

TOPICOS

em Saúde Sexual



Julho de 2017



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/ Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA DE SEXOLOGIA

Presidente

Lúcia Alves da Silva Lara

Vice-Presidente

Gerson Pereira Lopes

Secretária

Sandra Cristina Poener Scalco

Membros

Andrea Cronenberger Rufino

Carmita Helena Najjar Abdo

Jaqueline Brendler

Jorge José Serapião

Júlia Kefalás Troncon

Sidney Glina

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Thiago Dornela Apolinario

Yara Maia Villar de Carvalho

Apresentação

Em tempos modernos, o estilo de vida e os costumes vão se modificando rapidamente e inúmeros tabus envolvendo a sexualidade humana vão sendo quebrados. Conceitos mais modernos introduziram o termo Saúde Sexual, que é mais amplo e de maior alcance para os profissionais da saúde, especialmente os médicos, pois envolvem aspectos da reprodução humana e comportamento sexual, além das doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos.

Entretanto, a formação de profissionais com competência qualificada para assistir a população nestas condições não é um caminho fácil para ser atingido. O Ginecologista moderno precisa estar cada vez mais preparado não só para enfrentar o desafio de atender casais apresentando problemas no seu relacionamento sexual, mas também para orientação de jovens, cada vez mais presentes nos consultórios, e com muita atenção tendo em vista a grande vulnerabilidade desta parcela da população brasileira frente às doenças sexualmente transmissíveis e à gestação não programada. Por esta razão a inserção do tema Saúde Sexual na grade curricular das escolas médicas e da residência em GO, são passos que, forçosamente, os centros formadores de médicos e especialistas precisam dar nos próximos anos, visando a melhor formação profissional para um atendimento mais holístico para as pacientes ou casais nos consultórios. A Associação Médica Brasileira há tempos já reconhece a Sexologia como área de atuação dos Ginecologistas e Obstetras e a Comissão Nacional de Residência Médica já tem oficialmente no rol de programas, um ano adicional, opcional, para Residência Médica de GO visando a especialização em Sexologia.

Neste volume de **Tópicos em Saúde Sexual**, a Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Febrasgo, traz uma importante contribuição para a formação de médicos iniciantes (residentes) e para orientação de profissionais que não tiveram a oportunidade de treinamento especializado em Saúde Sexual. Os temas abordados são os mais frequentes nos consultórios, desenvolvidos pelos mais experientes especialistas do país. Todo este material estará à disposição no site da Febrasgo. Esperamos que tenham um bom aproveitamento.



Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



César Eduardo Fernandes
Presidente

Sumário

- Abordagem das disfunções sexuais femininas** 6
Lúcia Alves da Silva Lara
- Disfunção sexual feminina e depressão** 23
Carmita H. N. Abdo
- Tratamento da anorgasmia** 42
Yara Maia Villar de Carvalho, Beatriz Maria Villar de Carvalho
- Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração** 51
Julia KefalásTroncon, Heliana Aparecida da Silva Pandochi
- Métodos utilizados em terapia sexual** 58
Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti, Paulo Roberto C. Cavalcanti de Almeida,
Coautora: Patrícia da C. Cavalcanti Alarcão
- Terapia sexual nas inadequações sexuais femininas** 66
Jaqueline Brendler
- Aspectos da cirurgia plástica genital (cirurgia íntima)** 74
Lucia Alves da Silva Lara
- Disfunções sexuais femininas
consequentes à violência sexual** 83
Thiago Dornela Apolinario
- Lidando com a função sexual da mulher
no ciclo gravídico-puerperal** 94
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira, Eduardo de Souza, Tânia das Graças Mauadie Santana,
Ivaldo da Silva, Mary Uchyama Nakamura
- Cuidados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais** 112
Andréa Rufino, Alberto Madeiro
- Disfunções sexuais masculinas – abordagem da
disfunção erétil e da ejaculação precoce** 125
Sidney Glina, Eduardo Augusto Corrêa Barros

Capítulo 1

Abordagem das disfunções sexuais femininas

Lúcia Alves da Silva Lara

Sumário

Introdução

Função sexual feminina adequada

Disfunção sexual ou Inadequação sexual?

Inadequação sexual

Intervenção Médica

Intervenção psicológica

Terapia Sexual

Disfunção sexual

Desejo Sexual Hipoativo (DSH)

Disfunção de excitação

Disfunção orgasmica

Dor genitopelvica de penetração (Dispareunia e Vaginismo):

Causas das disfunções sexuais femininas

Diagnóstico das disfunções sexuais

Mulheres adolescentes:

Desejo Sexual Hipoativo:

Anorgasmia primária

Mulheres na fase reprodutiva:

Relacionamento de longa duração:

Qualidade do relacionamento

Níveis de testosterona

Traição

Diferença na expectativa sexual nas relações heterossexuais

Redução da frequência sexual

Método anticoncepcional hormonal

Mulheres na pós-menopausa

Menopausa e o avançar da idade

Hipoestrogenismo:

Hipoandrogenismo

Dor genitopelvica de penetração, síndrome urogenital, ressecamento vaginal

Medicamentos

Avaliação laboratorial

Intervenção

Medidas gerais

Medidas específicas

Abordagem das disfunções sexuais femininas

Lúcia Alves da Silva Lara¹

Resumo

A saúde sexual e sexualidade são conceitos inter-relacionados, fundamentais para a saúde geral da pessoa. O prazer sexual é um direito de todos e essencial para a manutenção da saúde e do bem-estar físico e emocional que pode ser afetado por condições médicas e psicossociais que alteram a função sexual. A discussão sobre função sexual no consultório do médico ginecologista e obstetra (GO) é limitada devido a falta de modelos ou protocolos disponíveis para orientar a intervenção médica nesta temática. Este capítulo destina-se a apresentar um modelo de intervenção para disfunções sexuais femininas pelo GO.

Introdução

A saúde sexual e sexualidade são conceitos inter-relacionados que são fundamentais para a saúde geral e o bem-estar da pessoa (1). O conceito de saúde sexual foi introduzido na literatura em 1975 pela *World Health Organization (WHO)* como “*the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love*” (2). Em 1994 o *Programme of Action of the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994)* incluiu a saúde sexual no conceito de saúde reprodutiva destacando que “a saúde sexual é fundamental para a vida e para reforçar as relações interpessoais e não é, meramente, o aconselhamento e cuidados relacionados com a reprodução e doenças sexualmente transmissíveis” (3).

Atualmente, a WHO define a saúde como “um estado de bem estar físico, emocional, mental, e social em relação a sexualidade; não é, portanto, simplesmente a ausência de doença, disfunção ou

¹Médica Ginecologista e Obstetra especialista em Sexualidade Humana, Mestre e Doutora pela USP em Tocoginecologia, Presidente da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO, Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

enfermidade. A saúde sexual considera essencial o respeito a sexualidade e as relações sexuais, bem como a possibilidade de se ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livre de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados e protegidos, integralmente (4). A função sexual é parte da sexualidade e um importante aspecto da saúde sexual. A falta de satisfação sexual pode desencadear alterações do humor, rebaixamento da autoestima, depressão nas pessoas (5, 6). Assim, a disfunção sexual pode interferir negativamente, nas relações da pessoa com o seu meio social, no trabalho e com sua parceria e na sua qualidade de vida (7).

Várias condições clínicas, psíquicas, emocionais, familiares, sociais, morais e os costumes (8-11) podem afetar a função sexual da mulher. Um estudo populacional brasileiro evidenciou que 49% das mulheres apresenta algum tipo de queixa sexual sendo a redução do interesse por sexo a condição mais prevalente (12). No entanto, a maioria destas mulheres não recebe cuidado médico para esta queixa porque a técnica de abordagem das disfunções sexuais não é sistematicamente ensinada nas escolas de medicina (13). Uma das razões para isto é o tabu, que permeia o tema (14, 15), mas também, por falta de formação de profissionais para disseminar este conhecimento nas escolas de medicina.

É recomendado que o médico ginecologista e obstetra (GO) pergunte a mulher, rotineiramente, sobre a sua função sexual, já que é o profissional que tem mais acesso a intimidade dela (16). Mas, é necessário treinar os médicos para realizarem uma investigação rápida e eficaz sobre a função sexual feminina, porque a queixa sexual espontânea é rara devido ao embaraço da mulher para falar sobre o tema (17). Em um estudo populacional realizado nos Estados Unidos, apenas um terço das mulheres com queixas

sexuais receberam cuidado médico e apenas 6% agendou consulta para tratar deste problema (18). No Brasil, poucos serviços oferecem formação para os médicos nesta área e há evidência da dificuldade para a abordagem deste tema em serviços especializados na formação do GO (13). A falta de protocolos para a assistência em saúde sexual é uma lacuna que dificulta a abordagem das disfunções sexuais (19), e contribui para que a maioria das pacientes fique sem resolver as suas queixas sexuais e deixe de receber informações sobre as práticas sexuais adequadas e sexualidade saudável (20, 21).

O presente capítulo tem como finalidade, fornecer um esquema de abordagem da função sexual feminina para o GO que derivou da compilação de diretrizes da literatura e tem sido utilizado no Ambulatório de Estudos em Sexualidade do setor de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP (13). Neste serviço, os alunos do 5º e 6º anos de Medicina e os médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia recebem treinamento para a abordagem das disfunções sexuais femininas.

Função sexual feminina adequada

A resposta sexual feminina sofre a influência dos costumes, de fatores biológicos, psíquicos, emocionais, ambientais, e depende de como foi construída a sexualidade ao longo de sua infância, adolescência e na vida adulta (22). A possibilidade de disfunção sexual existe quando um destes níveis está afetado. A função sexual feminina é adequada quando o ciclo da resposta sexual está completo estando preservadas as fases do desejo, excitação e orgasmo, e a mulher se sente satisfeita com sua vida sexual. Mas, estas fases variam em intensidade e frequência de manifestação e são fortemente influenciadas pela idade da mulher e qualidade de sua relação diádica. A falta de desejo sexual espontâneo é

comum em relacionamentos de longa duração porém, se a relação com o parceiro for adequada, a mulher pode responder ao estímulo sexual erótico recebido e alcançar a satisfação sexual obtendo o orgasmo ou não (23). A mulher satisfeita com sua vida sexual mantém a intimidade com sua parceria sendo este aspecto, um indicador importante de satisfação sexual.

Disfunção sexual ou Inadequação sexual?

A queixa sexual da mulher pode significar disfunção sexual ou pode ser uma inadequação sexual.

Inadequação sexual

A inadequação é um conceito que foi se perdendo ao longo dos anos por ser uma condição de abordagem mais psicológica, porém, é importante que o GO faça a diferenciação com a disfunção sexual para referenciar corretamente a mulher para outro profissional. É importante lembrar que a pessoa tem uma resposta sexual individual e uma resposta sexual compartilhada com outra pessoa. Assim, a mulher pode ter pensamento sexual e se excitar com estímulo erótico mas, no compartilhamento com a parceria, esta resposta pode ser inibida dependendo da qualidade do seu relacionamento diádico. Então, a insatisfação sexual refere-se ao descontentamento da pessoa com o seu próprio comportamento sexual e/ou com o comportamento da sua parceria que determinam desconforto emocional e psíquico (24). Esta con-

dição nem sempre faz parte do escopo do GO, mas, faz parte da queixa sexual no consultório sendo, portanto, importante que o médico saiba reconhecer os fatores que levam a inadequação sexual, e dar um direcionamento para a paciente para a resolução do seu problema.

Vários são os fatores associados já discutidos no capítulo “Terapia sexual nas inadequações sexuais femininas” de autoria de Jaqueline Brendler disponível no site da FEBRASGO. Em resumo, o médico deve suspeitar da inadequação sexual quando a pessoa refere que não tem vontade de ter relações sexuais, não excita, tem ou não orgasmo na interação sexual com sua parceria (atividade sexual compartilhada), no entanto, quando a resposta sexual individual é aferida (sonhos eróticos, fantasias sexuais, desejo sexual espontâneo, desejo sexual por terceiros, resposta positiva ao estímulo erótico, às vezes o autoerotismo está presente), esta está preservada.

Os fatores mais comumente associados a inadequação sexual são: relacionamentos de longa duração, pobre comunicação do casal, desajustes conjugais (indiferença, incompatibilidade, conflitos, violência), distanciamento do casal, redução da atratividade, entre outros (25).

Conduta nas inadequações sexuais

A escuta é fundamental e o aconselhamento (25) baseado no esquema EOP (Tabela 1) elaborado a partir do modelo PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions*,

Tabela 1
Modelo de aconselhamento médico para as inadequações sexuais (EOP)

| Modelo EOP | | |
|------------|--------------------------------------|--|
| Acrônimo | Definição | Ações |
| E | Ensinar sobre a resposta sexual | Informar sobre a anatomia da genitália, mapeamento de áreas erógenas genitais e corporais e a fisiologia da resposta sexual feminina focando as definições nas três fases principais: desejo, excitação e orgasmo. |
| O | Orientar sobre a saúde sexual | Informar sobre a construção da sexualidade desde a infância (vide capítulo específico), e sobre a função sexual prazerosa que deve ser vivenciada de forma integral para uma boa qualidade de vida. Discutir fatores que limitam a expressão da sexualidade a vivência sexual prazerosa: repressão familiar, social, religiosa, vergonha, autoimagem negativa, autoestima rebaixada, conceitos distorcidos sobre sexo e sexualidade, mitos e as crenças sexuais. |
| P | Permitir e estimular o prazer sexual | Medidas para reduzir a culpa no exercício da sua sexualidade mediante argumentação sobre benefícios físicos e psíquicos do prazer sexual, direito ao prazer sexual, importância da vivência plena da sexualidade para as relações interpessoais. |

Intensive Therapy) (26), são fundamentais e podem gerar benefício já comprovado. O GO deve encaminhar estes casos para psicoterapia ou terapia sexual.

A terapia sexual caracteriza-se pelo emprego integrado de técnicas sistematicamente estruturadas, juntamente com a exploração psicoterapêutica dos conflitos intrapsíquicos de cada parceiro, bem como da dinâmica de suas interações (Kaplan, 1984).

Disfunção sexual

A disfunção sexual é definida como uma alteração da resposta sexual que impede a pessoa de obter satisfação sexual em atividade sexual não coerciva. São critérios para diagnóstico de disfunção sexual: *i*) incapacidade da pessoa de participar em um relacionamento sexual como ela deseja; *ii*) a disfunção ocorre com frequência, embora possa estar ausente em algumas ocasiões; *iii*) a disfunção está presente há no mínimo 6 meses; *iv*) a disfunção não é inteiramente atribuível a outros transtornos mentais e comportamentais, a uma condição médica geral (como uma doença endócrina) ou a tratamento medicamentoso; *v*) a disfunção provoca estresse/sofrimento e/ou perturba as relações sexuais habituais (27). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (28, 29) para o diagnóstico das disfunções sexuais (Quadro 1).

Na prática clínica, o GO precisa reconhecer as seguintes disfunções sexuais:

- **Desejo Sexual Hipoativo (DSH):** é a “persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias sexuais/pensamentos, e/ou de desejo ou receptividade para a atividade sexual, que causa angustia pessoal” (30). A presença de “sofrimento”, relacionado com a queixa é a condição básica para caracterizar a disfunção sexual (31). Isto implica que, mesmo a mulher assumindo que tem redução ou ausência de desejo sexual, o médico só poderá oferecer tratamento se a mulher solicitar. Na prática fica assim: Você tem alguma dificuldade sexual? Se ela responde sim é preciso perguntar: isto lhe incomoda? Se ela disser não, o médico não deve prosseguir com a investigação e nem oferecer intervenção.
- **Disfunção de excitação:** é a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta excitatória adequada (lubrificação, turgescência) até a consumação da atividade sexual (27).
- **Disfunção orgásmica:** é a demora persistente ou recorrente ou incapacidade de alcançar o orgasmo após uma fase de excitação sexual normal, resultando em angústia e/ou dificuldade interpessoal (31).
- **Dor genitopélvica de penetração (Dispareunia e Vaginismo):** Na quinta edição do DSM-5 a dispareunia e o vaginismo foram

Quadro 1

Classificação das disfunções sexuais pela American Psychiatric Association (APA) e pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

| APA | CID-10 |
|--|--|
| Desordem do interesse/excitação sexual (engloba alteração do desejo e da excitação sexual) | F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual. |
| Desordem do orgasmo feminino | F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual, -Aversão sexual. -Ausência de prazer sexual. |
| Dor genitopélvica/penetração (engloba dispareunia e vaginismo) | F52.2 Fracasso da resposta genital. F52.3 Disfunção orgásmica. F52.5 Vaginismo não orgânico. F52.6 Dispareunia não orgânica. F52.7 Impulso sexual excessivo. F52.8 Outras disfunções sexuais de origem não orgânica. F52.9 Disfunção sexual não especificada de origem não orgânica. Observação: (excluída F52.4 por corresponder a ejaculação precoce) |

incorporadas sob esta denominação. Para o diagnóstico considera-se duração de pelo menos 6 meses de queixa persistente ou recorrente com uma ou mais ou mais das seguintes queixas: *i)* dor vulvovaginal ou pélvica durante a relação pênis-vagina ou durante tentativa de penetração; *ii)* medo ou ansiedade em relação a dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante, ou como resultado da penetração vaginal; *iii)* tensão ou contração dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal que causa sofrimento a mulher. É necessário excluir patologias psiquiátricas, algumas condições médicas como liquem escleroatrófico, doença inflamatória pélvica, endometriose, atrofia vaginal, medicações que interferem na resposta sexual, e uso abusivo de substâncias ilícitas (32, 33).

Causas das disfunções sexuais femininas

De acordo com o DSM-V, os conflitos pessoais, relacionais, culturais, religiosos e determinadas doenças são determinantes da disfunção sexual feminina (34), (Tabela 2).

Diagnóstico das disfunções sexuais

Como já descrito, o GO precisa perguntar ativamente sobre a queixa sexual, pois a maioria das mulheres sente dificuldade de falar espontaneamente sobre questões sexuais pelo tabu que permeia o sexo (14, 15). É recomendado

que o diagnóstico de disfunção sexual seja realizado por meio de questionários validados (31, 35), porém, na prática clínica é necessário que o GO utilize um modelo didático de investigação das fases da resposta sexual: desejo/interesse sexual, a excitação, e o orgasmo (36, 37) e a satisfação sexual. Isto porque, a maioria dos instrumentos são próprios para serem utilizados por profissionais especialistas em saúde sexual (38) o que não é o caso do GO. O modelo proposto foi adaptado a partir do modelo proposto por Basson (39), e tem sido utilizado (13, 40) para o treinamento GO e dos estudantes de medicina, (Figura 1).

Em geral a queixa sexual é velada: “não sinto nada na relação”, ou “estou sem vontade de ter relação”. Assim, é necessário especificar a queixa como sugerido no organograma da Figura 2.

O diagnóstico por si só não determina a conduta, uma vez que o tratamento da queixa sexual depende do fator desencadeante (Tabela 2). É necessário estabelecer o diagnóstico e especificar que a queixa é consequente a determinada situação, por exemplo: anorgasmia consequente a dificuldade de entrega, desconhecimento da anatomia, estímulo sexual insuficiente, etc. A partir desta especificação é possível tratar a disfunção sexual (41). É necessário atentar para fatores psíquicos (autoestima rebaixada, tempo de relacionamento, história de abuso sexual, construção da sexualidade desde a infância, história psicosssexual, estado psiquiátrico, história clínica e fatores relacionados à relação sexual), alterações hormonais: hipoestrogenismo, redu-

Tabela 2
Condições que desencadeiam disfunção sexual feminina

| Fator desencadeante | Disfunção |
|--------------------------------|---|
| Relacionados a parceria | Disfunção sexual do parceiro, problemas de saúde do parceiro. |
| Relacionamento diádico | Pobre comunicação, discrepância de necessidade sexual entre os parceiros, preliminares insuficiente, falta de ritual de sedução, traição. |
| Vulnerabilidade individual | Distúrbio de autoimagem por ganho de peso e modificações corporais após gravidez e parto, mágoa, dificuldade de entrega, violência emocional e sexual (abuso, estupro), comorbidade psiquiátrica (depressão, ansiedade), ou estressores (perda do emprego, luto). |
| Fatores culturais e religiosos | Proibições da prática sexual, culto a virgindade, prazer sexual vinculado ao pecado, etc. |
| Condições médicas | Que interferem na evolução, no prognóstico, e no tratamento da queixa sexual. Hiperprolactinemia, tireoidopatia, determinados medicamentos. |

Date: / /

Identificação: nome, idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil, tempo de relacionamento.

Parceria: nome, idade, escolaridade, profissão, religião, uso de medicamentos, problemas de saúde.

Qualidade do relacionamento conjugal

Queixa principal: qual a queixa sexual?

História da molestia atual: quando começou; em que situação ocorreu; como desenvolveu o problema, fatores de melhora e de piora; se ela identifica o fator determinante; se o parceiro sabe sobre seu problema sexual.

Tratamentos prévios: medicação em uso, presença de comorbidades.

História gineco-obstétrica: menarca, ciclos menstruais, paridade, via de parto, contracepção, defeitos na genitália, infecções, cirurgia genital.

História sexual: sexarca, número de parceiros, qualidade da primeira relação e relações anteriores, frequência das relações, orientação sexual, relações extraconjugais, repressão sexual, violência sexual (abuso, estupro).

Estado emocional atual.

Resposta sexual individual (não compartilhada com a parceria).

