dysfunction for the endocrinologist. *Eur J Endocrinol.* 2020;182(6):R101.
19. Both S, Lew-Starowicz M, Luria M, Sartorius G, Maseroli E, Tripodi F, et al. Hormonal contraception and female sexuality: Position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *J Sex Med.* 2019;16(11):1681-95.
20. Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *Int J Impot Res.* 1998;10 Suppl 2:S84-90; discussion 598-101.
21. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005;17 Suppl 1:S44-51.
22. Meston CM. Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. *Am J Cardiol.* 2000;86(2A):30F-34F.
23. Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, et al. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens.* 2006;24(12):2387-92.
24. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2005;12(4):385-98.
25. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US Results from the Women's International

- Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006;13(1):46-56.
26. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(8):762-74.
  27. Figueira JR, Lara LA, Andrade MC, Rosa-E-Silva AC. Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence. *J Sex Marital Ther*. 2021;47(6):621-30.
  28. Galanakis M, Kallianta MD, Katsira C, Liakopoulou D, Chrousos PG, Darviri C. The association between stress and sexual dysfunctionality in men and women: a systematic review. *Psychology (Irvine)*. 2015;6(14):1888-92.
  29. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. 2013. Sexual function in Britain: findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1817-29.
  30. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(9):1280-6.

# Capítulo 4

## Anamnese sexológica

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>  
Siglia Sousa de França<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

<sup>2</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC). Preceptora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Fundação Hospital Estadual do Acre. Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

**Como citar:**

Lara LA, França SS. Anamnese sexológica. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 4. p.18-23.

## Introdução

A abordagem da disfunção sexual no consultório do ginecologista e obstetra (GO) é um desafio e necessita de treinamento para os GOs na abordagem de alguns aspectos psíquicos, dos mitos e dos comportamentos sexuais<sup>(1)</sup> que interferem na resposta sexual já tratados em outros capítulos. A Comissão Nacional Especializada (CNE) em Sexologia da Febrasgo disponibiliza os protocolos de abordagem da saúde sexual da mulher pelo GO que utiliza um formulário de avaliação geral da mulher, acrescentado de questionamentos específicos sobre a função sexual dela.<sup>(2)</sup> O uso de questionários validados, como o índice da função sexual feminina (IFSF), é destinado para as pesquisas, porque auxilia no diagnóstico, mas não é suficiente para definir o protocolo de intervenção. Neste capítulo será apresentado o roteiro de avaliação clínica, seguindo os padrões do protocolo da CNE de Sexologia da Febrasgo,<sup>(2)</sup> acrescido de outros construtos atualizados em recentes publicações nacionais e internacionais sobre essa temática.<sup>(3)</sup> Para o entendimento das queixas sexuais, é necessário compreender determinados conceitos sobre disfunções sexuais.

## Definições das disfunções sexuais femininas pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10)<sup>(4)</sup>

### Desejo sexual hipotivo

O desejo sexual hipotivo (DSH) é a persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias/pensamentos sexuais e/ou desejo ou receptividade para a atividade sexual que causa angústia pessoal. A presença de “sofrimento” associada à queixa sexual é condição básica para caracterizar a disfunção sexual<sup>(5)</sup>

com duração de pelo menos seis meses.<sup>(6)</sup> Uma revisão da literatura evidenciou que o DSH acomete 8,9% das mulheres entre 18 e 44 anos, 12,3% das mulheres entre 45 e 64 anos, e 7,4% em mulheres acima de 65 anos<sup>(7)</sup>. Em mulheres brasileiras, o DSH está presente em 9,5% delas.<sup>(8)</sup>

### Disfunção de excitação

A disfunção de excitação ou transtorno da excitação sexual é a incapacidade persistente, ou dificuldade recorrente, de adquirir ou manter uma resposta excitatória adequada de lubrificação ou turgescência até o término da atividade sexual. A excitação sexual é evidenciada pela sensação de intumescimento na região da vulva, clitóris e vagina, devido ao aporte aumentado de sangue para essa região, que é responsável pela lubrificação da vagina.<sup>(9)</sup>

### Transtorno do orgasmo feminino

O orgasmo é uma sensação de intenso prazer e bem-estar genital e geral, caracterizado por contrações rítmicas involuntárias das musculaturas estriada pélvica perivaginal, uterinas e anais, concomitantes com indução de relaxamento e bem-estar.<sup>(10)</sup> Previamente ao orgasmo, o clitóris fica ereto e se retrai, os pequenos lábios ficam intumescidos, a frequência cardíaca eleva-se, a pressão sanguínea aumenta e o ritmo da respiração acelera.

O transtorno do orgasmo refere-se à presença de retardo acentuado, infrequência acentuada ou ausência de orgasmo e/ou intensidade muito reduzida de sensações orgásmicas, que seja duradouro (mais de 6 meses) e que causa sofrimento à pessoa.<sup>(6)</sup> O orgasmo pode ser um evento espontâneo ou aprendido que envolve o amadurecimento psicológico da mulher, sua autoconfiança e conhecimento da genitália, e sua habilidade para

contrair ritmicamente a musculatura pélvica e, principalmente, se sentir confortável para o autoerotismo. As mulheres têm a capacidade de atingir o orgasmo quando estimuladas,<sup>(11)</sup> 30% a 40% delas com o movimento do pênis dentro da vagina. As que não o conseguem espontaneamente<sup>(12)</sup> podem utilizar técnicas de estímulo direto ao clitóris (autoerotismo, estímulo pelo parceiro, sexo oral, estímulo por vibradores, chuveirinho).

### Distúrbio da dor sexual à penetração (dispareunia, vaginismo, vulvodínia)

O vaginismo refere-se à dificuldade na penetração vaginal associada a dor, medo e contração da musculatura do assoalho pélvico no momento da relação sexual.<sup>(6)</sup> O espasmo muscular involuntário, recorrente ou persistente, causa dificuldade ou impossibilidade da penetração do pênis, dedo ou objeto na vagina, associada ao medo ou ansiedade em antecipação a dor na penetração vaginal. O exame físico da genitália evidencia presença de tensão ou endurecimento dos músculos do assoalho pélvico.<sup>(13,14)</sup>

A dispareunia é a dor constante ou intermitente associada à relação sexual.<sup>(15)</sup> A dispareunia acomete 12% a 21% das mulheres adultas, e 67% das adolescentes apresentam queixa de dor sendo que, 39% delas refere dor no introito vaginal à penetração.<sup>(16)</sup>

A vulvodínia é a dor na vulva sem causa aparente, com duração de pelo menos três meses.<sup>(17)</sup> É classificada quanto a: i) localização: localizada (vestibulodinia, clitorodinia), ou generalizada ou mista (localizada e generalizada); ii) surgimento: provocada (inserção do tampão, contato) ou espontânea ou mista (provocada e espontânea); iii) início: primário ou secundário; iv) padrão temporal (intermitente, persistente, constante, imediato, tardia).

## Ficha clínica para avaliação da resposta sexual feminina

O quadro 1 evidencia os principais tópicos que devem fazer parte da avaliação da saúde sexual da mulher pelo GO.

### Queixa principal

A queixa sexual é, em geral, incaracterística, sendo, na maioria das vezes, apresentada como a “falta de vontade de ter relação sexual” ou “não sinto nada na relação”. Sendo assim, é necessário que o GO utilize do formulário adequado para definir qual fase da resposta sexual está comprometida: do desejo sexual, da excitação sexual, do orgasmo ou da satisfação sexual.<sup>(4)</sup>

### História da moléstia atual

Especificar, quanto ao tempo de aparecimento, se é situacional ou geral, se existem fatores de melhora ou piora, e se coincidiu com o uso de medicamentos, álcool e outras substâncias, ou hábitos adquiridos, investigar a influência de fatores ambientais e psíquicos, e averiguar todos os fatores associados ao aparecimento das disfunções sexuais.<sup>(18)</sup>

### História gineco-obstétrica

A anamnese em ginecologia e obstetria já contempla perguntas como: idade da menarca, características dos ciclos menstruais, número de gestações, de partos e de abortos, método anticoncepcional em uso, história de cirurgia ginecológica ou obstétrica, câncer ginecológico, infecções genitais, endometriose ou outra condição dolorosa, idade da menopausa, uso de terapia de reposição hormonal, condições que podem impactar na função sexual de forma direta, pelas limitações da doença em si, ou indireta, por ansiedade, preocupações ou uma imagem corporal negativa que a doença provoca.<sup>(19,20)</sup> Entretanto, na investigação de

disfunções sexuais, é importante acrescentar: “Houve disfunção sexual durante a gestação ou amamentação?”, “Os sangramentos irregulares ou dor pélvica ou genital interferem na relação sexual?”, visto que esses detalhes ou associações podem passar despercebidos pelas pacientes e contribuir para a manutenção das queixas sexuais. Outros aspectos da história ginecológica, como, por exemplo, os prolapso genitais, parecem não ter relação com a piora da função sexual.<sup>(21)</sup>

### História sexual

Além da idade da sexarca, é importante questionar como foi a vivência das primeiras relações sexuais, se foi consensual ou se houve violência. Histórico de agressão sexual tem sido associado com queixa de dispareunia.<sup>(22)</sup> A educação repressora, principalmente religiosa, e a falta de liberdade para a expressão da sexualidade no ambiente familiar são fatores de risco para a disfunção sexual entre mulheres.<sup>(23)</sup>

### Qualidade do relacionamento conjugal

Muitos fatores podem interferir na qualidade do relacionamento e, conseqüentemente, iniciar ou manter a disfunção sexual feminina e precisam ser conhecidos pelo ginecologista. A inadequação na educação sexual do parceiro ou parceira ou na sua comunicação com a paciente pode estar na gênese de problemas como a anorgasmia. Um exemplo dessa falta de comunicação é quando a mulher tem pensamentos de evitar a atividade sexual, mas deixa acontecer apenas para preservar o relacionamento, ficando ainda mais insatisfeita.<sup>(24)</sup> Muitos fatores estão associados com essa dificuldade de comunicação e má qualidade do relacionamento conjugal. Filhos que dormem no mesmo quarto do casal e pais que habitam no cômodo ao lado, por exemplo, podem

interferir na intimidade do casal e no relacionamento sexual. Fatores como lealdade do parceiro despontam como contribuintes para a disfunção sexual.<sup>(25)</sup>

### Resposta sexual não compartilhada

As fantasias sexuais e o emprego de variações e inovações do ato sexual como a atividade masturbatória feminina ainda são tabus para muitos casais. Algumas mulheres têm sentimentos negativos, como vergonha e culpa, e geralmente exercem essas práticas sem o conhecimento ou a participação do parceiro. O ginecologista deve estar preparado para orientar as mulheres quanto ao conhecimento do próprio corpo e de como elas podem comunicar às parcerias as suas preferências sexuais.<sup>(26)</sup>

### Estado emocional atual

Saber como a paciente se percebe, emocional e afetivamente, também é trabalho do médico ginecologista na abordagem das disfunções sexuais. Afinal, estressores ambientais ou da fase da vida, como transição para a aposentadoria, crianças saindo de casa, má qualidade do sono, estresse, alterações de imagem corporal, estilo de vida sedentário, têm influência na função sexual.<sup>(27)</sup> DSH e transtorno de orgasmo parecem ser mais prevalentes em mulheres com transtorno de ansiedade generalizada e humor depressivo.<sup>(28)</sup>

### Avaliação mínima da parceria

O ideal é que o parceiro ou a parceira com quem a paciente sente a queixa sexual compareça à consulta e seja entrevistado(a). O GO pode solicitar sua presença em uma próxima avaliação e inclusive comparar as suas respostas com as da paciente. A entrevista com o parceiro ou parceira pode ser realizada em conjunto e, se necessário, de forma individual,

**Quadro 1.** Ficha clínica para avaliação da saúde sexual da mulher

Identificação	Nome, idade, naturalidade, escolaridade, profissão, estado conjugal, tempo de relacionamento, religião, medicamentos em uso, comorbidades
Identificação da parceria(s)	Nome, idade, naturalidade, escolaridade, profissão, religião
Queixa sexual e história	Quando teve início o problema? Em que situação ocorre? Com quem ocorre? Como evoluiu? O parceiro ou a parceira sabe da queixa? Já foi submetida a tratamento?
História gineco-obstétrica	Idade da menarca, características dos ciclos menstruais, número de gestações, de partos e de abortos, método anticoncepcional em uso, história de cirurgia gineco-obstétrica, câncer ginecológico, de infecções genitais, de endometriose ou outra condição dolorosa, idade da menopausa, uso de terapia de reposição hormonal. "Houve disfunção sexual durante a gestação ou amamentação?", "Os sangramentos irregulares ou dor pélvica ou genital interferem no sexo?"
História sexual	Idade da sexarca, vivência das primeiras relações sexuais. Foi consensual ou houve violência? Educação repressora? Houve liberdade para a expressão da sexualidade no ambiente familiar?
Qualidade do relacionamento conjugal	Como é a comunicação com o parceiro quanto às preferências e insatisfações sexuais? Quantas pessoas moram na casa? Os filhos dormem no quarto do casal? Os pais habitam a mesma casa? Eles interferem na intimidade do casal?
Resposta sexual não compartilhada	Responda às questões seguintes pensando apenas em você, e não em relação a sua parceria: Você tem pensamento sexual espontâneo? Sim ( ) Não ( ) Você tem fantasias sexuais? Sim ( ) Não ( ) Sente atração por outros? Sim ( ) Não ( ) Você se masturba? Sim ( ) Não ( ) Cenários eróticos a excitam? Sim ( ) Não ( )
Estado emocional atual	Como você define o seu humor atualmente? Você se sente ansiosa, deprimida, muito preocupada, muito cansada?
Avaliação da parceria	Seu parceiro masculino tem dificuldade para manter a ereção? Ejacula logo que inicia a penetração vaginal? Como você define seu(sua) parceiro(a) (em termos de afetividade, carinho, proximidade)? Como ele(a) lida com a sua queixa sexual? Fica irritado(a), agressivo(a)? Acha que você tem amante? É muito compreensivo(a)? Estimula a busca por soluções? Não insiste e evita relação sexual?

e deve buscar as disfunções sexuais de ambos. Também se deve, nesse momento, esclarecer dúvidas e desfazer conceitos errôneos do(a) parceiro(a) sobre a função sexual, como, por exemplo, discordância quanto à posição sexual, que possam estar contribuindo para a manutenção da disfunção da paciente. Um dos fatores mais conhecidos para a disfunção sexual feminina é a disfunção sexual ou a presença de outra doença do parceiro masculino (por exemplo, prostatite).<sup>(28)</sup> Portanto, é importante que o ginecologista aborde esse assunto com a paciente e/ou, de preferência, com o casal. Pode, por exemplo, perguntar se esse problema é secundário à falta de desejo e problemas de ereção ou de ejaculação, e

se é limitado ao sexo com a paciente ou também presente na masturbação, pois, assim, é possível diferenciar se é de causa orgânica ou psicológica e fazer os encaminhamentos necessários. Sempre é necessário inquirir a parceria sobre a sua percepção sobre a disfunção sexual da paciente; se ela é muito exigente e o intimida;<sup>(9)</sup> se ela estimula a busca de soluções ou simplesmente evita a relação sexual.<sup>(29)</sup>

**Referências**

- Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. *J Sex Med.* 2013;10(1):3-17.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Anamnese em sexologia e critérios diagnósticos das disfunções sexuais. São Paulo: FEBRASGO; 2021. [citado 2021 Mai 30]. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/ginecologia/item/anamnese-em-sexologia-e-criterios-diagnosticos-das-disfuncoes-sexuais>
- Figueira JR, Lara LA, Andrade MC, Rosa-e-Silva AC. Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence. *J Sex Marital Ther.* 2021;47(6):621-30.
- World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10)-WHO. Geneva:WHO;2016. F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F52>
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51-65.
- World Health Organization (WHO). ICD-11 – Mortality and morbidity statistics. (Version 05/2021). Geneva: WHO; 2021. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/160690465>
- Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sex Med Rev.* 2016;4(2):103-20.
- Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause.* 2010;17(6):1114-21.
- Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):675-81.
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:173-257.
- Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R, Nieuwenburg A, Pruijm J, Reinders AA, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci.* 2006;24(11):3305-16.
- Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med.* 2010;7(9):3080-7.

13. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1537-50.
14. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2018;15(12):1752-64.
15. Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review. *Clin Anat.* 2018;31(7):1013-17.
16. Landry T, Bergeron S. How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *J Sex Med.* 2009;6(4):927-35.
17. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D, Consensus Vulvar Pain Terminology Committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD); International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH); International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med.* 2016;13(4):607-12.
18. Basson R. Human Sexual Response. In: Vodusek DB, Boller F, editors. *Neurology of sexual and bladder disorders.* In: *Handbook of clinical neurology.* Amsterdam: Elsevier; 2015. Vol. 130, p. 11-8.
19. Barbara G, Facchin F, Buggio L, Somigliana E, Berlanda N, Kustermann A, et al. What is known and unknown about the association between endometriosis and sexual functioning: A systematic review of the literature. *Reprod Sci.* 2017;24(12):1566-76.
20. Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(3):630-4.
21. Moroni RM, Alves da Silva Lara L, Ferreira CH, de Mello Constantino M, Oliveira Brito LG. Assessment of body image, sexual function, and attractiveness in women with genital prolapse: A cross-sectional study with validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. *J Sex Med.* 2019;6(1):126-36.
22. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: an exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;255:222-30.
23. 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.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female sexual dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):e1-e18.
25. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(4):480-7.
26. Kılıç Onar D, Armstrong H, Graham CA. What does research tell us about women's experiences, motives and perceptions of masturbation within a relationship context? A systematic review of qualitative studies. *J Sex Marital Ther.* 2020;46(7):683-716.
27. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician.* 2015;92(4):281-8.
28. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-71.
29. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 ;40(12):787-93.

# Capítulo 5

## Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas

Flavia Fairbanks Lima de Oliveira<sup>1</sup>  
Lucia Alves da Silva Lara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1998). Pós-Graduação Lato Sensu em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (2007). Mestrado pela Universidade de São Paulo (2007). Pós-Graduação Lato Sensu em Reprodução Humana pelo Instituto de Medicina Reprodutiva de São Paulo (2010). Doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2016). Atividades atuais: Médica-colaboradora do Setor de Endometriose do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora da Disciplina de Ginecologia do ProSex do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atendimento em consultório particular em São Paulo/SP.

<sup>2</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Febrasgo. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

### Como citar:

Oliveira FF, Lara LA. Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 5. p.24-9.

## Introdução

As disfunções sexuais (DSs) femininas (DSFs) são muito frequentes na população em geral. Estudos mostram cifras de até 40% das mulheres sendo acometidas por alguma DS ao longo da vida.<sup>(1)</sup> No Brasil, as estimativas são semelhantes, com cifras variando entre 13% e 75% das mulheres.<sup>(2)</sup>

Segundo a 11ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-11), as principais DSs são: desejo sexual hipoaetivo (DSH), disfunção de excitação, disfunção orgásmica e disfunção de dor na relação sexual.<sup>(3)</sup> Reconhecidamente com etiologia multifatorial e sem um tratamento exclusivo eficaz para cada uma das causas, a abordagem terapêutica das DSFs pode envolver fármacos que modulam a síntese e a ação de neuropeptídeos e neurotransmissores, e o tratamento hormonal envolvidos na resposta sexual (Quadro 1). Portanto, o uso de fármacos está indicado para o tratamento das queixas sexuais de origem biológica e psíquica, mas são necessárias medidas específicas para as causas psicossociais, comportamentais e socioculturais que podem estar associadas.<sup>(4)</sup>

O tratamento farmacológico é o foco da discussão neste capítulo. Por muitos anos, a terapia medicamentosa para as DSFs foi dificultada pela falta de aprovação de drogas com essa finalidade específica, de modo que muitas das pesquisas sobre o tema são recentes e carecem de resultados em longo prazo.<sup>(6)</sup> O quadro 2 evidencia a condição atual de prescrição dos fármacos existentes até o momento para o tratamento das disfunções sexuais.