- Desejo (pensamento sexual com estímulo erótico) () preservado () alterado
- Excitação () preservado () alterado
- Orgasmo () preservado () alterado
- Impulso sexual (pensamento sexual espontâneo) () sim () não
- Fantasias sexuais () sim () não
- Autoerotismo (masturbação) () sim () não
- Satisfação com a vida sexual () sim () não

Função sexual com parceria

- O relacionamento é afetivo? () sim () não
- Ejaculação precoce () sim () não
- Disfunção erétil () sim () não

Parceria sexual feminina

- O relacionamento é afetivo? () sim () não
- Tem disfunção sexual? () sim () não

Diagnóstico

Avaliação laboratorial: Hemograma, TSH, Prolactina, testes específicos de acordo com sinais e sintomas, testosterona (para avaliar reposição)

Intervenções (medidas gerais-modelo EOP, específicas de acordo com a queixa, psicoterapia, terapia sexual)

EOP: Acrônimo para: (E) Ensinar a resposta sexual, (O) Orientações sobre saúde sexual, (P) Permitir e estimular o prazer sexual.

Figura 1: Anamnese para avaliação da queixa sexual feminina

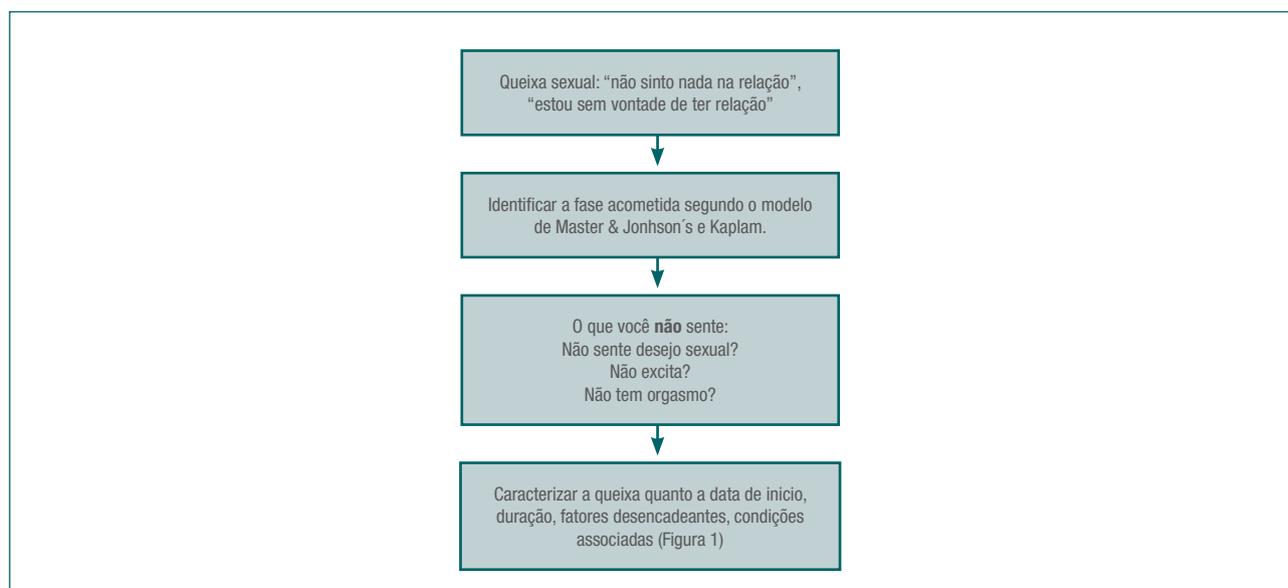


Figura 2: Caracterização da queixa sexual

ção da testosterona e de seus precursores, desidroepiandrosterona, 5- α -di-hidrotestosterona, androsterona glucuronida, 3 α -diol-3G, 3 α -diol-17G e DHEA-S, e fatores antropométricos (idade, índice de massa corporal) (39, 42).

O peso destas condições na gênese da disfunção sexual feminina varia de acordo com a fase da vida da mulher. Com o amadurecimento a mulher vai reformulando os pré-conceitos familiares e sociais a respeito da vivência da sua sexualidade e apossa de sua autonomia, que vai sendo cunhada a partir das experiências acumuladas. Assim, em mulheres adolescentes, a disfunção sexual mais comum é a dor coital e a anorgasmia (43). Já em mulheres na fase reprodutiva o desejo sexual hipoativo (DSH) é a condição mais prevalente (44). Um estudo populacional realizado na Bélgica evidenciou que o desejo sexual responsivo (ao estímulo sexual) variou entre 4.5%, 8%, 12% em mulheres entre 20 e 44 anos (43). Em mulheres na pós-menopausa o DSH, dor na relação sexual e anorgasmia se tornam mais frequentes (43).

De maneira geral são causas mais comuns de disfunção sexual por faixas etárias:

- Mulheres adolescentes:
 - *Desejo Sexual Hipoativo*: repressão sexual severa (familiar e religiosa) (45), violência sexual (abuso sexual) (46), repressão ao comportamento sexual na infância, e DSH primário por polimorfismos de nucleotídeos do receptor de estrogênios (47) e de receptores de dopamina (48).
 - *Anorgasmia primária*: é a persistente ou recorrente ausência ou dificuldade em obter o orgasmo após a excitação adequada (49). Entre 20 e 30% das mulheres refere dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo na relação sexual (50). A anorgasmia pode ocorrer devido a inabilidade na prática sexual da mu-

lher e/ou de sua parceria, por pressa que impossibilita a excitação adequada, por falta de compartilhamento de preliminares durante a relação sexual, pelo desconhecimento da anatomia e das áreas erógenas, pela dificuldade de entrega (medo, insegurança, por ser ou ter sido vítima de violência geral e/ou sexual) que levam a reduzida excitação (51) o que pode impossibilitar a mulher a atingir o orgasmo.

- Mulheres na fase reprodutiva:
 - *Pós-parto*: uma coorte com 1500 mulheres evidenciou que 89% delas tinha queixa sexual nos três primeiros meses seguintes ao parto e, após um ano do parto, 51% delas apresentava queixa sexual, e a dor coital foi referida por 30% delas após os 12 meses do parto (52). Além das modificações hormonais devido a amamentação, as mudanças no corpo, condições psíquicas e alteração da dinâmica do casal são condições que podem interferir na função sexual da mulher.
 - *Relacionamento de longa duração*: em casais com relacionamento estável e não conflituoso pode ocorrer redução do interesse por sexo devido a rotina relacional, e redução do desejo sexual espontâneo e pensamento sexual (53). Isto pode ocorrer também pela perda de intimidade pela presença dos filhos, ou mesmo, pela redução de fantasias sexuais e investimento limitado em preliminares (54).
As mulheres que se encontram em relacionamentos de longa duração podem não manifestar o desejo sexual espontâneo em relação a sua parceria, mas, quando são estimuladas, elas respondem com excitação, passam a ter desejo

- e podem ter orgasmo ou não, e ficarem sexualmente satisfeitas. Este quadro foi classificado de neutralidade sexual (23) e, clinicamente, não configura disfunção sexual. Se o casal modificar a rotina relacional passando a ter momentos de intimidade em locais e momentos diferentes, longe da rotina da casa, dos filhos, este quadro pode ser revertido.
- *Qualidade do relacionamento:* carícias, beijos, afagos, boa comunicação, comprometimento na relação, parceiro feliz, relação sexual satisfatória, são fundamentais para a satisfação sexual (55). Relações diádicas complexas e conflituosas podem cursar com disfunção sexual para ambos os parceiros. Ao contrário, casais com relacionamento adequado tem mais chances de relacionamentos sexuais satisfatórios (56), e são mais motivados para engajar nas relações sexuais (57). As expectativas não atingidas quanto ao relacionamento tais como comprometimento, romantismo, fidelidade, respeito admiração, entre outros podem gerar disfunção sexual (58). Quando os parceiros são comprometidos e responsivos na relação há maior satisfação sexual da mulher e maior satisfação com o relacionamento conjugal (59).
 - *Níveis de testosterona:* a hipoandrogenemia pode estar associada com disfunção sexual (60, 61) nesta fase, porém não existe correlação entre nível sérico de testosterona e disfunção sexual, isto é, não se sabe qual o menor nível sanguíneo de testosterona que pode causar disfunção sexual. É importante ressaltar que usuárias de anticoncepcionais conjugados apresentam baixas concentrações séricas de testosterona, portanto, não é recomendado dosar testosterona de rotina nestas mulheres e não está recomendado prescrever testosterona para mulheres em uso de anticoncepcional hormonal.
 - *Traição:* a monogamia é uma pratica universal entre seres humanos, mas é praticada com certa flexibilidade (62). Entre os casais que a monogamia está implícita, a quebra deste contrato pode levar a dificuldades relacionais e disfunção sexual (63).
 - *Diferença na expectativa sexual nas relações heterossexuais:* a satisfação sexual da mulher está mais relacionada com a intimidade com o parceiro e bom relacionamento conjugal o que a motiva para engajar na relação sexual. Já para o homem a satisfação sexual está relacionada mais com os aspectos físicos do sexo (64).
 - *Redução da frequência sexual:* a redução da frequência sexual pode interferir na qualidade de relacionamento e distanciar o casal sendo um preditor de insatisfação sexual (55, 65).
 - *Método anticoncepcional hormonal:* o uso de anticoncepcional hormonal combinado está associado a redução do pensamento sexual (66) e pode reduzir o escore do desejo sexual, excitação e prazer sexual aferido pelo FSFI (*female sexual function index*) (67) porém, não interfere na satisfação sexual desde que haja bom relacionamento diádico. Um estudo evidenciou que 52% das usuárias de pílula anticoncepcional descontinuaram o método devido às mudanças na função sexual (68).
 - Mulheres na pós-menopausa:
 - *Menopausa e o avançar da idade:* estas duas condições se sobrepõe aumen-

- tando o risco de disfunção sexual (69). O tálamo, amígdala e córtex cingulado anterior são as áreas cerebrais que normalmente são ativadas pelo estímulo sexual. Mulheres na pós-menopausa ativam menos estas áreas em comparação as mulheres na fase reprodutiva (70). Após a menopausa as áreas mais ativadas são o corpo caloso e o giro frontal superior (71). Em mulheres na senescência a prevalência de disfunção sexual é em torno de 54,4% (72).
- *Hipoestrogenismo*: é uma das causas mais importantes de DSH e dor coital nesta fase. Entretanto, o hipoestrogenismo pode sobrepôr ao relacionamento de longa duração e conflitos relacionais nesta fase e piorar a função sexual. O estrogênio modula a expressão dos receptores de dopamina no sistema nervoso central (SNC) (73) que é um neurotransmissor que estimula a pulsão sexual. O estrogênio modula também a interação entre ocitocina e dopamina, ambos envolvidos na função sexual (74). A dor coital devido ao ressecamento e às alterações na mucosa vaginal consequentes do hipoestrogenismo podem cursar com disfunção sexual (75). O hipoestrogenismo a síndrome urogenital da menopausa (76), e ao ressecamento vaginal com redução da lubrificação, bem como ao afinamento da mucosa vaginal levando a dor na relação sexual que, potencialmente, pode induzir ao desejo sexual hipotivo, e dificuldade para obter orgasmo. Esta coexistência de disfunções sexuais já foi demonstrada em mulheres chinesas nas quais a existência de uma disfunção pode levar a outros tipos de queixas sexuais (77).
 - *Hipoandrogenismo*: a redução dos androgênios ocorre com o progredir da idade e não propriamente com o instalar da menopausa (78). É conhecido que a testosterona é um hormônio prosexual relacionado com o desejo sexual.
 - *Dor genitopélvica de penetração (dispareunia e vaginismo)*: Na quinta edição do DSM-5 a dispareunia e o vaginismo foram incorporadas sob esta denominação. Para o diagnóstico considera-se duração de pelo menos 6 meses de queixa persistente ou recorrente com uma ou mais ou mais das seguintes queixas: *i*) dor vulvovaginal ou pélvica durante a relação pênis-vagina ou durante tentativa de penetração; *ii*) medo ou ansiedade em relação a dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante, ou como resultado da penetração vaginal; *iii*) tensão ou contração dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal que causa sofrimento a mulher. É necessário excluir patologias psiquiátricas, algumas condições médicas como liquem escleroatrófico, doença inflamatória pélvica, endometriose, atrofia vaginal, medicações que interferem na resposta sexual, e uso abusivo de substâncias ilícitas (32, 33).
 - *Anorgasmia secundária*: pode ocorrer após o prolapso genital e incontinência urinária, e também, após a correção cirúrgica destas condições pela redução da sensibilidade bem como por procedimentos cirúrgicos na genitália que possam reduzir a sensibilidade prazerosa local (79).
 - *Medicamentos*: inibidores seletivos da recombinação da serotonina (ISRS), antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos, antidepressivos, hipotensores, etc.

Avaliação laboratorial

A propedêutica laboratorial da disfunção sexual irá depender da causa. De rotina é aconselhável avaliar o TSH, hemograma e prolactina e avaliação específica para cada caso de acordo com a suspeita clínica. A dosagem de testosterona baixa não deverá ser correlacionada com DSH, mas, nos casos que o médico achar indicado a reposição deste hormônio, a dosagem servirá para nortear o acompanhamento do tratamento para verificar se a paciente está usando corretamente como foi prescrito. Realiza-se uma dosagem basal e outra três meses após o início do tratamento.

Intervenção

Medidas gerais

São medidas de aconselhamento baseado no tripé informação, sugestão e permissão, abordadas no modelo EOP (40), (Tabela 1). Independente da causa da disfunção sexual este modelo deve ser aplicado na tentativa de tornar o tema sexo/função sexual mais comum para a paciente. O médico precisa usar os termos técnicos e imediatamente oferecer o termo correspondente em uma linguagem acessível para a paciente, no entanto, os termos populares chulos estão proscritos. A seguir estão descritas com mais detalhes o modelo EOP sendo uma sugestão de comunicação técnica do médico para a paciente com disfunção sexual.

-Ensinar sobre a resposta sexual

Explicação concisa e esquemática sobre a fisiologia da resposta sexual feminina focando as três fases principais: *i)* desejo é o pensamento sexual, a vontade de ter relação sexual quando a pessoa é exposta a um estímulo sexual (80) seja por fantasias sexuais, estímulo sexual (visual, olfativo, lembranças positivas), toque, beijo, presença do parceiro (81); *ii)* excitação é a sensação de prazer

e lubrificação na região genital quando a mulher é exposta a um estímulo sexual seja pelo toque, beijo, cena erótica, ou fantasia sexual (pensamento sexual estimulante) (82); *iii)* orgasmo é o mesmo que gozar. É uma sensação de prazer intenso com contrações fortes na região genital que vão reduzindo de intensidade até desaparecerem e são seguidas de uma sensação de relaxamento (83). É preciso esclarecer a mulher que o orgasmo é atingido com o movimento do pênis dentro da vagina, mas que, na maioria das vezes é necessário o estímulo direto no clitóris pela masturbação (dela ou de sua parceria), pelo sexo oral, por vibrador, e outros meios que devem ser utilizados por mulheres que não têm orgasmo espontâneo (84). É preciso ficar claro que a maioria das mulheres pode atingir o orgasmo (85). Porém, parece que determinados polimorfismos de receptores hormonais e de neurotransmissores e neuropeptídeos podem desfavorecer esta fase da resposta sexual (86). Mas, esta informação pode ser omitida a paciente uma vez que não há como comprovar que anorgasmia da paciente está, de fato, relacionada a esta condição.

- Orientar sobre a saúde sexual

A educação sexual é o processo pelo qual a pessoa aprende sobre função sexual adequada e vivência sexual saudável. A partir desta informação a paciente pode reformular conceitos, redimensiona seus mitos e as crenças inadequadas sobre sexo e práticas sexuais (87). São informações a serem oferecidas: *i)* a sexualidade é formada desde a mais tenra idade; *ii)* a sexualidade compreende a afetividade, a busca por interações emocionais e físicas com parcerias visando, também, o prazer sexual; *iii)* a genitália é provida de terminações nervosas que são prazerosas ao toque e, se forem estimuladas podem levar ao prazer sexual (88, 89); *iv)* nem sempre a mulher atinge o orgasmo com a penetração e movimento do pênis dentro da

vagina. O orgasmo pode ser obtido pelo autoerotismo (masturbação); v) a mulher pode sentir a satisfação sexual mesmo sem sentir o orgasmo; vi) as práticas sexuais mais comuns são: sexo vaginal, oral e anal; vii) a concentração e entrega durante uma relação sexual são fundamentais para a obtenção de prazer sexual pelos parceiros.

- Permitir e estimular o prazer sexual

A repressão sexual feminina social e religiosa (90, 91) pode cursar com a culpa na relação sexual, constituindo um importante bloqueio para a relação sexual saudável. Isto exige uma argumentação em relação a finalidade reprodutiva do sexo e a importância do prazer sexual para o bem estar da pessoa como preconizado pela WHO (92): i) informar a paciente a importância do prazer sexual para o bem estar físico e emocional da pessoa; ii) a masturbação é parte importante do desenvolvimento sexual e serve como aprendizado e também, para que a pessoa conheça a sua capacidade de resposta sexual. Além disto, a masturbação prepara o adulto para a interação com seu parceiro sexual, além de servir para o alívio da tensão sexual (93, 94), e constitui um tratamento para anorgasmia (Master & Jonson, 1979). A concentração e o uso de fantasias sexuais são importantes para a mulher conseguir chegar ao orgasmo com a masturbação ou com a relação pênis-vagina (95).

Tratamento específico

Desejo sexual hipoativo devido a:

- *Relacionamento de longa duração*: estimular a quebra da rotina, a comunicação, o namoro, a mudança de hábitos sexuais, aumentar as preliminares, e mudar as práticas sexuais convencionais, aconselhando que o casal tenha relações sexuais em lugares diferentes dos usuais.
- *Relacionamentos conflituosos e traição*: Encaminhar para psicoterapia, ou terapia de casal
- *Diferença na expectativa sexual nas relações heterossexuais*: explicar sobre diferenças na resposta sexual entre os gêneros. Para o homem o sexo tem contexto mais físico e para a mulher o sexo é mais intimidade, interatividade e bem estar psíquico e emocional. Falar com seu parceiro a sua necessidade e participar da necessidade dele.
- *Abuso sexual*: referenciar para o psiquiatra e para psicoterapia antes de prescrever biblioterapia, moviterapia, autoerotismo, e entrega por estas práticas aumentam a ansiedade e pode estimular a vivencia, de novo, da violência sexual.
- *Disfunção sexual feminina consequente a disfunção sexual do parceiro*: referenciar o parceiro para o tratamento. A melhora da resposta sexual da mulher é concomitante a do seu parceiro quando este recupera a capacidade eretiva com o uso de inibidor da 5-fosfodiesterase (96).
- *Anticoncepção hormonal*: propor método não hormonal, por exemplo, o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.
- *Posmenopausa*: se o DSH iniciou com o instalar da menopausa e está associado a outros sintomas neurovegetativos, mesmo que não estejam presentes os sintomas vasomotores, é preciso fazer a avaliação benefício/risco e, se esta equação for favorável deve-se propor a mulher a terapia hormonal com estrogênio. Se não houver melhora pode-se associar a testosterona (Tabela 3) durante até um ano. Após este tempo, uma possibilidade é substituir estrogênio e testosterona por tibolona.
- *Terapia androgênica*: há evidencias de que mulheres com desejo sexual hipoativo que surgiu com o instalar da menopausa, sem

Tabela 3

Esquema de formulações de testosterona para o tratamento do desejo sexual hipotivo.

| Formulação | Frequencia de uso |
|--|----------------------------------|
| Propionato de testosterona 2% em petrolato ou pentravan 0.5 mg | Vaginal/diário (99) |
| Propionato de testosterona 2 mg in 0.5 g de crème neutro | Vaginal/diário (100) |
| Testosterona creme 1 g por aplicação contendo 300 µg de propionato de testosterona | Vaginal/3 vezes por semana (101) |
| Testosterona 300 µg em <i>patch</i> ou bomba de gel | Transdermico/diário (102) |

outros fatores associados se beneficiam da reposição de testosterona (61). A terapia transdérmica com testosterona melhora função sexual e a satisfação sexual em mulheres com DSH e naquelas que submeteram a ooforectomia (97). Os níveis endógenos de T não predizem o DSH e a resposta à terapia (61). Mas a testosterona melhora de fato o DSH (97). Vale lembrar que não existe preparação de T para a mulher, assim, e o uso da terapia androgênica para disfunção sexual feminina é *off-label* (61, 98). Conforme recomendado previamente, deve-se tomar o perfil lipídico basal, níveis basais de enzimas hepáticas e mamografia. A dosagem da T total após 3 a 6 semanas de tratamento inicial, e a cada 6 meses também é recomendado para avaliar o uso excessivo do paciente (61), (Tabela 3).

- *Drogas psicoativas, depressão e ansiedade:* referenciar para o psiquiatra para substituição de drogas com menor interferência na função sexual. Ex: a bupropiona interfere menos no desejo sexual e pode ser adicionada a outros antidepressivos como terapia de resgate (103). O tratamento dos sintomas depressivos pode levar a melhora da queixa sexual desde que seja em doses mais baixas do antidepressivo.

Tratamento da anorgasmia

O clitóris é a estrutura anatômica mais importante para o orgasmo (104) e esta explicação deve ser oferecida a mulher. Informar que o orgas-

mo pode ser atingido pela masturbação, sexo oral, sexo anal, masturbação pelo parceiro, ou durante a relação sexual pênis-vagina (105), bem como pelo uso de vibradores (106). Para as mulheres na pós-menopausa o uso de tibolona pode restaurar a capacidade delas de ter orgasmo bem como melhorar o desejo sexual (107).