## Tratamentos

### Hormonal

As evidências do tratamento hormonal das disfunções sexuais femininas vêm ganhando força, mas ainda são limitadas. O declínio da produção hormonal androgênica e estrogênica já se inicia na perimenopausa,<sup>(7,8)</sup> justificando a suplementação em mulheres na peri e pós-menopausa com queixas sexuais que surgiram nessa fase.<sup>(9)</sup>

Para mulheres com queixa de DSH que surgiu com a menopausa, a terapia hormonal estrogênica poderá melhorar ou mesmo restaurar o desejo sexual.<sup>(10)</sup> Na falha desse

**Quadro 1.** Principais hormônios e neurotransmissores envolvidos na resposta sexual feminina

Hormônios	Fase da resposta sexual	Ação
Androgênios	Desejo sexual e excitação	Aumento de fantasias e disponibilidade para o sexo
Estrogênios	Desejo sexual e excitação	Ação sinérgica aos androgênios; aumento da vasocongestão e lubrificação
Progesterona	Desejo sexual	Alguns estudos mostram ação inibitória, mas não há consenso
Prolactina	Desejo sexual	Ação inibitória quando em níveis suprafsiológicos
Ocitocina	Desejo sexual e excitação	Facilita a aproximação física do casal e estimula as contrações orgásmicas
Cortisol	Desejo sexual e excitação	Ação inibitória quando em níveis suprafsiológicos
Feromônios	Atração sexual	Estímulo aos encontros sexuais
Neurotransmissor	Fase da resposta sexual	Ação na resposta sexual
Óxido nítrico	Excitação sexual	Vasodilatação pélvica com lubrificação
Serotonina	Desejo sexual	Ação inibitória quando em níveis suprafsiológicos
Dopamina	Desejo sexual	Facilita o comportamento sexual; aumenta o prazer sexual
Adrenalina	Desejo sexual, excitação e orgasmo	Níveis progressivamente mais elevados durante o ciclo de resposta sexual
Noradrenalina	Desejo sexual, excitação e orgasmo	Níveis progressivamente mais elevados durante o ciclo de resposta sexual
	Desejo sexual e excitação	Ação inibitória quando em níveis suprafsiológicos
Opioides	Desejo sexual e excitação	Ação inibitória quando em níveis suprafsiológicos

Fonte: Traduzido de Meston CM, Frohlich PF. Update on female sexual function. *Curr Opin Urol.* 2001;11(6):603-9.<sup>(5)</sup>

**Quadro 2.** Uso de fármacos para o tratamento das disfunções sexuais

Fármaco	Aprovado pelo <i>Food and Drug Administration</i> (FDA)	Off label	Em investigação
Flibanserina	Aumenta a liberação de noradrenalina e dopamina, e reduz a serotonina no córtex cerebral. Restaura o controle do córtex sobre as estruturas responsáveis pelo mecanismo de motivação/recompensas. Permite o início do desejo sexual.		
Bremelanotide	Injetável subcutâneo 1,75 mg/0,3 mL no abdome 45 min antes da relação sexual a cada 24/24 h Ativa receptores da melanocortina. O mecanismo no desejo sexual hipotativo (DSH) é desconhecido. Náusea em 40% das mulheres. Descontinuar o uso se não houver melhora.		
Testosterona		Provável ação direta nos receptores e pela aromatização em estradiol. Indicado para o tratamento do DSH em mulheres na pós-menopausa	
PDE-5i		Melhora a excitação sexual (aumenta a lubrificação e o ingurgitamento genital).	
Bupropiona		Inibidor da recaptação da dopamina e noradrenalina. É um ansiolítico agonista parcial dos receptores 5-HT1A. Tratamento de resgate quando a disfunção sexual é derivada de outros antidepressivos.	
Buspirona		Ansiolítico pela ação agonista parcial no receptor 5-HT1A. Melhora o DSH em mulheres.	
Bupropiona + Trazodona			Melhora o DSH
Testosterona + Sildenafil			Melhora o DSH
Testosterona + Buspirona			Melhora o DSH

Fonte: Ingram CF, Payne KS, Messore M, Scovell JM. Testosterone therapy and other treatment modalities for female sexual dysfunction. *Curr Opin Urol*. 2020;30(3):309-16.<sup>(9)</sup>

tratamento, vale considerar o benefício dos efeitos sinérgicos de estrogênios e androgênios, já demonstrados na metanálise conduzida por Weinberger *et al.* (2019).<sup>(4)</sup> Há melhora significativa na frequência de eventos sexuais satisfatórios e redução do sofrimento com o uso de tibolona ou de estradiol associado a acetato de noretisterona e deidroepiandrosterona (DHEA) intravaginal.<sup>(4)</sup>

A aplicação da DHEA vaginal ganhou relevância nos Estados Unidos nos últimos anos, tendo sido aprovada pelo órgão de regulação *Food and Drug Administration* (FDA). Trata-se de um precursor hormonal que tem potencial de se converter nos esteroides sexuais, principalmente estrogênios e androgênios, nos tecidos periféricos, como na vagina, sem que haja absorção sistêmica significativa. Isso, potencialmente, reduz os riscos associados à aplicação de doses diárias de 0,5 mg, que são suficientes para melhorar as queixas da síndrome genitúrinária da menopausa (SGUM) including

hypoactive sexual desire, reduced subjective and/or physical genital arousal (poor sensation, vasocongestion, lubrication).<sup>(11)</sup>

O ospemifeno é um modulador seletivo do receptor estrogênico (SERM), aprovado para tratamento tópico da dispareunia decorrente da SGUM na mulher na pós-menopausa. Sua característica, como SERM, faz com que tenha ações distintas nos receptores estrogênicos alfa e beta. No tecido vaginal, exibe forte ligação ao receptor, melhorando os sintomas locais com efeito pró-estrogênico; já na mama e no endométrio, exerce mínimo estímulo, logo permite segurança às usuárias. A dose recomendada é de 60 mg por dia e mostrou melhora significativa da secura vaginal, dispareunia, disúria e sangramento após relação sexual até a 12ª semana de seguimento após o tratamento including hypoactive sexual desire, reduced subjective and/or physical genital arousal (poor sensation, vasocongestion, lubrication).<sup>(11)</sup> Portanto, tanto a DHEA vaginal

quanto o ospemifeno podem ser prescritos para melhorar as queixas da SGUM.<sup>(12)</sup>

Até o presente momento, portanto, a indicação formal para o tratamento hormonal das DSFs, como queixas de DSH que se iniciou na peri ou pós-menopausa, é o uso de terapia androgênica com testosterona.<sup>(9)</sup>

## Tratamento farmacológico não hormonal

A flibanserina é uma droga antidepressiva moduladora adrenérgica, dopaminérgica e serotoninérgica, que ganhou destaque na comunidade científica nos últimos anos como promissora no tratamento do DSH. A análise dos estudos clínicos que motivou a aprovação dessa droga envolveu mulheres na pré e na pós-menopausa, foi baseada na queixa das pacientes e teve como meta o desfecho de eventos sexuais satisfatórios, que, de fato, se mostrou aumentado no grupo das usuárias. Além disso, também houve aumento dos escores no domínio do desejo sexual do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) e redução do domínio de estresse no questionário *Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R), comprovando os benefícios da flibanserina no desejo sexual feminino.<sup>(13)</sup> No entanto, alguns efeitos adversos como tontura, sonolência, náuseas e síncope dificultam a prescrição em larga escala, mas ainda assim é indicada, nos Estados Unidos, como boa alternativa terapêutica para o DSH.<sup>(14)</sup>

O melmelanotide, agonista do receptor da melanocortina, foi aprovado para tratamento do DSH em mulheres na pré-menopausa. Dois estudos randomizados e controlados evidenciaram que a administração de 1,75 mg, por via subcutânea, sob demanda, melhora os escores de desejo sexual no FSFI e reduz o estresse associado ao DSH. A avaliação do risco-benefício foi favorável ao uso do medicamento.<sup>(15,16)</sup>

A sildenafil e a vardenafila são inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5i) e têm sido avaliadas como drogas para serem utilizadas na disfunção de excitação feminina, com discreta melhora dos escores do domínio de lubrificação.<sup>(17)</sup> Essas drogas melhoram o efeito do óxido nítrico (NO) por meio da inibição da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), a qual é responsável pela degradação do monofosfato de guanosina cíclico (GMPc) nos corpos cavernosos. O estímulo sexual causa a liberação local do NO, e a inibição da PDE5 aumenta os níveis de GMPc nos corpos cavernosos, resultando no relaxamento da musculatura lisa e ingurgitamento. Em animais, o uso combinado da vardenafila por via oral associada a testosterona transdérmica mostrou bons resultados no incremento dos encontros sexuais desses animais.<sup>(18)</sup> Uma metanálise recente evidenciou que os inibidores da PDE-5 apresentam discreto efeito na melhora da função sexual em relação ao placebo, mas com alguns efeitos adversos como rubor facial, cefaleia e alterações visuais, que podem levar à descontinuação do tratamento.<sup>(19)</sup>

A ocitocina, sintetizada no hipotálamo e liberada pela neuro-hipófise, também já foi avaliada para uso no tratamento das DSFs. A ocitocina tem papel relevante na aproximação e no comportamento afetivos, além de promover as contrações uterinas e facilitar a amamentação; logo, foi também avaliada nas diferentes fases da resposta sexual, principalmente excitação e orgasmo. Nessas fases, parece ter ação sinérgica à dos estrogênios, facilitando as posições para a cópula em animais. Pequenas amostras de mulheres saudáveis mostraram elevação das concentrações séricas de ocitocina após o orgasmo; outra análise envolvendo 30 mulheres saudáveis na pré-menopausa mostrou variações ao longo do ciclo menstrual,

**Quadro 3.** Principais medicamentos utilizados nas disfunções sexuais femininas

Druga	Indicação	Ação
Flibanserina	Tratamento do TDSH na pré e pós-menopausa	Modulador adrenérgico, dopaminérgico e serotoninérgico
Sildenafil	Transtorno de excitação sexual	Inibidor da fosfodiesterase-5
Vardenafila	Transtorno de excitação sexual	Inibidor da fosfodiesterase-5
<i>Tribulus terrestris</i>	Tratamento do TDSH na pré e pós-menopausa	Promove discreta elevação da testosterona
Ocitocina	Transtorno de excitação sexual e transtorno orgásmico	Facilita a aproximação física do casal e estimula as contrações orgásmicas
Bremelanotide	Tratamento do TDSH na pré-menopausa	Agonista do receptor da melanocortina
Bupropiona	Tratamento do TDSH	Antidepressivo inibidor da receptação de dopamina e norepinefrina
Buspirona	Tratamento do TDSH	Ansiolítico com ação agonista parcial no receptor 5-HT1A
Ospemifeno	Sintomas de atrofia urogenital e SGUM	SERM com ação pró-estrogênica na mucosa vaginal
DHEA vaginal	Sintomas de atrofia urogenital e SGUM	Prá-hormônio que se converte em estrogênios e androgênios na mucosa vaginal, com baixa absorção sistêmica.

TDSH: Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo; SGUM: Síndrome Genitúrinária da Menopausa; DHEA: Deidroepiandrosterona; 5-HT1A: Agonista 5-hidroxitriptamina da serotonina; SERM: Moduladores Seletivos do Receptor do Estrogênio

com índices menores na fase lútea em relação à fase folicular, e correlação entre essas oscilações e menores escores no domínio de lubrificação do FSFI, ao passo que, nas usuárias de contraceptivos hormonais orais, as concentrações se mantiveram constantes ao longo do ciclo. Baseado nisso, não houve respaldo para o uso da ocitocina no tratamento efetivo para as DSFs.<sup>(20)</sup>

As drogas antidepressivas e ansiolíticas, como a bupropiona e a buspirona, também são utilizadas para o tratamento das DSFs, sobretudo no DSH. A bupropiona tem ação antidepressiva que inibe a recaptção da dopamina e noradrenalina. É um ansiolítico agonista parcial dos receptores da serotonina 5-hidroxitriptamina (5-HT1A) utilizado no tratamento de resgate quando a DS é derivada de outros antidepressivos.<sup>(11,21)</sup>

A buspirona atua como ansiolítico pela ação agonista parcial no receptor 5-HT1A e pode ser indicada para mulheres que necessitam de efeito benéfico na função sexual. A associação com outras drogas como a trazodona pode melhorar o DSH.<sup>(11)</sup>

Os hidratantes vaginais, como o ácido poliacrílico, isolado ou associado aos hormônios esteroides, promovem a melhora dos sintomas da SGUM, com subsequente melhora no escore da satisfação geral do FSFI.<sup>(22,23)</sup> São benéficos para mulheres com

contraindicação para o uso de estrogênio, como é o caso de mulheres com câncer de mama e de endométrio.

Os fitoterápicos têm sido prescritos para o tratamento das disfunções sexuais, porém com evidências muito fracas. Porém, uma revisão sistemática e metanálise evidenciou que o *Tribulus terrestris* melhora a excitação e o desejo sexual em mulheres com DSH, porém a qualidade dos estudos é fraca.<sup>(24)</sup>

O quadro 3 evidencia os tratamentos não hormonais e a ação deles na função sexual feminina.

## Referências

1. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):267-84.
2. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz AP, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;211:26-32.
3. The Lancet. ICD-11. *Lancet.* 2019;393(10188):2275.
4. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sex Med Rev.* 2019 Apr;7(2):223-50.
5. Meston CM, Frohlich PF. Update on female sexual function. *Curr Opin Urol.* 2001;11(6):603-9.
6. Nappi RE. Why are there no FDA-approved treatments for female sexual dysfunction? [editorial]. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16(12):1735-8.
7. Ingram CF, Payne KS, Messoro M, Scovell JM. Testosterone therapy and other treatment modalities for female sexual dysfunction. *Curr Opin Urol.* 2020;30(3):309-16.
8. Davis SR. Androgen therapy in women, beyond libido. *Climacteric.* 2013;16 Suppl 1:18-24.
9. Brzozowska M, Lewiński A. Changes of androgens levels in menopausal women. *Przegl Menopauz.* 2020;19(4):151-4.

10. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(10):4660-6.
11. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 5;(6):CD009672.
12. Nappi RE, Cucinella L. Advances in pharmacotherapy for treating female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(6):875-87.
13. Bouchard C, Labrie F, Derogatis L, Girard G, Ayotte N, Gallagher J, et al. Effect of Intravaginal Dehydroepiandrosterone (DHEA) on the Female Sexual Function in Postmenopausal Women: ERC-230 Open-Label Study. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2016 ;25(3):181-90.
14. Dooley EM, Miller MK, Clayton AH. Flibanserin: From Bench to Bedside. *Sex Med Rev*. 2017;5(4):461-9.
15. Dhanuka I, Simon JA. Flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(16):2523-9.
16. Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, et al. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):899-908.
17. Dhillon S, Keam SJ. Bremelanotide: first approval. *drugs*. 2019 Sep;79(14):1599-606.
18. Shields KM, Hrometz SL. Use of sildenafil for female sexual dysfunction. *Ann Pharmacother*. 2006;40(5):931-4.
19. Snoeren EM, Bovens A, Refsgaard LK, Westphal KG, Waldinger MD, Olivier B, et al. Combination of testosterone and vardenafil increases female sexual functioning in sub-primed rats. *J Sex Med*. 2011;8(4):989-1001.
20. Gao L, Yang L, Qian S, Li T, Han P, Yuan J. Systematic review and meta-analysis of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of female sexual dysfunction. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(2):139-45.
21. Worsley R, Santoro N, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens--findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2016;13(3):283-90.
22. Tuiten A, van Rooij K, Bloemers J, Eisenegger C, van Honk J, Kessels R, et al. Efficacy and safety of on-demand use of 2 treatments designed for different etiologies of female sexual interest/arousal disorder: 3 randomized clinical trials. *J Sex Med*. 2018 ;15(2):201-16.
23. Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on sexual function in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2014;11(5):1262-70.
24. Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pedro AO Baccaro LF, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on vaginal atrophy: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2016;23(7):792-8.
25. Martimbianco AL, Pacheco RL, Vilarino FL, Latorraca CO, Tortoni MR, Riera R. Tribulus terrestris for female sexual dysfunction: a systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(7):427-35.

# Capítulo 6

## Terapia androgênica para a mulher

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Febrasgo. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

<sup>2</sup>Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1998). Pós-Graduação Lato Sensu em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (2007). Mestrado pela Universidade de São Paulo (2007). Pós-Graduação Lato Sensu em Reprodução Humana pelo Instituto de Medicina Reprodutiva de São Paulo (2010). Doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2016). Atividades atuais: Médica-colaboradora do Setor de Endometriose do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora da Disciplina de Ginecologia do ProSex do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atendimento em consultório particular em São Paulo/SP.

**Como citar:**

Lara LA, Oliveira FF. Terapia androgênica para a mulher. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 6. p.30-5.

## Introdução

A função sexual da mulher pode se alterar com o instalar da menopausa. Nessa fase, as queixas sexuais podem aumentar, somando-se ao próprio envelhecimento, que também pode interferir na resposta sexual.<sup>(1,2)</sup> As alterações físicas, psíquicas e emocionais nessa fase, a qualidade do relacionamento, o sentimento em relação à parceria,<sup>(3)</sup> bem como os aspectos financeiros, sociais e ambientais, e atitudes negativas em relação à menopausa, além dos próprios sintomas climatéricos, são fatores que interagem para promover as mudanças na resposta sexual da mulher nessa fase.<sup>(4,5)</sup>

A expressão sexual sofre constante evolução conforme as mudanças dos hábitos relacionados com o desenvolvimento tecnológico nos meios de comunicação, que permite o maior acesso da mulher às informações científicas sobre sexo e aos materiais eróticos.<sup>(6)</sup> Mesmo assim, os estudos epidemiológicos têm registrado altas taxas de queixas sexuais com o progredir da idade da mulher, que tem a menopausa como marco principal.

O estudo SWAN, iniciado em 1996, envolveu mais de 3.300 mulheres de 42 a 52 anos de idade e demonstrou que 75% das participantes consideravam importante a avaliação sexual nessa fase, devido aos problemas sexuais relacionados com a atrofia urogenital e a incontinência urinária, que são prevalentes nessas mulheres.<sup>(7)</sup> Uma coorte australiana (*Melbourne Women's Midlife Health Project*) com nove anos de duração, que fez o seguimento de mulheres dos 45 a 55 anos de idade, evidenciou aumento de 42% para 88% das queixas sexuais correlacionadas com a redução do estrogênio, sem que fosse associada a redução dos androgênios. As queixas mais comuns foram desejo sexual hipoativo (DSH), disfunção de excitação, disfunção orgásmica, redução da frequência

sexual, ressecamento vaginal, dispareunia e problemas sexuais do parceiro.<sup>(8)</sup>

Existem variações nas concentrações androgênicas ao longo da vida feminina. A androsteronediona, um precursor da testosterona, reduz-se após a menopausa. Por outro lado, a concentração da proteína carreadora dos esteroides sexuais (SHBG) também se reduz, o que favorece a biodisponibilidade da testosterona (T). Já na pós-menopausa, essas oscilações são menos evidentes, quando ocorrem pequenas variações nas concentrações séricas da T, que nem sempre são detectáveis. O sulfato de deidroepiandrosterona (DHEA-S) sofre queda logo após o nascimento até a idade de 6 a 7 anos, elevando-se a partir dessa idade, atingindo pico máximo em torno dos 24 anos. A partir daí, sofre redução progressiva de 1,5% da concentração a cada ano relacionada com o progredir da idade da mulher, chegando a um declínio de 50% entre a terceira e quarta décadas de vida.<sup>(9)</sup>

Ainda continua o debate sobre o real papel dos androgênios na função sexual feminina. Para alguns autores, há fraca evidência da associação positiva desses androgênios na função sexual em mulheres na pré-menopausa,<sup>(10,11)</sup> enquanto para outros o principal efeito negativo da redução da biodisponibilidade androgênica é o prejuízo na função sexual feminina.<sup>(12)</sup> Em mulheres na pós-menopausa, foi encontrada a associação entre a concentração de DHEAS e a disfunção sexual,<sup>(13)</sup> e vários ensaios clínicos randomizados e controlados demonstraram que a terapia com T melhora o DSH em mulheres na transição menopausal e na pós-menopausa.<sup>(14)</sup> No presente capítulo, serão discutidas as bases da terapia com T para o tratamento do DSH em mulheres.

## Fontes androgênicas na mulher

Na mulher, o perfil androgênico modifica-se de acordo com o período da vida e oscila

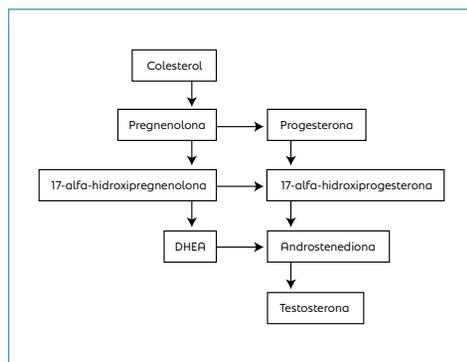
durante a fase reprodutiva ao longo do ciclo menstrual, permanecendo relativamente estável após a menopausa. Os androgênios femininos compreendem a T, a androstenediona, a DHEA e sua forma sulfatada (DHEA-S), todas derivadas dos ovários, das adrenais e da conversão periférica. A T é o androgênio mais potente, seguida da androstenediona e da DHEA-S. Os ovários e as adrenais contribuem, cada um, com cerca de 25% da T circulante, e os outros 50% ficam a cargo da conversão periférica da androstenediona para T (Figura 1).

Androgênio	Suprarrenais	Ovários
DHEAS	100%	-
HEA	90%	10%
Androstenediona	50%	50%
↓ Conversão periférica 50%		
Testosterona	25%	25%

**Figura 1.** Fontes androgênicas na mulher

DHEA: Sulfato de Deidroepiandrosterona

O colesterol é o precursor comum a todos os androgênios que é metabolizado em pregnenolona (Figura 2), que, sob a ação de várias enzimas, é convertida nos diferentes androgênios nas duas vias inter-relacionadas:  $\Delta 4$  e  $\Delta 5$ .<sup>(15)</sup>



**Figura 2.** Cascata de síntese dos androgênios

DHEA: deidroepiandrosterona

A T pode ser convertida em diidrotestosterona (5 $\alpha$ -DHT) pela 5 $\alpha$ -redutase ou em estradiol pela aromatase. A 5 $\alpha$ -DHT é um androgênio mais potente e com maior afinidade de ligação aos receptores androgênicos (RA). A androstenediona e a DHEA são androgênios mais fracos. A T sérica circula ligada à albumina (30%-45%, ligação mais fraca) e 65% dela está ligada a SHBG e 1% circula livre, sendo esta a forma ativa. A T pode agir no genoma das células-alvo, promovendo a transcrição de fatores androgênicos, ou, de maneira não genômica, por meio dos RAs, modulando a resposta celular.

## Mecanismo de ação da Testosterona na função sexual

A modulação do desejo sexual pela T ainda não é completamente compreendida, e não está claro se a ação é via ativação dos seus receptores ou se pela aromatização em estradiol. Na pós-menopausa, a T influencia o desejo sexual e o humor, sem que seja aromatizada em estrogênio,<sup>(16)</sup> porém esse estudo não foi replicado. No sistema nervoso central (SNC), a T atua nos neurônios do córtex pré-frontal, os quais contêm projeções dopaminérgicas para a área pré-óptica do sistema mesolímbico, responsável pelo mecanismo de motivação e recompensa. Um estudo experimental em ratas evidenciou que a T, por ação em seus receptores, induz a ativação da imunoreatividade da proteína Fos nas áreas cerebrais (pré-óptica medial, divisão ventrolateral do núcleo ventromedial do hipotálamo, núcleo accumbens, córtex pré-frontal) implicadas na motivação e recompensa sexual.<sup>(17)</sup>

Os mecanismos periféricos da T envolvem a modulação da função do músculo liso na vagina e no clitóris, bem como a ação no processo de mucificação da lubrificação vaginal,

por meio do aumento do ácido siálico no muco vaginal.<sup>(18)</sup>

## Efeito da Testosterona na função sexual feminina

A terapia com T é indicada para o tratamento do DSH que se instalou na peri e pós-menopausa sem outras causas aparentes.<sup>(19)</sup> Os RAs já foram identificados nos mais diversos locais do SNC, o que explica, em parte, a função desse esteroide nos aspectos cognitivos, na memória, na atividade cerebral, na prevenção do envelhecimento e na saúde sexual.<sup>(20)</sup> Uma metanálise incluindo 5.053 mulheres por um tempo de acompanhamento de 1 a 24 meses evidenciou melhora significativa na frequência sexual, no interesse sexual, no orgasmo e na qualidade das relações sexuais, tendo com efeito adverso o aumento do LDL-colesterol.<sup>(21)</sup> Esses resultados foram confirmados recentemente em outra metanálise recente que evidenciou, além da melhora do DSH, um aumento na sensação de prazer sexual, na excitação, no orgasmo, na autoimagem, bem como uma redução dos sentimentos negativos em relação ao sexo.<sup>(22)</sup>

## Indicação da terapia androgênica para a mulher

### Deidroepiandrosterona

A DHEA (Prasterona ®) foi aprovada nos Estados Unidos (*Food and Drug Administration* – FDA) para o tratamento da dispareunia em mulheres com a síndrome geniturinária da menopausa.<sup>(23)</sup> Mas a DHEA por via oral não apresentou benefício para a melhora do desejo sexual, do humor depressivo, da ansiedade, da qualidade de vida e do bem-estar geral em um grupo de mulheres com média de idade 53 anos acompanhadas por um período de 1,5 a 24 meses.<sup>(24)</sup>

## Testosterona

A indicação formal da T em mulheres é para o tratamento do DSH que surgiu com o instalar da menopausa sem que tenha relação com outros fatores associados.<sup>(25)</sup> Não existe nenhum produto aprovado até o momento, por isso tem sido prescrita a T através de formulações manipuladas sem padronização e sem controle de qualidade.<sup>(19)</sup>

### Prescrição da Testosterona

Uma revisão sistemática e metanálises de sete ensaios clínicos randomizados avaliou o uso da T transdérmica 300 µg/dia em 3.000 mulheres na pós-menopausa natural e cirúrgica e encontrou eficácia de curto prazo com melhora no número de eventos sexuais satisfatórios e na frequência de orgasmos e desejo sexual e uma redução significativa na angústia pessoal.<sup>(26)</sup> Até o momento, nenhuma formulação foi aprovada para a prescrição de T em mulheres, porque existem riscos potenciais associados ao tratamento que ainda não foram controlados. Entretanto, à luz do conhecimento atual sobre os benefícios na função sexual, a T tem sido prescrita via *off label* com base em formulações prescritas pelo médico a serem manipuladas em laboratório (Quadro 1).