Tratamento da dor a penetração vaginal pela atrofia da mucosa devido ao uso de anticoncepcional combinado: o progestogênio causa ressecamento vaginal por interferir na síntese de mucina. Pode-se prescrever baixa dose de estrogênio tópico, lubrificante, hidratante (108) ou aumentar a dose do etinilestradiol. Se este tratamento falhar considerar a troca de método anticoncepcional por não hormonal.

Tratamento da dor as relações devido a menopausa: O estrogênio intravaginal é eficaz para o tratamento da dor coital (109). Porém, o estriol tópico intravaginal oferece bom resultado com o mínimo de absorção (110). Nos casos apenas de dor a penetração pode ser passado com o dedo no introito vaginal em noites alternadas com redução deste sintoma (111). É necessário fazer o diagnóstico diferencial de dispareunia superficial e profunda e realizar o toque da parede vaginal a procura de espasmos musculares e pontos de gatilho da dor (112). A vulva precisa ser cuidadosamente examinada nos casos de dispareunia superficial para identificação de áreas avermelhadas localizadas que possam predizer a vulvodínia. Neste caso é necessário aconselhar cuidados higienicos (limpeza, roupas em uso, proscriver uso de desodorantes e sabões irritantes, com pH diferente do pH vulvar), e tratar possível candidíase

recorrente. Se estas medidas não forem suficientes pode-se prescrever antidepressivos tricíclicos, pregabalina, anestésicos locais (113). A dispareunia secundária a infecções e endometriose deverá seguir protocolos específicos vigentes na literatura (114).

Os espasmos musculares dos músculos pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo e isquiococcígeo que participam da continência urinária e fecal (115, 116) e estão envolvidos na relação sexual (117, 118), precisam ser tratados com exercícios de relaxamento (118) sendo necessário, muitas vezes, associar o tratamento psicoterápico e fisioterápico (33, 119), (Figure 4).

References

- Hedelin H, Abramsson L. [Sexuality--an important factor for quality of life. Who should treat erectile dysfunction?]. *Lakartidningen*. 1997 Jul 9;94(28-29):2548-52. PubMed PMID: 9254322. Epub 1997/07/09. Sexualitet--viktig faktor for god livskvalitet. Vem skall behandla erektil dysfunktion? swe.
- WHO WHO. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Geneva: WHO, 1975.
- UNFPA UNPF. Programme of Action: Adopted at the international Conference on Population and Development, Cairo. UNFPA, 1994.
- WHO WHO. Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. (January 2002). Geneva: WHO, 2006.
- Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *The journal of sexual medicine*. 2008;5(4):788-95.
- Studd J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecol Endocrinol*. 2007;23(12):673-81.
- Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *Maturitas*. 2012 Jun;72(2):160-4. PubMed PMID: 22521685.
- Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. *Minerva Ginecol*. 2010 Aug;62(4):349-59. PubMed PMID: 20827251. Epub 2010/09/10. eng.
- Benagiano G, Joseph W, Goldzieher and the birth of hormonal contraception. *Contraception*. 2010 Aug;82(2):119-24. PubMed PMID: 20654749. Epub 2010/07/27. eng.
- Gupta GR, Weiss E, Whelan D. Male-female inequalities result in submission to high-risk sex in many societies. Special report: women and HIV. *AIDS Anal Afr*. 1995 Aug;5(4):8-9. PubMed PMID: 12289858. Epub 1995/08/01. eng.
- Dialmy A. Sexuality and Islam. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Jun;15(3):160-8. PubMed PMID: 20441406. Epub 2010/05/06. eng.
- Abdo CH, Oliveira WM, Jr., Moreira ED, Jr., Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International journal of impotence research*. 2004;16(2):160-6.
- Lara LA, Coelho Neto Mde A, Martins Wde P, Ferriani RA, Navarro PA. Assessment of Sexual Function in Infertile Women in a Gynecological Care Setting. *The journal of sexual medicine*. 2016 Jun;13(6):938-44. PubMed PMID: 27215689.
- Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexuality and mental health nursing in Ireland: weaving the veil of socialised inhibition. *Nurse Educ Today*. 2009 Apr;29(3):357-64. PubMed PMID: 18760510. Epub 2008/09/02. eng.
- Sohn W. [Pleasure and pain in sexual relations. The basis and reasons for sex counseling by the general practitioner]. *MMW Fortschr Med*. 2003 Nov 13;145(46):37-40. PubMed PMID: 14699831. Epub 2004/01/01. Die Hausarztpraxis als "tabufreie Zone". So schaffen Sie die Grundlage fur eine effektive Sexualberatung. ger.
- Kottmel A, Ruether-Wolf KV, Bitzer J. Do gynecologists talk about sexual dysfunction with their patients? *The journal of sexual medicine*. 2014 Aug;11(8):2048-54. PubMed PMID: 24903187.
- Pancholy AB, Goldenhar L, Fellner AN, Crisp C, Kleeman S, Pauls R. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. *The journal of sexual medicine*. 2011 Feb;8(2):361-6. PubMed PMID: 21143411.
- Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, Rosen R. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *Journal of women's health*. 2009 Apr;18(4):461-8. PubMed PMID: 19361312.
- Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2499-508. PubMed PMID: 20524976. Epub 2010/06/08. eng.
- Laski L, Wong S. Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Jul;110 Suppl:S10-2. PubMed PMID: 20423736. Epub 2010/04/29. eng.
- Glazier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006 Nov 4;368(9547):1595-607. PubMed PMID: 17084760. Epub 2006/11/07. eng.
- WHO. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health Geneva: World Health Organization, 2006.
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65. PubMed PMID: 10693116. Epub 2000/02/29. eng.
- Cavalcanti R. Manual prático de tratamento clínico de disfunções sexuais. São Paulo: Editora Roca Ltda; 2012.
- Whitehead A, Mathews A. Attitude change during behavioural treatment of sexual inadequacy. *The British journal of social and clinical psychology*. 1977 Sep;16(3):275-81. PubMed PMID: 21015.
- Annon J. "Behavioral Treatment of Sexual Problems" Harper & Row - Medical Department; 1976.
- Association-APA AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Ed ed2013. 991 p.
- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). 2016.
- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision 2016 [cited 2016 23/01/2016]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
- Gabbard GO. Musings on the report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *Journal of sex & marital therapy*. 2001 Mar-Apr;27(2):145-7. PubMed PMID: 11247211.
- 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 Mar;163(3):888-93. PubMed PMID: 10688001. Epub 2000/02/25. eng.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *American family physician*. 2015 Aug 15;92(4):281-8. PubMed PMID: 26280233.

34. IsHak WW, Tobia G. DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders*. 2013.
35. Vroege JA, Gijls L, Hengeveld MW. Classification of sexual dysfunctions: towards DSM-V and ICD-11. *Compr Psychiatry*. 1998 Nov-Dec;39(6):333-7. PubMed PMID: 9829139. Epub 1998/11/26. eng.
36. Masters WH, & Johnson, V.E. . *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1966
37. Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. . New York: Brunner/Mazel; 1979.
38. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, et al. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener. *The journal of sexual medicine*. 2011 Oct;8(10):2681-706. PubMed PMID: 21810182.
39. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):314-26. PubMed PMID: 20092441.
40. Lara L, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017 Apr;39(4):184-94. PubMed PMID: 28371960. Modelo para abordagem das disfuncoes sexuais femininas.
41. Greydanus DE, Matysina L. Female sexual dysfunction and adolescents. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 2010 Oct;22(5):375-80. PubMed PMID: 20706119.
42. Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *The journal of sexual medicine*. 2011 Mar;8(3):742-53. PubMed PMID: 21143419.
43. Hendrickx L, Gijls L, Enzlin P. Age-related prevalence rates of sexual difficulties, sexual dysfunctions, and sexual distress in heterosexual women: results from an online survey in flanders. *The journal of sexual medicine*. 2015 Feb;12(2):424-35. PubMed PMID: 25345486.
44. Bronner G, Etran E, Schachter B, Lavee S, Galin A, Raviv G. [Contribution of psychosexual approach to assessment and treatment of sexual dysfunction: a working model]. *Harefuah*. 2009 Sep;148(9):595-9, 658. PubMed PMID: 20070048.
45. Hourton J. [The Christian ethic and sexuality]. *Enfoques Aten Prim*. 1991 Mar;6(1):3-6. PubMed PMID: 12343308. Epub 1991/03/01. Etica cristiana y sexualidad. spa.
46. Ba I, Bhopal RS. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981-2014). *Public health*. 2017 Jan;142:121-35. PubMed PMID: 27622295.
47. Gunst A, Jern P, Westberg L, Johansson A, Salo B, Burri A, et al. A study of possible associations between single nucleotide polymorphisms in the estrogen receptor 2 gene and female sexual desire. *The journal of sexual medicine*. 2015 Mar;12(3):676-84. PubMed PMID: 25385158.
48. 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. *Molecular psychiatry*. 2006 Aug;11(8):782-6. PubMed PMID: 16619053.
49. American Psychiatric Association TFO-D-I, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: . DSM-IV-TR*. ed. Washington, DC: : American Psychiatric Association; ; 2000.
50. Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *J Sex Med*. 2008 May;5(5):1177-83. PubMed PMID: 18331253. Epub 2008/03/12. eng.
51. Rowland DL, Kolba TN. Understanding Orgasmic Difficulty in Women. *The journal of sexual medicine*. 2016 Aug;13(8):1246-54. PubMed PMID: 27345217.
52. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth*. 2015 Dec;42(4):354-61. PubMed PMID: 26467855.
53. Rosen RC, Maserejian NN, Connor MK, Krychman ML, Brown CS, Goldstein I. Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder: the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for women. *Menopause*. 2012 Apr;19(4):396-405. PubMed PMID: 22076307.
54. Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM, Jr., Scanavino MT, Affif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010 Nov-Dec;17(6):1114-21. PubMed PMID: 20651621.
55. Fisher WA, Donahue KL, Long JS, Heiman JR, Rosen RC, Sand MS. Individual and Partner Correlates of Sexual Satisfaction and Relationship Happiness in Midlife Couples: Dyadic Analysis of the International Survey of Relationships. *Archives of sexual behavior*. 2015 Aug;44(6):1609-20. PubMed PMID: 25370356.
56. Fallis EE, Rehman US, Woody EZ, Purdon C. The longitudinal association of relationship satisfaction and sexual satisfaction in long-term relationships. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*. 2016 Oct;30(7):822-31. PubMed PMID: 27077235.
57. Pascoal PM, Narciso Ide S, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*. 2014;51(1):22-30. PubMed PMID: 24070214.
58. Shahvari Z, Raisi F, Parsa Yekta Z, Ebadi A, Firoozkijohastefar R. Why don't you share your satisfaction with me? Perspectives in psychiatric care. 2017 Feb 23. PubMed PMID: 28229463.
59. Gadassi R, Bar-Nahum LE, Newhouse S, Anderson R, Heiman JR, Rafaeli E, et al. Perceived Partner Responsiveness Mediates the Association Between Sexual and Marital Satisfaction: A Daily Diary Study in Newlywed Couples. *Archives of sexual behavior*. 2016 Jan;45(1):109-20. PubMed PMID: 25680818.
60. Vale FB, Coimbra BB, Lopes GP, Geber S. Sexual dysfunction in premenopausal women could be related to hormonal profile. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2017 Feb;33(2):145-7. PubMed PMID: 28079402.
61. Wierman ME, Arit W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2014 Oct;99(10):3489-510. PubMed PMID: 25279570.
62. Brandon M. Monogamy and Nonmonogamy: Evolutionary Considerations and Treatment Challenges. *Sexual medicine reviews*. 2016 Oct;4(4):343-52. PubMed PMID: 27872028.
63. Jonason PK, Garcia JR, Webster GD, Li NP, Fisher HE. Relationship dealbreakers: traits people avoid in potential mates. *Personality & social psychology bulletin*. 2015 Dec;41(12):1697-711. PubMed PMID: 26445853.
64. McNulty JK, Fisher TD. Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: a short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. *Archives of sexual behavior*. 2008 Apr;37(2):229-40. PubMed PMID: 17641964.
65. Schoenfeld EA, Loving TJ, Pope MT, Huston TL, Stulhofer A. Does Sex Really Matter? Examining the Connections Between Spouses' Nonsexual Behaviors, Sexual Frequency, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Archives of sexual behavior*. 2017 Feb;46(2):489-501. PubMed PMID: 26732606.
66. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. Sexual function in well women: stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *The journal of sexual medicine*. 2008 May;5(5):1214-22. PubMed PMID: 18331268.
67. Zethraeus N, Dreber A, Ranerhill E, Blomberg L, Labrie F, von Schultz B, et al. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women- a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2016 Nov;101(11):4046-53. PubMed PMID: 27525531.
68. Torres L, Frapard C, Daumas A, Guibert N, Lagouanelle-Simeoni MC, Rakoto JC, et al. [3rd and 4th generation estroprogestatives French controversy: What effect on women's behavior?]. *Presse medicale*. 2016 Apr;45(4 Pt 1):e68-78. PubMed PMID: 27016851. Controverse des estroprogestatifs de 3(e) et 4(e) generation : quelle influence sur le comportement des femmes ?

69. Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, Hess R, Thurston RC, Wisner KL, et al. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation. *Journal of women's health*. 2015 Feb;24(2):119-26. PubMed PMID: 25621768. Pubmed Central PMCID: 4326025.
70. 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 Feb 20;343:449-58. PubMed PMID: 27998777.
71. Jeong GW, Park K, Youn G, Kang HK, Kim HJ, Seo JJ, et al. Assessment of cerebrocortical regions associated with sexual arousal in premenopausal and menopausal women by using BOLD-based functional MRI. *The journal of sexual medicine*. 2005 Sep;2(5):645-51. PubMed PMID: 16422822.
72. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Vasomotor and sexual symptoms in older Australian women: a cross-sectional study. *Fertility and sterility*. 2016 Jan;105(1):149-55 e1. PubMed PMID: 26450529.
73. Jacobs E, D'Esposito M. Estrogen shapes dopamine-dependent cognitive processes: implications for women's health. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 2011 Apr 06;31(14):5286-93. PubMed PMID: 21471363. Pubmed Central PMCID: 3089976.
74. Baskerville TA, Douglas AJ. Dopamine and oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2010 Jun;16(3):e92-123. PubMed PMID: 20557568.
75. Lara LA, Useche B, Ferriani RA, Reis RM, de Sa MF, de Freitas MM, et al. The effects of hypoestrogenism on the vaginal wall: interference with the normal sexual response. *The journal of sexual medicine*. 2009 Jan;6(1):30-9. PubMed PMID: 19170834.
76. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference P. 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. *Maturitas*. 2014 Nov;79(3):349-54. PubMed PMID: 25179577.
77. Lo SS, Kok WM. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. *The journal of sexual medicine*. 2014 Jul;11(7):1749-56. PubMed PMID: 24655732.
78. Haring R, Hannemann A, John U, Radke D, Nauck M, Wallaschofski H, et al. Age-specific reference ranges for serum testosterone and androstenedione concentrations in women measured by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2012 Feb;97(2):408-15. PubMed PMID: 22162468.
79. Lakeman MM, van der Vaart CH, Laan E, Roovers JP. The effect of prolapse surgery on vaginal sensibility. *J Sex Med*. 2011 Apr;8(4):1239-45. PubMed PMID: 21235724. Epub 2011/01/18. eng.
80. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med*. 2010 Apr;7(4 Pt 1):1454-63. PubMed PMID: 20141590. Epub 2010/02/10. eng.
81. 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 Dec;24(4):221-9. PubMed PMID: 14702882. Epub 2004/01/02. eng.
82. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Dec;52(4):675-81. PubMed PMID: 20393419. Epub 2010/04/16. eng.
83. Kratochvil S. [Vaginal contractions in female orgasm]. *Cesk Psychiatr*. 1994 Feb;90(1):28-33. PubMed PMID: 8174183. Epub 1994/02/01. Vaginalni kontrakce pri zenskem orgasmu. cze.
84. 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 Jun 25. PubMed PMID: 20584130. Epub 2010/06/30. Eng.
85. 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 Dec;24(11):3305-16. PubMed PMID: 17156391. Epub 2006/12/13. eng.
86. Perlis RH, Laje G, Smoller JW, Fava M, Rush AJ, McMahon FJ. Genetic and clinical predictors of sexual dysfunction in citalopram-treated depressed patients. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Jun;34(7):1819-28. PubMed PMID: 19295509. Epub 2009/03/20. eng.
87. Opara PI, Eke GK, Akani NA. Mothers perception of sexuality education for children. *Niger J Med*. 2010 Apr-Jun;19(2):168-72. PubMed PMID: 20642083. Epub 2010/07/21. eng.
88. O'Connell HE, Eizenberg N, Rahman M, Cleeve J. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med*. 2008 Aug;5(8):1883-91. PubMed PMID: 18564153. Epub 2008/06/20. eng.
89. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol*. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1189-95. PubMed PMID: 16145367. Epub 2005/09/08. eng.
90. Ruether RR. Sex and the body in the Catholic tradition. *Conscience*. 2000 Winter;20(4):2-12. PubMed PMID: 12178913. Epub 2002/08/15. eng.
91. Ruether RR. Women, sexuality, ecology, and the church. *Conscience*. 1993 Spring-Summer;14(1-2):6-11. PubMed PMID: 12178858. Epub 1993/04/01. eng.
92. WHO WHO. Working Definitions of Sex, Sexuality, Sexual Health and Sexual Rights. In: WAFS H, editor. *Sexual Health for the Millennium*. ed. Minneapolis World Association for Sexual Health;; 2008.
93. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, T KK, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services, narrative review. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2015 Jul;13(7):403-12. PubMed PMID: 26494987. Pubmed Central PMCID: 4609319.
94. de Lucena BB, Abdo CH. Personal factors that contribute to or impair women's ability to achieve orgasm. *International journal of impotence research*. 2014 Sep-Oct;26(5):177-81. PubMed PMID: 24646674.
95. Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *The journal of sexual medicine*. 2007 Mar;4 Suppl 3:235-53. PubMed PMID: 17394596.
96. Goldstein I, Fisher WA, Sand M, Rosen RC, Mollen M, Brock G, et al. Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The journal of sexual medicine*. 2005 Nov;2(6):819-32. PubMed PMID: 16422806.
97. 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. *The journal of sexual medicine*. 2016 Feb;13(2):168-78. PubMed PMID: 26953831.
98. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American family physician*. 2000 Jul 1;62(1):127-36, 41-2. PubMed PMID: 10905784.
99. Raghunandan C, Agrawal S, Dubey P, Choudhury M, Jain A. A comparative study of the effects of local estrogen with or without local testosterone on vulvovaginal and sexual dysfunction in postmenopausal women. *The journal of sexual medicine*. 2010 Mar;7(3):1284-90. PubMed PMID: 20102444.
100. Apperloo M, Midden M, van der Stege J, Wouda J, Hoek A, Weijmar Schultz W. Vaginal application of testosterone: A study on pharmacokinetics and the sexual response in healthy volunteers. *The journal of sexual medicine*. 2006 May;3(3):541-9. PubMed PMID: 16681480.
101. 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. *The journal of sexual medicine*. 2014 May;11(5):1262-70. PubMed PMID: 24612478.
102. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2005 Sep;90(9):5226-33. PubMed PMID: 16014407.
103. 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 Clinic proceedings. 2017 Jan;92(1):114-28. PubMed PMID: 27916394.
104. Emhardt E, Siegel J, Hoffman L. Anatomic variation and orgasm: Could variations in anatomy explain differences in orgasmic success? *Clinical anatomy*. 2016 Jul;29(5):665-72. PubMed PMID: 26916103.
105. Puppo V, Puppo G. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. *Clinical anatomy*. 2015 Apr;28(3):293-304. PubMed PMID: 25283533.
106. Struck P, Ventegodt S. Clinical holistic medicine: teaching orgasm for females with chronic anorgasmia using the Betty Dodson method. *TheScientificWorldJournal*. 2008;8:883-95. PubMed PMID: 18836654.
107. Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med*. 2008 Nov 6;359(19):2005-17. PubMed PMID: 18987368. Epub 2008/11/07. eng.
108. Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of Contraception on Female Sexual Function. *Journal of women's health*. 2016 Sep 13. PubMed PMID: 27622561.
109. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016 Aug 31(8):CD001500. PubMed PMID: 27577677.
110. Delgado JL, Estevez J, Radicioni M, Loprete L, Moscoso Del Prado J, Nieto Magro C. Pharmacokinetics and preliminary efficacy of two vaginal gel formulations of ultra-low-dose estril in postmenopausal women. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2016 Apr;19(2):172-80. PubMed PMID: 26786399.
111. Murina F, Graziottin A, Felice R, Di Francesco S. Coital pain in the elderly: could a low dose estriol gel thrill the vulvar vestibule? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2016 Dec;207:121-4. PubMed PMID: 27838536.
112. Amuzu BJ. Nonsurgical therapies for urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol*. 1998 Sep;41(3):702-11. PubMed PMID: 9742366. Epub 1998/09/22. eng.
113. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *Journal of lower genital tract disease*. 2005 Jan;9(1):40-51. PubMed PMID: 15870521.
114. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of sexual behavior*. 2010 Apr;39(2):292-303. PubMed PMID: 19830537.
115. Shishido K, Peng Q, Jones R, Omata S, Constantinou CE. Influence of pelvic floor muscle contraction on the profile of vaginal closure pressure in continent and stress urinary incontinent women. *The Journal of urology*. 2008 May;179(5):1917-22. PubMed PMID: 18353401.
116. Thompson JA, O'Sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal squeeze pressure measurements. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2006 Nov;17(6):624-30. PubMed PMID: 16532264.
117. Meyer S, Salchli F, Bettaieb H, Vial Y, Baud D, Fornage S, et al. [The peripheral sexual response ... from urogynecology to sexology]. *Revue medicale suisse*. 2015 Dec 9;11(498):2320-5. PubMed PMID: 26790237. La reponse sexuelle peripherique ... de l'urogynecologie a la sexologie.
118. Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction-secondary analysis of a randomised trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2016 Mar;123(4):634-42. PubMed PMID: 26691895.
119. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016 May;87:49-60. PubMed PMID: 27013288. Pubmed Central PMCID: 4808247.