### Quadro 1. Sugestões de prescrição da testosterona para mulheres com desejo sexual hipotivo

Princípio ativo	Veículo
Testosterona base 0,3%	Veículo alcoólico transdérmico
Testosterona base 0,06%	Veículo Pentravan® transdérmico
Propionato de testosterona 2%	Veículo não alcoólico semimucosa da vulva e introito vaginal

### Segurança da Testosterona para mulheres

Tem sido discutido se a terapia androgênica para mulheres está associada a determinados efeitos adversos como acne, aumento do clitóris, mudança no timbre da voz (tornando-o

mais grave) e alterações no perfil lipídico. Uma revisão sistemática e metanálises recente evidenciou aumento significativo no LDL-colesterol e redução no colesterol total, no HDL-colesterol e nas triglicérides com a T por via oral, mas não com a transdérmica. Observou-se aumento de peso e da incidência de acne e de pelos, mas nenhum evento adverso sério foi registrado.<sup>(22)</sup> Já uma metanálise recente evidenciou os parâmetros sanguíneos de homens transexuais em tratamento com T intramuscular em altas doses, com elevação de 21,4 mg/dL nos triglicérides e de 17,8 mg/dL no LDL-colesterol e redução de 8,6 mg/dL no HDL-colesterol após 24 meses de uso da T.<sup>(27)</sup> Por esses motivos, dados os benefícios do uso da T na função sexual feminina e a ausência de graves efeitos secundários, quando respeitadas as doses fisiológicas, há atualmente uma tendência à prescrição dela, principalmente quando a queixa é a falta de desejo sexual.<sup>(12)</sup>

## Referências

1. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause*. 2018;25(3):286-92.
2. Scavellio I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):559.
3. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2005;84(1):174-80.
4. Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*. 2004;11(1):120-30.
5. Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B. Sexual dysfunction in menopausal women. *Sex Med*. 2019;7(4):472-9.
6. Madigan S, Ly A, Rash CL, Van Ouytsel J, Temple JR. Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(4):327-35.
7. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks NM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)<sup>®</sup>. *Obstet Gynecol Surv*. 2020;75(3):172-73.
8. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res*. 2003;14:64-82.
9. Brzozowska M, Lewiński A. Changes of androgens levels in menopausal women. *Przegl Menopauz*. 2020;19(4):151-4.
10. Basson R, O'Loughlin JI, Weinberg J, Young AH, Bodnar T, Brotto LA. Dehydroepiandrosterone and cortisol as markers of HPA axis dysregulation in women with low sexual desire. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;104:259-68.
11. Zheng J, Islam RM, Skiba MA, Bell RJ, Davis SR. Associations between androgens and sexual function in premenopausal women: a cross-sectional study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(8):693-702.
12. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and female sexual function and dysfunction—findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2016;13(2):168-78.
13. Yoldemir T, Garibova N, Atasayan K. Sexual function through decades: association with androgens and cardiometabolic features. *Climacteric*. 2020;23(5):489-95.
14. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giralaldi A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(4):474-91.
15. Longcope C. Adrenal and gonadal androgen secretion in normal females. *Clin Endocrinol Metab*. 1986;15(2):213-28.
16. Davis SR, Goldstat R, Papalia MA, Shah S, Kulkarni J, Donath S, et al. Effects of aromatase inhibition on sexual function and well-being in postmenopausal women treated with testosterone: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*. 2006;13(1):37-45.
17. Jones SL, Rosenbaum S, Gardner Gregory J, Pfau JG. Aromatization is not required for the facilitation of appetitive sexual behaviors in ovariectomized rats treated with estradiol and testosterone. *Front Neurosci*. 2019;13:798.
18. Kennedy TG. Vaginal mucification in the ovariectomized rat in response to 5alpha-pregnane-3,20-dione, testosterone and 5alpha-androstan-17beta-ol-3-one: test for progestogenic activity. *J Endocrinol*. 1974;61(2):293-300.
19. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(10):4660-6.
20. Ciocca G, Limoncin E, Carosa E, Di Sante S, Gravina GL, Mollaioli D, et al. Is testosterone a food for the brain? *Sex Med Rev*. 2016;4(1):15-25.
21. Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, Khairalseed T, Asi N, Undavalli C, et al. Clinical review: The benefits and harms of systemic testosterone therapy in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3543-50.
22. Islam RM, Bell RJ, Green S, Page MJ, Davis SR. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7(10):754-66.
23. Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L, Gomez JL, et al. High internal consistency and efficacy of intravaginal DHEA for vaginal atrophy. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26(7):524-32.
24. Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, Khairalseed T, Asi N, Undavalli C, et al. Clinical review: the benefits and harms of systemic dehydroepiandrosterone (DHEA) in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3536-42.

25. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2017;24(7):728-53.
26. Achilli C, Pundir J, Ramanathan P, Sabatini L, Hamoda H, Panay N. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017;107(2):475-482.e15.
27. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3914-23.

# Capítulo 7

## Distúrbio da dor sexual: dispareunia, vaginismo e vulvodínia

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>  
Flavia Fairbanks Lima de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Febrasgo. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

<sup>2</sup>Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1998). Pós-Graduação Lato Sensu em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (2007). Mestrado pela Universidade de São Paulo (2007). Pós-Graduação Lato Sensu em Reprodução Humana pelo Instituto de Medicina Reprodutiva de São Paulo (2010). Doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2016). Atividades atuais: Médica-colaboradora do Setor de Endometriose do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora da Disciplina de Ginecologia do ProSex do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atendimento em consultório particular em São Paulo/SP.

### Como citar:

Lara LA, Oliveira FF. Distúrbio da dor sexual: dispareunia, vaginismo e vulvodínia. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 7. p.36-43.

## Introdução

O distúrbio da dor sexual (DDS) refere-se à dificuldade marcante e persistente ou recorrente relacionada à experiência da dor durante a atividade sexual em adultos, que não seja inteiramente atribuível a uma condição médica subjacente, seja duradoura e cause sofrimento para a mulher.<sup>(1)</sup> É preciso definir as circunstâncias em que ocorre, sendo generalizada ou situacional; quanto à temporalidade, pode ser ao longo da vida e adquirida. É classificada em dispareunia, vulvodínia e vaginismo.

## Dispareunia

É um sintoma do sistema genital causado por determinantes físicos que afeta as mulheres. Esse sintoma é caracterizado por dor ou desconforto genital recorrente que ocorre antes, durante ou após a relação sexual ou penetração vaginal superficial ou profunda, relacionada a uma causa física identificável, sem incluir falta de lubrificação. A confirmação é por avaliação médica das causas físicas.<sup>(1)</sup> Pode ser classificada como superficial ou profunda. A dispareunia superficial refere-se à dor em região vulvovestibular no início da penetração ou com o movimento do pênis dentro da vagina durante a relação sexual. Existem múltiplas etiologias que podem estar relacionadas a essa condição, como ressecamento vaginal devido ao hipoestrogenismo, infecção no trato urinário, lubrificação vaginal insuficiente, prolapso, líquen, entre outros.<sup>(2)</sup> Na dispareunia de profundidade, a dor se manifesta na vagina proximal e no hipogástrio, podendo ser persistente, quando a dor ocorre em todas as relações, ou condicional, quando a dor se apresenta em algumas posições.<sup>(1)</sup>

Estima-se que a dispareunia afeta 6 milhões de mulheres nos Estados Unidos e que aproximadamente 15% a 20% das mulheres com idades entre 18 e 64 anos são acometidas

por esse distúrbio.<sup>(3)</sup> No Brasil, um estudo populacional com mulheres entre 40 e 65 anos evidenciou uma prevalência de 39,5%.<sup>(4)</sup>

Vários fatores estão associados a dispareunia, e a história clínica e o exame físico são suficientes para identificar o fator relacionado e direcionar o tratamento.<sup>(5)</sup> Os fatores mais comuns de dispareunia superficial são redução da lubrificação, atrofia vaginal e líquen. Já a dispareunia profunda, em geral, está associada a doença inflamatória pélvica, alterações uterinas com adenomiose e miomas, trauma pós-parto e endometriose.<sup>(2)</sup>

## Tratamento

Nos casos de dispareunia relacionada ao hipoestrogenismo, o uso de estriol tópico é o padrão-ouro para o tratamento. Pode-se utilizar também o promestrieno (3-propil-éter-17-beta-metil-éter de estradiol), que é uma molécula de estrogênio em creme ou loção solúvel em água. Os hidratantes vaginais são polímeros utilizados principalmente para as mulheres que apresentam contra-indicação absoluta ao uso do estrogênio. O *laser* (CO<sub>2</sub>, YAG) pode ser utilizado especialmente nos casos com contra-indicação para a terapia hormonal. A deidroepiandrosterona (DHEA – prasterona 6,5 mg) intravaginal foi aprovada nos Estados Unidos para dispareunia associada à síndrome geniturinária da menopausa (SGUM).

## Vaginismo

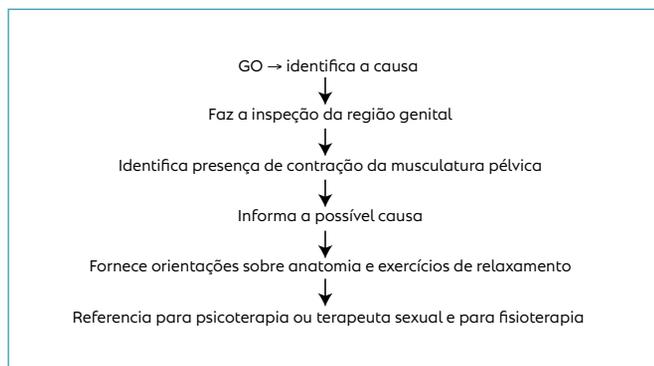
Dificuldade ou impossibilidade de penetração de objetos, espéculo e pênis na vagina devido a dor, medo e contração da musculatura do assoalho pélvico no momento da relação sexual caracterizado por pelo menos um dos seguintes critérios: i) dificuldade acentuada e persistente ou recorrente na penetração devido a contração involuntária ou tensão dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) durante a tentativa

de penetração; ii) dor vulvovaginal ou pélvica acentuada e persistente ou recorrente durante a penetração; iii) medo ou ansiedade acentuada ou persistente ou recorrente de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante a penetração ou como resultado dela.<sup>(1)</sup>

O vaginismo é um distúrbio psicofisiológico associado a fobia resultante de experiências reais ou imaginárias que associa a penetração à dor<sup>(6)</sup> e se manifesta por meio do espasmo muscular que deriva do medo da dor à penetração,<sup>(7)</sup> tendo como substrato uma situação traumática como violência sexual, crenças sobre dor com a ruptura do hímen e

repressão familiar ou religiosa.<sup>(8)</sup> As mulheres com esse quadro apresentam crenças de que o hímen é espesso e imperfurado e que sua vagina é muito pequena e apertada.<sup>(9)</sup>

Existem fatores predisponentes associados ao processo da construção da sexualidade que ocorre na mais tenra idade, como informações distorcidas sobre homens “ameaçadores” e mulheres “sexo frágil”, e de que relação sexual causa dor, hímen é a virgindade, sexo só após o casamento, penetração é uma violação,<sup>(10)</sup> bem como violência sexual (estupro e abuso sexual) e atitudes negativas em relação à sexualidade.<sup>(11)</sup> Portanto, na abordagem do vaginismo, o ginecologista e obstetra (GO) precisa usar um protocolo que leve em conta o componente biopsicossocial dessa condição (Figura 1).



**Figura 1.** Protocolo para manejo do vaginismo pelo ginecologista e obstetra (GO)

### Quadro 1. Algoritmo de cuidados da mulher portadora de vaginismo pelo ginecologista e obstetra (GO) – Modelo PLISSIT

- Identificar a causa  
Avaliar a interpretação da paciente sobre sua genitália
- A paciente descreve o hímen (roteiro: Como é o hímen? Espesso ou fino? Aberto ou fechado?) e a vagina (roteiro: Como é sua vagina? Tubo aberto ou fechado?)
- Informação sistemática
- O GO informa sobre a anatomia da genitália e a possível causa do vaginismo
- Sugestão específica
- Motivar o autoconhecimento → visualizar a vulva e o introito vaginal usando um espelho e tocar essas regiões
  - Foco sensorio I (se tem parceria)
  - Exercícios de relaxamento e alongamento, exercícios de Paula Garbourg (trabalha o esfíncter)
  - Penetração controlada pela paciente (dificuldade de entrega)
- Terapia
- O GO encaminha para psicoterapia e fisioterapia

P: Permissão; IL: Informação Limitada; SE: Sugestão Específica; T: Terapia  
Fonte: Traduzido de Annon JS. The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1-15.<sup>(9)</sup>

## Tratamento

O tratamento do vaginismo remonta aos trabalhos do médico americano J. Marion Sims (1861), que defendia o tratamento cirúrgico após o insucesso de sua experiência de utilizar dilatadores como estratégia de alargamento da vagina: “...eu tentei dilatar a vagina com velas graduadas, o que produzia um sofrimento insuportável sem um mínimo de melhora”.<sup>(12)</sup> Devido à natureza biopsíquica dessa condição, o tratamento é multidisciplinar, envolvendo o GO, para avaliação e tratamento das condições biológicas, o psicólogo, para abordagem psíquica, e o fisioterapeuta, para cuidados da função da musculatura pélvica. O tratamento consiste em medidas educativas, psicoterapia, tratamento fisioterapêutico com treino de propriocepção e autorrelaxamento e massagem perineal realizada pelo fisioterapeuta e pela própria mulher.<sup>(13,14)</sup> Uma abordagem acessível ao GO é o modelo PLISSIT (P: permissão, IL: informação limitada, SE: sugestão específica, T: terapia), que foi elaborado para intervenções em psicoterapia (Quadro 1).<sup>(15)</sup>

## Medidas educativas

As medidas educativas no consultório do GO consistem em mostrar à mulher uma figura ilustrativa explicando a anatomia da vulva e da vagina e a localização e a função dos MAPs.<sup>(16)</sup> Orienta-se a mulher a visualizar sua genitália em um espelho (dessensibilização). A próxima etapa é ensinar para a mulher as técnicas de autorrelaxamento e controle da ansiedade, que promovem a melhora da consciência corporal; solicita-se que a mulher contraia e relaxe grupos musculares dos ombros, coxas, glúteos e abdome, visando à percepção da diferença entre contraído, tenso e relaxado. Vale frisar que uma revisão sistemática e meta-análises não evidenciou efeito positivo de tais medidas em relação aos controles (lista de espera), porém os estudos são de baixa qualidade metodológica com alta taxa de descontinuação do tratamento e da lista de espera.<sup>(17)</sup>

## Fisioterapia

A massagem perineal ou massagem intravaginal, que é realizada com a mulher em posição ginecológica, foi descrita por Thiele em 1937, em pacientes com espasmos musculares do elevador do ânus e coccígeo, e é utilizada com o objetivo de desativar pontos-gatilho (*trigger points*) em mulheres com dor pélvica crônica, para promover relaxamento do músculo elevador do ânus, obturador interno e piriforme.<sup>(18)</sup> O protocolo utilizado segue aquele utilizado no tratamento da cistite intersticial,<sup>(19)</sup> em que é realizado alongamento muscular da origem para a inserção dos MAPs, no sentido das fibras musculares, com pressão tolerável, por cinco minutos do lado direito e cinco minutos do lado esquerdo. O protocolo para o domicílio consiste de 10 contrações sustentadas dos MAPs por seis segundos, com 12 segundos de repouso entre uma contração e outra (fortalecimento de fibras musculares lentas),

seguido por 10 contrações rápidas de aproximadamente um segundo (para recrutar as fibras musculares rápidas), realizadas por três ciclos. Esses exercícios serão iniciados na posição supina, evoluindo para a posição sentada e depois de pé.<sup>(20)</sup> Cabe ressaltar que esses são exercícios básicos e sem evidência de eficácia no vaginismo por terem sido testados em outras condições clínicas.

## Psicoterapia

Em geral, o vaginismo tem uma base psicopatológica que demanda o cuidado de psicólogos,<sup>(14)</sup> tendo sido utilizada a terapia cognitivo-comportamental (TCC) com sucesso.<sup>(21)</sup> Nas mulheres com vaginismo, são identificados esquemas cognitivos de autodepreciação, sentimento de incompetência, medo, solidão, entre outros, que determinarão distorções cognitivas como hipervigilância e dor catastrófica.<sup>(22)</sup>

O processo psicoterapêutico envolve a psicoeducação, abordando a resposta sexual, a anatomia e a fisiologia genital básica,<sup>(23)</sup> utilizando estratégias para promover aspectos como desinibição e expressão sexual saudável, desenvolvendo habilidades de comunicação e de auto-observação, visando ampliar o repertório sexual e a desmistificação de crenças para promover o prazer sexual.<sup>(24)</sup> Porém, o planejamento terapêutico deverá ser individualizado, levando em consideração o fator associado ao vaginismo, a fim de promover mudanças nos padrões cognitivos e no comportamento, e melhorar a conscientização de emoções e a capacidade de ressignificar os eventos ocorridos ao longo da vida.<sup>(24)</sup>

## Toxina botulínica

Uma coorte de 241 pacientes submetidas ao tratamento com toxina botulínica (TB – onabotulinumtoxinA) evidenciou que mais de 70% das pacientes conseguiram ter relação sexual

com penetração e sem dor após um tempo médio de cinco semanas de tratamento.<sup>(7)</sup> O protocolo de tratamento com TB consiste em injeções no músculo bulboesponjoso entre sete e nove horas à direita e três e cinco horas à esquerda, tomando o hímen como referência. A agulha é dobrada 30º para facilitar as injeções. A eficácia é comprovada e o efeito se inicia dois a sete dias após a injeção, durando cerca de dois a quatro meses. O efeito adverso mais comum é a incontinência urinária.<sup>(25)</sup>

## Vulvodínia

Sensação crônica de dor em queimação ou ardor da pele da vulva não atribuível a nenhuma causa específica que persiste por, pelo menos, três meses. Os sintomas podem ser difusos e não provocados (vulvodínia disestética) ou localizados, geralmente no vestíbulo vulvar, e provocados pelo toque (vestibulodínia). A vulvodínia disestética ocorre caracteristicamente em mulheres na pós-menopausa que, frequentemente, não são sexualmente ativas: a dor é espontânea e frequentemente ocorre independentemente do toque. A vestibulodínia ocorre tipicamente em mulheres mais jovens e é caracterizada por sensibilidade vestibular ao toque, eritema do epitélio vestibular e dispareunia secundária.<sup>(1)</sup>

## Tratamento

Medidas de higiene e cuidado genital adequado com sabão com pH entre 3,5 e 5,5 e uso de roupas íntimas de algodão são recomendados, bem como afastar irritantes vulvares como desodorantes e cremes perfumados, que geralmente contêm álcool. Lubrificantes à base de propilenoglicol devem ser substituídos por glicerina ou óleos vegetais. O uso de anestésicos tópicos como a lidocaína mostrou-se benéfico para a dessensibilização dolorosa da vulva,<sup>(5)</sup> permitindo, em alguns casos, o retorno à

relação sexual, embora ela não seja indicada como terapia de longo prazo.<sup>(26)</sup>

Dado o caráter multifatorial da vulvodínia, algumas recomendações para o tratamento abrangem também a psicoterapia e a fisioterapia do assoalho pélvico. A capsaicina e a toxina botulínica A podem ser tratamentos de segunda linha quando os demais falharam. A terapia hormonal e a acupuntura parecem ser promissoras, mas ainda faltam estudos controlados sobre esse tema.<sup>(26)</sup>

Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina e a nortriptilina, e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina têm benefício na redução do limiar doloroso.<sup>(5)</sup> É fundamental alertar a paciente de que o início da resposta demora em média quatro semanas. Anticonvulsivantes como a gabapentina e a carbamazepina também são ferramentas terapêuticas possíveis.<sup>(27)</sup>

## Outras abordagens da dor na relação sexual

Várias modalidades de tratamento fisioterapêutico, como *biofeedback*, dilatadores, estimulação elétrica, educação, fisioterapia multimodal e abordagens multidisciplinares, são eficazes para diminuir a dor durante a relação sexual e melhorar a função sexual.<sup>(28)</sup> Os bloqueios com anestésicos podem ser utilizados para o tratamento dos pontos-gatilho.

## Bloqueio locorregional

Quando um ponto-gatilho é identificado, injeção com anestésico local (lidocaína a 1% sem vasoconstritor) pode ser realizada para inativação do ponto. Realiza-se a injeção de 2 mL de volume de lidocaína a 1% sem epinefrina ou procaína a 1% em cada ponto, semanalmente, por quatro a seis semanas,<sup>(9)</sup> em casos refratários, pode ser utilizada a toxina botulínica.<sup>(29)</sup> Outros esquemas do bloqueio locorregional<sup>(30)</sup>

compreendem a injeção de lidocaína 2 mL (1-5 mL) a 1%-2% sem epinefrina (meia-vida de 1,5-2 horas), ropivacaína (meia-vida de 4,2 horas) ou bupivacaína a 0,5% (raramente usada por causa de toxicidades relacionadas à dose), associadas ou não a 1 mL de triancinolona 40 mg em cada ponto.

## Fisioterapia

O médico realizará o diagnóstico e o fisioterapeuta só deverá complementar as informações que achar necessárias ao longo dos atendimentos. Antes de iniciar o exame físico, o fisioterapeuta esclarecerá e orientará a paciente com relação aos procedimentos intravaginais e confirmará se ela autoriza a realização deles.

## Inspeção

Observar o aparelho respiratório (tipo de respiração), abdome (presença de estrias, cicatrizes, pigmentação, hérnia), períneo (roturas, tumorações, cicatrizes, coloração, mudança no trofismo, edema, abertura do introito) e ânus (esfíncter, fístulas, mucosa retal, tumorações, hemorroidas, alguma deformidade, abertura anal). Avaliar o tamanho do corpo perineal, que é a distância, em centímetros, entre o introito da vagina e o ânus. Verificar a posição do corpo perineal, palpar a tuberosidade isquiática e relacionar com a posição do corpo perineal. Quando o corpo perineal está no nível ou ligeiramente acima do nível da tuberosidade isquiática, ele é considerado normal; quando há elevação significativa do corpo perineal, ele é considerado elevado; quando o corpo perineal está abaixo da tuberosidade isquiática em repouso, ele é considerado descendente.

## Avaliação da sensibilidade

Poderá ser realizada com uma gaze ou um algodão e com um aparelho vibratório, seguindo os dermatômos da vulva. As alterações

que podem ser encontradas são a anestesia, alodinia, disestesia, hiperestesia, hipoestesia, hipoalgesia, parestesia e nevralgia.

## Palpação (anotar a localização dos pontos dolorosos)

Palpação do caminho do nervo podendo, que será positiva se a palpação for dolorosa. Palpação em musculatura acessória de períneo verificando a presença de pontos-gatilho, pontos sensitivos/dolorosos ou se a palpação é dolorosa. Palpação do corpo perineal, que será positiva se a palpação for dolorosa. Palpação intravaginal uni, bi ou tridigital para verificar a capacidade de alongamento do músculo bulbocavernoso. Observar se a palpação é dolorosa e procurar por pontos-gatilho ou pontos sensitivos/dolorosos. Anotar o local de acordo com o relógio. Observar se há presença de cicatriz e se há simetria direita-esquerda e anteroposterior. Estimar a função dos músculos do assoalho pélvico e classificar a força de acordo com a Escala de Oxford Modificada. Classificar o movimento interno do períneo (presente, ausente ou paradoxal). Observar e anotar o *endurance* (tempo de sustentação) e se há coativação e de quais músculos. Observar e anotar se há relaxamento do períneo (total, parcial ou atrasado ou ausente). Observar se há fadiga muscular e anotar o momento em que começou e o número de contrações prévias. Avaliar o tônus muscular e classificá-lo em hipo ou hipertônico, quando houver alguma doença neurológica de base, aumento do tônus transitório, quando ele voltar para as condições normais durante a palpação, aumento do tônus persistente, quando ele se manter elevado durante toda a palpação, diminuição do tônus muscular ou tônus normal. Para a classificação do tônus muscular, pode-se utilizar a escala para graduação do tônus de repouso da musculatura do assoalho pélvico (Quadro 1).<sup>(31)</sup>

**Quadro 1.** Escala para graduação do tônus de repouso da musculatura do assoalho pélvico

Grau	Significado
0	Músculo não palpável
1	Músculo não palpável, mas muito flácido, hiato vaginal largo, músculos oferecem resistência mínima à palpação
2	Hiato vaginal largo, mas músculos oferecem alguma resistência
3	Hiato vaginal levemente estreito, mas músculos oferecem leve resistência, mas ainda cedem facilmente à palpação
4	Hiato vaginal estreito, músculos oferecem alta resistência, mas cedem à palpação, sem dor
5	Hiato vaginal muito estreito, músculos oferecem resistência muito alta à palpação, como se estivesse palpando madeira, com dor possivelmente presente (vaginismo)

Fonte: Traduzido de Dietz HP, Shek C. Validity and reproducibility of the digital detection of levator trauma. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc.* 2008;19(8):1097-101.<sup>(60)</sup>

## Eletroterapia, massagem, relaxamento dos MAPs

A eletroterapia promove analgesia e relaxamento musculares, com a aplicação de uma corrente numa frequência trabalhada em 10 Hz na modalidade TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*). Tem como objetivo primário eliminar fatores que possam produzir dor e, posteriormente, o descondicionamento progressivo do espasmo involuntário dos MAPs, bem como a eliminação do elemento fóbico da paciente à penetração. Um estudo clínico randomizado evidenciou a melhora da dor na relação sexual quando a eletroterapia foi associada a massagem e relaxamento dos MAPs.<sup>(32)</sup>

## Biofeedback eletromiográfico

Recurso visual e sonoro acoplado a um *software* no computador, utilizando eletrodos fixados na região perineal, com o objetivo de ensinar a paciente a melhor maneira de treinar os MAPs, bem como despertar melhor consciência, controle e coordenação, e normalizar o tônus dos MAPs.<sup>(33)</sup>

## Referências

- World Health Organization (WHO). ICD-11 – Mortality and morbidity statistics. (Version 05/2021). Geneva: WHO; 2021. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/160690465>
- Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: a review. *Clin Anat.* 2018;31(7):1013-17.
- Whitmore K, Siegel JF, Kellogg-Spatt S. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: a diagnosis to consider. *J Sex Med.* 2007;4(3):720-7.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Sousa MH, Osís MJ, Costa-Paiva L. A population-based study of

- dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause.* 2008;15(6):1184-90.
- Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. *Am Fam Physician.* 2014;90(7):465-70.
  - Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown;1970. 487 p.
  - Malleson J. Vaginismus: its Management and psychogenesis. *BMJ.* 1942;2(4259):213-6.
  - Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, Part I: Classification, etiology, and pathogenesis. *J Am Board Fam Pract.* 1992;5(1):51-61.
  - Kadir ZS, Sidi H, Kumar J, Das S, Midin M, Baharuddin N. The neurobiology and psychiatric perspective of vaginismus: linking the pharmacological and psychosocial interventions. *Curr Drug Targets.* 2018;19(8):916-26.
  - Jeng CJ. The Pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2004;43(1):10-5.
  - Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):47-59.
  - Cryle P. Vaginismus: a Franco-American story. *J Hist Med Allied Sci.* 2012;67(1):71-93.
  - Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):306-20.
  - Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshti SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019;30(11):1821-8.
  - Annon JS. The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1-15.
  - Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A Model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(4):184-94.
  - Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12(12):CD001760.
  - Klotz SG, Schön M, Ketels G, Löwe B, Brünahl CA. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2019;35(6):516-32.
  - Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spatt S, Holzberg AS, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology.* 2004;64(5):862-5.

20. Huang YC, Chang KV. Kegel exercises. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
21. Şafak Öztürk C, Arkar H. [Effect of cognitive behavioral therapy on sexual satisfaction, marital adjustment, and levels of depression and anxiety symptoms in couples with vaginismus]. *Türk Psikiyatı Derg.* 2017;28(3):172-80. Turkish.
22. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(12):787-93.
23. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):314-26.
24. Fleury HJ, Abdo CH. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Diagn Tratamento.* 2012;17(3):133-7.
25. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sex Med.* 2017;5(2):e114-23.
26. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: assessment and treatment. *J Sex Med.* 2016;13(4):572-90.
27. Hoefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005;9(1):40-51.
28. Morin M, Carroll MS, Bergeron S. systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia. *Sex Med Rev.* 2017;5(3):295-322.
29. Fageeh WM. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *J Sex Med.* 2011;8(6):1735-9.
30. Bartley J, Han E, Gupta P, Gaines N, Killinger KA, Boura JA, et al. Transvaginal trigger point injections improve pain scores in women with pelvic floor hypertonicity and pelvic pain conditions. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019;25(5):392-6.
31. Dietz HP, Shek C. Validity and reproducibility of the digital detection of levator trauma. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(8):1097-101.
32. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahami S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019;30(11):1849-55.
33. Aalaie B, Tavana B, Rezasoltani Z, Aalaei S, Ghaderi J, Dadarkhah A. Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2021;32(5):1195-203.

# Capítulo 8

## Disfunções sexuais na mulher climatérica

Eduardo Siqueira Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico ginecologista, sexólogo [Associação Médica Brasileira (AMB)/Febrasgo; Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH)]. Doutor em Saúde da Mulher pela Universidade Federal de Minas Gerais. Referência Técnica do Ambulatório Multidisciplinar Especializado na Assistência à Pessoa Transexual e Travesti (AMETrans) do Hospital Eduardo de Menezes, rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG.

**Como citar:**

Fernandes ES. Disfunções sexuais na mulher climatérica. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 8. p.44-54.

## Introdução

A transição para a menopausa é um período marcante que se expressa clinicamente por irregularidades menstruais, sintomas vasomotores, alterações do humor, do sono e das funções cognitivas e sintomas de atrofia do sistema urinário e genital. Consiste em uma fase de profundas alterações biológicas e de progressão gradual, que dura vários anos e que faz com que mulheres em idade reprodutiva deixem de ter, na grande maioria das vezes, menstruações regulares, cíclicas e previsíveis, para alcançarem o fim dos períodos menstruais, associado à senescência ovariana.<sup>(1)</sup> Todas essas alterações, quando vivenciadas por um longo tempo, podem reduzir a qualidade de vida da mulher nessa fase e prejudicar o envelhecimento saudável.

Não há consenso quanto a idade, início e duração da transição para a menopausa e o estabelecimento dela, existindo variações geográficas na faixa etária e no tempo de duração de cada fase de vida da mulher.<sup>(2)</sup> Schoenaker *et al.* (2014) concluíram em metanálise que a ocorrência da menopausa se daria entre 48,3 e 49,2 anos, com considerável variação ao redor do mundo.<sup>(3)</sup>

Fisiologicamente, após a cessação da menstruação, ocorre perda da atividade cíclica ovariana. Os ciclos menstruais prévios à menopausa são marcados por diminuição dos níveis de inibinas, elevação dos níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) e níveis normais do hormônio luteinizante (LH). Os níveis de estradiol (E2) tendem a se manter normais ou levemente elevados até cerca de um ano antes da cessação completa do desenvolvimento folicular.<sup>(4)</sup> A elevação dos níveis de FSH reflete a redução do *pool* folicular e sua consequente redução na secreção de inibinas pelas células da granulosa, que exerce importante influência no *feedback* negativo

sobre a secreção de FSH pela hipófise. À medida que os níveis de FSH se elevam e a fase folicular se torna mais curta, os níveis de E2 se elevam, sugerindo que níveis mais elevados de FSH estimulam um desenvolvimento folicular mais intenso. O fato de o número de folículos ser finito leva a um esgotamento total deles, com inevitável e dramática queda dos níveis de E2.<sup>(5)</sup> A depleção de E2 na menopausa diminui o estímulo e a produção de globulinas carreadoras dos hormônios sexuais (SHBG), permitindo um maior nível circulante de andrógenos. Esse aumento de andrógenos gera, por aromatização periférica, maior produção de estrona – principal estrogênio circulante na pós-menopausa. É importante ressaltar que os níveis circulantes de sulfato de deidroepiandrosterona (DHEAS), deidroepiandrosterona (DHEA), androstenediona (A) e testosterona (T) atingem, na mulher, um pico no início da idade adulta e caem ao longo da vida. Assim, a diminuição dos andrógenos se dá de forma constante e não influenciada pela menopausa.<sup>(6)</sup>

Embora nem todas as mulheres expressem sintomas nessa fase, aqueles frequentemente observados durante a transição para a menopausa e no período de pós-menopausa estão relacionados aos baixos níveis de estrogênio circulantes. As modificações fisiológicas que ocorrem em todo o organismo são secundárias ao hipoestrogenismo e abrangem o eixo neuroendócrino, o sistema tegumentar, os aparelhos cardiovascular, geniturinário e reprodutor, o aparelho de sustentação (músculos e ossos), o metabolismo, a visão, a dentição, além de estarem relacionadas a um possível estado de fadiga e de alterações psíquicas. Nesse contexto de diversas e profundas alterações, a função sexual das mulheres também se altera.<sup>(1)</sup>

## A função sexual da mulher no climatério

O ser humano é complexo e se constrói sob determinantes de bem-estar físico e emocional. A sexualidade, característica central do ser humano, é parte dessa formação e aspecto importante da qualidade de vida.<sup>(7)</sup> Construída ao longo da vida, a sexualidade é potencialmente vivenciada e expressa na forma de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, sendo influenciada ainda pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Durante a transição para a menopausa e o período pós-menopausal, as alterações endocrinológicas expressam-se por meio de sintomas que podem reduzir a sensação de bem-estar, interferir na construção e na manifestação da sexualidade – já que esses processos são contínuos – e prejudicar a qualidade de vida.<sup>(8)</sup> Fisiologicamente, baixos níveis de estrogênio circulantes podem, por razões diversas, afetar negativamente o interesse e o potencial da resposta sexual, sem interferir necessariamente na frequência da atividade sexual.<sup>(9)</sup> Assim, problemas sexuais durante o climatério poderão ser frequentes, e os aspectos biopsíquicos e socioculturais precisarão ser avaliados para o reconhecimento verdadeiro de suas causas.

Diversos fatores estão diretamente relacionados a um desgaste da função sexual. A idade parece ser o principal fator a interferir nesse processo: no geral, mulheres mais jovens se relacionam mais sexualmente; possuir boa autoestima relacionada à imagem corporal e ser casada ou estar em um relacionamento sério também contribui para uma maior atividade sexual e maior bem-estar emocional.<sup>(10)</sup> O

status econômico também afeta a vida sexual: mulheres com dificuldades financeiras, quando comparadas a parcerias mais estáveis financeiramente, demonstram menor manifestação de desejo e excitação sexual, assim como níveis mais baixos de satisfação física e emocional com o ato sexual.<sup>(11)</sup>

## Aspectos relativos ao envelhecimento

Independentemente da idade e do estado da menopausa, o interesse sexual permanece para muitas mulheres. No *Study of Women's Health Across the Nation*, a coorte longitudinal norte-americana com 3.167 mulheres com idades entre 42 e 52 anos e que mantinham atividade sexual regularmente apresentou menor probabilidade de considerar o sexo como pouco ou nada importante. Os dados observados indicaram que, de fato, 85% das mulheres consideravam o sexo moderada ou extremamente importante.<sup>(12)</sup>

De um ponto de vista exclusivamente biológico, o desejo sexual aumenta durante a pós-menopausa, pois a ação androgênica estaria mais intensa nesse período, sobretudo quando comparada à queda dos níveis de estrogênio. Algumas mulheres realmente parecem apresentar-se dessa maneira, principalmente se se apossaram, ao longo da vida, de reforços positivos de sucesso sexual e se livram das inibições e inseguranças que podiam ter quando mais jovens.

Observa-se, portanto, a relevância de fatores psicossociais na manifestação da resposta sexual das mulheres. À medida que as mulheres envelhecem, há mudanças corporais importantes que podem desencadear tanto um declínio da saúde física quanto respostas psicológicas negativas sobre essas mudanças. Podem surgir dificuldades relacionadas ao aspecto profissional, a novos

relacionamentos sociais, à perda de parceiras – seja por divórcio ou luto – ou a decisões sobre como buscar a intimidade em estágios mais avançados da vida.<sup>(13)</sup>

O envelhecimento também traz um cenário em que há maior possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas com potencial para impactar a função sexual.<sup>(14)</sup> Artrite, doenças coronarianas, condições dermatológicas (líquen escleroso vulvar, psoríase, eczemas vulvares etc.), *diabetes mellitus*, hipertensão, hipotireoidismo, neoplasias – ou seus tratamentos –, desordens neuromusculares, doenças neurológicas (doença de Parkinson, demência etc.), incontinência urinária, hiperprolactinemia ou tumores hipofisários, insuficiência renal e alterações ginecológicas (infecções sexualmente transmissíveis, endometriose, doença inflamatória pélvica, prolapso de órgãos pélvicos etc.), comumente, impactam, por mecanismos diversos, a função sexual.<sup>(15)</sup>

De igual maneira, alguns medicamentos usados nessa fase da vida também podem afetar a função sexual. Medicamentos comumente associados à disfunção sexual incluem, entre outras, anfetaminas e anorexígenos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos (betabloqueadores, clonidina, digoxina, metildopa e espirolactona), medicamentos cardiovasculares e algumas classes hormonais (danazol, agonistas e análogos de GnRH, tamoxifeno e alguns contraceptivos hormonais). Especial destaque se dá aos psicotrópicos: antipsicóticos, barbitúricos, benzodiazepínicos, lítio, antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Esses últimos podem ser medicamentos de uso muito comum nessa fase de vida; portanto, em casos de queixas sexuais relativas aos efeitos colaterais dessas medicações e, certamente, quando possível, deve-se pensar em suspendê-los, reduzir as doses ou trocá-los por outros.<sup>(16)</sup>

## Desejo sexual hipoativo

O desejo sexual hipoativo (DSH) consiste em uma redução ou ausência persistente de pensamentos ou fantasias sexuais ou eróticas ou mesmo de desejo para iniciar uma atividade sexual, levando a sofrimento profundo e dificuldade interpessoal.<sup>(17)</sup>

A prevalência do DSH é incerta, dependendo de diferenças importantes no desenho experimental do estudo realizado: grupos de sujeitos com idades distintas, presença de morbidades associadas e diferença de critérios diagnósticos utilizados.<sup>(18)</sup> Abdo *et al.* (2004) observaram haver aumento da prevalência do DSH à medida que a idade avança – mulheres com mais de 40 anos tinham aproximadamente quatro vezes mais chances de terem DSH, em comparação com mulheres mais jovens.<sup>(18)</sup>

A menopausa cirúrgica é um importante fator de risco para o desenvolvimento do DSH. Quando se comparam mulheres induzidas à menopausa cirúrgica com mulheres da mesma idade e ciclando normalmente, observa-se que o risco de DSH é maior entre as mulheres do primeiro grupo. As reduções drásticas nos níveis de E2 e de testosterona circulantes pós-ooforectomia contribuem significativamente para o surgimento dessa disfunção. A administração de testosterona nessas mulheres poderia auxiliar na melhora do desejo e da excitação sexual.<sup>(19)</sup>

Porém, não se justifica a redução do desejo sexual somente pela queda dos hormônios esteroidais. Condições sociais ou fatores estressores também são importantes no declínio do desejo sexual e devem ser primeiramente observadas no manejo da mulher menopausada.<sup>(20)</sup> Igual cenário é a instalação do DSH ou a observação de redução do desejo sexual secundária à síndrome geniturinária da menopausa (SGUM). Mulheres com manifestações atróficas da vulva e vagina experimentam dor durante a relação sexual, o que leva à diminuição do interesse

sexual e franca evitação da atividade sexual.<sup>(21)</sup> Nesse caso, outro manejo deve ser considerado antes de uma abordagem psicoterapêutica ou da administração de androgênios.

### Atrofia vulvovaginal

Dor não ocasional durante e após o ato sexual é queixa comum nesse período e afeta diretamente a função sexual. Os estrogênios são fundamentais para a manutenção do trofismo genital, e a queda desse hormônio acarreta atrofia de vulva e vagina (AVV), aumento do pH e adelgaçamento do revestimento epitelial vaginal. Eventualmente, pode ocorrer secura vaginal persistente e prurido – ambos os sintomas contribuindo para o aumento da dispareunia. *Spotting* vaginais, devido a pequenas fissuras no epitélio, e relatos de sintomas urinários, como urgência, frequência, noctúria e incontinência de urgência, também podem estar presentes.<sup>(22)</sup> A *North American Menopause Society* denominou, em 2014, como síndrome geniturinária da menopausa esse conjunto de sinais e sintomas associados à deficiência estrogênica e que envolvem alterações em regiões vulvar, vaginal, uretral e vesical.<sup>(23)</sup>

A SGM é muito prevalente, acometendo aproximadamente 65% das mulheres no primeiro ano e próximo a 85% após seis anos de instalação da menopausa.<sup>(24)</sup> O desconforto vaginal durante o ato sexual tem impacto emocional e físico negativo nas mulheres na pós-menopausa e em seus parceiros, com consequências significativas na saúde sexual de ambos. Nappi et al. (2013),<sup>(25)</sup> em estudo multicêntrico objetivando avaliar o impacto da SGM na vida sexual de 4.100 mulheres menopausadas, com idades entre 55 e 65 anos e que apresentavam sintomas de AVV, e de 4.100 homens, que mantinham relações sexuais com mulheres com o mesmo perfil das pesquisadas, observaram que 28% das mulheres pesquisadas não contaram aos seus

parceiros quando experimentaram desconforto vaginal pela primeira vez. Como razões principais para ocultarem o fato, 52% delas alegaram ser esse desconforto parte natural do envelhecimento, enquanto 21% manifestaram constrangimento. A maioria dos homens pesquisados (82%) relatou, no entanto, que gostaria que sua parceira lhe falasse sobre o desconforto vaginal e se mostraram mais confortáveis do que as mulheres para discutir os sintomas de AVV (68% dos homens vs. 58% das mulheres). Os autores demonstraram, ainda, que mais de 20% das mulheres e seus parceiros cessaram as atividades sexuais na presença dos sintomas de atrofia. Além disso, grande número de mulheres na pós-menopausa relatou evitar a intimidade sexual por sentir dor ou pela expectativa de sentir dor, e um quarto das entrevistadas disse acreditar que, com o início desses sintomas, a perspectiva de uma vida sexual com o parceiro já não era mais possível.<sup>(25)</sup> A dispareunia provocada pela SGM pode acarretar, portanto, quadro importante de evitação das atividades sexuais, acometendo toda a resposta sexual.<sup>(26)</sup> Todas as evidências indicam que essa síndrome deve ser investigada e tratada desde a transição para a menopausa ou no início do período pós-menopausal, já que, diferente dos sintomas vasomotores, que aliviam com o tempo, mesmo sem tratamentos específicos, a SGM tende a piorar, e não a melhorar, sem tratamento. Ao tratar a SGM em tempo hábil, reestabelece-se uma função sexual adequada e a melhora da qualidade de vida da mulher.<sup>(27)</sup>

### Abordagem terapêutica para as disfunções sexuais na mulher climatérica

O tratamento das disfunções sexuais em mulheres na transição para a menopausa ou no período de pós-menopausa envolve uma abordagem integral, baseada no modelo

biopsicossocial, que deve incluir uma anamnese completa e, quando necessário, exame físico minucioso. Exames laboratoriais por vezes não são necessários para determinar causas específicas das disfunções sexuais. Para a abordagem, podem ser usadas intervenções psicoterapêuticas, incluindo terapia comportamental ou abordagem mais profunda de psicoterapia dinâmica, e terapia sexual, associada ou não a alguma opção farmacológica. No entanto, a estratégia mais importante para a abordagem das disfunções presentes nessa fase inclui o reconhecimento dos fatores modificáveis e dos influenciados pela idade, além de orientação quanto a um envolvimento sexual adequado.<sup>(28)</sup> O manejo das disfunções sexuais requer primariamente abordagem das comorbidades apresentadas, seja de origem orgânica (diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, neoplasias, doenças ginecológicas, reumatológicas, arteriocoronarianas ou dermatológicas, entre outras), seja da ordem da saúde mental, como os transtornos de humor. Atenção deve ser dada às medicações usadas pela paciente que podem interferir na função sexual. Condições sociais, fatores estressores e questões relacionadas ao parceiro também são importantes no declínio do desejo sexual e devem ser primeiramente observadas no manejo da mulher menopausada.<sup>(29)</sup>

### Terapia hormonal no controle dos sintomas climatéricos

Parece prevalecer a ideia de que o declínio da atividade sexual com a idade se dá mais por fatores culturais e comportamentais que, simplesmente, por alterações fisiológicas. Estas potencializam os primeiros, mas não são responsáveis por si só pelo surgimento das disfunções sexuais.<sup>(29)</sup> Durante a transição menopáusica, pode haver prejuízo global da qualidade de vida devido a manifestações típicas decorrentes do hipogonadismo que, no todo, podem influir

na função sexual: sintomas vasomotores, alterações do humor e atrofia do sistema genitourinário.<sup>(21)</sup> A terapêutica hormonal constitui a indicação primária para tratamento dos sintomas vasomotores e da SGUM e pode ser realizada em mulheres na pré e pós-menopausa, por meio do uso de estrogênio isolado para mulheres histerectomizadas e de estrogênio combinados a um progestagênio para as mulheres com útero intacto ou da tibolona.<sup>(30)</sup> A terapêutica hormonal, ao contornar essas manifestações associadas em maior ou menor grau ao declínio da produção de estrogênio, contribuiria de forma positiva para a melhoria dos aspectos da qualidade de vida perdidos em decorrência do surgimento dos sintomas descritos.<sup>(32)</sup>

### Tibolona

A tibolona é um progestágeno sintético (noretinodrel), derivado da 19-nortestosterona, com ações específicas nos receptores tissulares que sintetizam estrogênio, progesterona e androgênios. Após administração oral, a tibolona é metabolizada, prioritariamente no fígado e no intestino, em três metabólitos biologicamente ativos: 3- $\alpha$  e 3- $\beta$ -hidroxitibolona, com elevada afinidade para receptores estrogênicos, e  $\Delta$ -4-tibolona, com ações progestagênicas e androgênicas.