Capítulo 2

Disfunção sexual feminina e depressão

Carmita H. N. Abdo

Sumário

Introdução

Etiopatogenia da Depressão

Quadro Clínico e Diagnóstico da Depressão

Fisiopatologia das Disfunções Sexuais

Mecanismos Anatômicos e Bioquímicos

Efeitos Específicos de Medicamentos

Preditores Genéticos

Fatores de Risco para Disfunção Sexual

Depressão e Disfunção Sexual no Ciclo da Vida da Mulher

Síndrome Pré-menstrual e Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Depressão Durante a Gravidez

Depressão no Puerpério

Antidepressivos Durante a Lactação

Depressão no Climatério e na Menopausa

Depressão Tratada, Não Tratada e Disfunção Sexual

Diagnóstico das Disfunções Sexuais

Manejo da Disfunção Sexual Induzida por Antidepressivo

Efeitos de Drogas Específicas

Considerações Finais

Disfunção sexual feminina e depressão

Carmita H. N. Abdo¹

Resumo

Pacientes com depressão têm maior ocorrência de disfunção sexual do que a população geral. No entanto, a depressão nem sempre é a causa da disfunção sexual, já que a própria disfunção pode levar à depressão.

A soma de fatores de ordem biológica, psicossocial e ambiental pode explicar a depressão como consequência de ritmos biológicos alterados por eventos estressores. Dentre os fatores biológicos estão as oscilações de hormônios e neurotransmissores, a vulnerabilidade genética e as doenças sistêmicas; os fatores psicossociais incluem perdas de parentes, de emprego, separações; medicamentos, uso de drogas, consumo de álcool em excesso, alterações do ritmo biológico, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância constituem os fatores ambientais.

A sintomatologia da depressão se manifesta por baixa autoestima, isolamento social, crises de choro, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e decisão, prejuízo da memória, ideias de ruína e de suicídio. Podem ocorrer, também, sintomas físicos: fadiga, alterações do apetite (perda ou aumento), do sono (insônia ou hipersonia), diminuição do interesse sexual, e dores generalizadas ou localizadas.

Ao longo da vida, a expressão de qualquer interesse ou atividade sexual varia, entre e em diferentes situações/experiências, de acordo com o equilíbrio de elementos físicos e psicológicos, em um determinado momento (modulação da excitação *versus* inibição). Os principais mecanismos envolvidos nessa dinâmica são os anatômicos e bioquímicos, os efeitos de medicamentos e os preditores genéticos.

Múltiplos fatores de risco influem na frequência de disfunção sexual, que varia de acordo com as condições sociodemográficas, idade, educação, situação conjugal e de emprego. Os efeitos adversos sexuais da depressão são mais comuns em indivíduos mais velhos e naqueles com nível educacional mais baixo, enquanto taxas menores são exibidas por pacientes casados e empregados.

Medicamentos como inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), antipsicóticos, lítio, estabilizadores do humor, diuréticos poupadores de potássio e tiazídicos, betabloqueadores e antiulcerosos bloqueadores da histamina (H2) afetam diferentes estágios da resposta sexual, por vários mecanismos.

Evidências sugerem que os hormônios ovarianos modulam a neurotransmissão de serotonina e noradrenalina, um processo que pode estar associado a processos fisiopatológicos subjacentes, envolvidos na deflagração de sintomas depressivos durante períodos de flutuação hormonal, em subpopulações biologicamente predispostas,

¹Psiquiatra, Livre-Docente e Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

conduzindo a: transtorno disfórico pré-menstrual, depressão durante a gravidez, depressão no puerpério e depressão no climatério e na menopausa.

É relevante avaliar a disfunção sexual, durante o tratamento da depressão, porque há uma relação bem estabelecida entre funcionamento sexual e qualidade de vida; além disso, o funcionamento sexual é valorizado pelos indivíduos, independentemente de seu estado de humor. Em segundo lugar, em pacientes deprimidos, a disfunção sexual pode ser fonte adicional de angústia, prolongando ou agravando a doença. E em terceiro, disfunção sexual associada a antidepressivo pode levar à não adesão ao tratamento, incluindo a descontinuação do medicamento, o que prejudica a recuperação do quadro depressivo.

Como orientação geral, recomenda-se que — se a avaliação inicial revelar disfunção sexual preexistente ou a preferência da paciente por efeito mínimo/nenhum do tratamento sobre a sua função sexual — os antidepressivos com menor risco de efeitos secundários sexuais (mirtazapina, bupropiona, vortioxetina) sejam a primeira escolha. Se, pelo contrário, o rastreio não indicar disfunção sexual prévia, ou o funcionamento sexual não for uma prioridade para a paciente, as opções de antidepressivos devem se basear nas diretrizes gerais.

Introdução

O transtorno depressivo é uma doença crônica que causa morbidade significativa, com prevalência ao longo da vida de até 15% da população dos países industrializados.^{1,2} Tem repercussão não só sobre a saúde mental, mas representa também fator de risco para comorbidades médicas, abuso de substâncias e funcionamento psicossocial precário. Menor interesse e prazer em atividades é um sintoma central da depressão, o qual se aplica também à função sexual. Portanto, pacientes com depressão têm maior ocorrência de disfunção sexual do que a população geral,³⁻⁸ especialmente disfunção erétil (nos homens) e desejo hipoativo (nas mulheres), embora as três fases da resposta sexual (desejo/excitação/orgasmo) possam ser prejudicadas.^{4,9-12}

A disfunção sexual é a incapacidade de participar do ato sexual, com satisfação, por impedimento em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual ou dor relacionada ao intercuro. Essa perturbação causa acentuado sofrimento e dificuldade interpessoal.⁹

Em mulheres, a disfunção sexual se manifesta como: diminuição do interesse sexual (desejo hipoativo); alteração da excitação (inibição da sensação genital, falta de lubrificação); retar-

do ou ausência do orgasmo e dispareunia (dor à relação). A depressão nem sempre é a causa da disfunção sexual, já que a própria disfunção sexual pode levar à depressão. Uma recente revisão sistemática demonstrou associação bidirecional entre depressão e disfunção sexual: a depressão representa um risco aumentado de 50% a 70% de desenvolvimento de disfunção sexual; disfunção sexual aumenta a chance de depressão entre 130% e 210%.¹³

Etiopatogenia da Depressão

Múltiplos fatores etiológicos combinados desencadeiam a depressão, em indivíduos vulneráveis. A ação desses fatores converge para o sistema límbico, onde ocorre um desequilíbrio das aminas (serotonina, noradrenalina e dopamina), dos sistemas de segundo mensageiro (adenilciclase) e de peptídeos neuroativos. Observa-se, também, alteração dos eixos hipotálamo-hipófise-adrenal, tireoidiano e do hormônio do crescimento, distúrbios do sono, dos ritmos circadianos e do sistema imunológico.^{14,15}

Há evidências de que a depressão esteja associada à hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, a qual sensibiliza o indivíduo aos eventos vitais: eventos negativos na infância

acompanham-se de alterações persistentes nos sistemas de resposta ao estresse, comprometendo o fator de liberação da corticotropina e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a vulnerabilidade para transtornos afetivos e ansiosos na vida adulta.¹⁶

Estima-se predisposição genética entre 31% e 42%, cuja hipótese é de envolvimento da transmissão múltipla de genes que afetam o transporte de monoaminas (serotonina, norepinefrina).¹⁷

Depressão, outras doenças e condições médicas estão usualmente associadas: doenças neurológicas e infecciosas, endocrinopatias, colagenoses, distúrbios alimentares e neoplasias.¹⁸ A depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade por doenças sistêmicas crônicas, especialmente em indivíduos acima de 50 anos. Essa associação duplica o prejuízo aos pacientes. Nesses casos, a depressão pode ser primária ou secundária à doença sistêmica.¹⁹ Ela pode causar doença física (por deficiência imunológica, pouca adesão ao tratamento antidepressivo, higiene e alimentação precárias) e por elevar o risco cardiovascular. Por outro lado, a depressão frequentemente é acompanhada por sintomas físicos inespecíficos.²⁰

A associação de fatores de ordem biológica, psicossocial e ambiental pode explicar a depressão como consequência de ritmos biológicos alterados por eventos estressores.¹⁴ Dentre os fatores biológicos estão as oscilações de hormônios e neurotransmissores, a vulnerabilidade genética e as doenças sistêmicas; os fatores psicossociais incluem perdas de parentes, de emprego, separações; determinados medicamentos (esteroides, barbitúricos, anti-hipertensivos, betabloqueadores, benzodiazepínicos, antipsicóticos, interferon, quimioterápicos, L-dopa e digoxina), uso de drogas, consumo de álcool em excesso, alterações do ritmo biológico, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância constituem os fatores ambientais.^{21,22}

Quadro Clínico e Diagnóstico da Depressão

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, irritável ou vazio, associado a alterações cognitivas e somáticas, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento da mulher. O que difere entre esses transtornos são a duração, o momento ou a etiologia presumida.⁹

O transtorno depressivo (maior) representa a condição clássica desse grupo. É caracterizado por episódios de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure mais tempo), envolvendo alterações na cognição, no afeto e nas funções neurovegetativas, com remissões entre os episódios.⁹

A sintomatologia da depressão se manifesta por baixa autoestima, isolamento social, crises de choro, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e decisão, prejuízo da memória, ideias de ruína e suicídio. Podem ocorrer, também, sintomas físicos: fadiga, alterações do apetite (perda ou aumento), do sono (insônia ou hipersonia), diminuição do interesse sexual, e dores generalizadas ou localizadas.⁹ Os critérios diagnósticos para depressão, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), estão resumidos na Tabela 1.

Os sintomas elencados na Tabela 1 devem ocorrer quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido

Tabela 1Critérios diagnósticos para depressão, segundo o DSM-5⁹

| | |
|----|--|
| A. | Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante duas semanas e representam mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas deve ser 1 ou 2 |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido 2. Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades 3. Perda/ganho de peso significativo ou aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias 4. Insônia ou hipersonia 5. Agitação ou retardo psicomotor (observado por outros) 6. Fadiga ou perda de energia 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva (que podem ser delirantes) ou inapropriada (não meramente autorrecriminação a respeito de estar doente) 8. Diminuição da capacidade de pensar/se concentrar ou indecisão 9. Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida recorrente |
| B. | Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional |
| C. | O episódio não é atribuível aos efeitos de uma substância ou outra condição médica |

deve estar presente na maior parte do dia e em quase todos os dias. A característica essencial de um episódio depressivo é um período de pelo menos duas semanas, durante as quais há humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Critério A). O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B) e não ser consequência direta de uso de substâncias ou outra condição médica (Critério C).⁹

Na mulher, o curso da depressão tende a ser mais prolongado (com quadros crônicos e recorrentes), com maior sintomatologia e somatização, picos de piora em fase pré-menstrual, puerpério e climatério/menopausa, mais comorbidade e maior resistência ao tratamento.²³

A Associação Médica Brasileira recomenda a diretrix com onze questões que auxiliam no diagnóstico da depressão. Respostas afirmativas identificam o episódio depressivo. São elas:²⁴

1. Você se sentiu incomodada por estar “para baixo”, deprimida (ou desanimada) e sem esperança?
2. Você se sentiu incomodada por ter pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
Completam essa identificação as respostas às questões:
3. Tem se sentido com pouca energia?

4. Tem notado perda de interesse pelas atividades?
5. Tem tido menos autoconfiança?
6. Tem se sentido desanimada ou descrente quanto ao futuro?
7. Tem dificuldade de concentração?
8. Tem pouco apetite ou está emagrecendo?
9. Tem acordado mais cedo que o habitual?
10. Está mais lenta?
11. Sente-se pior pela manhã?

Os sintomas têm valor diagnóstico, desde que causem sofrimento ou comprometam atividades de rotina.

A depressão típica (e que melhor responde ao tratamento) caracteriza-se por início agudo, retraimento emocional, falta de apetite, insônia terminal, lentificação psicomotora, anedonia e sentimento de culpa.⁹ Características diferentes dessas resultam em pior resposta à medicação.

Fisiopatologia das Disfunções Sexuais

A expressão de qualquer interesse ou atividade sexual varia, entre e em diferentes situações/experiências, de acordo com o equilíbrio de fatores físicos e psicológicos, em um determinado momento (modulação da excitação *versus* inibição).²⁵

Os principais mecanismos envolvidos nessa dinâmica são os anatômicos e bioquímicos, os efeitos de medicamentos e os preditores genéticos.

Mecanismos Anatômicos e Bioquímicos

A resposta sexual envolve uma complexa interação entre fatores neurogênicos, psicogênicos, vasculares e hormonais comandados pelo cérebro. As principais áreas cerebrais envolvidas são o hipotálamo, o sistema límbico e o córtex.²⁶ A resposta sexual pode ser analisada em termos de suas diferentes fases ou componentes. Os componentes incluem sistema nervoso autônomo, emoções, motivação e cognição/atenção. Diferentes regiões cerebrais são ativadas em cada uma das fases e dos componentes.²⁷

Ao nível molecular, o sistema nervoso autônomo, o eixo hipofisário-hipófise-adrenal, os hormônios sexuais e os neurotransmissores atuam sinergicamente para a resposta sexual.²⁸ A fase inicial dessa resposta, o desejo, é predominantemente controlada pela dopamina. Excitação, resultando em ereção nos homens e lubrificação e intumescimento vulvovaginal em mulheres, é controlada por acetilcolina e óxido nítrico. Finalmente, o orgasmo, acompanhado de ejaculação em homens, é regulado por serotonina, norepinefrina e prolactina, e está associado à liberação de ocitocina. Excesso de serotonina (5-HT) nos receptores

5-HT₂ e 5-HT₃, entretanto, inibe a ejaculação e o orgasmo. A disfunção sexual também resulta de aumento da serotonina (que afeta os receptores 5-HT₂ e 5-HT₃), diminuição da dopamina, bloqueio de receptores colinérgicos e adrenérgicos α -1, inibição da óxido nítrico sintetase e elevação dos níveis de prolactina.²⁷

Efeitos Específicos de Medicamentos

Os agentes antidepressivos afetam as três fases do ciclo de resposta sexual. A fase especificamente afetada e a gravidade dos sintomas são influenciadas pelo tipo e pelo número de receptores alvos de cada medicamento. Além disso, esses fatores são atingidos pelos efeitos diretos dos medicamentos sobre os receptores, incluindo serotonina, norepinefrina, dopamina, histamina e acetilcolina. O impacto total também pode ser dose-dependente.²⁷

Apesar da serotonina diminuir o desejo sexual e a excitação, a resposta difere, conforme os subtipos de receptores. A estimulação dos receptores 5-HT_{2C} e 5-HT_{1A} pode facilitar a resposta sexual, respectivamente, enquanto a estimulação de 5-HT_{2A} a inibe.²⁹

A Tabela 2 detalha a ação dos diferentes tipos de antidepressivos sobre as fases da resposta sexual.

Tabela 2

Antidepressivos e efeitos adversos sobre a função sexual (adaptado de Clayton AH, West SG., 2003³⁰)

| Antidepressivos | Efeitos Sexuais Adversos | |
|---|---|--|
| Tricíclicos | <ul style="list-style-type: none"> • Desipramina • Nortriptilina • Amitriptilina • Imipramina | Diminuição do desejo, disfunção orgásmica, atraso ou ausência de orgasmo, disfunção de ejaculação e disfunção erétil |
| IMAO (Inibidores da monoamino-oxidase) | <ul style="list-style-type: none"> • Moclobemida • Tranicipromina • Fenzina | Diminuição do desejo, disfunção orgásmica e disfunção de ejaculação |
| ISRS (Inibidores seletivos da recaptação da serotonina) | <ul style="list-style-type: none"> • Citalopram • Escitalopram • Fluoxetina • Fluvoxamina • Paroxetina • Sertralina | Diminuição do desejo, disfunção orgásmica, disfunção de ejaculação e diminuição da lubrificação |
| Outros | <ul style="list-style-type: none"> • Trazodona | Aumento do desejo, disfunção erétil e orgásmica, priapismo |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina | Diminuição do desejo, disfunção orgásmica, disfunção erétil |

Tabela 3Tipo e frequência de disfunção sexual por antidepressivo (adaptado de Coleman CC et al., 1999;³¹ Montejo-González AL et al., 2001³²)

| Droga | Impacto sobre | | |
|---------------------------|---------------|-----------|---------|
| | Desejo | Excitação | Orgasmo |
| Bupropiona ³¹ | + | + | + |
| Citalopram ³² | +++ | +++ | +++ |
| Fluoxetina ³² | +++ | ++ | +++ |
| Fluvoxamina ³² | +++ | ++ | +++ |
| Mirtazapina ³² | ++ | ++ | ++ |
| Nefazodona ³² | + | + | + |
| Paroxetina ³² | +++ | +++ | +++ |
| Sertralina ³² | +++ | +++ | +++ |
| Venlafaxina ³² | +++ | +++ | +++ |

+, frequência < 10% ou 25% relativa ao placebo;³¹ ++, frequência 10-25%;³² +++, frequência 25%³¹

Já a Tabela 3 especifica a intensidade do impacto causado por antidepressivos, em cada uma dessas fases.

Preditores Genéticos

A disfunção sexual associada ao uso de antidepressivo varia em intensidade e não afeta todos os que recebem tratamento. Essa observação levou à investigação de possíveis variantes genéticas que possam influenciar o risco de disfunção sexual. Estudos iniciais analisaram receptores de serotonina, genes transportadores de serotonina, genes glutaminérgicos, genes do citocromo p450 e genes transportadores de efluxo de fármacos. Vários desses estudos são limitados, pelo tamanho da amostra, e justificam a replicação em populações maiores, para validação adicional.²⁷

Um estudo recente investigou variantes do gene ABCB1, que codifica um transportador de efluxo de drogas na barreira hematoencefálica, e postulou que as variantes com função diminuída (levando a uma maior concentração de antidepressivos no sistema nervoso central) podem aumentar o risco de disfunção sexual. Essa hipótese parece ser verdadeira para uma variante genética particular, rs1128503, que foi associada com disfunção sexual em indivíduos que receberam um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), que serviu como substrato transportador.³³

Fatores de Risco para Disfunção Sexual

A frequência de disfunção sexual é afetada por múltiplos fatores de risco que podem confundir a estimativa de prevalência em pacientes que usam antidepressivos. A incidência varia de acordo com as condições sociodemográficas, incluindo idade, educação, situação conjugal e de emprego. Os efeitos adversos sexuais da depressão são mais comuns em indivíduos mais velhos e naqueles com nível educacional mais baixo,^{34,35} enquanto taxas menores são exibidas por pacientes casados e empregados.³⁴

Doenças crônicas (neurológicas, diabetes, dor crônica, câncer e cardiopatia isquêmica) comprometem a função sexual. Além disso, doenças sexualmente transmissíveis, consumo excessivo de álcool e uso de substâncias ilícitas podem alterar o neurocircuito do ciclo de resposta sexual e levar à disfunção sexual.³⁶

Idade avançada é um fator de risco independente, tanto para a depressão quanto para a disfunção sexual.^{36,37} Desfigurações (mastectomia, queimaduras) podem afetar a autopercepção sexual.

Medicamentos que não sejam ISRS — incluindo antipsicóticos, lítio, estabilizadores do humor, diuréticos poupadores de potássio e tiazídicos, betabloqueadores e antiulcerosos bloqueadores da histamina (H2) —, afetam di-

ferentes estágios da resposta sexual, por vários mecanismos. O abuso sexual anterior ou atual e as relações sexuais indesejadas também desempenham papel relevante.³⁸⁻⁴²

Depressão e Disfunção Sexual no Ciclo da Vida da Mulher

O maior risco para episódios depressivos, em determinados períodos da vida da mulher, pode ser explicado pela menor concentração de estrogênio circulante nesses períodos, o que estimula os sistemas serotoninérgicos e adrenérgicos.⁴³⁻⁴⁵

Evidências sugerem que os hormônios ovarianos modulam a neurotransmissão de serotonina e noradrenalina, um processo que pode estar associado a processos fisiopatológicos subjacentes, envolvidos na deflagração de sintomas depressivos durante períodos de flutuação hormonal, em subpopulações biologicamente predispostas.⁴⁶

Síndrome Pré-menstrual e Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Cerca de 75% das mulheres que menstruam apresentam algum sintoma físico, emocional e/ou comportamental de síndrome pré-menstrual (SPM), que se resolve por mudança no estilo de vida e/ou terapias conservadoras. Somente 3% a 8% das mulheres são diagnosticadas com transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), no qual sintomas somáticos estão presentes, mas os psíquicos são mais relevantes.⁴³ A principal hipótese etiopatogênica é a vulnerabilidade e a desregulação do sistema serotoninérgico, devido às flutuações dos hormônios sexuais.⁴⁷

Depressão Durante a Gravidez

A história prévia é o principal fator de risco para depressão durante a gravidez. São fatores secundários: casos prévios de aborto, malformação fetal, natimortos, gravidez não planejada, histórico familiar de doença psiquiátrica, situa-

ções estressantes, ausência de apoio familiar e social, violência doméstica e abuso de álcool e uso de drogas. Pesquisas recentes relatam a presença de dois biomarcadores epigenéticos que poderiam ser um fator preditivo na identificação de maior risco para depressão, o que permitiria intervenção precoce.⁴⁸

A prescrição de psicotrópicos durante a gestação deve ser discutida antes da concepção. A retirada do medicamento pode ser considerada nos casos de depressão leve, onde as terapias interpessoal e cognitivo-comportamental podem contribuir.⁴⁹

Se a depressão é recorrente ou refratária, pode-se manter o antidepressivo, dando preferência àqueles com mais informação de segurança.⁴⁹ Há sites na internet que fornecem informações de segurança sobre o uso de drogas na gestação (<http://febrasgo.org.br>; <http://drugs.com/pregnancy>).