Estudos clínicos evidenciam a ação da tibolona no humor e na cognição, por provável modulação da concentração sanguínea de  $\beta$ -endorfinas, com promoção do bem-estar geral e da qualidade de vida.<sup>(33)</sup> Também há evidência de melhora do desejo sexual, devido a estímulo à circulação genital.<sup>(33)</sup> A dose para controle dos sintomas climatéricos varia de 1,25 a 2,5 mg por dia, sendo esta última a dose ótima para alcançar os efeitos desejados.

### Testosterona

Os androgênios exercem papel importante na saúde e no bem-estar das mulheres,

principalmente quando se relacionam à função sexual. Apesar dessa associação, níveis de androgênios diminuídos não possuem relação direta com o declínio da função sexual e não devem ser solicitados para diagnóstico de transtornos sexuais.<sup>(31-35)</sup>

Exames plasmáticos para mensuração dos níveis de testosterona livre e total não são padronizados, e diferentes resultados podem ser encontrados por laboratórios diferentes, mesmo quando utilizada a mesma amostra, não havendo medidas confiáveis na mensuração. Mesmo assim, a testosterona total configura o melhor parâmetro para avaliação e monitoramento de uma mulher com DSH. Embora nenhuma concentração sérica de testosterona se correlacione com a presença ou ausência de DSH ou sua gravidade, há uma correlação fraca entre a concentração de testosterona durante o tratamento e seus benefícios para melhorar a disfunção sexual. A terapia com testosterona deve ser iniciada após avaliação biopsicossocial completa e abordagem adequada das condições que contribuem para a redução do desejo sexual, sejam elas emocionais ou orgânicas. A presença dessas condições não impede o início do uso da testosterona, desde que sejam tratadas simultaneamente. Nesses casos, ambas as terapias – psicológica e farmacológica – podem ser combinadas.<sup>(35)</sup>

Apesar de não haver dados suficientes sobre o uso de terapia androgênica no tratamento do DSH em mulheres na pré-menopausa, diferente de quando a mulher se encontra na pós-menopausa, o último consenso da ISSWSH (*International Society for the Study of Women's Sexual Health*) indica que mulheres nos últimos anos reprodutivos que apresentem DSH podem se beneficiar do tratamento com testosterona.<sup>(35)</sup>

Da mesma forma que não há nível de corte de testosterona que identifique mulheres com DSH, também não há nível sanguíneo de

testosterona que estabeleça uma meta de tratamento para a terapia com testosterona – concentrações séricas não predizem a eficácia do tratamento. Assim, dosa-se a testosterona com o objetivo de excluir mulheres com valores hormonais mais próximos ao limite superior da referência (de acordo com o ensaio usado) e monitorar a terapia com testosterona para evitar terapêuticas suprafisiológicas e, consequentemente, efeitos colaterais desse excesso.<sup>(36)</sup>

Não há produtos disponíveis à base de testosterona aprovados por agências reguladoras sanitárias de qualquer país no mundo para o tratamento do DSH – exceção essa feita à Austrália. A indicação é *off label* e as preparações são manipuladas.<sup>(35)</sup> Uma vez indicada a terapia androgênica, evitam-se testosteronas via oral, intramuscular ou implante subcutâneo (Quadro 1). A administração intramuscular gera concentrações suprafisiológicas de testosterona. Implantes subcutâneos produzem níveis marcadamente elevados de testosterona com liberação errática ao longo do tempo e, ocasionalmente, dificuldade de localização para remoção, se necessário. A testosterona oral está associada a absorção imprevisível, com níveis sanguíneos semelhantes aos masculinos.<sup>(37)</sup> As preparações à base de testosterona, vias vaginal ou transdérmica, reunidas por Lara *et al.* (2017) são indicadas abaixo.<sup>(38)</sup>

#### Quadro 1. Exemplo de prescrição de testosterona transdérmica

- Testosterona base 0,3% em veículo alcoólico em bomba doseadora. Aplicar um *puff* na coxa ou abdome à noite diariamente
- Testosterona base 0,06% em Pentravan® em bomba doseadora. Aplicar um *puff* na coxa ou abdome à noite diariamente

Após início do uso da terapêutica, avaliam-se novamente os níveis de testosterona entre três e seis semanas de tratamento. Uma vez estabilizados os níveis, nova dosagem de testosterona deve ser realizada após seis meses.<sup>(39)</sup>

## Outras terapêuticas para o DSH na peri e pós-menopausa

Muitas propostas farmacológicas têm sido realizadas para manejo do DSH em mulheres na peri ou pós-menopausa. A bupropiona, um inibidor dos receptores da recaptção de noradrenalina e de dopamina, atua bloqueando receptores da serotonina 5-HT<sub>2</sub> e aumentando os níveis de dopamina e norepinefrina. Seu uso está particularmente relacionado ao manejo de disfunções do desejo secundárias ao uso de outros antidepressivos.<sup>(40)</sup>

Já a flibanserina (Addyi®) age como agonista dos receptores de serotonina 5-HT<sub>1A</sub>, antagonista dos receptores de serotonina 5-HT<sub>2A</sub>, além de agonista parcial dos receptores dopaminérgicos D<sub>4</sub>. Foi originalmente desenvolvido para o tratamento da depressão, porém não se mostrou eficaz já em estudos de fase 2. Observou-se, porém, nesses estudos, que as mulheres que usavam a flibanserina não possuíam disfunção sexual associada à depressão, diferente das que usavam placebo, modificando, assim, o objetivo dos estudos.<sup>(41)</sup> Evidenciou-se uma melhora discreta no desejo sexual de mulheres na perimenopausa que fizeram uso da flibanserina, passando a ser prescrito, a partir daí, na dose de 100 mg à noite. A flibanserina possui, no entanto, diversos e importantes efeitos colaterais: síncope, sonolência, náuseas, fadiga, insônia, boca seca e hipotensão severa, principalmente quando associada ao álcool.<sup>(42)</sup>

Outra medicação que, assim como a flibanserina, também foi aprovada pelo FDA é a bremelenotíde (Vyleesi®).<sup>(43)</sup> A bremelenotíde é de aplicação subcutânea, para uso 45 minutos antes da atividade sexual. Ela demonstrou ser segura e bem tolerada em mulheres na pré-menopausa com disfunções sexuais, com melhora relevante do número de eventos

sexuais satisfatórios ao mês e da função sexual global.<sup>(44)</sup>

Por fim, estudos iniciais têm sinalizado um potencial efeito de melhora nos domínios de desejo, excitação/lubrificação, dor e orgasmo, quando fizeram uso de Tribulus terrestris na dose de 750 mg por dia.<sup>(45)</sup> O número limitado de mulheres avaliadas, no entanto, torna precoces maiores conclusões sobre o uso dessa medicação no tratamento do DSH de mulheres na pré ou pós-menopausa.

## Tratamento da síndrome geniturinária da menopausa

A AVV, resultante de hipoestrogenismo consequente ao envelhecimento, gera importantes repercussões na função sexual. Alterações fisiológicas resultam na redução do fluxo sanguíneo vaginal, diminuição da lubrificação e adelgaçamento do epitélio vaginal. Relações sexuais com penetração vaginal podem impor lesões em mucosa e outros danos, causando dor vaginal, ardor, fissuras, irritação e sangramento pós-coito.<sup>(22)</sup> Agressões contínuas podem ultrapassar o domínio da dor e iniciar um processo de evitação sexual, com inevitável redução do desejo sexual e da excitação.<sup>(26)</sup>

Como primeira linha de tratamento para mulheres com SGM, estão os lubrificantes não hormonais, à base de água e de ação curta, e os hidratantes vaginais, à base de ácido hialurônico e ácido poliacrílico, com efeitos mais duradouros (Quadro 2). Para mulheres que apresentam apenas sintomas locais e que não respondem aos lubrificantes ou aos hidratantes, indica-se o uso de estrogênio vaginal de baixa dosagem, altamente eficaz e seguro.<sup>(20)</sup>

Opção ainda não disponível no Brasil, o ospemifeno (Osphena®) é um modulador seletivo dos receptores de estrogênio (SERM), de uso oral e diário, que atua no tecido vaginal de forma semelhante ao estrogênio.<sup>(46)</sup> Sua

**Quadro 2.** Tratamento da síndrome geniturinária da menopausa

Druga	Características
Estriol (creme vaginal)	1 mg/g/aplicador
Promestrieno (creme vaginal)	10 mg/g/aplicador
Promestrieno (cápsula vaginal)	10 mg/cápsula
Estradiol (comprimido vaginal)	10 microgramas de estradiol hemi-hidratado
Hidratantes vaginais (géis)	Polímero hidrofílico
Lubrificantes vaginais	Gel à base de água

indicação repousa em situações em que o estrogênio está contraindicado.<sup>(47)</sup>

O *laser* intravaginal figura como promissora terapêutica não farmacológica alternativa no tratamento da síndrome geniturinária da menopausa. Estudos têm demonstrado alívio de todos os sintomas da SGM, com melhora da função sexual e da qualidade de vida. O poder de evidência estatística dos estudos, porém, é fraco, não sendo possível descartar o efeito placebo. Com evidências “baixas” ou “muito baixas”, mudanças na prática clínica para o manejo da SGM com *laser* não podem ser propostas.<sup>(48)</sup>

A sociedade ainda mantém a crença de que a atividade sexual desaparece com o avanço da idade e ainda pouco se apercebe da importante possibilidade de que esse declínio de interesse, atividade e prazer possa ser fruto de expectativas culturais que se tem sobre os indivíduos mais velhos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida, justamente, como a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, baseado no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O envelhecer traz modificações corporais importantes que abrem a possibilidade para o surgimento de diversas morbidades, incluindo alterações na função sexual. Em conjunto, sintomas da menopausa e disfunções sexuais afetam negativamente a vida das mulheres.

Nenhum ginecologista pode ignorar que a boa vivência da sexualidade melhora a

qualidade de vida e que saúde e função sexuais preservadas são componentes essenciais no cuidado das mulheres na transição para a menopausa e durante o período pós-menopausal. Uma avaliação clínica ampla e por-menorizada é necessária para estabelecer um plano de cuidado adequado para a mulher que procura por assistência. Nesse contexto, aspectos relacionados à saúde física, emocional e que englobem o entorno dessa paciente – como seus relacionamentos afetivos e amorosos – devem ser investigados para o correto estabelecimento de um diagnóstico da alteração da função sexual que a incomoda.

## Referências

- Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215.
- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al.; STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(4):1159-68.
- Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*. 2014;43(5):1542-62.
- Santoro N, Isaac B, Neal-Perry G, Adel T, Weingart L, Nussbaum A, et al. Impaired folliculogenesis and ovulation in older reproductive aged women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(11):5502-9.
- Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra GD, Pal L, Rees M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Primers*. 2015; 1:15004.
- Longcope C. Androgen metabolism and the menopause. *Semin Reprod Endocrinol*. 1998;16(2):111-5.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position Paper position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403--9.
- Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(5):860-9.
- Dennerstein L, Lebert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2005;84(1):174-80.
- Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CC, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-44.

11. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res.* 2003;40(3):266-76.
12. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2005;12(4):385-98.
13. Conway F. Sexuality in later life: a spectrum of sexual reality among older women. *J Women Aging.* 2019;31(1):1-2.
14. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician.* 2015;92(4):281-8.
15. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause.* 2013;20(12):1284-300.
16. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013 Oct;100(4):905-15.
17. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):135-43.
18. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-8.
19. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56.
20. Management of Symptomatic Vulvovaginal Atrophy: 2013 Position Statement of the North American Menopause Society. *Menopause.* 2013;20(9):888-902; quiz 903-4.
21. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):649-61.
22. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):87-94.
23. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause.* 2014;21(10):1063-8.
24. Palma F, Volpe A, Villa P, Cagnacci A; Writing group of AGATA study. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: the AGATA Study. *Maturitas.* 2016;83:40-4.
25. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med.* 2013;10(9):2232-41.
26. Shifren JL. Genitourinary syndrome of menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):508-16.
27. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, et al. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/ Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2019;10:561.
28. 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.
29. Peixoto C, Carrilho CG, Ribeiro TT, da Silva LM, Gonçalves EA, Fernandes L, et al. Relationship between sexual hormones, quality of life and postmenopausal sexual function. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(2):136-43.
30. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause.* 2017;24(7):728-53.
31. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD009672.
32. Utian WH, Woods NF. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause.* 2013;20(10):1098-105.
33. Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause.* 2002;9(3):162-70.
34. Vegunta S, Kling JM, Kapoor E. Androgen therapy in women. *J Womens Health (Larchmt).* 2020;29(1):57-64.
35. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Girdali A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med.* 2021;18(5):849-67.
36. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(10):4660-6.
37. Buckler HM, Robertson WR, Wu FC. Which androgen replacement therapy for women? *J Clin Endocrinol Metab.* 1998;83(11):3920-24.
38. Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(4):184-94.
39. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and female sexual function and dysfunction—findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13(2):168-78.
40. Safarinejad MR. Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in menstruating women: a double-blind, placebo-controlled and randomized study. *J Psychopharmacol.* 2011;25(3):370-8.
41. Dooley EM, Miller MK, Clayton AH. Flibanserin: from bench to bedside. *Sex Med Rev.* 2017;5(4):461-9.
42. Simon JA, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M Jr, Sand M. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. *Menopause.* 2014 Jun;21(6):633-40.
43. Dhillon S, Keam SJ. Bremelanotide: first approval. *Drugs.* 2019;79(14):1599-606.
44. Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, et al. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):899-908.
45. Martimbianco AL, Pacheco RL, Vilarino FL, Latorraca CO, Tortoni MR, Riera R. Tribulus terrestris for female sexual dysfunction: a systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(7):427-35.
46. Shin JJ, Kim SK, Lee JR, Suh CS. Ospemifene: A novel option for the treatment of vulvovaginal atrophy. *J Menopausal Med.* 2017;23(2):79-84.

47. Crandall CJ, Diamant A, Santoro N. Safety of vaginal estrogens: a systematic review. *Menopause*. 2020;27(3):339-60.
48. 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.

# Capítulo 9

## Técnicas para manejo das disfunções sexuais psíquicas

---

Andréa Cronemberger Rufino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médica ginecologista e obstetra especialista em Sexologia Clínica. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro da Comissão Nacional de Especializada Sexologia da FEBRASGO.

**Como citar:**

Rufino AC. Técnicas para manejo das disfunções sexuais psíquicas. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 9. p.55-62.

## Introdução

As disfunções sexuais resultam de fatores orgânicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais que interagem mutuamente.<sup>(1)</sup> O modelo biopsicossocial permite a abordagem terapêutica das disfunções sexuais de forma dinâmica e integradora de causas biológicas e psicossociais.<sup>(2)</sup> As intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais são eficazes em melhorar o funcionamento sexual e, assim, atuar na resolução das disfunções sexuais.<sup>(3,4)</sup> No entanto, devem também ser capazes de aumentar a satisfação na relação sexual e reduzir o sofrimento e a angústia sexual.<sup>(4)</sup> As limitações dessas terapias estão associadas à necessidade de serem aplicadas por profissionais treinados, o que pode torná-las um recurso caro e escasso.

As intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais tiveram um ponto de mutação com o trabalho inédito de Masters e Johnson.<sup>(5,6)</sup> Até então, as disfunções sexuais eram tratadas sob um viés psicodinâmico baseado na busca de *insights* sobre aspectos da personalidade que causariam os problemas sexuais.<sup>(6)</sup> A terapia sexual proposta por Masters e Johnson incluiu uma abordagem de casal, utilizando técnicas comportamentais, de psicoeducação sexual e de comunicação verbal e não verbal em programa intensivo de curta duração com equipe de terapeutas.<sup>(4,5)</sup> O objetivo da terapia era recuperar a função sexual, reduzindo os bloqueios psicossociais e a ansiedade de desempenho que interferem na sexualidade do casal.<sup>(6)</sup> O sucesso da terapia, porém, estava reduzido à capacidade dos casais em conseguir uma prática sexual penetrativa, o que se tornou alvo de muitas críticas.<sup>(6)</sup>

Ao longo do tempo, outras intervenções psicológicas se mostraram promissoras e

eficazes para tratar as disfunções sexuais, utilizando técnicas de diferentes escolas psicoterápicas com abordagem individual, de casal e em grupo.<sup>(7,8)</sup> Portanto, as intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais podem combinar técnicas de várias escolas psicoterápicas e devem ser individualizadas para cada caso específico.<sup>(8,9)</sup> Entre seus objetivos estão a promoção de psicoeducação, capacitação, mudanças de comportamento e reestruturação de padrões cognitivos relacionados à sexualidade. Também há sugestões para que a terapia aborde a percepção e a autoimagem corporal individual, pensamentos, emoções e comportamentos relacionados à sexualidade, além do contexto sociocultural e dos relacionamentos interpessoais envolvidos.<sup>(4,8)</sup> Ao mesmo tempo, deve levar em consideração os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores das disfunções sexuais.<sup>(10,11)</sup>

## Conceito

As intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais psíquicas compreendem técnicas comportamentais, cognitivas, psicodinâmicas e educacionais. A estrutura fundamental de todas as intervenções psicológicas baseadas em evidências é a psicoeducação sexual.<sup>(7)</sup> Além disso, a psicoeducação sexual ainda desempenha um papel terapêutico quando aplicada isoladamente.<sup>(4)</sup> As intervenções podem ser ofertadas individualmente, para o casal ou em grupo com o objetivo de melhorar a experiência sexual com relação ao desejo, ao prazer e à satisfação sexual.<sup>(3,4,7,12)</sup> A escolha das intervenções deve estar alinhada ao tipo de disfunção sexual a ser abordada, além da avaliação de alguns aspectos relevantes, dispostos no quadro 1.<sup>(10-12)</sup>

## Epidemiologia

As intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais femininas foram categorizadas por nível de evidência científica para cada uma das disfunções sexuais específicas em mais de uma revisão abrangente da literatura (Quadro 2).<sup>(71)</sup> Para a disfunção de desejo sexual hipoativo, há evidências robustas da efetividade de várias terapias psicológicas.<sup>(4,7)</sup> Há recomendações para a aplicação isolada da terapia cognitivo-comportamental (nível A de evidência<sup>(4)</sup> e nível 2 de evidência<sup>(7)</sup>) e da terapia baseada em atenção plena (nível B de evidência<sup>(4)</sup> e nível 2 de evidência<sup>(7)</sup>). Há destaque para os benefícios da terapia sexual com o treino de habilidades de foco sensorio, além da associação da terapia cognitivo-comportamental com a terapia baseada em atenção plena (Quadro 2).<sup>(7)</sup> A superioridade da terapia de casal e da terapia em grupo em relação à terapia individual também foi destacada (nível A de evidência).<sup>(4)</sup> A abordagem considerada mais promissora para a disfunção do desejo sexual hipoativo foi a tríplice associação da terapia cognitivo-comportamental, a terapia baseada em atenção plena e a terapia sexual.<sup>(7)</sup>

Na disfunção de excitação sexual, a terapia baseada em atenção plena pode ajudar a administrar o estresse agudo e crônico, e a melhorar a conexão entre a excitação subjetiva e genital e a angústia sexual, especialmente em mulheres com histórico de abuso sexual.<sup>(71)</sup> Os exercícios de foco sensorio podem ser considerados como uma das etapas da técnica de atenção plena.<sup>(7)</sup> A terapia baseada em atenção plena associada à terapia cognitivo-comportamental proporciona menos distração, pensamentos e sentimentos negativos durante a prática sexual (nível 2 de evidência).<sup>(71)</sup> Para a disfunção do orgasmo, há evidências robustas da eficácia da masturbação dirigida