O uso de antidepressivos durante a gestação apresenta os seguintes riscos: abortamento, teratogênese, toxicidade neonatal e sequelas tardias no comportamento da criança.^{50,51} A gravidade do quadro depressivo da mãe e a exposição do bebê ao transtorno depressivo materno e/ou à medicação são critérios fundamentais para as decisões clínicas.⁵²

Quanto ao funcionamento sexual da mulher durante a gravidez, uma metanálise mostrou que no primeiro trimestre o interesse sexual se apresenta inalterado ou levemente diminuído, tornando-se bastante variável no segundo trimestre e bem reduzido no último.⁵³ Estudos recentes confirmam o prejuízo à função sexual na medida em que a gravidez evolui. Inibição do desejo, dificuldade de excitação, falta de lubrificação, anorgasmia, dor à relação e insatisfação com a atividade sexual são as queixas mais comuns, o que leva à diminuição da frequência sexual ao longo dos trimestres.⁵⁴⁻⁵⁵ Além disso, presença de depressão no primeiro trimestre é

preditor negativo da função sexual, da excitação, da lubrificação, do orgasmo e da dispareunia. No terceiro trimestre, depressão é preditor negativo para desejo e satisfação.⁵⁶

Depressão no Puerpério

São três os transtornos depressivos no puerpério: disforia puerperal (*blues*), depressão puerperal e psicose puerperal. Até 85% das mães de recém-nascidos manifestam algum grau de disforia puerperal (*blues*), identificada por instabilidade emocional, irritabilidade, choro fácil, insônia, ansiedade e sentimentos de inadequação.⁵⁷ Tal sintomatologia surge, geralmente, nos primeiros dias após o parto e costuma desaparecer espontaneamente em até duas semanas, não exigindo tratamento específico. A persistência dos sintomas por mais de duas semanas sugere evolução para quadro depressivo mais grave (depressão pós-parto), o qual ocorre entre 13% e 19% das puérperas,⁵⁷⁻⁵⁹ caracterizado por sintomatologia depressiva padrão, acompanhada de agressividade contra o bebê. Tem início insidioso e manifesta-se, geralmente, nas primeiras seis semanas após o parto, podendo ocorrer, também, meses depois do nascimento. O período mais crítico são os primeiros três meses, sendo necessário acompanhamento psiquiátrico. A recorrência pode atingir 50%,⁶⁰ sendo necessários cuidados psiquiátricos precoces à mulher que planeja engravidar novamente.

A psicose puerperal acomete entre 0,1% e 0,2% das puérperas. Trata-se de um quadro grave, de início súbito (1 a 4 semanas após o parto),⁶¹ com irritabilidade, inquietação e distúrbios do sono. Evolui para quadro psicótico, caracterizado por humor depressivo ou eufórico, labilidade emocional, comportamento confuso e desorganizado, delírios e alucinações. Eclâmpsia, encefalites, tireoideopatias, tromboflebite cerebral, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia devem ser descartados como

causas desse quadro.⁶² A falta de tratamento adequado (incluindo internação hospitalar), põe em risco mãe e bebê.

Quanto à função sexual no ciclo gravídico-puerperal, um estudo que acompanhou mulheres durante doze semanas após o parto, encontrou que depressão, fadiga, dispareunia e amamentação exercem impacto negativo sobre a função sexual da mulher.⁶³ Outro estudo, com seguimento de 12 meses, mostrou que 64,3% das mulheres referem disfunções sexuais e 70,5%, insatisfação sexual, estando a depressão pós-parto significativamente associada à presença de disfunção sexual.⁶⁴

A retomada da atividade sexual no puerpério ocorre mais tarde em mulheres com depressão.⁶⁵ Uma pesquisa que comparou mulheres puérperas com e sem depressão demonstrou que, embora a prevalência de desejo hipoativo seja similar em ambos os grupos, os índices de outras disfunções sexuais (inibição da excitação, dificuldade para o orgasmo e dor à relação) são maiores no grupo de mulheres com depressão.⁶⁶

Antidepressivos Durante a Lactação

Medicações ingeridas pela lactante são excretadas no leite materno. Riscos e benefícios da utilização de ISRSs e tricíclicos, durante a amamentação, devem ser avaliados, tanto do ponto de vista da saúde da mãe quanto do bebê.⁶⁷ Sertralina e paroxetina apresentam perfil de segurança mais favorável durante a amamentação que outros ISRSs.⁶⁸ Antidepressivos duais (duloxetina, venlafaxina, por exemplo) são menos estudados, mas os poucos dados disponíveis não encontraram contraindicação ao uso durante a amamentação.^{69,70} Entretanto, faltam estudos dos efeitos a longo prazo.

Lítio e antipsicóticos devem ser evitados. Os benzodiazepínicos devem ser utilizados em doses baixas, de modo intermitente e não pro-

longado e em casos excepcionais, pois podem deprimir o sistema nervoso central do bebê.⁷¹

Depressão no Climatério e na Menopausa

No climatério, as mulheres podem experimentar ondas de calor (fogachos), insônia, alterações de humor, ansiedade, suores noturnos, secura vaginal e queixas cognitivas. Apesar desses sintomas não apresentarem risco maior, impactam negativamente a qualidade de vida das mulheres.⁷²

Fatores biológicos e ambientais (história de alterações de humor pré-menstruais ou no pós-parto, história de transtorno depressivo prévio, presença e gravidade das ondas de calor, alterações do sono, eventos vitais estressantes, condição socioeconômica e uso de hormônios ou substâncias psicoativas) são preditivos independentes ou moduladores para o advento de transtorno de humor nessa fase da vida. A regulação do sistema monoaminérgico pelos hormônios ovarianos pode explicar, em parte, o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos em populações biologicamente predispostas.⁷³

Apesar da forte correlação entre o aumento ou o surgimento desses sintomas e as oscilações nos hormônios sexuais, mulheres climáticas, com histórico prévio de depressão, têm depressão com maior frequência nessa fase de vida.⁷

A transição menopáusica resulta em alterações anatômicas estruturais que podem gerar desejo hipoativo e dispareunia.²⁷ Nessa fase, o comportamento sexual feminino pode se modificar, resultando em desejo diminuído, capacidade de excitação mais lenta e menor frequência sexual.⁷⁴ Disso decorre a necessidade de preliminares mais trabalhadas, antes da penetração vaginal, sem o que a lubrificação e o relaxamento serão insuficientes, po-

dendo ocasionar dor (dispareunia). A baixa produção de estrógenos e a consequente atrofia da mucosa vaginal respondem por esse quadro. Também a menor produção de testosterona pelos ovários e suprarrenais da mulher, a partir dessa fase, interfere no interesse por sexo e na frequência sexual.^{74,75}

Os sintomas da falta de excitação sexual, tal como a dificuldade de lubrificação, ocorrem em 10% a 15% das mulheres pré-menopausadas, comparadas com 25% a 30% das mulheres pós-menopausadas. Dificuldade para o orgasmo é referida por 20% de todos os grupos etários, não obstante tenda a diminuir com a idade. A dispareunia atinge 12% a 45% das mulheres após a menopausa.⁷⁶

Na menopausa e na pós-menopausa, as causas das disfunções sexuais podem também ser psíquicas (conflitos pessoais, depressão e ansiedade, por exemplo).⁷⁴ As doenças que frequentemente causam disfunções sexuais são aquelas que comprometem vasos e nervos, dificultando a irrigação sanguínea dos genitais, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e dislipidemias. Esse quadro prejudica a excitação por comprometer a lubrificação vaginal e o intumescimento dos genitais. Prejudicada a excitação, o orgasmo pode não ocorrer e pode haver dor durante o ato sexual.⁷⁷

Depressão Tratada, Não Tratada e Disfunção Sexual

As dificuldades sexuais são extremamente comuns entre indivíduos com depressão não tratada. Estudo recente observou prevalência de 86% entre os pacientes deprimidos que não recebem tratamento antidepressivo *versus* 73% entre aqueles que usam medicamentos.⁷⁸ Tais achados sugerem que o tratamento adequado da doença pode promover melhor funcionamento sexual.

A frequência de disfunção sexual associada a antidepressivos difere em certa medida com base no respectivo mecanismo. Um grande estudo prospectivo acompanhou mais de 1.000 pacientes, indicando que entre as classes de antidepressivos, os ISRSs e os inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina (IRSNs) evidenciaram maior incidência de disfunção sexual, o que variou entre 57% e 72%.³² O mesmo estudo sugeriu que o uso de outras classes de antidepressivos resulta em menor incidência de efeitos adversos sexuais: com bloqueadores 5-HT₂, a incidência variou entre 8% e 24%, enquanto que com inibidores da monoamino oxidase (IMAOs) a taxa aproximou-se de 4%.³²

Uma metanálise apontou que citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina e venlafaxina apresentam maior probabilidade de induzir disfunção sexual (com prevalência entre 70% e 80%); fluvoxamina, escitalopram, duloxetina, fenelzina e imipramina estão associados a menores índices de incidência (25%-45%), mas superiores à do placebo; finalmente, amineptina, agomelatina, bupropiona, mirtazapina, moclobemida e nefazodona tiveram as menores taxas (5%-25%).⁷⁹

É relevante avaliar a disfunção sexual no tratamento da depressão, porque há uma relação bem estabelecida entre funcionamento sexual e qualidade de vida;^{32,80-82} além disso, o funcionamento sexual é valorizado pelos indivíduos, independentemente de seu estado de humor.^{3,83} Em segundo lugar, em pacientes deprimidos, disfunção sexual pode ser uma fonte adicional de angústia, prolongando ou agravando a doença.⁶ E em terceiro, disfunção sexual associada a antidepressivo pode levar à não adesão ao tratamento, incluindo a descontinuação da medicação, o que prejudica a recuperação da depressão.^{3,32,80,82,84,85}

Limitam a atenção à função sexual da paciente em tratamento antidepressivo: a hesitação

dela para relatar espontaneamente a ocorrência deste evento adverso, a concepção errônea dos médicos de que a depressão é a única causa da disfunção sexual e o pouco conhecimento do manejo dos sintomas.^{3,32} Outro obstáculo à avaliação da disfunção sexual em pacientes deprimidas é a expectativa dos médicos de que as pacientes relatem espontaneamente a disfunção. No estudo ELIXIR, os participantes que foram questionados diretamente sobre disfunção sexual apresentaram duas vezes mais probabilidade de relatar problemas (69%) em comparação com relatos espontâneos (35%).⁵

No tratamento a curto prazo da depressão, a disfunção sexual pode não ser tão significativa, pois o foco das pacientes está em outros efeitos adversos agudos e na expectativa de melhora da depressão. No tratamento a longo prazo, a tolerância aos efeitos adversos sexuais diminui e se torna prioridade das pacientes.^{10,86}

Diagnóstico das Disfunções Sexuais

O diagnóstico das disfunções sexuais é essencialmente sintomatológico, baseando-se na queixa associada à presença de elementos da anamnese. A persistência de pelo menos seis meses de sintomatologia que cause sofrimento clinicamente significativo são critérios para definir a presença de disfunção sexual.⁹ Falhas isoladas ou esporádicas não caracterizam quadro de disfunção sexual, mas resultam de condições cotidianas negativas, tal como preocupação ou cansaço.

A classificação mais recente das disfunções sexuais consta no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5),⁹ e é apresentada na Tabela 4.

A avaliação da disfunção sexual deve incluir investigação abrangente dos fatores próprios da paciente: idade, relacionamentos, uso de álcool ou outras substâncias, bem como condições psíqui-

Tabela 4Disfunções sexuais femininas, segundo o DSM-5.⁹

| Disfunções Sexuais Femininas | |
|---|---|
| 302.72 | Transtorno do interesse/excitação sexual feminino |
| 302.73 | Transtorno do orgasmo feminino |
| 302.76 | Transtorno de dor genitopélvica/penetração |
| Disfunção sexual induzida por substância/ medicamento | |
| 302.79 | Outra disfunção sexual especificada |
| 302.70 | Disfunção sexual não especificada |

cas e médicas comórbidas.³ Portanto, pacientes deprimidas devem ser rotineiramente pesquisadas sobre a função sexual. Por outro lado, pacientes que apresentam sintomas sexuais devem ser avaliadas quanto ao humor (depressão).^{13,87}

Uma história psicosexual detalhada pode revelar mais sobre o início dos sintomas (disfunção sexual primária *versus* secundária), situações nas quais esses sintomas ocorrem (generalizadas *versus* situacionais) e potenciais elementos agravantes.⁹

Em resumo, a anamnese sexual deve identificar:⁸⁸

- História sexual, das primeiras experiências até as práticas atuais
- Transtorno sexual ao longo da vida ou adquirido
- Variação dos sintomas: diferentes parceiras, masturbação, situações específicas ou generalizadas
- Fases do ciclo sexual prejudicadas
- Comorbidades, condições médicas/orgânicas
- Uso de medicamentos prescritos/sem receita
- Relacionamento da paciente com parceiro/a(os/as): áreas de conflito, nível de afeto e compromisso, satisfação com o relacionamento, controle da natalidade, criação dos filhos
- Humor
- Comportamento sexual de risco
- Desenvolvimento sexual (abuso físico e/ou sexual)
- Saúde sexual do parceiro

O uso de questionários validados foi incorporado a ensaios clínicos recentes, a fim de me-

dir disfunção sexual como um evento adverso ao antidepressivo. No entanto, estes questionários não se limitam à pesquisa e podem auxiliar médicos que prestam cuidados diretos à paciente, para melhor identificação da disfunção sexual, conseguindo assim melhorar a adesão ao tratamento e diminuir o risco de recorrência da depressão. Um estudo mostrou que a maioria dos médicos (90%), que realizam avaliação inicial da função sexual, o fazem por meio de entrevista. No entanto, apenas 24% dos profissionais também utilizam questionários formais como parte da avaliação.⁸⁹

No Brasil foi elaborado e validado um instrumento de avaliação da função e do desempenho sexual feminino.⁹⁰ Trata-se do Quociente Sexual – versão feminina (QS-F), que avalia qualitativamente os domínios da sexualidade da mulher. Possui linguagem acessível à nossa população, além de oferecer a possibilidade de investigação rápida e abrangente da função sexual feminina, de modo a detectar quais os domínios afetados e em que intensidade. A Tabela 5 apresenta o QS-F, os domínios pesquisados pelas 10 questões e de que forma o resultado final pode ser aferido e interpretado.

Vale lembrar que cada domínio (fantasias, desejo/interesse, excitação, orgasmo, dor e satisfação sexual) pode ser avaliado independentemente. Respostas ≤ 2 sugerem disfunção relacionada ao domínio que recebeu essa resposta. Por exemplo: resposta ≤ 2 para a questão 4 significa baixa excitação.⁹⁰

O diagnóstico laboratorial da etiologia da disfunção sexual feminina pode ser realizado por

Tabela 5
Quociente Sexual – versão feminina (QS-F)⁹⁰

| Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) | |
|--|---|
| Este questionário deve ser respondido pela paciente, com base nos últimos 6 meses da vida sexual dela, considerando a seguinte pontuação: | |
| 0 ⇒ nunca 3 ⇒ aproximadamente metade das vezes | |
| 1 ⇒ raramente 4 ⇒ a maioria das vezes | |
| 2 ⇒ às vezes 5 ⇒ sempre | |
| Questões | Domínios Avaliados* |
| 1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Capacidade de fazer fantasias sexuais |
| 2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Desejo e interesse sexual |
| 3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Qualidade de respostas às preliminares |
| 4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Capacidade de excitação |
| 5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Continuidade da excitação, em sintonia com o(a) parceiro(a) |
| 6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Preparo para a penetração |
| 7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Presença de dor à relação |
| 8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Foco no desejo e na excitação, ao longo do ato |
| 9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Capacidade para o orgasmo |
| 10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes em outros dias? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | Satisfação geral com a atividade sexual |

* Pode-se, portanto, avaliar independentemente cada domínio da função sexual (desejo, excitação, orgasmo, satisfação, dor) e, também, a soma deles (resultado global).

COMO CALCULAR O QS-F

1º Some os pontos assinalados em cada questão (Q = questão)

$$Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5 - Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10}$$

Multiplique por 2 o total da soma e confira com o resultado abaixo

Padrão de desempenho sexual

82 - 100 pontos ⇒ *bom a excelente*

62 - 80 pontos ⇒ *regular a bom*

42 - 60 pontos ⇒ *desfavorável a regular*

22 - 40 pontos ⇒ *ruim a desfavorável*

0 - 20 pontos ⇒ *nulo a ruim*

COMO INTERPRETAR O QS-F

- Baixa pontuação para as questões 1, 2 e 8 significa que o desejo sexual não é suficiente para desencadear e manter o interesse na relação.
- Baixa pontuação para as questões 3, 4, 5 e 6 revela prejuízo na capacidade de excitação, referindo-se, cada uma dessas questões, a diferentes aspectos que dizem respeito à excitação sexual.
- Alta pontuação para a questão 7 indica presença de dor à relação sexual.
- Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o relacionamento sexual resultam em baixa pontuação para as questões 9 e 10.

meio de uma bateria de exames, relacionados na Tabela 6.

Manejo da Disfunção Sexual Induzida por Antidepressivo

Diminuição do desejo sexual relacionada ao tratamento com antidepressivos atinge até 70% dos pacientes, resultando em abandono do medicamento, já a partir do primeiro mês.⁹²

A disfunção sexual feminina induzida por antidepressivos tem como fatores de risco: idade menor que 50 anos (raça e gênero não influem); doses maiores (tempo de uso não influem); estar casada (influência da depressão no relacionamento); nível educacional baixo (menos que ensino médio); situação empregatícia instável; presença de comorbidades; uso concomitante de outras medicações; tabagismo;

Tabela 6

Exames laboratoriais para avaliar a função sexual feminina (adaptada de Derogatis LR., 2008⁹¹)

| Gerais | Hormonais |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Glicemia de jejum • Função renal • Enzimas hepáticas • Função tireoidiana • Perfil lipídico | <ul style="list-style-type: none"> • FSH • LH • Estradiol • Prolactina • SHBG • Androgênios (?) <ul style="list-style-type: none"> - testosterona total - SDHEA - androstenediona |

Tabela 7

Estratégias para manejo da disfunção sexual induzida por antidepressivos (adaptada de Clayton AH et al., 2004⁹⁴)

| Estratégias | Vantagens | Desvantagens |
|--|-----------------------------|--|
| Aguardar tolerância | Simple | Baixo índice de sucesso |
| Reduzir a dose | Simple | Risco de recaída |
| Interrupção do uso do medicamento (“holidays”) | Sem medicamentos adicionais | Potenciais sintomas por descontinuação; risco de recaída |
| Substituição | Único agente eficaz | Temor ou fracasso terapêutico |
| “Antídotos” | Bom índice de sucesso | Mais efeitos adversos; maior custo |

história de insatisfação sexual ou de disfunção prévia ao uso de antidepressivo.⁹³

Embora os estudos que examinam o tratamento farmacológico da disfunção sexual induzida por antidepressivos sejam limitados, foram propostas várias abordagens. Algumas estratégias incluem a escolha de um antidepressivo com baixa incidência de disfunção sexual (bupropiona, mirtazapina, vortioxetina), redução da dose, aguardar por remissão espontânea (adaptação/tolerância), suspensão temporária (finais de semana) dos medicamentos, substituição do antidepressivo e adição de um “antídoto”.²⁷ A Tabela 7 resume essas estratégias, seus pontos positivos e negativos.

A paciente deve ser alertada que recuperar-se da depressão é prioridade maior que preservar a função sexual. Uma vez restabelecido o humor, o desempenho sexual melhora, mesmo na vigência do uso de antidepressivo.⁹⁴ Só com a depressão superada pode-se avaliar o real comprometimento sexual. Por outro lado, se o antidepressivo utilizado não for adequado ao caso ou for interrompido precocemente, aumentam as

chances de recaída da depressão e, com isso, o prejuízo à função sexual.

Efeitos de Drogas Específicas*

Bupropiona

A bupropiona tem sido frequentemente sugerida para uma estratégia de substituição ou acréscimo (antídoto), na tentativa de minimizar o risco de disfunção sexual associada ao antidepressivo.^{32,94-101} Vale ressaltar que a recuperação da função sexual observada com bupropiona SR parece ser dose-dependente.^{94,101}

Mirtazapina

A mirtazapina também pode servir como um agente de substituição ou acréscimo (antídoto). Pacientes que substituíram ISRS por mirtazapina, durante até 6 semanas, mostraram-se menos propensos a experimentar disfunção sexual.¹⁰² Vários estudos vêm investigando a

*Observar que nenhuma destas drogas é medicação indicada para o tratamento de disfunção sexual associada a antidepressivo.

eficácia de estratégias de acréscimo de mirtazapina, como um antídoto.¹⁰³

Buspirona

A buspirona foi considerada como tendo um perfil favorável à função sexual. Contudo, há escassez de estudos randomizados controlados para apoiar essa hipótese. Um estudo controlado por placebo com pacientes que receberam buspirona como adjuvante de transtorno depressivo resistente a citalopram ou paroxetina indicou melhora na função sexual em comparação com aqueles que receberam placebo.¹⁰⁴ Outro estudo mais recente avaliou a buspirona como agente de acréscimo (antídoto).¹⁰⁵ Nesse estudo, mulheres que haviam sido tratadas com sucesso com fluoxetina, mas que haviam tido disfunção sexual concomitante, apresentaram melhora geral da função sexual com acréscimo de buspirona (embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa em comparação ao placebo).