### Quadro 1. Avaliação para a escolha do tipo de intervenção terapêutica a ser aplicada

• História sexual individual e do casal
• Práticas sexuais atuais
• História e qualidade do relacionamento
• Experiências sexuais traumáticas
• Fatores orgânicos e antecedentes patológicos relevantes
• Fatores predisponentes, precipitantes, mantenedores e contextuais das disfunções sexuais

Fonte: Traduzido de Althof SE, Needle RB. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: an update. Arab J Urol. 2013;11(3):299-304; Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbalakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J Sex Med. 2016;13(4):538-71; Assalian P. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. Arab J Urol. 2013;11(3):217-21.<sup>(64)</sup>

### Quadro 2. Tipos de intervenções psicológicas para as disfunções sexuais femininas, segundo o nível de evidência científica

Intervenções psicológicas	Disfunções sexuais	Nível de evidência
TCC	Desejo sexual hipoativo	2
	Anorgasmia	2
TAP	Desejo sexual hipoativo	2
	Anorgasmia	2
TCC e TAP associados	Desejo sexual hipoativo	2
	Disfunção de excitação sexual	2
	Anorgasmia	2
TS (foco sensorio)	Desejo sexual hipoativo	2
	Disfunção de excitação sexual	2
	Anorgasmia	2
Masturbação dirigida	Anorgasmia	2

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental; TAP: Terapia Baseada em Atenção Plena; TS: Terapia Sexual

Fonte: Traduzido de Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, et al. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. Obstet Gynecol. 2019;134(5):899-908.<sup>(7)</sup>

como tratamento de primeira linha (nível 2 de evidência).<sup>(713-15)</sup> Com a masturbação dirigida, as mulheres aprendem a ter orgasmos e a generalizar a experiência orgásmica na presença e com a estimulação da parceria.<sup>(13)</sup> A terapia baseada em atenção plena, o treino de habilidades de foco sensorio e a terapia cognitivo-comportamental isolada e em associação com a terapia baseada em atenção plena também mostraram elevada efetividade no tratamento da anorgasmia (Quadro 2).<sup>(7)</sup>

A eficácia de várias intervenções psicológicas foi analisada para a disfunção do desejo sexual hipoativo, a disfunção do orgasmo e o vaginismo com relação à melhoria da intensidade dos sintomas e da satisfação sexual (Quadro 3).<sup>(6)</sup> As intervenções psicológicas se mostraram eficazes em melhorar a intensidade dos sintomas e a

### Quadro 3. Eficácia das intervenções psicológicas na melhoria da intensidade dos sintomas e da satisfação sexual segundo o tipo de disfunções sexuais femininas e das intervenções aplicadas

Eficácia	Disfunção sexual	Tipo de intervenção
Sintomas	Desejo sexual hipoativo	TCC associada a TH
	Anorgasmia	TS superior a TC TH superior a IE
	Vaginismo	BE superior a TCC
Satisfação sexual	Desejo sexual hipoativo	TCC superior a TH
	Anorgasmia	TC superior TS
	Vaginismo	TS superior a H

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental; TH: Treino de Habilidades; TS: Terapia Sexual; TC: Terapia Conjugal; IE: Intervenção Educacional; BE: biofeedback eletromiográfico; H: Hipnoterapia

Fonte: Traduzido de Frühauf S, Genger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Sex Behav. 2013;42(6):915-33.<sup>(6)</sup>

satisfação sexual em comparação com uma lista de espera, especialmente quando aplicadas em ambiente de grupo.<sup>(4)</sup> As intervenções ofertadas em ambiente de casal ou de autoajuda foram eficazes para melhorar a intensidade dos sintomas, mas não melhoraram a satisfação sexual. As evidências de eficácia para a aplicação de terapia individual foram limitadas.<sup>(4)</sup>

## Intervenções psíquicas

### Psicoeducação sexual

É considerada o componente básico de todas as intervenções psicológicas para o manejo das disfunções sexuais.<sup>(7,13)</sup> A psicoeducação sexual pode utilizar um conjunto de estratégias de informação, educação e de terapia psicológica, como as técnicas baseadas em atenção plena.<sup>(11,16)</sup> Os objetivos da sua aplicação incluem a oferta de conhecimentos sobre a anatomia sexual, a função sexual e os fatores predisponentes, precipitantes, mantenedores, contextuais e protetores que atuam nas disfunções sexuais.<sup>(7,11,17)</sup> Também se propõe a desmistificar crenças e atitudes que impactam negativamente a resposta sexual,<sup>(7,17)</sup> além de educar a respeito de técnicas terapêuticas corporais e cognitivas adequadas para o manejo das disfunções sexuais.<sup>(11,17)</sup>

A eficácia da psicoeducação sexual como intervenção terapêutica foi validada em grupos de mulheres com disfunção do desejo e da excitação sexual.<sup>(11,17,18)</sup> Recursos educativos, como a biblioterapia, mostraram-se efetivos em melhorar os domínios da função sexual em pequenos grupos de mulheres com disfunção do desejo sexual hipoativo.<sup>(19-21)</sup> Embora a aplicação da biblioterapia não tenha sido testada em grandes populações,<sup>(7,22)</sup> esse método educativo pode ser ofertado para mulheres que não têm recursos financeiros para psicoterapia e terapia medicamentosa.<sup>(7,11)</sup> Nesse sentido, há evidências promissoras da aplicação de psicoeducação sexual no formato *on-line* na melhoria da função sexual em mulheres com disfunção de desejo sexual hipoativo.<sup>(23)</sup>

### Terapia sexual

É uma terapia especializada que utiliza uma combinação de abordagens comportamentais, cognitivas, psicodinâmicas, de aconselhamento, de habilidades de relacionamento e de psicoeducação.<sup>(4,7,8,10,12)</sup> A terapia sexual atual é uma modificação da terapia proposta por Masters e Jonhson,<sup>(5)</sup> que atua sobre o ciclo de resposta sexual.<sup>(5)</sup> As diversas técnicas de abordagem podem ser dirigidas ao tratamento da disfunção de desejo sexual hipoativo, disfunção de excitação sexual, distúrbios da dor sexual e disfunção orgásmica.<sup>(7,24)</sup> Pode ser ofertada individualmente, em grupo e para casais em programa de curta duração.<sup>(7,10,12)</sup> A disfunção sexual em curso guiará a escolha das modalidades de abordagem mais eficazes para sua resolução.<sup>(7,10)</sup> A terapia sexual utiliza técnicas psicoterápicas tradicionais como suporte, questionamento, reestruturação cognitiva e tarefas de casa em associação a técnicas comportamentais específicas. As abordagens comportamentais específicas são baseadas na tomada de consciência das sensações corporais, por

meio do treino de habilidades com técnicas de foco sensorio, masturbação dirigida e dessensibilização sistemática.<sup>(4,8,13-15)</sup>

## Foco sensorio

A técnica de foco sensorio abrange aspectos da terapia cognitivo-comportamental e da terapia baseada em atenção plena.<sup>(7,25,26)</sup> O objetivo é eliminar a ansiedade de desempenho que bloqueia a resposta sexual e melhorar a intimidade e a comunicação sexual entre as parcerias.<sup>(7,8,26)</sup> Ambas as parcerias devem acariciar o corpo do(a) outro(a) com o sentido de eliminar a mente pensante da prática sexual e despertar em si o prazer de tocar o corpo do(a) outro(a)<sup>(6)</sup> com o foco na estimulação e nas sensações corporais, sem objetivar à excitação e ao orgasmo.<sup>(8)</sup> A orientação é dada para a oferta sequencial e contínua de estímulos sensuais não exigentes em todo o corpo, inicialmente excluindo as mamas e os genitais.<sup>(7,8,25)</sup> A evolução dos toques sensuais deve ser gradual, em uma série de exercícios que começam fora dos genitais, até chegar ao toque genital e, posteriormente, à penetração vaginal ou outra modalidade não especificamente heteronormativa.<sup>(8,25)</sup> Na prática sexual individual, a técnica de foco sensorio melhora o autoconhecimento do corpo, da resposta sexual e da capacidade para o orgasmo.<sup>(8,25)</sup>

Outro objetivo do foco sensorio é possibilitar a percepção dos aspectos facilitadores e inibitórios das sensações de prazer no contato com o próprio corpo e o corpo do(a) outro(a). Os pensamentos e sentimentos que afloram no exercício de foco sensorio são levados à consciência para elaboração durante a sessão com o terapeuta (abordagem cognitiva).<sup>(8)</sup> Adicionalmente, são aplicadas técnicas de aconselhamento para melhorar a comunicação verbal e não verbal entre o casal (habilidades de relacionamento) e, também, técnicas de psicoeducação sobre

a resposta sexual.<sup>(4,7,8)</sup> A técnica de foco sensorio pode ser ofertada em ambiente individual e de casal.<sup>(6,7,8,25)</sup> Podem ser utilizados recursos como a oferta de materiais educacionais de autoajuda como a biblioterapia, amplamente disponível e de baixo custo.<sup>(7,9-22)</sup>

## Dessensibilização sistemática

É uma técnica comportamental que objetiva melhorar a ansiedade de desempenho que inibe a resposta sexual.<sup>(14)</sup> A técnica envolve quatro passos: 1. treinamento de relaxamento muscular percorrendo uma sequência de exercícios predeterminados; 2. construção e organização de uma lista hierarquizada de estímulos e situações ansiogênicas para a resposta sexual; 3. imaginação de cada uma das situações ansiogênicas listadas anteriormente de forma paulatina (dessensibilização imaginativa) ou vivência na prática das situações ansiogênicas (dessensibilização *in vivo*) durante o treino de relaxamento muscular; 4. emparelhamento do relaxamento muscular com os estímulos e situações ansiogênicas até que toda a lista de hierarquia seja eliminada.<sup>(9,14)</sup> No entanto, recente revisão sistemática sobre intervenções para o vaginismo não encontrou evidências suficientes para sugerir que a dessensibilização sistemática seja eficaz ou funcione melhor que outras técnicas.<sup>(9)</sup> Também não há evidências que suportem sua indicação como tratamento de primeira linha para a anorgasmia, por sua baixa eficácia.<sup>(13)</sup>

## Masturbação dirigida ou treino masturbatório

É uma técnica cognitivo-comportamental que abrange uma série de exercícios de atenção plena apoiada por material educativo no formato de biblioterapia ou de vídeos.<sup>(13-16)</sup> O objetivo é proporcionar autoconhecimento relativamente aos órgãos genitais e às zonas

erógenas, possibilitar a consciência das sensações eróticas no contato com o corpo e desafiar as crenças limitantes sobre sexo.<sup>(7,14)</sup> Os exercícios devem começar de forma gradual com a oferta de material educativo sobre a anatomia genital, seguida da orientação para que as mulheres explorem o seu corpo com um espelho para o corpo inteiro e, em seguida, para os genitais.<sup>(14)</sup> O próximo passo é o auto-toque corporal e genital para experimentar as sensações estimuladas por fantasias e material erótico.<sup>(13,14)</sup> As áreas de maior prazer devem ser estimuladas manualmente ou com a ajuda de um vibrador até que o orgasmo aconteça. Em etapa posterior, a parceria pode ser incorporada no treino masturbatório.<sup>(13,14)</sup> Pode ser realizada em terapia individual, de casal e de grupo.<sup>(14)</sup>

### Terapia cognitivo-comportamental

É uma terapia que atua sobre os padrões cognitivos, emocionais e comportamentais que predisõem, precipitam e mantêm as disfunções sexuais.<sup>(3,8,10,11)</sup> O comportamento sexual é aprendido por meio de modelos e de condicionamentos (clássico e operante) em resposta a estímulos, eventos e contextos sexuais específicos.<sup>(8)</sup> Essas experiências corporais podem resultar em vivências emocionais positivas ou negativas, que, armazenadas na amígdala e no hipocampo, determinarão os roteiros ou *scripts* sexuais.<sup>(8)</sup> A terapia cognitivo-comportamental atua para modificar comportamentos, emoções e pensamentos que resultam em inibição da resposta sexual.<sup>(8,25)</sup> A proposta é provocar a consciência sobre a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos sexuais e, também, propor o aprendizado a respeito dos estímulos positivos e negativos que agem na resposta sexual.<sup>(4,8)</sup>

A terapia cognitivo-comportamental incorpora técnicas de abordagem cognitiva, comportamental e de psicoeducação sexual com a intervenção ativa do terapeuta, além da oferta de tarefas de casa para reforçar a aquisição de habilidades.<sup>(4,7,8,26)</sup> Os fatores de processamento cognitivo como a distração cognitiva, os pensamentos automáticos, o estilo de atribuição causal a eventos sexuais, as expectativas de eficácia, a ansiedade e as demandas de desempenho impactam negativamente a resposta sexual.<sup>(27)</sup> Esses fatores agem predispondo e mantendo as disfunções sexuais e devem ser alvo das técnicas de abordagem cognitiva.<sup>(10,11,27)</sup> Nesse sentido, a reestruturação cognitiva é utilizada com o intuito de modificar crenças disfuncionais, pensamentos automáticos e expectativas de desempenho que inibem a resposta sexual.<sup>(4,8,25,28)</sup> Os protocolos cognitivo-comportamentais exigem o registro de pensamentos com diário das emoções e a observação dos comportamentos associados.<sup>(16)</sup>

As técnicas comportamentais (foco sensorial, dessensibilização sistemática, masturbação dirigida) atuam para mudar o comportamento sexual no sentido de incorporar autoconsciência corporal com foco no prazer e eliminar comportamentos disfuncionais. Os objetivos da terapia cognitivo-comportamental incluem melhorar a função sexual em todos os seus domínios e a satisfação sexual e, também, extinguir o sofrimento sexual.<sup>(3)</sup> Há evidências da sua eficácia em melhorar o desejo, a excitação e o orgasmo,<sup>(3,4,7)</sup> mesmo em contextos desfavoráveis como casais insatisfeitos com o relacionamento. Dessa forma, a satisfação no relacionamento funciona como fator prognóstico na terapia cognitivo-comportamental para a melhoria da angústia e da satisfação sexual.<sup>(3)</sup>

## Terapia baseada em atenção plena

Os modelos de terapia baseados em atenção plena compreendem a terceira onda das terapias cognitivas. São modelos de intervenção psíquica fundamentados na cultura oriental budista, que, por sua vez, propõe concentrar a atenção no momento presente, de forma consciente, intencional, compassiva e com aceitação sem julgamentos.<sup>(16,18)</sup> As técnicas baseadas em atenção plena foram incorporadas às intervenções para o manejo de várias condições psíquicas, a partir das evidências de benefícios do programa proposto por Kabat-Zinn para tratar o estresse e a dor crônica.<sup>(16,29,30)</sup> O programa de redução de estresse baseada em atenção plena influenciou o desenvolvimento da terapia cognitiva baseada em atenção plena para tratar a depressão e, posteriormente, as disfunções sexuais.<sup>(7,16,18)</sup>

O objetivo central do treinamento em atenção plena aplicado à terapia sexual é desenvolver a consciência no momento presente com a observação dos pensamentos, das emoções e das sensações corporais sem julgamentos.<sup>(16)</sup> O treinamento inclui a aplicação de práticas meditativas e técnicas de respiração no sentido de favorecer o reconhecimento dos padrões mentais associados à ansiedade e às emoções negativas. Essas práticas favorecem o desenvolvimento de habilidades de auto-observação e de aceitação dos pensamentos e dos estados emocionais, modificando a forma como o indivíduo se relaciona com seus processos mentais e emocionais, e, conseqüentemente, atuando sobre as sensações físicas.<sup>(16)</sup> Evidências apontam sua eficácia em melhorar os fatores de processamento cognitivo associados às disfunções sexuais,<sup>(16,27)</sup> liberando emoções de culpa, medo e vergonha, e também em melhorar a resposta sexual de

mulheres com dificuldades em manter o foco nas sensações corporais.<sup>(7,10,16,18)</sup>

A terapia baseada em atenção plena aplicada à terapia sexual é uma abordagem valiosa para as disfunções sexuais associadas a doenças crônicas, quadros ansiosos e depressivos, e traumas e em mulheres com antecedente de abuso sexual. Há evidências da sua aplicação em grupo com melhora da função sexual feminina, especialmente nos domínios do desejo, da excitação, do orgasmo e da satisfação, mas com menor efeito sobre a dor sexual.<sup>(4,7,11,16,18)</sup> Inclui ainda psicoeducação sexual, treinamento em atenção plena associado à aplicação de protocolos de terapia cognitivo-comportamental, treino de habilidades na prática de atenção plena (autoestimulação genital não masturbatória, observação corporal e registros diários das práticas), além das tarefas de casa.<sup>(7,16)</sup>

As intervenções psicológicas apresentam eficácia no manejo das disfunções sexuais e podem agregar abordagens de diversas escolas psicoterápicas. A sua aplicação deve ser individualizada caso a caso, levando em consideração a disfunção sexual em questão. As técnicas de abordagem devem ser ofertadas partindo de estratégias gerais psicoeducativas em direção a intervenções psicológicas especializadas. Os objetivos gerais das intervenções psicológicas incluem a empatia, a aceitação, a educação e a capacitação do indivíduo a respeito da disfunção sexual. Os objetivos específicos envolvem: 1. a mudança de padrões comportamentais, emocionais e cognitivos relacionados à sexualidade; 2. o conhecimento dos fatores predisponentes, precipitantes, mantenedores e contextuais das disfunções sexuais; 3. a tomada de consciência dos pensamentos e emoções sexuais; 4. a ressignificação do corpo, da personalidade, dos relacionamentos e do ambiente sociocultural sexual envolvido.

## Referências

- World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Sexual pain disorders. Geneva: WHO; s.d. [cited 2021 Jun 13]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/L-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f73410310>
- 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.
- Stephenson KR, Rellini AH, Meston CM. Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Arch Sex Behav.* 2013;42(1):143-52.
- Frühauß S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2013;42(6):915-33.
- Master WH, Johnson VE. Principles of the new sex therapy. *Am J Psychiatry.* 1976;133(5):548-54.
- Kleinplatz PJ. History of the treatment of female sexual dysfunction(s). *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;14:29-54.
- Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, et al. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):899-908.
- Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas.* 2009;63(2):160-3.
- Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12(12):CD001760.
- Althof SE, Needle RB. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: an update. *Arab J Urol.* 2013;11(3):299-304.
- Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-71.
- Assalian P. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Arab J Urol.* 2013;11(3):217-21.
- Marchand E. Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. *Sex Med Rev.* 2021;9(2):194-211.
- Andersen BL. Primary orgasmic dysfunction: diagnostic considerations and review of treatment. *Psychol Bull.* 1983;93(1):105-36.
- Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol.* 1981;49(4):568-70.
- Jaderek I, Lew-Starowicz M. A systematic review on mindfulness meditation-based interventions for sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2019;16(10):1581-96.
- Mirzaee F, Ahmadi A, Zangiabadi Z, Mirzaee M. The effectiveness of psycho-educational and cognitive-behavioral counseling on female sexual dysfunction. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(6):333-9.
- Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 2008;5(7):1646-59.
- Mintz LB, Balzer AM, Zhao X, Bush HE. Bibliotherapy for low sexual desire: evidence for effectiveness. *J Couns Psychol.* 2012;59(3):471-8.
- Balzer AM, Mintz LB. Comparing two books and establishing probably efficacious treatment for low sexual desire. *J Couns Psychol.* 2015;62(2):321-8.
- Palaniappan M, Heatherly R, Mintz LB, Connelly K, Wimberley T, Balzer AM, et al. Skills Vs. Pills: comparative effectiveness for low sexual desire in women. *J Sex Marital Ther.* 2018;44(1):1-15.
- van Lankveld JJ, van de Wetering FT, Wylie K, Scholten RJ. Bibliotherapy for sexual dysfunctions: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2021;18(3):582-614.
- Zippan N, Stephenson KR, Brotto LA. Feasibility of a brief online psychoeducational intervention for women with sexual interest/arousal disorder. *J Sex Med.* 2020;17(11):2208-19.
- World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Sexual dysfunctions. Geneva: WHO; s.d. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/L-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/160690465>
- Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):114-28.
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:173-257.
- Tavares IM, Moura CV, Nobre PJ. The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: a systematic review. *Sex Med Rev.* 2020;8(3):403-30.
- Meston CM. Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. *Am J Cardiol.* 2000;86(2A):30F-34F.
- Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther.* 2014;57:43-54.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA.* 2008;300(11):1350-2.

# Capítulo 10

## Técnicas de terapia sexual

---

André Marquez Cunha<sup>1</sup>

Joice Martins de Lima Pereira<sup>2</sup>

Lucia Alves da Silva Lara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra. Mestre e doutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-graduado em Sexualidade Humana e em Terapia Sexual pela Universidade de São Paulo (USP) e em Terapia Cognitivo-comportamental pela Faculdade de Direito de Santa Maria (FADISMA). Titulado na área de atuação em Sexologia pela FEBRASGO. Professor adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

<sup>2</sup>Ginecologista e Obstetra. Titulada na área de atuação em Sexologia pela FEBRASGO. Aperfeiçoamento em Sexualidade Humana e Terapia Sexual pela Universidade de São Paulo (USP) – Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex). Terapeuta cognitiva sexual. Pós-graduanda em Terapia Cognitivo-comportamental. Diretora da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia. Membro da Comissão Nacional Especializada em Sexologia da FEBRASGO.

<sup>3</sup>Ginecologista e obstetra com área de atuação em Sexologia. Mestre e doutora em Tocoginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana e do Ambulatório de Incongruência de Gênero do Centro de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO. Membro da Sociedade Internacional de Medicina Sexual.

### Como citar:

Cunha AM, Pereira JM, Lara LA. *Técnicas de terapia sexual*. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 10. p.63-71.

## Introdução

Na abordagem das disfunções sexuais, o tratamento deve ser realizado, sempre que possível, com terapia combinada, considerando causas orgânicas e psíquicas. Requer a abordagem também de aspectos subjetivos da paciente. Na esfera psíquica, o tratamento requer a utilização de ferramentas originárias de várias linhas de pensamento, cuja história remete desde os ensinamentos de Sigmund Freud, passando por diversos pesquisadores, entre os quais Carl Jung e Jacques Lacan, até dias atuais com William Masters, Helen Kaplan, Rosemary Basson e Aaron Beck, sendo este último o pai da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Deve ser ressaltado que a terapia sexual pode utilizar ferramentas de quaisquer linhas de pensamento, desde que tenham natureza científica e sejam aplicadas por profissionais devidamente habilitados para tal.