Vortioxetina

Em uma análise combinada de sete estudos randomizados controlados a curto prazo (seis estudos sobre transtorno depressivo e um sobre transtorno de ansiedade generalizada), vortioxetina não foi significativamente diferente do placebo quanto ao risco de disfunção sexual consequente a tratamento da depressão ou da ansiedade, em pacientes sem disfunção sexual basal, avaliada por questionário. A vortioxetina também foi equivalente ao placebo no risco de piora dos sintomas de disfunção sexual em pacientes com disfunção sexual basal. Os resultados acima referidos foram aplicáveis à vortioxetina em doses de 5 a 20 mg/dia. A sensibilidade do ensaio foi demonstrada pela utilização de duloxetina em cinco dos estudos, os quais demonstraram índices estatisticamente significativos mais elevados de disfunção sexual, em comparação com placebo e vortioxetina.¹⁰⁶

Pacientes com transtorno depressivo tratados com ISRSs (citalopram, paroxetina e sertralina) e disfunção sexual induzida, foram aleatoriamente comutados para 10-20 mg/dia de vortioxetina ou 10-20 mg/dia de escitalopram. A função sexual foi avaliada ao longo de 8 semanas. A vortioxetina mostrou-se significativamente superior ao escitalopram na melhora da disfunção sexual nessa população. A eficácia do tratamento antidepressivo foi mantida com ambos os agentes.¹⁰⁷

Outras Estratégias

O efeito do exercício sobre a excitação foi investigado em mulheres que estavam sob tratamento antidepressivo com ISRSs. A excitação genital foi mensurada por um fotopletismógrafo vaginal. Houve aumento da excitação naquelas que se exercitaram por 5 ou 15 minutos antes de receberem estímulos sexuais. Mas, curiosamente, os autorrelatos sobre excitação sexual não melhoraram com o exercício.¹⁰⁸ Pesquisa mais recente demonstrou melhora do desejo sexual com atividade física realizada imediatamente antes da sexual.¹⁰⁹

A utilização de *Ginkgo biloba* têm resultados inconclusivos.¹¹⁰⁻¹¹⁵ Outros tratamentos sob investigação incluem S-adenosilmetionina,¹¹⁶ açafrão¹¹⁷ e acupuntura.¹¹⁸

Considerações Finais

Fatores biológicos (anatômicos, genéticos e neurotransmissores) combinam-se com fatores ambientais e psicossociais para modular processos excitatórios e inibitórios, relacionados ao funcionamento sexual. Portanto, um plano de tratamento para disfunção sexual deve considerar todos esses aspectos.¹¹⁹

As intervenções farmacológicas podem ser complementadas pelas psicossociais. Uma avaliação pode identificar a necessidade de outras providências, tais como aconselhamento, tera-

pia de casal ou de família, terapia e educação sexual.^{88,120,121} A promoção de um estilo de vida saudável, o empenho no sentimento do bem-estar e a manutenção da saúde geral também são essenciais para qualquer plano de tratamento.²⁷

A depressão pode resultar em disfunção sexual; o contrário também é verdade. Ao rastrear a depressão, deve-se avaliar o funcionamento sexual basal, levando em consideração os fatores sociodemográficos das pacientes, as comorbidades médicas e psiquiátricas e o uso de medicamentos. Escalas de avaliação validadas não só permitem informação mais precisa sobre a função sexual de pacientes em comparação com o autorrelato espontâneo, mas também possibilitam comparar a evolução da mesma paciente, uma vez iniciado o tratamento antidepressivo.

Como orientação geral, recomenda-se que — se a avaliação inicial revelar disfunção sexual preexistente ou a preferência da paciente por efeito mínimo/nenhum do tratamento sobre a sua função sexual — os antidepressivos associados com menor risco de efeitos secundários sexuais (mirtazapina, bupropiona, vortioxetina) sejam a primeira escolha. Se, pelo contrário, o rastreo não indicar disfunção sexual prévia, ou o funcionamento sexual não for uma prioridade para a paciente, as opções de antidepressivos devem se basear nas diretrizes gerais.

Uma vez iniciado o tratamento, a função sexual deve ser monitorada periodicamente (a cada 4-6 semanas), idealmente por meio de questionários validados que permitam comparação. No caso de ocorrer disfunção sexual induzida por antidepressivo, as opções de manejo incluem (em ordem de preferência, segundo evidências disponíveis): adicionar um agente (antídoto), esperar por remissão espontânea ou diminuir a dose da medicação. Se as estratégias mencionadas anteriormente não forem eficazes,

substituir o antidepressivo por outro de baixo risco de disfunção sexual é a melhor opção. Deve-se, também, considerar a necessidade de avaliação de disfunção hormonal.

Não se recomenda a interrupção do antidepressivo, o que pode resultar em sintomas de abstinência ou recaída da depressão.

Há evidência crescente de que fatores genéticos possam contribuir para a variabilidade individual da disfunção sexual associada ao uso de antidepressivos. Estudos futuros devem ser capazes de validar os dados atualmente limitados, envolvendo genes candidatos. A genotipagem individualizada, que pode auxiliar na orientação do tratamento de cada paciente, deve se tornar uma realidade, facilitando o desenvolvimento de diretrizes terapêuticas aperfeiçoadas para evitar ou manejar a disfunção sexual associada ao uso de antidepressivos.²⁷

Referências Bibliográficas

1. Reichenpader U, Gartlehner G, Morgan LC, et al. Sexual dysfunction associated with second-generation antidepressants in patients with major depressive disorder: results from a systematic review with network meta-analysis. *Drug Saf.* 2014;37(1):19-31.
2. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90.
3. Clayton A. The impact of antidepressant-associated sexual dysfunction on treatment adherence in patients with major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rev.* 2013;9:293-301.
4. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(12):1698-706.
5. Bonierbale M, Lancon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003;19(2):114-24.
6. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29(2):157-64.
7. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998;13(Suppl 6):S1-4.
8. Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav.* 1982;11(4):323-8.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
10. Fooladi E, Bell RJ, Davis SR. Management strategies in SSRI-associated sexual dysfunction in women at midlife. *Climacteric.* 2012;15(4):306-16.
11. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):573-85.
12. Bartlik B, Kocsis JH, Legere R, et al. Sexual dysfunction secondary to depressive disorders. *J Gend Specif Med.* 1999;2(2):52-60.

13. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012;9(6):1497-507.
14. Thase ME. Mood disorders: neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (ed.) *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 1665-74.
15. Moreno DH, Silva Dias R, Moreno RA. Transtornos do humor. In: Louzã Neto MR, Elkis H. (ed.) *Psiquiatria básica.* 2ª edição, Porto Alegre: ArtMed, 2007; p. 219-234.
16. Payne JL, Roy PS, Murphy-Eberenz K, et al. Reproductive cycle-associated mood symptoms in women with major depression and bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2007;99(1-3):221-9.
17. Lolak S, Suwannarat P, Lipsky RH. Epigenetics of depression. *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2014;128:103-37.
18. Fráguas Jr R, Figueiró JAB. (ed.) *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas. Depressões secundárias.* São Paulo: Atheneu, 2000.
19. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(1):A14.
20. Backenstrass M, Frank A, Joest K, et al. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry.* 2006;47(1):35-41.
21. Patten SB, Love EJ. Drug-induced depression. *Psychother Psychosom.* 1997;66(2):63-73.
22. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Rev Neurother.* 2007;7(11 Suppl):S93-113.
23. Steiner M. Female-specific mood disorders. *Clin Obstet Gynecol.* 1992;35(3):599-611.
24. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, et al. Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl I):S7-17.
25. Perelman MA. The sexual tipping point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med.* 2009;6(3):629-32.
26. Graf H, Walter M, Metzger CD, et al. Antidepressant-related sexual dysfunction - perspectives from neuroimaging. *Pharmacol Biochem Behav.* 2014;121:138-45.
27. Clayton AH, El Haddad S, Iluonakhamhe JP, et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(10):1361-74.
28. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(11):1012-30.
29. Stahl SM. The psychopharmacology of sex, Part 1: neurotransmitters and the 3 phases of the human sexual response. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(2):80-1.
30. Clayton AH, West SG. The effects of antidepressants on human sexuality. *Primary Psychiatry.* 2003;10(2):62-70.
31. Coleman CC, Cunningham LA, Foster VJ, et al. Sexual dysfunction associated with the treatment of depression: a placebo-controlled comparison of bupropion sustained-release and sertraline treatment. *Ann Clin Psychiatry.* 1999;11:205-15.
32. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
33. Bly MJ, Bishop JR, Thomas KL, et al. P-glycoprotein (PGP) polymorphisms and sexual dysfunction in female patients with depression and SSRI-associated sexual side effects. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(3):280-8.
34. Clayton AH, Montejo AL. Major depressive disorder, antidepressants, and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(Suppl 6):33-7.
35. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
36. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction. *J Urol.* 2004;171(6 Pt 1):2341-5.
37. Seidman SN. The aging male: androgens, erectile dysfunction, and depression. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(Suppl 10):31-7.
38. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, et al. Synergy between sexual abuse and cervical cancer in causing sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(5):361-83.
39. Whiffen VE, Macintosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse.* 2005;6(1):24-39.
40. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(Suppl 12):10-15.
41. Roesler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(3):145-50.
42. Lunde I, Ortmann J. Prevalence and sequelae of sexual torture. *Lancet.* 1990;336(8710):289-91.
43. Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 12:5-8.
44. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: a review for the treating practitioner. *Cleve Clin J Med.* 2004;71(4):303-21.
45. Vigod SN, Frey BN, Soares CN, et al. Approach to premenstrual dysphoria for the mental health practitioner. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(2):257-72.
46. Frey BN, Lord C, Soares CN. Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause Int.* 2008;14(3):123-8.
47. Cunningham J, Yonkers KA, O'Brien S, et al. Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(2):120-37.
48. Payne JL. Recent advances and controversies in peripartum depression. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2016;5(3):250-56.
49. Hounie AG. Depressão na gravidez e no pós-parto. *SNC em Pauta.* 2017;5:12-16.
50. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29(5):754-64.
51. Rai D, Lee BK, Dalman C, et al. Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: population based case-control study. *BMJ.* 2013;346:f2059.
52. Einarson A. The safety of psychotropic drug use during pregnancy: a review. *MedGenMed.* 2005;7(4):3.
53. von Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
54. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007;4(5):1381-7.
55. Gał zka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, et al. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015;12(2):445-54.
56. Chang SR, Ho HN, Chen KH, et al. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2012 Oct;9(10):2582-9.
57. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8(1):37-54.
58. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs.* 2006;106(5):40-50.
59. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106:1071-83.
60. Lumley J, Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13(6):605-11.
61. Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract.* 1996;43(6 Suppl):S17-24.

62. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA*. 2002;287(6):762-5.
63. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*. 2002;39(2):94-103.
64. Khajehi M, Doherty M, Tilley PJ, et al. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. 2015;12(6):1415-26.
65. Morof D, Barrett G, Peacock J, et al. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstet Gynecol*. 2003;102:1318-25.
66. Chivers M, Pittini R, Grigoriadis S, et al. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. *J Sex Med*. 2011;8:792-9.
67. Kendall-Tackett K, Hale TW. The use of antidepressants in pregnant and breastfeeding women: a review of recent studies. *J Hum Lact*. 2010;26(2):187-95.
68. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30(1):4-20.
69. Bellantuono C, Vargas M, Mandarelli G, et al. The safety of serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) in pregnancy and breastfeeding: a comprehensive review. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30(3):143-51.
70. Andrade C. The safety of duloxetine during pregnancy and lactation. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(12):e1423-7.
71. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. 2007;87:1-20.
72. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, et al. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*. 2013;20(1):22-7.
73. Soares N, Frey BN. Challenges and opportunities to manage depression during the menopausal transition and beyond. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(2):295-308.
74. Graziottin A, Leiblum S. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopause transition. *J Sex Med*. 2005;2(3 suppl):S133-45.
75. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, et al. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*. 1997;26:83-93.
76. Abdo CHN. Descobrimeto sexual do Brasil. São Paulo: Summus, 2004.
77. Goldstein I, Alexander JL. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *J Sex Med*. 2005;2 Suppl 3:154-65.
78. Bossini L, Fagiolini A, Valdagno M, et al. Sexual disorders in subjects treated for mood and anxiety diseases. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(3):310-12.
79. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(3):259-66.
80. Duenas H, Brnabic AJ, Lee A, et al. Treatment-emergent sexual dysfunction with SSRIs and duloxetine: effectiveness and functional outcomes over a 6-month observational period. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011;15(4):242-54.
81. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19(1):67-85.
82. Derogatis LR. Sexual function and quality of life: endpoints and outcomes. *J Gend Specif Med*. 2001;4(4):35-42.
83. Rothschild AJ. New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Clin Ther*. 2000;22(Suppl A):A42-57; discussion A8-61.
84. Zajecka JM. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(Suppl 2):20-5.
85. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(3):176-94.
86. Hirschfeld RM. Sexual dysfunction in depression: disease- or drug-related? *Depress Anxiety*. 1998;7(Suppl 1):21-3.
87. El-Sakka AI. Erectile dysfunction, depression, and ischemic heart disease: does the existence of one component of this triad necessitate inquiring the other two? *J Sex Med*. 2011;8(4):937-40. quiz 41.
88. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, et al. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):586-614.
89. Balon R, Segraves RT. Survey of treatment practices for sexual dysfunction (s) associated with antidepressants. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(4):353-65.
90. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual: versão feminina, uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*. 2006;63(9):477-82.
91. Derogatis LR. Clinical and research evaluations of sexual dysfunctions. *Adv Psychosom Med*. 2008;29:7-22.
92. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;300(4):395-404.
93. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(4):357-66.
94. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, et al. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):62-7.
95. Basson R, Brotto LA, Laan E, et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*. 2005;2:91-300.
96. Thase ME, Clayton AH, Haight BR, et al. A double-blind comparison between bupropion XL and venlafaxine XR: sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(5):482-8.
97. Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K, et al. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(3):329-33.
98. Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, et al. Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(4):234-42.
99. Clayton AH, Croft HA, Horrigan JP, et al. Bupropion extended release compared with escitalopram: effects on sexual functioning and antidepressant efficacy in 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(5):736-46.
100. 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.
101. DeBattista C, Solvason B, Poirier J, et al. A placebo-controlled, randomized, double-blind study of adjunctive bupropion sustained release in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(7):844-8.
102. Gelenberg AJ, McGahuey C, Laukes C, et al. Mirtazapine substitution in SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(5):356-60.
103. Ozmenler NK, Karlidere T, Bozkurt A, et al. Mirtazapine augmentation in depressed patients with sexual dysfunction due to selective serotonin reuptake inhibitors. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23(4):321-6.
104. Landen M, Eriksson E, Agren H, et al. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19(3):268-71.
105. Michelson D, Bancroft J, Targum S, et al. Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):239-43.
106. Jacobsen PL, Mahabeshwarkar AR, Palo W, et al. editor. The effect of vortioxetine on sexual dysfunction in adults with major depressive disorder or generalized anxiety disorder. ASCP meeting, May 28, 2014.
107. Jacobsen PL, Mahabeshwarkar AR, Chen Y, et al. Effect of vortioxetine vs. escitalopram on sexual functioning in adults with well-treated major depressive disorder experiencing SSRI-induced sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2015;12(10):2036-48.

108. Lorenz TA, Meston CM. Acute exercise improves physical sexual arousal in women taking antidepressants. *Ann Behav Med.* 2012;43(3):352-61.
109. Lorenz TA, Meston CM. Exercise improves sexual function in women taking antidepressants: results from a randomized crossover trial. *Depress Anxiety.* 2014;31(3):188-95.
110. Cohen AJ, Bartlik B. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1998;24(2):139-43.
111. Balon R. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction? *J Sex Marital Ther.* 1999;25(1):1-2.
112. Levine SB. Caution recommended. *J Sex Marital Ther.* 1999;25(1):2-5.
113. Meston CM, Rellini AH, Telch MJ. Short- and long-term effects of Ginkgo biloba extract on sexual dysfunction in women. *Arch Sex Behav.* 2008;37(4):530-47.
114. Wheatley D. Triple-blind, placebo-controlled trial of Ginkgo biloba in sexual dysfunction due to antidepressant drugs. *Hum Psychopharmacol.* 2004;19(8):545-8.
115. Kang BJ, Lee SJ, Kim MD, Cho MJ. A placebo-controlled, double-blind trial of Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *Hum Psychopharmacol.* 2002;17(6):279-84.
116. Dording CM, Mischoulon D, Shyu I, et al. SAMA and sexual functioning. *Eur Psychiatry.* 2012;27(6):451-4.
117. Kashani L, Raisi F, Saroukhani S, et al. Saffron for treatment of fluoxetine-induced sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo-controlled study. *Hum Psychopharmacol.* 2013;28(1):54-60.
118. Khamba B, Aucoin M, Lytle M, et al. Efficacy of acupuncture treatment of sexual dysfunction secondary to antidepressants. *J Altern Complement Med.* 2013;19(11):862-9.
119. Balon R. SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry.* 2006;163(9):1504-9.
120. Fooladi E, Davis SR. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13(15):2131-42.
121. Basson R. Pharmacotherapy for women's sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother.* 2009;10(10):1631-48.

Capítulo 3

Tratamento da anorgasmia

Yara Maia Villar de Carvalho
Beatriz Maria Villar de Carvalho

Sumário

Introdução

Prevalência da disfunção do orgasmo

Causas da disfunção do orgasmo

Tratamento da disfunção do orgasmo

Exercícios de Kegel

Treinamento masturbatório

Manobra de ponte

Coito não exigente

Treinamento assertivo

Dessensibilização Sistemática

Foco sensório I

Foco sensório II

Técnicas que incrementam a excitação sexual

Referencias

Tratamento da anorgasmia

Yara Maia Villar de Carvalho¹
Beatriz Maria Villar de Carvalho²

Resumo

A disfunção orgástica é uma condição prevalente entre mulheres brasileiras e em todo o mundo. São várias as causas de anorgasmia, mas, a anorgasmia primária é uma condição que está relacionada, principalmente, a inabilidade da mulher para focar nas suas próprias sensações prazerosas, muitas vezes, devido a dificuldade de entrega e a ansiedade de desempenho da mulher. A anorgasmia pode culminar com insatisfação sexual e predispor a disfunção de desejo e dificuldade para excitação. O tratamento requer a prescrição de várias técnicas, sendo a principal, o autoerotismo e/ou estímulo pela parceria.

Introdução

A sexualidade humana é influenciada por diversos fatores, tais como crenças religiosas, valores familiares e da sociedade, assim como idade, estado de saúde, experiências pessoais e nível socioeconômico. (AMIDU, 2010) Pode ser considerada como um indicador de qualidade de vida (OMS, 1975).

As disfunções sexuais são modificações na resposta sexual devidas a bloqueios parciais ou totais, que podem ocorrer nas fases do desejo, na excitação ou no orgasmo. Compreendem também os transtornos sexuais dolorosos, associados a relação sexual. (Figura 1) (OMS, 2008; DSM-V, 2003)

O orgasmo é o clímax de prazer, o qual culmina com descarga de tensão sexual, acompanhada de contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores. No homem, geralmente, acompanha-se de ejaculação (MASTERS, 1966). Tal sensação deriva de um processo neurobiológico complexo, resultante da estimulação física e da cognição.

¹Médica Ginecologista e Obstetra, com título de especialista em sexualidade humana pela FEBRASGO e pela SBRASH, Mestre em Ciências da Saúde, Terapeuta sexual, Sexóloga do ambulatório de Sexualidade do Instituto Cândida Vargas.

²Graduanda de medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, membro da liga estudantil Pessoaense de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Extensionista do projeto abordagens médicas na prevenção e promoção da saúde da mulher.

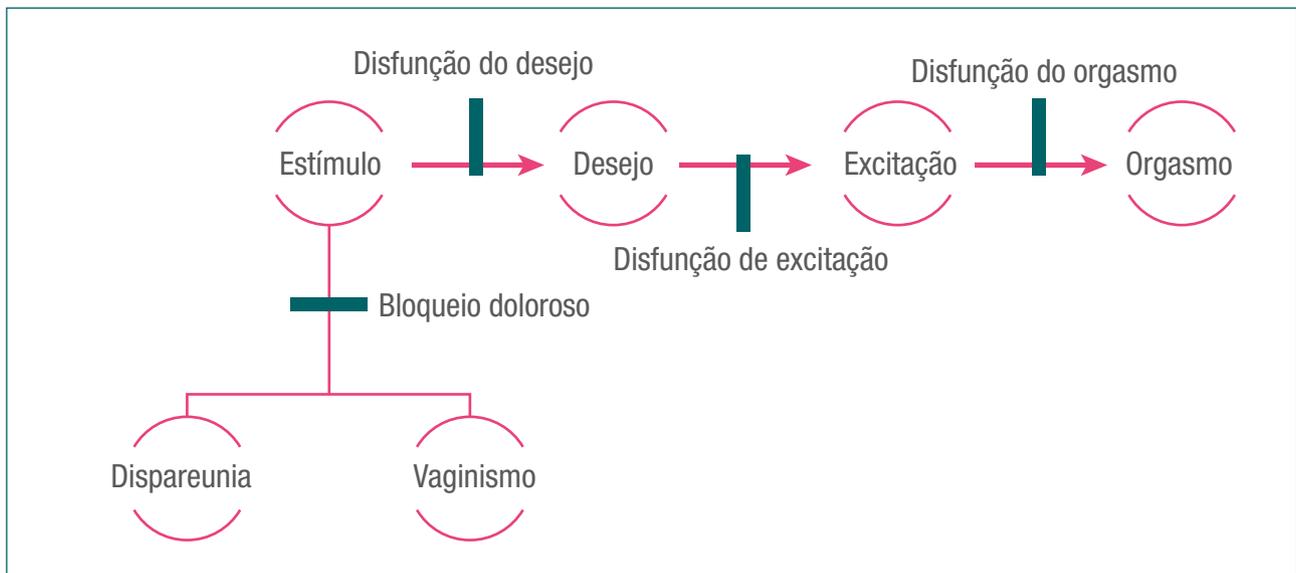


Figura 1: disfunções sexuais. (Adaptado de Cavalcanti, 2012, com autorização do autor)

A anorgasmia é a dificuldade persistente ou recorrente de atingir o orgasmo após estimulação sexual suficiente, o que causa angústia pessoal (McMahon, Althof et al. 2008). Pode ainda ser caracterizada como dificuldade ou atraso para atingir o orgasmo (McMahon, Althof et al. 2008). Não se considera, porém, anorgasmia caso o indivíduo seja capaz de obter o orgasmo através da masturbação.

A anorgasmia pode ser classificada como primária e secundária. A primária é a impossibilidade de obter orgasmo desde a primeira relação sexual e pode perdurar por toda vida. Já a anorgasmia secundária é quando ocorre após um período de relações sexuais com presença de orgasmo. Vale ressaltar que a mulher tem múltiplas motivações para engajar em uma relação sexual. Além do prazer, a relação sexual lhe proporciona maior intimidade com seu parceiro e motiva para um novo contato sexual (Basson 2015). Assim, atingir o orgasmo não é, por si só, um marcador de satisfação sexual para mulher (Galecki, Depko et al. 2012), entretanto, aquelas que nunca conseguem ter orgasmo ou que perderam a capacidade orgástica podem perder a motivação para o sexo.

Prevalência da disfunção do orgasmo

A disfunção do orgasmo constitui a segunda maior queixa sexual reportada pelo sexo feminino (SALMANI, 2015), com uma prevalência que varia amplamente nas diferentes populações. Em um estudo com mulheres asiáticas, 16,6% delas tinham disfunção do orgasmo (Ishak, Low et al. 2010), em outro estudo com mulheres australianas, 39% apresentavam esta queixa (Ponholzer, Roehlich et al. 2005), e um estudo populacional brasileiro evidenciou anorgasmia em 21% das mulheres (Abdo, Oliveira et al. 2004). Amidu e colaboradores estudou uma amostra de 179 casais africanos e encontrou uma prevalência de anorgasmia de 74,9% (Amidu, Owiredo et al. 2010). IsHak et al (2010) realizou um estudo comparativo entre diversas etnias e constatou que mulheres asiáticas possuem as maiores taxas de queixas sexuais e de anorgasmia.

Apesar das discordâncias numéricas em relação ao percentual de disfunções sexuais em mulheres nas diferentes populações, é consenso que esse tipo de alteração é mais comum nas mulheres e tende a ser diretamente proporcio-

nal a idade (LAUMANN *et al*, 1999; ABDO, 2004; ABDO *et al*, 2005; GINGELL *et al*, 2005)

Causas da disfunção do orgasmo

São vários os fatores relacionados com a anorgasmia em mulheres. A anorgasmia primária está relacionada principalmente com a incapacidade da mulher de atingir o orgasmo devido a fatores como bloqueios resultantes de educação rígida ou história de trauma (abuso sexual na infância ou adolescência), doenças físicas e uso de medicamentos (como benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, anti-hipertensivos e opioides), falta de atração pelo parceiro, estimulação inadequada das zonas erógenas, conflitos relacionais, depressão, ansiedade e fadiga podem ser associados como fatores inibidores da resposta sexual feminina. (BASSON, 2001; BASSON, 2004; DSM-IV, 2003).

Principalmente na segunda metade do século 19, a masturbação foi condenada pelas organizações religiosas, o que fez com que diversas pessoas acreditassem que a prática de tal ato poderia causar diversas injúrias físicas, mentais e morais nos adultos. Até os dias atuais, a religião exerce uma forte influência na sexualidade humana, o que pode causar distúrbios nesse âmbito (Pfaus *et al*, 2016).

A disfunção orgásmica secundária (anorgasmia ou o retardamento do orgasmo) pode ocorrer devido ao uso de determinados medicamentos psicoativos em especial os ansiolíticos e os antidepressivos como a trazodona e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina. (Khazaie, Rezaie *et al*. 2015, Montejo, Montejo *et al*. 2015), ao topiramato (Sun, Lay *et al*. 2006), bem como a clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, que podem cursar com hiperprolactinemia, afetando todas as fases da resposta sexual (Keller and Mongini 2002). O uso de determinados anti-hipertensivos a base de beta bloqueadores que estão associados a um pequeno risco de incre-

mento da disfunção sexual (5 em 1000) por mecanismos mais conhecidos em homens (redução no fluxo simpático central, comprometimento da vasodilatação dos corpos cavernosos), e efeitos sobre o hormônio luteinizante e secreção de testosterona e uma tendência para produzir sedação ou depressão, causando assim redução do desejo sexual e suas consequências (Ko, Hebert *et al*. 2002).

Algumas patologias como diabetes e as dislipidemias são patologias de risco para anorgasmia por interferirem com a síntese e ação de determinados neurotransmissores com o óxido nítrico e a dopamina que estão relacionados com o mecanismo do orgasmo. Em uma população de mulheres turcas com idade média de 48.0 ± 7.2 anos, 51,6% apresentaram anorgasmia (Tuncel, Durgun *et al*. 2016).

Disfunção sexual é um efeito documentado dos inibidores da recaptação de serotonina. Os medicamentos dessa classe, muito utilizados nos quadros depressivos, comumente geram anorgasmia, impotência sexual, bloqueio ejaculatório, dor, diminuição da sensibilidade e diminuição do prazer (DAMIS, 1999)

Também foi evidenciado que a disfunção sexual de um indivíduo influencia na relação e no desenvolvimento de respostas sexuais inadequadas pelo parceiro. Nesse estudo, os fatores masculinos que interferem no desenvolvimento da anorgasmia são disfunção erétil, ejaculação precoce, baixa frequência sexual, falta de sensualidade e nível de satisfação sexual com o coito (Amidu, Owiredu *et al*. 2010).

Em um estudo realizado por Aksoy *et al* (2012), foi encontrado que 24,2% das mulheres com transtorno obsessivo-compulsivo apresentavam anorgasmia. Vulink *et al* (2006), obtiveram uma porcentagem semelhante, de 33%. Já Monteiro & Noshirvani (1989) e Freund & Steketee (1989), obtiveram, em seus estudos, um resultado mais baixo, de 9 e 12%, respectivamente. Tais

| Causas | Técnica |
|--|---|
| Anorgasmia primária | Treinamento masturbatório, exercícios de Kegel e manobra de ponte, coito não exigente, treino assertivo e técnicas que incrementam a excitação sexual |
| Desconhecimento da anatomia, mitos e crendices. | Informar sobre áreas erógenas, importância do clitóris para o orgasmo, desmistificar orgasmo sincrônico com a parceria, orgasmos múltiplos e expectativas errôneas em relação a sensação do orgasmo (ver estrelas, ejaculação, expulsão de líquidos em jatos, etc). |
| Problemas psíquicos e emocionais. | Referenciar para psicoterapia |
| Medicamentos | Encaminhar ao especialista para avaliar substituição de medicamentos |
| Patologias genitais (infecções, distopias, ressecamento vaginal, fibroses) e sistêmicas (endocrinopatias, doença cardiovascular) | Tratar patologias genitais, terapia hormonal quando necessário, e encaminhar ao especialista para ajustes metabólicos, controle da hipertensão arterial, entre outros. |
| Problemas relacionais (dificuldade de entrega, mágoa, etc) | Psicoterapia para trabalhar problemas diádicos e, posteriormente, técnicas como foco sensório 1 e 2, coito não exigente, reforçar a importância da entrega e uso de fantasias sexuais, treinamento assertivo. |
| Ansiedade por medo do fracasso | Técnicas de relaxamento, coito não exigente, foco sensório 1 e 2, e pode ser necessário prescrever ansiolítico (Buspirona) |
| Falta de privacidade | Pontuar a importância da privacidade e de destinar tempo para a relação sexual |
| Violência sexual: abuso sexual, relação sexual não consentida (estupro) | Referenciar para psicoterapia ou terapeuta sexual |

Obs: todas as estratégias necessitam da associação da masturbação seja pela própria mulher (individual ou compartilhada) ou pelo parceiro. Em todos os casos pode-se sugerir o uso de vibradores.

Figura 1: Técnicas para a abordagem da anorgasmia feminina

achados sugerem que esse, assim como outros distúrbios psiquiátricos, interferem na sexualidade e, conseqüentemente, na falta de orgasmo.

A pessoa com anorgasmia pode sentir-se frustrada e isto pode impactar negativamente no desempenho sexual da mulher levando a alterações na fase do desejo sexual. Este quadro pode agravar-se predispondo a evitação sexual o que pode culminar com doenças psicossomáticas, pois a dificuldade de lidar com os problemas sexuais reflete diretamente no funcionamento orgânico, “adoecendo” alguns órgãos.

Tratamento da disfunção do orgasmo

Segundo Kaplan (1977), a melhor abordagem para o tratamento da anorgasmia é otimizar a estimulação sexual e, ao mesmo tempo, minimizar os fatores de inibição, reduzindo os níveis de ansiedade. Em 1979, Kaplan já distinguiu o tratamento da anorgasmia em duas vertentes: a primeira para aquelas mulheres totalmente anorgásmicas e a segunda, para as que atingem o orgasmo apenas durante a masturbação, não conseguindo êxito no coito. Embora o tratamento da anorgasmia possa envolver o uso de algumas técnicas que demandam profissionais com treinamento diferenciado, o Ginecologista pode

oferecer uma abordagem mínima diante de um diagnóstico de anorgasmia feminina que envolve medidas gerais e específicas. Vale salientar que a terapêutica é individualizada, isto é, de acordo com o caso de cada indivíduo particularmente (Figura 3).

A mulher pode apresentar anorgasmia durante o coito, mas, se ela pratica o autoerotismo (masturbação), ela pode atingir o orgasmo. Sendo assim, incentivar o autoerotismo é fundamental para que a mulher aprenda a ter orgasmo. Porém, é preciso também lembrar que esta técnica é proscrita por determinadas religiões e pode haver repulsa da mulher em relação a esta prática por razões individuais que devem ser esclarecidas e trabalhadas. Assim, é fundamental saber a causa da anorgasmia para a aplicação de protocolo específico (Figura 2).

Na anorgasmia primária, as principais técnicas são treinamento masturbatório, exercícios de Kegel e manobra de ponte. Outras técnicas que podem ser utilizadas são coito não exigente, treino assertivo e técnicas que incrementam a excitação sexual. Já na anorgasmia no coito, as principais técnicas são coito não exigente e Kegel, podendo também lançar mão de técnicas que incrementam a excitação sexual (CAVALCANTI, 2012).

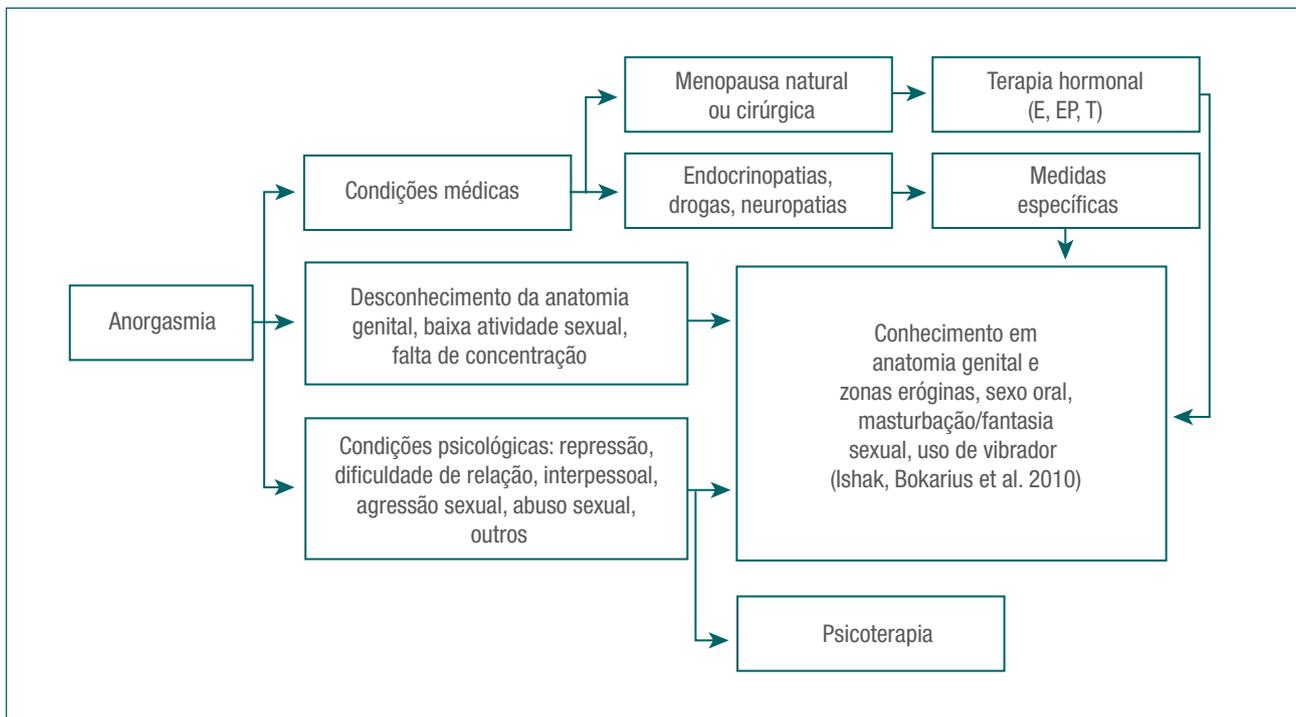


Figura 3: Algoritmo para a abordagem da anorgasmia feminina (Gentilmente autorizado pelos autores Lara LA et al., 2017)

Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel (Clinic 2017) são de 4 tipos:

- **Contração:** realiza-lo quando estiver urinando. A mulher deve estar sentada no vaso sanitário com as pernas abertas e realizar duas a três manobras de interrupção do fluxo urinário.
- **Exercícios de palpação ou tremulação:** a mulher deve contrair e relaxar os músculos do períneo o mais rapidamente possível. Está indicado para aumentar a consciência do autocontrole perineal e o indivíduo reconhecer as contrações orgásmicas.
- **Exercício de sucção:** inspirar fundo e contrair a musculatura perineal como se estivesse aspirando de fora para dentro, sem movimentar os músculos abdominais. Sustentar 10 segundos a contração seguida de 10 segundos de repouso. Iniciar com 4 a 5 exercícios /dia até atingir 10 exercícios/dia, 3 vezes ao dia.
- **Exercício de expulsão:** deve ser realizado de forma oposta ao anterior. A paciente deve

tentar empurrar algo para fora da vagina, enquanto respira regularmente. Iniciar com 10 exercícios Iniciar com 4 a 5 exercícios /dia até atingir 10 exercícios/dia, 3 vezes ao dia.

Treinamento masturbatório

Inicia-se com o toque da mulher em todo o corpo com o objetivo de identificar as áreas eróginas. Depois o contato visual da genitália com a ajuda de um espelho, seguida da exploração manual da genitália e massagem do clitóris. Recomenda-se, para isto, o uso de lubrificantes para evitar desconforto e estimular o emprego de fantasias sexuais neste momento para potencializar a excitação (Cavalcanti 2012).

Manobra de ponte

Indicada para mulheres que já sabem atingir o orgasmo através da manipulação clitoridiana, mas não com o pênis introduzido na vagina. Essa manobra sugere uma posição em que se permita tanto a penetração quanto a estimulação do clitóris. Inicia-se com a autoerotização clitori-

diana e, no momento do orgasmo, introduz-se o pênis na vagina. A estimulação manual do clitóris vai sendo interrompida e a penetração é mantida, sendo aquela interrompida cada vez mais cedo. Deve-se manter esta técnica até o ponto em que o orgasmo ocorra sem a manipulação manual do clitóris e somente com a penetração e os movimentos de vaivém (Cavalcanti 2012).

Coito não exigente

Essa manobra consiste em solicitar que o casal realize carícias até que o homem consiga uma boa ereção e a mulher lubrifique a vagina (naturalmente ou através de lubrificante artificial). O homem deve ficar em decúbito dorsal e a mulher em posição superior. Introduz-se, então, o pênis na vagina, porém sem realizar movimentos pélvicos, cabendo à mulher a conscientização do pênis dentro da vagina, associando ao exercício de contração de Kegel (Cavalcanti 2012).

Treinamento assertivo

Consiste em fazer com que o relacionamento interpessoal se torne mais adequado. Antes de realizar a técnica, é importante que o terapeuta informe sobre o que é a assertividade e como atingi-la (Alberti and Emmons 1983).

Assertividade é quando um indivíduo, sem agressão ou passividade, se dirige tranquilamente para o outro, defendendo os seus direitos. É realizado em três etapas:

- 1ª etapa: utilizar questionário de assertividade, respondido pelo casal ou separadamente
- 2ª etapa: pede-se ao cliente que faça anotações diárias, por semana, quando agiu assertivamente ou não, como se comportou e a sensação após o ato. É importante que contenha a “data”, “situação”, “como reagiu”, “como me senti”, “o que gostaria de ter feito”.
- 3ª etapa: em conjunto com o terapeuta, o paciente fará treinamento assertivo, com aumento progressivo do grau de dificuldade.

Dessensibilização Sistemática

Tal abordagem contrapõe a ansiedade ao relaxamento muscular. Com essa técnica, o paciente pode aprender a enfrentar situações particularmente ameaçadoras e ser condicionado a enfrenta-las com naturalidade (Mannocci *et al*, 1995). Deve-se evocar cenas imaginárias, que produzem níveis de ansiedade semelhantes a situações reais e, posteriormente, transferir os resultados obtidos para situações reais. É realizada em três fases: relaxamento muscular, estabelecimento de uma hierarquia de situações ansiogênicas e apresentação progressiva dos itens que compõem a hierarquia (Cavalcanti, 2012)

Foco sensório 1

Os sentidos são importantes para a sensualidade e sexualidade, tendo em vista que as sensações auditivas, olfativas, visuais e táteis promovem aprimoramento no ato sexual. Levando em consideração tal informação, a técnica no foco sensório 1 tem como base a estimulação dos sentidos para promover, a partir do encontro erótico, um momento de autodescoberta e descoberta do outro, sem obrigação de desempenho sexual pré-estabelecido. Nessa técnica, proíbe-se o coito, afastando-se a ansiedade do desempenho e a compulsão pela genitalidade (Cavalcanti, 2012).

Foco sensório 2

Na técnica do foco sensório 2 amplia-se a experiência erótica, pois mantém-se a estimulação sensorial, permitindo-se carícias genitais, ainda sem o coito. O objetivo do toque genital não é necessariamente o orgasmo, que pode ser uma eventualidade, mas sim o despertar do prazer sensório (Cavalcanti, 2012).

Técnicas que incrementam a excitação sexual

Para que se incremente a excitação sexual é necessário que a paciente conheça seu corpo.

Para isso, o médico Ginecologista deve incentivar e apoiar o autoconhecimento, através da masturbação e visualização dos genitais com auxílio de espelho. Também deve ser incentivada a partilha de fantasias com o parceiro, para que, juntos, realizem os desejos um do outro. O uso de pornografia e o incentivo a provocação sem coito podem também serem utilizadas para incrementar a excitação sexual.

O tratamento medicamentoso das disfunções sexuais femininas ainda é restrito, principalmente para os casos de anorgasmia. É importante lembrar que a anorgasmia pode ser causa ou consequência da disfunção do desejo e da excitação demandando uma abordagem que pode envolver o emprego da terapia hormonal (estrogênio, testosterona) e não hormonal (buspirona, sildenafil, etc) (Nappi and Cucinella 2015), psicoterapia, ou terapia sexual.

Inicialmente identificar se a causa é orgânica ou psicológica é fundamental. Sendo de etiologia orgânica por endocrinopatias, doença cardiovascular, ou pelo uso de determinadas drogas, é preciso encaminhar ao especialista para ajustes metabólicos, ou de outras patologias, e avaliar substituição de medicamentos com menor interferência na função sexual. Nos casos de hiperprolactinemia pelo uso dos agentes clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina a estratégia recomendada é a redução da dose, adição de cabergolina, ou bromocriptina, ou amantadina e/ou migrar para outro antipsicótico (Keller and Mongini 2002). A hipertensão arterial quando controlada melhora o escore total da função sexual e as fases do desejo excitação e orgasmo. Um estudo randomizado evidenciou melhora dos níveis de estradiol e redução da testosterona com associação de felodipina com irbesartana com redução do estresse oxidativo, ao passo que a associação de felodipina com metoprolol resultou em redução dos níveis de estradiol e elevação da testosterona e não interferiu no

estresse oxidativo. Embora a testosterona seja importante para o orgasmo, parece que a redução do estresse oxidativo é uma condição fundamental para a resposta sexual satisfatória (Ma, Yu et al. 2012).