As TCCs são compostas por um conjunto de psicoterapias breves e diretivas que utilizam técnicas de reestruturação cognitiva e comportamentais, com o objetivo de modificar as cognições disfuncionais, intervindo nas avaliações errôneas e nos padrões irracionais de comportamento, e indiretamente modificando os comportamentos que levam a sofrimento no paciente. As técnicas comportamentais atuam diretamente sobre as condutas inadequadas. Essas terapias partem da premissa de que os sofrimentos emocionais ou comportamentais são consequências de aprendizados anteriores e de que, diminuindo ou modificando aquilo que se aprende e que incomoda, haverá, também, redução das emoções e comportamentos indesejados.<sup>(1,2)</sup>

## A abordagem da paciente com desejo sexual hipotativo

As alterações relacionadas ao desejo sexual estão entre os principais motivos de queixas

sexuais referidas pelas pacientes nos consultórios ginecológicos, e o transtorno do desejo sexual hipotativo (TDSH) alcança prevalência de 10% em mulheres americanas<sup>(3)</sup> e de 11% a 75% em mulheres brasileiras.<sup>(4)</sup> O desejo sexual na mulher pode se apresentar de duas formas: desejo espontâneo e desejo responsivo. Em relacionamentos longos, pode ocorrer a redução ou mesmo o desaparecimento do desejo espontâneo, que pode levar a sofrimento e transtornos para o casal, mesmo estando preservado o desejo responsivo. O desejo sexual é inato ao ser humano, sendo uma potencialidade biológica que pode ser ativado por um estímulo erótico eficaz.<sup>(5)</sup> Pode haver bloqueio desse desejo associado a vários fatores, como educação repressora, falta de educação sexual adequada, uso de determinados medicamentos, estados patológicos, estresse, relacionamento diádico inadequado, desconhecimento da anatomia e da fisiologia da resposta sexual, falta de comunicação sexual com a parceria e experiências traumáticas de ofensas sexuais,<sup>(6)</sup> condições essas que podem ser manejadas na terapia sexual.

## Psicoeducação

Fundamental para qualquer trabalho de terapia sexual, a psicoeducação envolve informações sobre a anatomia genital, podendo ser realizada por meio de figuras e conhecimento da fisiologia da resposta sexual. É importante destacar possíveis diferenças entre a resposta sexual feminina e a masculina, e mostrar os ciclos de resposta sexual atualmente aceitos.<sup>(7)</sup> Compreender que a mulher nem sempre iniciará a atividade sexual a partir do desejo é fundamental, pois essa crença é largamente disseminada. A partir do momento que essa mulher entende que existem dois tipos de desejo e que ela pode partir de um ponto de neutralidade e engajar-se na relação sexual, sabendo que o desejo poderá surgir como resposta

aos estímulos sexuais,<sup>(5)</sup> é possível desconstruir o pensamento de que só se inicia uma relação sexual a partir do desejo sexual. Essa crença é motivo de distanciamento dos casais, que acabam não priorizando outras intimidades como carícias e beijos, focados apenas na obrigatoriedade do desejo sexual para iniciar a relação sexual.

## Trabalhando mitos e crenças

Muitos são os mitos e crenças que cercam a sexualidade, sendo necessário questionar como a paciente vê a sexualidade, o que ela espera dela e o que ela acha que sua parceria espera da sexualidade. A partir disso, os mitos vão aparecendo e podem ser discutidos inclusive pelo ginecologista que recebeu treinamento para o manejo das disfunções sexuais femininas e à luz da terapia sexual. Essas crenças acerca da sexualidade exercem papel fundamental na gênese das disfunções sexuais.<sup>(6)</sup>

As mulheres, durante um longo período da história, não tinham direito ao prazer e não podiam demonstrar interesse sexual.<sup>(9)</sup> Esses resquícios da história ainda estão presentes e grande parte das mulheres lida mal com as questões sexuais, não se permitindo conhecer o potencial de prazer que seu corpo pode lhe dar e ainda reprimindo as manifestações de desejo por questões culturais e religiosas.<sup>(10)</sup>

## Modelo PLISSIT

O modelo PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) foi desenvolvido por Annon<sup>(11)</sup> e constitui outra forma sistematizada que permite facilitar o diálogo sobre questões sexuais entre o ginecologista e a paciente. O acrônimo prevê ações de intervenções, tais como: i) *Permission*: permissão para determinadas práticas sexuais e para uma experiência sexual em clima de acolhimento, levando em

consideração a fisiologia da resposta sexual, com o uso de fantasias sexuais e filmes eróticos; ii) *Limited Information*: esclarecimento e informações básicas sobre anatomia e fisiologia da resposta sexual; trabalha mitos, tabus e conceitos errôneos; iii) *Specific suggestions*: definir temas e preocupações, e desenvolver e colocar em prática opções de resoluções, com orientação sobre assertividade, permitindo melhora da relação interpessoal com o parceiro; iv) *Intensive Therapy*: tratamento especializado, com encaminhamento, se necessário, para a terapia sexual os casos com maior conflito.<sup>(11)</sup> O significado em português gerou a sigla PILSET (Permissão, Informação Limitada, Sugestão Específica, Encaminhar para a Terapia), e, ao longo desses anos, algumas ferramentas derivadas do PLISSIT têm sido desenvolvidas, como é o caso do modelo TOP (*Teaching sexual issues, Orienting toward pleasure, Permitting sexual pleasure*).<sup>(7)</sup>

## Reestruturação cognitiva

As distorções cognitivas são fatores relacionados com as disfunções sexuais. A terapia metacognitiva demonstrou ser mais efetiva para o tratamento, em relação ao modelo de terapia sexual de Master e Johnson's.<sup>(12)</sup> Essa compreende terapia comportamental sistêmica, treinamento nas habilidades de comunicação, educação sexual para os casais e treino em cooperação mútua dos parceiros.<sup>(13)</sup> A metacognição consiste na capacidade do indivíduo de monitorar e autorregular os próprios processos cognitivos e inclui conhecimentos sobre quando e como usar estratégias específicas para aprender ou para solucionar problemas.<sup>(14)</sup>

Na TCC, visa-se à reestruturação cognitiva por meio do questionamento socrático, que tem como eixo trabalhar os pensamentos automáticos e as crenças do indivíduo. Os pensamentos automáticos levam a determinadas emoções,

que, por sua vez, levam a comportamentos e reações somáticas, e tais pensamentos são fundamentados nas crenças intermediárias e centrais.<sup>(15)</sup> Esses pensamentos automáticos podem ser acessados por meio de técnicas específicas, sendo o questionamento socrático uma técnica efetiva. Trata-se da descoberta guiada com perguntas selecionadas para trazer à tona questões que o indivíduo responderá de acordo com suas ideias, que, muitas vezes, não são edificadas por fatos (exemplos de perguntas: Esse seu pensamento é real? É sustentado por fatos? É realista ou catastrófico?). A ideia central do questionamento socrático é o terapeuta não falar, e sim perguntar.<sup>(16)</sup> Isso revelará o conhecimento que a pessoa já tem e utiliza para sustentar seu pensamento automático, o que poderá auxiliar nessa reestruturação cognitiva. As crenças são desenvolvidas desde a infância e são fruto das vivências do indivíduo. A psicoeducação é uma estratégia para a reestruturação das crenças.

### Foco nas sensações

Uma relação sexual satisfatória leva a um aumento do desejo sexual. É comum encontrar diminuição secundária do desejo sexual associada a quadros de dor na relação sexual, disfunções do orgasmo, estimulação inadequada e inadequações diversas do casal. Todo o nosso corpo é orgástico, mas muito são os entraves que nos impedem de explorar esse potencial. O conhecimento das zonas erógenas e a exploração de diferentes áreas genitais e não genitais podem ser realizados de forma sistematizada, como proposto por Masters e Johnson, com foco nas sensações.<sup>(17)</sup> Nessa técnica, os parceiros aprenderão a dar e receber, e o foco estará nas sensações e no prazer. A penetração está proibida, e isso resulta em diminuição da ansiedade no ato sexual. Os parceiros escolherão um ambiente tranquilo, com privacidade, onde possam ficar nus e deitados. Um dos parceiros

ficará deitado, despido, recebendo o toque, e deverá apenas ir prestando atenção às sensações. Poderá ser estipulado um tempo para cada um receber o toque e depois se inverterá a posição. Cada parceiro informará como e onde deseja ser acariciado. Esse contato poderá ser realizado manualmente, com a língua ou com o uso de outros objetos, devendo ser combinado antecipadamente. Nesse primeiro tempo, que chamamos de foco sensorial 1, não serão permitidos toques nas regiões genitais. No foco sensorial 2, serão permitidos toques nas regiões genitais, mas não será permitida a penetração. No final do exercício, os parceiros deverão conversar sobre como foi a experiência e sentimentos positivos e negativos, trazendo o máximo de detalhes.

### Treino de fantasias

Sentimentos de culpa por sensações sexuais podem estar presentes em muitas mulheres, que se sentem constrangidas e evitam pensamentos sexuais, o que leva ao bloqueio do desejo sexual. Vários temas podem estar presentes como sexo em locais proibidos, cenários românticos ou sexo com mais de uma pessoa. Na fantasia, a criatividade se expande e é possível perceber outros aspectos excitantes que não seriam possíveis na realidade. Saímos de um sexo rotineiro para verdadeiras aventuras, protegidas pela fantasia e que podem oxigenar relacionamentos longos.<sup>(18)</sup> É importante salientar para a paciente que tornar uma fantasia realidade é decisão conjunta e deve sempre ter o consentimento de todos os envolvidos. O método de treino de fantasias envolve a seleção do cenário, do(s) personagem(ns) e do roteiro da fantasia. Quanto maior o número de detalhes descritos, melhor. Pode-se partir de um momento que realmente aconteceu e trabalhar a fantasia a partir desse momento, criando novos detalhes. A fantasia pode ser criada individualmente e ser ou não compartilhada com a parceria.

## Erotização

A resposta sexual pode ser evocada de forma direta, por meio de estímulos sensoriais, ou indiretamente, pela erotização. É preciso compreender as preferências da paciente e que conteúdos, comportamentos ou objetos fazem parte do repertório sexual dela. Os estímulos sensoriais serão importantes aliados no processo de erotização. Um cheiro, um toque, sabores, palavras ditas durante a relação e o visual podem fazer toda a diferença. Mas é importante não se prender a um único tipo de estímulo e se permitir explorar diferentes estímulos, estando atento às sensações em vez de preocupar-se com *performance*.

## Biblioterapia

A biblioterapia refere-se à recomendação de obras eróticas, como livros, filmes, textos e *podcasts*, entre outras, com a finalidade de evocar pensamentos sexuais que propiciarão a melhora da resposta sexual.<sup>(19)</sup> É importante salientar que a preferência pelo conteúdo é individual e cada pessoa criará o seu repertório sexual de acordo com as preferências que emanam de suas experiências do contato com esse recurso terapêutico.

## Mindfulness

*Mindfulness* refere-se a uma estratégia utilizada para promover a atenção plena e a consciência sobre uma experiência que a pessoa está vivenciando em um dado momento.<sup>(20)</sup> O indivíduo é ensinado a prestar completa atenção na experiência que está vivenciando em um dado momento a fim de que possa agir sem julgamentos em situações estressantes. É uma prática que exige concentração e atenção para as sensações que emanam do corpo durante a experiência. À medida que as distrações (imagens mentais, pensamentos, estados emocionais ou somáticos) vão

surgindo durante a prática, o indivíduo é ensinado a reconhecer os pensamentos intrusivos e a cultivar o estado de consciência sem reação imediata.<sup>(21)</sup> O *mindfulness*, em associação com a TCC, tem sido utilizado em diferentes populações para o manejo das disfunções sexuais, com resultados positivos.<sup>(22,23)</sup>

## Treino de assertividade

Assertividade é a capacidade de expressar desejos e necessidades de maneira honesta, podendo agir segundo seus próprios interesses sem constrangimentos e exercitar seus direitos, sem ferir os alheios.<sup>(24)</sup> A comunicação assertiva sobre questões sexuais, como as preferências para determinados estímulos eróticos, é fundamental para o funcionamento sexual adequado do casal. A prática da comunicação assertiva envolve olhar nos olhos, saber ouvir, escolher o momento adequado para falar, a postura corporal, o tom de voz, a expressão facial e a linguagem gestual, que podem ser treinados em terapia sexual.

## Manejo da disfunção do orgasmo feminino

O tratamento psicoterápico das disfunções do orgasmo consiste, sobretudo, em reestruturar as inúmeras crenças (Quadro 1) e os mitos relacionadas ao orgasmo, bem como orientar para uma estimulação adequada e o controle da ansiedade.

### Quadro 1. Mitos e crenças sobre o orgasmo feminino

• Há diferenças entre orgasmo vaginal e o clitoridiano.
• O casal precisa chegar ao orgasmo junto.
• Se não tiver orgasmo, a relação não foi boa.
• As mulheres demoram mais a sentir excitação e a atingir o orgasmo.
• As mulheres podem e devem ter orgasmos múltiplos.
• O homem é responsável pelo prazer da mulher.
• A mulher ejacula durante o orgasmo.
• A mulher deve ter orgasmo só com o sexo pênis-vagina.

As técnicas utilizadas para o manejo da disfunção orgásmica envolvem o modelo PLISSIT, foco nas sensações, reestruturação cognitiva, *mindfulness* treino assertivo e modelo TOP. É necessário conversar com as pacientes sobre as expectativas delas em relação ao orgasmo, uma vez que muitas mulheres não têm uma real compreensão do que seja um orgasmo. É também necessário trabalhar a dificuldade de entrega durante a relação sexual, bem como a preocupação da mulher com sua *performance* sexual, que a torna uma expectadora, em vez de uma agente ativa na relação sexual, dificultando a excitação e o orgasmo. Para as mulheres que não conseguem atingir o orgasmo com sua parceria, o foco sensório e o treino masturbatório são recursos efetivos.<sup>(25)</sup>

Ressalta-se a importância da adequação do casal ao tempo que cada um requer para atingir o orgasmo, pois muitas vezes o que falta é apenas esse ajuste. É preciso desconstruir a ideia de que o sexo começa com a ereção e termina com a ejaculação, pois algumas mulheres precisarão de um tempo maior de estímulo para atingir o orgasmo do que o tempo necessário para o homem ejacular. Mesmo após a ejaculação, a relação pode continuar, com estimulação manual ou com o uso de objetos eróticos, seja pela parceria ou pela própria paciente, propiciando o orgasmo.

## Técnicas de abordagem do vaginismo

### Terapia cognitivo-comportamental

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos casos de vaginismo foi evidenciada em uma revisão sistemática e metanálise com 43 estudos observacionais e três estudos clínicos randomizados controlados envolvendo 1.660

pacientes. Nesse estudo, o percentual de mulheres que conseguiram ter relações sexuais vaginais completas após tratamento com terapia cognitivo-comportamental foi de 79%, com uma chance 10 vezes maior de ter sucesso nas relações após o tratamento, quando comparadas a mulheres que não fizeram tratamento.<sup>(26)</sup> A resolução do vaginismo resulta em melhora da autoestima e a qualidade de vida.<sup>(27)</sup>

### Psicoeducação

Uma etapa indispensável na abordagem da paciente com vaginismo é esclarecer aspectos básicos da construção e vivência da sexualidade. São oferecidas orientações sobre a anatomia da genitália feminina e sobre a fisiologia da resposta sexual, a fim de que a mulher compreenda aspectos funcionais da sua genitália. É necessário discutir questões frequentemente presentes no vaginismo, como medo e aversão ao ato sexual, e o significado do problema com a penetração e sua relação com esse medo e a dor. Também se faz necessário identificar pensamentos negativos relacionados à penetração vaginal, a catastrofização. Identificados esses pensamentos, faz-se necessário mitigar os efeitos desses pensamentos com técnicas como as de reestruturação cognitiva, autoconhecimento e autopercepção, exercícios de relaxamento, foco sensório, exposição progressiva utilizando o dedo e dilatadores, exposição gradual ao parceiro e penetração controlada pela mulher.<sup>(28)</sup>

### Exposição progressiva

Essa técnica utiliza uma sequência de exercícios para preparar a paciente para situações nas quais há penetração vaginal e nas quais ela não tolera sequer ser examinada ou ter apoio profissional.<sup>(29)</sup> Os exercícios consistem em seis etapas e podem ser realizados tanto no consultório, com o casal na presença do

terapeuta, como em casa, após obter orientações do terapeuta, e depois os resultados devem ser levados ao terapeuta para que sejam monitorados e prescrita a etapa seguinte. Os níveis de ansiedade são medidos em escala de 0 a 6, na qual 0 é ausência de ansiedade e 6 é ansiedade em nível insuportável. Em cada etapa a paciente deve chegar ao nível 0 ou 1 de ansiedade para que possa progredir para a próxima etapa (Quadro 2).

Essas etapas poderão durar várias sessões, de acordo com os limites estabelecidos pela própria paciente. Após cumprir todas as etapas, quando se sentir à vontade, em casa com a parceria sexual, poderá iniciar exercícios de penetração vaginal com dilatadores vaginais ou os próprios dedos. Inicialmente ela mesma deve realizar a introdução e, depois, fazer os mesmos exercícios com o parceiro, passando, por fim, para a penetração com o pênis. Aspectos importantes relacionados à eficácia das técnicas de exposição progressiva são o conhecimento técnico sobre vaginismo, a capacidade de validação do sofrimento da paciente e a empatia. O apoio da parceria e a possibilidade de compartilhar experiências com outras mulheres parecem ter efeito positivo também.<sup>(30)</sup> A técnica de exposição progressiva é efetiva para reduzir a ansiedade e o medo da penetração e favorece a afetividade e a entrega.<sup>(31)</sup>

## Contracondicionamento

Essa técnica consiste em condicionar uma resposta contrária àquela produzida pelo estímulo condicionado. As pessoas realizam avaliações voluntárias ou involuntárias, positivas ou negativas, em maior ou menor grau sobre seus próprios comportamentos. Mulheres com vaginismo tendem a ter os julgamentos voluntários negativos sobre sexo, mais frequentemente, quando comparadas às mulheres que

### Quadro 2. Modelo de exposição progressiva para o tratamento do vaginismo

Etapas	Desenvolvimento
1	A paciente se deita sobre a mesa de exames vestida com calça comprida e com um lençol a cobrindo. Ela fica acompanhada pelo parceiro sexual e o profissional de saúde. Nesse momento, deve-se monitorar seu nível de ansiedade, e, para que chegue ao nível 0 a 1, ela poderá assumir diversas posições, pedir para que o examinador ou parceiro se afastem ou até mesmo sair da maca e retornar para a posição sentada. Ela poderá repetir esse exercício quantas vezes forem necessárias para diminuir o nível de ansiedade, até o ponto em que se sentir tranquila para se deitar de costas com os joelhos fletidos e as pernas fechadas.
2	Ainda vestida e coberta com lençol, deverá conseguir permanecer deitada de costas e afastar um joelho do outro, de forma a ficar com as pernas abertas.
3	O mesmo que na etapa anterior, só que sem estar coberta pelo lençol.
4	O mesmo que na etapa anterior, só que usando <i>shorts</i> em vez de calça comprida, inicialmente coberta com lençol e, em seguida, sem.
5	O mesmo que na etapa anterior, só que usando apenas roupas íntimas, inicialmente coberta com lençol e, em seguida, sem.
6	O mesmo que na etapa anterior, só que sem roupas, inicialmente coberta com lençol e, em seguida, sem.

não têm vaginismo. Em consequência disso, surgem os comportamentos de ansiedade e evitação à penetração vaginal. O treinamento para que sejam introduzidos, voluntariamente, pensamentos positivos em substituição aos negativos pode ter efeitos benéficos sobre os comportamentos indesejados na relação sexual.<sup>(32,33)</sup>

Estudo utilizando contracondicionamento em metade de uma amostra de 70 mulheres com vaginismo durante 12 semanas encontrou diminuição dos pensamentos catastróficos e crenças negativas sobre penetração na sexta semana e diminuição do vaginismo e da dispareunia em 12 semanas; apenas pensamentos relacionados à aversão ao sexo não mostraram melhora. Ao final das 12 semanas, 31 das 35 pacientes do grupo tratado conseguiram ter relações sexuais, em contraste com apenas 4 do grupo não tratado.<sup>(32)</sup>

## Exposição progressiva associada a contracondicionamento e participação da parceria

Faz-se importante ressaltar que a combinação entre exposição progressiva e

contracondicionamento pode apresentar maior eficácia. Em situações nas quais os exercícios são realizados na presença do profissional de saúde, a mulher pode verbalizar seus pensamentos para o profissional. Quando os exercícios são realizados em casa com a parceria, ela poderá trazer seus pensamentos na próxima consulta e ser orientada a substituir voluntariamente os pensamentos negativos por pensamentos positivos, reduzindo o impacto desses pensamentos sobre a relação sexual; foi encontrado até 90% de sucesso na penetração vaginal nesses casos.

<sup>(31-33)</sup> Por fim, deve-se lembrar da importância também de acolher, investigar e tratar a parceria, que também pode apresentar dificuldade sexuais, assim como pode representar um grande aliado no tratamento, diminuindo a angústia e melhorando a adesão e, conseqüentemente, os resultados.<sup>(29,30,32)</sup>

A terapia sexual é um importante aspecto da sexologia, sendo indicada para o tratamento dos aspectos subjetivos relacionados aos desconfortos na esfera da sexualidade. Pode-se utilizar uma de várias ferramentas de diversas linhas de pensamento, desde que tenha natureza científica e seja aplicada por profissionais com o devido treinamento. Na TCC, o tratamento tanto da diminuição do desejo, excitação e orgasmo quanto da dor genitopélvica ocorre inicialmente com psicoeducação e reestruturação cognitiva e, em seguida, com técnicas comportamentais diversas, como o foco nas sensações, o treino de fantasias, o *mindfulness*, o contracondicionamento, entre outros.

## Referências

- Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):710-20.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavior science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98.
- Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):14-28.
- Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz AP, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;211:26-32.
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):51-65.
- Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faight 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.
- Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A Model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(4):184-94.
- Evans DT. Speaking of sex: the need to dispel myths and overcome fears. *Br J Nurs*. 2000;9(10):650-5.
- Studd J, Schwenkhangen A. The historical response to female sexuality. *Maturitas*. 2009;63(2):107-11.
- Fourcroy JL. Customs, culture, and tradition—what role do they play in a woman's sexuality? *J Sex Med*. 2006;3(6):954-9.
- Annon JS. The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*. 1976;2(1):1-15.
- Ramezani MA, Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghami A. Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychother Res*. 2018;28(6):902-8.
- Kleinplatz PJ. History of the treatment of female sexual dysfunction(s). *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14(1):29-54.
- Javaras KN, Williams M, Baskin-Sommers AR. Psychological interventions potentially useful for increasing conscientiousness. *Pers Disord*. 2019;10(1):13-24.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):17-31.
- Pardo-Cebrián R, Calero-Elvira A, Guerrero-Escagedo MC, López-Gómez A. What works in the Socratic debate? An analysis of verbal behaviour interaction during cognitive restructuring. *Behav Cogn Psychother*. 2021;49(5):513-25.
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess*. 2014;18(39):1-226.
- Birnbaum GE, Kanat-Maymon Y, Mizrahi M, Reanati M, Orr R. What Fantasies Can Do to Your Relationship: The effects of sexual fantasies on couple interactions. *Pers Soc Psychol Bull*. 2019;45(3):461-76.
- Mintz LB, Balzer AM, Zhao X, Bush HE. Bibliotherapy for low sexual desire: evidence for effectiveness. *J Couns Psychol*. 2012;59(3):471-8.
- Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol*. 2017;68(1):491-516.
- Bulzacka E, Lavault S, Pelissolo A, Bagnis Isnard C. [Mindful neuropsychology: mindfulness-based cognitive remediation]. *Encephale*. 2018;44(1):75-82. French.

22. Lin CY, Potenza MN, Broström A, Blycker GR, Pakpour AH. Mindfulness-based cognitive therapy for sexuality (MBCT-S) improves sexual functioning and intimacy among older women with epilepsy: A multicenter randomized controlled trial. *Seizure*. 2019;73:64–74.
23. Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern approaches for enhancing women's sexuality: mindfulness, acupuncture, and yoga (CME). *J Sex Med*. 2008;5(12):2741–8.
24. Widman L, Golin CE, Kamke K, Burnette JL, Prinstein MJ. Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: Randomized Controlled Trial of an Online Program. *Am J Public Health*. 2018 Jan;108(1):96–102.
25. Marchand E. Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. *Sex Med Rev*. 2021;9(2):194–211.
26. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2018;15(12):1752–64.
27. Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther*. 2010;39(3):193–202.
28. Zarski AC, Berking M, Fackiner C, Rosenau C, Ebert DD. Internet-based guided self-help for vaginal penetration difficulties: results of a randomized controlled pilot trial. *J Sex Med*. 2017;14(2):238–54.
29. Rosenbaum T. Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):89–93.
30. Macey K, Gregory A, Nunns D, das Nair R. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health*. 2015;15(1):49.
31. Melles RJ, ter Kuile MM, Dewitte M, van Lankveld JJ, Brauer M, de Jong PJ. Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *J Sex Med*. 2014;11(3):786–99.
32. Ter Kuile MM, Bulté I, Weijnenborg PT, Beekman A, Melles R, Onghena P. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(1):149–59.
33. Huijding J, Borg C, Weijmar-Schultz W, de Jong PJ. Automatic affective appraisal of sexual penetration stimuli in women with vaginismus or dyspareunia. *J Sex Med*. 2011;8(3):806–13.

# Capítulo 11

## A ética na abordagem da disfunção sexual

André Marquez Cunha<sup>1</sup>  
Théo Lerner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico, ginecologista e obstetra, sexólogo. Mestre e doutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

<sup>2</sup>Médico assistente do Ambulatório de Sexualidade da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO.

**Como citar:**

Cunha AM, Lerner T. A ética na abordagem da disfunção sexual. In: Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. Cap. 11. p.72-8.

## Introdução

Os princípios básicos da ética aplicada à sexologia não diferem dos princípios básicos da bioética e da ética médica (Quadro 1).<sup>(1)</sup>

Masters e Johnson defendiam a especificidade de uma ética na terapia sexual, baseados no fato de que a sexualidade é um assunto tão distinto e carregado de valores que exige excepcional e contínua atenção.<sup>(2)</sup>

A Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS) propôs, em 2005, um conjunto de princípios para a atuação em sexologia, os quais foram ratificados e expandidos nos padrões para atuação em medicina sexual publicados em 2009;<sup>(3)</sup> entre eles estão: i) preparação profissional e compromisso contínuo com a educação continuada; ii) atuação em sua área de especialização profissional e competência; iii) informação a clientes, pacientes e participantes da pesquisa de suas qualificações profissionais e afiliações; iv) defesa da integridade profissional; v) prática profissional baseada na ciência; vi) envolvimento com a saúde e o bem-estar de suas comunidades; vii) respeito aos colegas; viii) não violação da relação profissional; ix) respeito e defesa da autonomia e dignidade daqueles que estão recebendo seus serviços profissionais; x) sigilo profissional; xi) obtenção de consentimento informado; xii) manutenção de registros apropriados; xiii) transparência quanto aos valores de seus serviços; xiv) uso de protocolos de pesquisas reconhecidos, tanto para pesquisas com animais quanto para humanos; xv) revisão por pares das pesquisas.

Para Watter, a maioria dos códigos de ética trata mais sobre gestão de risco do que sobre comportamento ético de boa-fé e/ou tomada de decisão. A retomada de valores humanísticos no sentido de retomar o idealismo, a empatia e a moralidade se faz necessária para que os profissionais de saúde se

## Quadro 1. Princípios básicos da ética médica

Princípios	Descrição
Autonomia	Obrigação de apoiar o direito do indivíduo à autogovernança por meio de uma tomada de decisão livre e racional.
Beneficência	Obrigação de agir em benefício de quem solicita serviços profissionais.
Não maleficência	A obrigação de não causar danos
Justiça	Obrigação de agir com base no julgamento justo entre reivindicações concorrentes

Fonte: Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília (DF): CFM; 2018 [citado 2022 Jul 11]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/KujrW0TZC2Mb/content/id/48226289/doi-10.101-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrW0TZC2Mb/content/id/48226289/doi-10.101-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042)

comportem mais como agentes de cura do que como técnicos. O cultivo de características pessoais, como honestidade, integridade, coragem, justiça, cordialidade, confiabilidade, acolhimento, respeito, não malevolência, benevolência, justiça, veracidade, fidelidade, cuidado e compaixão, deve ser incentivado na educação e treinamento de todos os profissionais de saúde.<sup>(4)</sup>

## Direitos sexuais

O surgimento de alternativas terapêuticas que promovam efeitos imediatos sobre a função sexual, sejam elas medicamentosas ou psíquicas, não diminui a importância de uma avaliação detalhada e em profundidade dos diferentes contextos sexuais vividos pelas pacientes. É necessário que o exercício da sexologia não seja uma mera aplicação automática de técnicas que não atendam de maneira eficaz as necessidades individuais.<sup>(5)</sup>

Profissionais de saúde que atuam em medicina sexual devem, acima de tudo, ser capazes de demonstrar respeito, compreensão e tolerância em relação às diferentes visões de mundo morais de seus pacientes e colegas e das sociedades em que atuam. Os direitos sexuais são uma condição necessária para a saúde sexual. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais

prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.<sup>(6)</sup>

Dixon-Mueller expande a noção de direitos sexuais para as pessoas, famílias, instituições sociais, Estado e, principalmente, a parceria sexual, propondo que os serviços de saúde sexual incorporem, entre os seus princípios de uma ética sexual de direitos iguais e responsabilidades relativas, as cinco dimensões do comportamento sexual a seguir: i) relações sexuais e o direito de escolher seu parceiro; ii) expressão sexual e o direito de buscar prazer; iii) consequências sexuais e o direito à cooperação de um parceiro; iv) dano sexual e o direito à proteção; v) saúde sexual e o direito a informação, educação e serviços de saúde.<sup>(7)</sup>

No manejo clínico de questões sobre o exercício da sexualidade, existem aspectos específicos de diferentes culturas que podem ser causas de sofrimento, mas não necessariamente são identificados como disfunções sexuais, tanto em mulheres quanto em homens. Exemplos disso são os procedimentos estéticos e mutilações genitais em algumas culturas. Esses aspectos éticos devem ser discutidos nas reuniões de especialistas em sexologia, e a identificação dessas situações precisa fazer parte do treinamento de profissionais que realizarão atendimento na área de sexologia.<sup>(8)</sup>

O profissional de saúde sexual precisa ser respeitoso com os referenciais de seus pacientes, independentemente de sua religião, tradição social ou cultural, raça, gênero ou orientação sexual. A saúde sexual deve respaldar a atividade sexual prazerosa e segura, livre de coerção, discriminação ou violência.<sup>(6)</sup>

## Pesquisas em sexualidade

As pesquisas em sexualidade têm sido usadas para apoiar pontos de vista políticos e responder a diversas questões éticas e políticas, entre elas a retirada das identidades homoafetivas

do rol de transtornos mentais, a comprovação da ausência de risco para crianças criadas por casais homoafetivos, estudos sobre atitudes e valores prejudiciais para meninas e mulheres, e a importância de educação sexual baseada em evidências.<sup>(9)</sup>

Na pesquisa em sexologia, são fundamentais a aprovação por um comitê de ética institucional, a garantia de confidencialidade e privacidade dos participantes, o consentimento informado dos participantes e o cuidado com pessoas em situação de vulnerabilidade.<sup>(10,11)</sup> Em alguns contextos, pode-se necessitar de cuidados especiais como, por exemplo, nas pesquisas sobre violência sexual, nas quais há a necessidade de garantir a segurança dos pesquisadores, assim como de realizar seguimento das pacientes entrevistadas, pois os achados podem necessitar de notificações, providências legais e revisão de leis para proteger as pessoas envolvidas,<sup>(12)</sup> com especial atenção para casos envolvendo crianças e adolescentes, que apresentam necessidades específicas.<sup>(13,14)</sup>

## Diversidade sexual

A expressão da sexualidade em um indivíduo é fortemente influenciada por aspectos culturais, históricos e políticos. Na sociedade ocidental, o modelo binário heterocêntrico e monogâmico, embora predominante, não atende às necessidades de uma parcela considerável de pessoas. Ao longo do processo histórico, um processo dinâmico de construção e de desconstrução de conceitos vem mudando a forma como a sociedade vê os papéis de gênero, levando a uma maior diversidade quanto ao objeto do desejo sexual, à identidade sexual, às práticas sexuais e aos modelos de estabelecimento de parcerias.

Nesse contexto, podemos citar o processo de luta pelos direitos das mulheres, a

descriminalização e despatologização da homossexualidade e da incongruência de gênero, as novas identidades sexuais e os diferentes modelos de relacionamento e parceria. O profissional deve estar atento a essa diversidade a fim de prestar um atendimento respeitoso e que contemple as necessidades reais de sua clientela. O conhecimento aprofundado de todas as nuances da diversidade sexual ou a concordância do profissional com os valores de seu paciente não são pré-requisitos para esse atendimento respeitoso.

A discussão sobre aspectos éticos na atenção a pessoas com incongruência de gênero é cada vez maior. Profissionais que lidam com saúde sexual devem estar atualizados com relação às terminologias usadas para mitigar os efeitos da binaridade que estrutura a nossa linguagem. O uso da concordância nominal alinhada ao nome social do paciente é apenas um desses aspectos que podem mitigar o sofrimento e promover o acolhimento na atenção à saúde de pessoas com incongruência de gênero. É recomendável também ouvir essas pessoas sobre como elas se sentem com os formatos de atendimento propostos, pois algumas percepções só ocorrem por quem vivencia essa identidade. Isso pode ajudar a melhorar esses serviços, garantindo justiça e equidade na atenção à saúde.<sup>(15)</sup>

A crescente demanda por procedimentos de afirmação de gênero, tanto em adultos como também em crianças e adolescentes, coloca os profissionais diante de vários dilemas no esforço de manter o equilíbrio entre os princípios bioéticos. O clínico deve lidar com possíveis impasses entre aspectos políticos e sociais que se chocam com aspectos clínicos. O seguimento multidisciplinar desses pacientes é um dos recursos iniciais para lidar com essas questões.<sup>(16)</sup>

As terapias de mudança de orientação sexual, que se argumenta terem como objetivo a

diminuição do sofrimento de pacientes em decorrência de sua orientação sexual, são proibidas pelo Conselho Federal de Psicologia, que, na Resolução CFP nº 1, de 22 de março de 1999, estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Alguns autores sustentam que esse tipo de terapia pode ter possíveis consequências negativas aos pacientes, além de se prestarem a questões ideológicas com outros focos que não o bem-estar deles.<sup>(17)</sup>

O acesso de casais homossexuais a procedimentos de reprodução assistida foi regulamentado pela Resolução nº 1.957 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010, e mantido nas versões posteriores da regulamentação desses procedimentos.<sup>(18)</sup>

## Julgamento moral

As situações relacionadas à sexualidade podem ser transpassadas por uma série de valores morais, tanto para as pacientes quanto para os profissionais. Esses valores morais incluem o medo da paciente de ser julgada moralmente pelo médico e podem ter impacto sobre a qualidade das informações apresentadas na consulta. Uma atitude isenta de julgamentos morais pelo profissional de saúde é recomendável. O profissional de sexologia terá mais efetividade se conseguir reconhecer seus próprios julgamentos morais para que possa deixá-los de lado, a fim de promover orientações com base científica e sem julgamentos.<sup>(19,20)</sup>

## Confidencialidade e privacidade

Para que haja confiança por parte de pacientes em compartilhar com o médico a sua queixa sexual, é fundamental que seja garantida a privacidade ao usuário, bem como a confidencialidade das informações registradas. Tanto

a privacidade quanto a confidencialidade são garantidas pela legislação brasileira.

A Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Seu texto estabelece:

“...

*Artigo 4: Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.*

...

*Inciso III – nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:*

...

*b) a privacidade e ao conforto;*

*c) a individualidade;*

...

*e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal.”*

Sobre a confidencialidade, vale a pena lembrar, também, o que diz o Código de Ética Médica em seu Capítulo IX, “Artigo 73: É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentido, por escrito, do paciente”.<sup>(1)</sup>

Prontuários eletrônicos têm sido usados cada vez mais e há necessidade de garantir a segurança dos sistemas informatizados <sup>(2)</sup> para garantir a confidencialidade das informações, levando em consideração os pacientes que frequentam países com legislações diferentes e, às vezes, divergentes.<sup>(22,23)</sup>

## Revelação de valores pessoais

O profissional deve se abster de revelar valores pessoais à sua cliente. Usar de sua posição de poder para atender suas próprias

necessidades à custa da cliente é considerado abusivo e antiético. Algumas escolas teóricas consideram que o compartilhamento de valores pessoais pode ter um valor positivo em determinados contextos. Entretanto, outros autores<sup>(24,25)</sup> consideram o compartilhamento extensivo de problemas íntimos do terapeuta como uma violação dos limites entre cuidador e paciente, aumentando o risco de envolvimento afetivos e sexuais inadequados entre eles.<sup>(26)</sup>

## Atendimento a adolescentes

No atendimento a adolescentes, faz-se sempre necessário que o médico saiba contribuir para o protagonismo da adolescente reconhecendo e respeitando a condição dela de dependência legal dos pais, evitando que isso constitua barreiras para o acesso da adolescente aos serviços de saúde sexual.<sup>(27,28)</sup> Questionamentos éticos com relação à confidencialidade de informações aos pais podem ocorrer, mas há a necessidade de garantir que o adolescente possa ter a liberdade para reportar situações de violência, para falar sobre o consentimento para ter relações sexuais e tratamentos e sobre planejamento familiar e prescrição de medidas para evitar infecções sexualmente transmissíveis, para poder participar de pesquisas sobre a sexualidade na sua faixa etária, entre outras situações.<sup>(29,30)</sup>

Ainda em relação a adolescentes, faz-se necessário ressaltar a importância da educação e da orientação sexual. Rascón e Alonso (2011) afirmaram que há necessidade de diminuir o impacto de diferentes referenciais didáticos para adolescentes, e a educação sexual deve focar em aspectos importantes do ponto de vista ético, com informações precisas e com bom nível de evidência, eficiência e não maleficência.<sup>(31)</sup>

Os códigos de ética das diversas categorias profissionais que realizam atendimentos

na esfera sexual são um bom referencial inicial para reflexões especificamente relacionadas à sexologia nas respectivas alçadas de cada área do conhecimento.<sup>(32)</sup>

Tendo em vista que a demanda por serviços de saúde sexual é de pessoas com diferentes referenciais culturais, todos os profissionais de sexologia precisam ter respeito, compreensão e tolerância quanto às diferenças culturais existentes entre os pacientes, os profissionais e as sociedades que eles representam, levando em conta aspectos religiosos, socioculturais e raciais e relacionados a gênero ou orientação sexual. Deve-se sempre manter em mente que a saúde sexual deve respaldar a atividade sexual prazerosa e segura, livre de coerção, discriminação ou violência.<sup>(6)</sup>

O profissional que atende pacientes na esfera da sexologia precisa encarar o difícil desafio de se questionar e de admitir se ele também se encontra suscetível a cometer julgamentos morais que possam ter consequências sobre o seu paciente. E precisa estar preparado para lidar com situações muitas vezes novas, não raramente lhe causando estranhamento. É justamente nesse momento que o profissional precisa estar apto para diferenciar situações inerentes à sua moralidade daquelas que envolvem uma avaliação partindo da compreensão da ética daquilo que ocorre com o paciente e o meio onde vive: o ideal é que o profissional promova reflexões do ponto de vista do paciente a respeito da sua situação, tornando-o protagonista nas suas tomadas de decisões, em vez de seguir orientações guiadas pelas expectativas e pelos valores, muitas vezes puramente morais, do profissional.

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília (DF): CFM; 2018 [citado 2022 Jul 11]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/doi-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/doi-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042)
2. Macklin R. Ethics, sex research, and sex therapy. *Hastings Cent Rep.* 1976;6(2):5-7.
3. World Association for Sexual Health. International Standards for Sexual Medicine Specialists (Physicians & Surgeons) – Approved by the General Assembly of the World Association for Sexual Health, on 23rd June 2009, Gothenburg, Sweden; 2009 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/standards-of-sexual-medicine-specialists.pdf>
4. Watter DN. Ethical Issues in Clinical Sexology. In: Lew-Starowicz M, Giraldi A, Krüger TH, editors. *Psychiatry and sexual medicine: a comprehensive guide for clinical practitioners.* Cham: Springer International; 2021. p. 33-45.
5. Vogt HJ, Eicher W, Kockott G, Herms V, Wille R, editors. *Sexology.* Berlin, Heidelberg: Springer; 1988.
6. Wagner G, Bondil P, Dabeek K, Dean J, Fourcroy J, Gingell C, et al. Ethical aspects of sexual medicine. *J Sex Med.* 2005;2(2):163-8.
7. Dixon-Mueller R, Germain A, Fredrick B, Bourne K. Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. *Reprod Health Matters.* 2009;17(33):111-9.
8. 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.
9. Lamb S, Brodt M. *Sexuality Research, Ethics and.* New Jersey: Wiley; 2017 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118430873.est0337>
11. Dayal R, Kalokhe AS, Choudhry V, Pillai D, Beier K, Patel V. Ethical and definitional considerations in research on child sexual violence in India. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1144.
12. Jewkes R, Watts C, Abrahams N, Penn-Kekana L, García-Moreno C. Ethical and methodological issues in conducting research on gender-based violence in Southern Africa. *Reprod Health Matters.* 2000;8(15):93-103.
13. Anastassiou A, Shibleth T, Caswell RJ. Teens, sexual assault and ethical research: how do we include their voice? *Sex Transm Infect.* 2019;95(8):555-6.
14. Flicker S, Guta A. Ethical approaches to adolescent participation in sexual health research. *J Adolesc Health.* 2008;42(1):3-10.
15. Zalazar V, Aristegui I, Socías ME, Cardozo N, Sued O, Shannon K, et al. Ethics and the treatment as prevention strategy among transgender women living with HIV in Argentina. *Cult Health Sex.* 2021;23(5):674-89.
16. Levine SB. Ethical concerns about emerging treatment paradigms for gender dysphoria. *J Sex Marital Ther.* 2018;44(1):29-44.
17. Aas S, Delmas C. The ethics of sexual reorientation: what should clinicians and researchers do? *J Med Ethics.* 2016;42(6):340-7.
18. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.957, de 15 de dezembro de 2010. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. Brasília (DF): CFM; 2010 [citado 2021 Jul 11]. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=112446>.

19. Cook C. The sexual health consultation as a moral occasion. *Nurs Inq*. 2014 Mar;21(1):11–9.
20. Dunphy KP. Sexual rights and the public health: why moral judgements matter. *Sex Transm Infect*. 2017;93(2): 83–4.
21. Shenoy A, Appel JM. Safeguarding Confidentiality in Electronic Health Records. *Camb Q Healthc Ethics*. 2017;26(2):337–41.
22. Rademakers J, Mouthaan I, de Neef M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10(4):207–11.
23. Cavallo M. Conflicting duties over confidentiality in Argentina and Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112(2):159–62.
24. Epstein RS. *Keeping Boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
25. National Study of Therapist-Client Sex. Disponível em: <https://kspoke.com/sexiss/sex2.php>. Acesso em: 11 jul. 2021.[G3]
26. Peterson ZD. More than a mirror: the ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy (Chic)*. 2002;39(1):21–31.
27. Kangaude G. Enhancing the role of health professionals in the advancement of adolescent sexual health and rights in Africa. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(1):105–8.
28. Thokoane C. Ethical Challenges for Piloting Sexual Health Programs for Youth in Hammanskraal, South Africa: Bridging the Gap Between Rights and Services. *Ethics Behav*. 2015;25(2):169–79.
29. Mykitiuk R, Turnham S. Legal dimensions of adolescent sexuality. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(11):991–9.
30. Sanci LA, Sawyer SM, Kang MS, Haller DM, Patton GC. Confidential health care for adolescents: reconciling clinical evidence with family values. *Med J Aust*. 2005;183(8):410–4.
31. Rascón JJ, Sandoica EA. [Ethics and efficacy in sexual health campaigns]. *Cuad Bioet*. 2008;19(65):81–93.
32. Areskoug-Josefsson K, Kjellström S. Ethics and sexual health: exploration of the ethical code of conduct for physiotherapists concerning sexual health in clinical practice. *Physiother Theory Pract*. 2019;35(11):1015–26.





## Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico

Ser referência para consulta e aprendizado para os residentes e fonte de atualização para os especialistas em ginecologia e obstetrícia e para candidatos ao concurso de área de atuação em sexologia, por meio de um conteúdo que aborde os principais temas da especialidade, com informações atualizadas e necessárias para a realização das suas atividades clínicas cotidianas, segundo as normas estabelecidas de melhores condutas e práticas pela FEBRASGO.

ISBN: 978-65-87832-06-7

TCL



9 786587 832067