Se a causa for psicológica, deve-se recomendada a psicoterapia. A terapia comportamental cognitiva pode ser empregada (CABALLO, 2008; LEAHY, 2006) e foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 60. Trata-se de uma psicoterapia breve, estruturada, orientada no presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK, 2013)

O médico deve estimular para que a mulher busque uma satisfação sexual plena, sem preconceitos, mitos ou tabus. Descrever a resposta sexual pode permitir um maior estímulo, despreocupar quanto às consequências corporais e permitir a vivência da sexualidade sem ansiedade (CARVALHO, 2014)

Também se faz necessário afastar os fatores ansiogênicos como por exemplo, a falta de privacidade do casal que teme ser surpreendido a qualquer momento durante relação sexual, a presença de crianças no quarto e verificar se a mulher adquiriu uma ansiedade de desempenho. Caso o fator ansiogênico seja um fator ambiental, deve-se utilizar o bom senso, buscando ambiente acolhedor e apropriado para as relações sexuais. Em contrapartida, caso a mulher tenha adquirido uma ansiedade de desempenho, está indicado a realização de técnicas de relaxamento (técnica de Jacobson). (CAVALCANTI, 2006)

Caso haja aversão sexual emparelhada ao reflexo do orgasmo, está indicada a técnica de Dessensibilização Sistemática, treinamento da assertividade verbal e não verbal, bem como Focagem das Sensações. (GLINA, 2013).

Se todas as técnicas falharem pode-se prescrever a estimulação genital por vibradores de diferentes formatos da preferência da mulher.

O uso de vibradores também pode ser utilizado como um coadjuvante dos estímulos sexuais preliminares e são, comprovadamente eficazes para melhorar as sensações genitais prazerosas e promover a satisfação sexual (Guess, Connell et al. 2016).

Referencias

- Abdo, C. H., W. M. Oliveira, Jr., E. D. Moreira, Jr. and J. A. Fittipaldi (2004). "Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB)." *Int J Impot Res* 16(2): 160-166.
- Alberti, R. E. and M. I. Emmons (1983). *Comportamento assertivo*. Belo Horizonte:.
- Amidu, N., W. K. Owiredo, E. Woode, O. Addai-Mensah, L. Quaye, A. Alhassan and E. A. Tagoe (2010). "Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females." *Reprod Biol Endocrinol* 8: 106.
- Basson, R. (2015). "Human sexual response." *Handb Clin Neurol* 130: 11-18.
- Caballo, V. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. 3a reimp. São Paulo: Santos; 2008.
- Cavalcanti, R. C., M. (2012). *Tratamento clinico das inadequações sexuais*. São Paulo, Roca.
- Clinic, M. (2017). "Kegel exercises: A how-to guide for women." *Healthy Lifestyle Women's health* Retrieved 2017/22/01, 2017, from <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283?pg=1>
- Galecki, P., A. Depko, S. Jedrzejska and M. Talarowska (2012). "[Human orgasm from the physiological perspective--part II]." *Pol Merkur Lekarski* 33(194): 120-123.
- Guess, M. K., K. A. Connell, S. Chudnoff, O. Adekoya, C. Richmond, K. E. Nixon, K. Freeman and A. Melman (2016). "The Effects of a Genital Vibratory Stimulation Device on Sexual Function and Genital Sensation." *Female Pelvic Med Reconstr Surg*.
- Ishak, I. H., W. Y. Low and S. Othman (2010). "Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding." *J Sex Med* 7(9): 3080-3087.
- Ishak, W. W., A. Bokarius, J. K. Jeffrey, M. C. Davis and Y. Bakhta (2010). "Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments." *J Sex Med* 7(10): 3254-3268.
- Keller, R. and F. Mongini (2002). "Switch to quetiapine in antipsychotic agent-related hyperprolactinemia." *Neurol Sci* 23(5): 233-235.
- Khazaie, H., L. Rezaie, N. Rezaei Payam and F. Najafi (2015). "Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial." *Gen Hosp Psychiatry* 37(1): 40-45.
- Ko, D. T., P. R. Hebert, C. S. Coffey, A. Sedrakyan, J. P. Curtis and H. M. Krumholz (2002). "Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction." *JAMA* 288(3): 351-357.
- Ma, R., J. Yu, D. Xu, L. Yang, X. Lin, F. Zhao and F. Bai (2012). "Effect of felodipine with irbesartan or metoprolol on sexual function and oxidative stress in women with essential hypertension." *J Hypertens* 30(1): 210-216.
- Mannocci, JF. Disfunções sexuais/João Fernando Mannocci et al – São Paulo: Fundação Byk, 1995. 15:76-77
- McMahon, C. G., S. E. Althof, M. D. Waldinger, H. Porst, J. Dean, I. D. Sharlip, P. G. Adaikan, E. Becher, G. A. Broderick, J. Buvat, K. Dabees, A. Giraldi, F. Giuliano, W. J. Hellstrom, L. Incrocci, E. Laan, E. Meuleman, M. A. Perelman, R. C. Rosen, D. L. Rowland and R. Seagraves (2008). "An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation." *J Sex Med* 5(7): 1590-1606.
- Montejo, A. L., L. Montejo and F. Navarro-Cremades (2015). "Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs." *Curr Opin Psychiatry* 28(6): 418-423.
- Nappi, R. E. and L. Cucinella (2015). "Advances in pharmacotherapy for treating female sexual dysfunction." *Expert Opin Pharmacother* 16(6): 875-887.
- Ponholzer, A., M. Roehlich, U. Racz, C. Temml and S. Madersbacher (2005). "Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors." *Eur Urol* 47(3): 366-374; discussion 374-365.
- Sun, C., C. Lay, S. Broner, S. Silberstein, S. Tepper and L. Newman (2006). "Reversible anorgasmia with topiramate therapy for headache: a report of 7 patients." *Headache* 46(9): 1450-1453.
- Tuncel, E., O. Durgun, H. Peynirci and C. Ersoy (2016). "Sexual dysfunction in female patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional single-centre study among Turkish patients." *Hum Fertil (Camb)*: 1-8.

Capítulo 4

Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração

Julia KefalásTroncon
Heliana Aparecida da Silva Pandochi

Sumário

Introdução

Prevalência

Classificação

Dispareunia

Vulvodínia

Vaginismo

Diagnóstico

Avaliação clínica

Tratamento

Tratamento da vulvodínia

Tratamento fisioterapêutico

Tratamento com bloqueio loco-regional

Referencias

Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração

Julia KefalásTroncon¹
Heliana Aparecida da Silva Pandochi²

Resumo

A dor durante a relação sexual pênis-vagina pode estar associada a fatores psíquicos e biológicos e tem alta prevalência em mulheres. O tratamento é, algumas vezes multidisciplinar e envolve procedimentos médicos, psicoterápicos, e fisioterapêuticos entre outros. O presente capítulo evidencia as diversas abordagens da dor durante a relação sexual.

Introdução

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os transtornos na resposta sexual e aqueles que interferem na capacidade de sentir prazer sexual estão contemplados na categoria de Disfunções Sexuais. Dentre eles, temos o Transtorno de Dor Gênito-Pélvica/Penetração, o qual passou a englobar os diagnósticos de dispareunia e vaginismo, e a duração dos sintomas deve ser de pelo menos 06 meses (DSM-V). O Transtorno de Dor Gênito-Pélvica/Penetração compreende, assim, pacientes com alguns dos seguintes sintomas: dor gênito-pélvica, dificuldade à penetração vaginal, medo associado à penetração vaginal, tensão da musculatura do assoalho pélvico à tentativa de penetração (Lahaie et al., 2015).

Com relação os transtornos álgicos pertinentes especificamente à vulva, temos uma classificação em dois grandes subgrupos: dor vulvar e vulvodínia. A dor vulvar abrange situações com etiologia bem definida, que pode ser de origem infecciosa (herpes genital, candidíase), inflamatória (como líquen), neoplásica,

¹Ginecologista e Obstetra, com Mestrado pela USP, médica assistente do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

²Fisioterapeuta, com Mestrado pela USP em tratamento da dor genito-pelvica de penetração.

iatrogênica (pós radioterapia por exemplo), hormonal, entre outras. Já a vulvodínia é definida como dor vulvar por mais de 03 meses e sem etiologia identificável. Sabe-se, contudo, que a vulvodínia pode ter alguns fatores envolvidos em sua origem como os musculoesqueléticos, neuroproliferativos e psicossomáticos (Bornstein et al, 2016).

Prevalência

Estima-se que a dispareunia afeta 6 milhões de mulheres nos Estados Unidos, e aproximadamente 15 a 20% das mulheres com idades entre 18 e 64 anos são acometidas por este distúrbio (1). Uma pesquisa realizada com 3.148 mulheres de dezoito cidades brasileiras evidenciou uma prevalência de 17,8% para esta condição (2).

Classificação

3.1 Dispareunia

É definida como a presença de dor genital durante a relação sexual associada a fatores físicos e/ou psicológicos (Morris e Mukhopadhyay, 2006). Pode ser classificada como superficial ou profunda. A dispareunia superficial refere-se à dor percebida em região vulvovestibular no início da penetração, ou com o movimento do pênis dentro da vagina, durante a relação sexual, e pode ter múltiplas etiologias, principalmente relacionadas com alguma patologia genital ou pélvica como: atrofia da parede vaginal na pós-menopausa, ressecamento vaginal pelo uso de anticoncepcionais hormonais, infecção no trato urinário, lubrificação vaginal inadequada, prolapso, líquen, dentre outros (3). Já a dispareunia de profundidade, na qual a dor se manifesta em fundo vaginal e hipogástrico, está frequentemente associada com um padrão de dor que se reproduz em outras situações fora do ato sexual, e dor pélvica crôni-

ca propriamente dita. Pode ser persistente, quando a dor ocorre em todas as relações, ou condicional, quando a dor apresenta-se em algumas posições, tipo de estimulações ou relacionada a um parceiro específico (Heim e Usaf, 2001; Morris e Mukhopadhyay, 2006).

3.2 Vulvodínia

Denomina-se vulvodínia a dor vulvar idiopática de pelo menos 03 meses de duração (4). O desconforto vulvar, comumente referido como dor tipo queimação, em vulva e vestibulo vaginal, deverá assim estar associado à ausência de patologias infecciosas, inflamatórias, neoplásicas ou neurológicas (5). A fisiopatologia da vulvodínia é ainda incerta e muito provavelmente multifatorial, englobando fatores de neuroproliferação, miofasciais, hormonais e psicossociais, redução de limiar de dor, polimorfismos genéticos, entre outros (4). Pode ser classificada em espontânea ou provocada (por contato, relação sexual), e generalizada ou localizada (vestibulodínia, clitorodínia, hemivulvodínia) (Bornstein et al, 2016). Dentre os fatores hormonais, o hipoestrogenismo associado ao estado menopausal, e que pode estar associado à síndrome genito-urinária da menopausa, tem importante papel já que pode levar ao aumento de densidade de terminações nervosas na vulva e vagina (Straub, 2007).

3.3 Vaginismo

O DSM IV define o vaginismo como espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço distal da vagina (6). Contudo, com o DSM V essa definição se tornou mais abrangente tendo sido englobada pelo conceito de desordem de dor gênito-pélvica. Assim, passou a ser caracterizado como a dificuldade na penetração vaginal associada a dor, medo e contração da musculatura do assoalho pélvico no momento da relação sexual (7).

Tabela 1

Alguns fatores relacionados à dor gênito-pelvica/penetração

| Causas | Condições clínicas |
|---------------------|---|
| Anatômicas | Malformações da vagina, septos, cicatrizes cirúrgicas, prolapso genital |
| Infeciosas | Vulvovaginites, doenças sexualmente transmissíveis/doença inflamatória pélvica, cistite intersticial, infecção no trato urinário, úlceras, herpes genital |
| Hormonais | Ressecamento e atrofia da mucosa vaginal devido à hipostrogenismo / síndrome gênito-urinária da menopausa, anticoncepcionais hormonais |
| Sexuais | Disfunção da excitação, desejo sexual hipotivo, anorgasmia, dificuldade de entrega, disfunção sexual do parceiro, deformidade do pênis (doença de Peyronie) |
| Musculares | Espasmo muscular (vaginismo), pontos de gatilho |
| Patologias diversas | Endometriose de septo vaginal, vulvodínia, liquen, neoplasias. |

4. Diagnóstico

O médico ginecologista é o profissional indicado para realizar a avaliação e diagnóstico da dor gênito-pélvica. É necessária uma abordagem detalhada a fim de determinar os fatores predisponentes e determinantes para ocorrência desta disfunção (Tabela 1).

O diagnóstico de vulvodínia é auxiliado pelo teste do cotonete, que consiste em utilizar um *swab* ou cotonete para realizar leve pressão sobre diferentes áreas da vulva e avaliando a manifestação de dor ou desconforto da paciente (5). Contudo, este teste tem ampla variação inter observador e é pouco reprodutível; assim, anamnese e exame físico completos são fundamentais para estabelecer o diagnóstico de dor vulvar e afastar outras causas de dor genital (8).

O diagnóstico de vaginismo pode ser aventado pelo relato de dificuldade ou impossibilidade da penetração vaginal, associado a dor e medo, e será complementado necessariamente pelo exame físico. No exame pélvico da paciente, comumente é observada uma postura defensiva de contração muscular voluntária não só do assoalho pélvico como de membros inferiores, e uma atitude característica de esquiva ao contato das mãos do examinador (6, 7).

Nos casos de dispareunia e mesmo de vaginismo, o toque vaginal deve ser minucioso, enquanto procura-se observar a presença de tensão e espasmo muscular, bem como de pontos de gatilho, que são áreas focais de hiperalgesia

(9), localizadas na musculatura perineal superficial. Embora de fisiopatologia ainda incerta, trauma na parede vaginal e cirurgias prévias podem ser fatores desencadeantes (9).

Fatores psicogênicos também podem interferir, pois o medo de que a sensação dolorosa volte a aparecer pode fazer com que a mulher apresente postura de defesa, contraindo involuntariamente os músculos do assoalho pélvico, levando a persistência do estado de tensão e dor na relação sexual (Scafuri, et al., 2009).

Os distúrbios de excitação com lubrificação inadequada levando a dor coital serão determinados mediante anamnese adequada que avalie outros distúrbios sexuais e resposta sexual alterada ou não. Os demais diagnósticos diferenciais serão complementados por anamnese e exame físico que direcionem para cada um dos quadros.

5. Avaliação clínica

A avaliação da dor gênito-pelvica/penetração pode demandar equipe multiprofissional, mas o papel do médico ginecologista é primordial para identificação da queixa inicial com levantamento do histórico clínico e história sexual pregressa e avaliação das possíveis causas orgânicas e psicossociais relacionadas à queixa. O exame ginecológico é fundamental e, caso necessário, são solicitados exames laboratoriais e de imagem. Nos casos identificados de espasmo muscular recomenda-se a avaliação de um pro-

fissional fisioterapeuta, a fim de verificar o tônus e a função dos músculos do assoalho pélvico, a existência e localização de pontos dolorosos, bem como a compreensão de contração e repouso voluntário dos músculos do assoalho pélvico pela mulher.

6. Tratamento

Recomenda-se utilizar uma escala de dor como a escala visual analógica (EVA) previamente ao tratamento, bem como no término deste para avaliar a melhora da dor. É importante destacar que a conduta terapêutica é individualizada, pois depende dos achados da avaliação, bem como dos fatores que predisõem a dor.

6.1 Tratamento da vulvodínia

Medidas de higiene e cuidado genital adequado com sabão com pH entre 3,5 e 5,5, uso de roupas íntimas de algodão, 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 vulvar (5), permitindo em alguns casos o retorno à relação sexual, embora não seja indicada como terapia de longo prazo (8).

Dado o caráter multifatorial da vulvodínia algumas recomendações para o tratamento abrangem também a psicoterapia e a fisioterapia do assoalho pélvico. Acapsaicina, assim como a toxina botulínica A, podem ser tratamentos de segunda linha quando os demais falharam. A terapia hormonal e acupuntura parecem ser promissoras, mas ainda faltam estudos controlados sobre este tema (8).

Os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e a nortriptilina, e inibidores seletivos de recaptção de serotonina têm benefício em redução de limiar doloroso (5). É fundamental

alertar a paciente de que o início da resposta demora em média pelo menos 04 semanas. Anticonvulsivantes como a gabapentina e a carbamazepina também são ferramentas terapêuticas possíveis (5).

6.2 Tratamento fisioterapêutico

O tratamento é dividido em quatro etapas: orientações gerais, auto relaxamento, treino de propriocepção, e massagem perineal.

As orientações gerais consistem em visualização da vulva e vagina e uma figura ilustrativa dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) instruindo a paciente sobre sua localização, função e demonstrando quais grupos musculares que serão tratados, visando auto conhecimento. Esta orientação é importante para o bom prognóstico do tratamento, visto que 30% das mulheres tem dificuldades para recrutar esta musculatura (Boucier e Juras, 1995), e a falta de percepção destes músculos dificultará a aquisição do auto-controle para relaxar esta musculatura durante o coito, perpetuando assim o ciclo dor-espasmo-dor.

A mulher é orientada também quanto à importância das preliminares (do toque, da troca de carícias) entre ela e o parceiro antes da penetração (quando estiver pronta para penetração) objetivando uma boa lubrificação vaginal.

A próxima etapa é ensinar à mulher técnicas de auto-relaxamento e controle da ansiedade que consistem em: melhora da consciência corporal, solicitando à mulher contrair e relaxar grupos musculares dos ombros, coxas, glúteos e abdome visando a percepção da diferença entre contraído, tenso e relaxado. Controle da respiração, orientando inspiração profunda e expiração máxima que deve ser realizado lentamente, pedindo para que a paciente interrompa e volte a respirar normalmente caso sinta tontura, o que pode ocorrer devido à hiperventilação (Favorêto, 2001).

Dessensibilização têm como objetivo favorecer o autoconhecimento, a mulher é estimulada a visualizar e identificar o clitóris, grandes lábios, pequenos lábios e intróito vaginal através de um espelho e a tocar estas regiões. (Oliveira, 2001).

O alongamento passivo, bilateral de intensidade leve e tempo prolongado (60 segundos) dos músculos adutores do quadril (Kisner e Colby, 1998).

Massagem perineal ou massagem intravaginal, que é realizada com a mulher em posição ginecológica. Esta técnica foi descrita inicialmente por Thiele em 1937 em pacientes sem queixas geniturinárias, mas com espasmos musculares do levantador do ânus e coccígeo e é utilizada com objetivo de desativar pontos gatilho (trigger-points) e promover relaxamento do músculo levantador do ânus, obturador interno e piriforme (Scafuri et al., 2009).

A massagem é realizada como descrita por Oyama, et al. (2004) realizando o alongamento muscular da origem para inserção dos MAPs, no sentido das fibras musculares, com pressão tolerável por 5 minutos do lado direito e 5 minutos do lado esquerdo. Esta técnica se mostra benéfica para reabilitação dos músculos pélvicos, é de baixo custo e não oferece nenhum risco às mulheres (Montenegro, et al., 2010, Silva et al., 2016)

A mulher também é orientada a realizar os exercícios para melhora da função dos músculos do assoalho pélvico em seu domicílio, estes exercícios são compostos por: 10 contrações sustentadas dos MAPs por 6 segundos, com 12 segundos de repouso entre uma contração e outra (fortalecimento de fibras musculares lentas), seguido por 10 contrações rápidas de aproximadamente 1 segundo (para recrutar as fibras musculares rápidas), isso deverá ser repetido por 3 vezes e realizados iniciando na posição supina evoluindo para posição sentada e depois pé (Ke-

gel, 1948; Morkved et al., 2003). Cabe ressaltar que estes são exercícios básicos, pois, a prescrição exata do número de repetições e repouso dependerá dos achados da avaliação física.

Orientamos que as mulheres não interrompam as relações sexuais durante o tratamento, pois seu desempenho, bem como dificuldades apresentadas, servem de parâmetros para a evolução do quadro, bem como para nortear a conduta terapêutica.

Outros recursos fisioterapêuticos também podem ser empregados como uso da eletroterapia e biofeedback caso necessário.

Destacamos que o tratamento fisioterapêutico, bem como orientações relacionadas com a reabilitação do assoalho pélvico, deve ser realizado somente por um profissional habilitado.

Quando na avaliação verifica-se a presença de pontos gatilhos (trigger-points), que são pontos dolorosos resultantes de espasmo muscular crônico e estes estiverem hipersensibilizados, impossibilitando a massagem, é solicitada avaliação do médico ginecologista com o objetivo de verificar a possibilidade de dessensibilizar aquele ponto através do bloqueio loco regional com anestésico, até que a mulher esteja apta a receber a massagem.

A Figura 1 evidencia o folder entregue às mulheres com orientações domiciliares que deve ser realizado concomitante com o tratamento ambulatorial.

6.3. Tratamento com bloqueio loc-regional

Quando um ponto de gatilho é identificado, injeção com anestésico local (Lidocaina a 1% sem vasoconstritor) pode ser realizada para inativação do ponto. Realiza-se a injeção de 2 ml de volume de lidocaina a 1% sem epinefrina ou procaína a 1% em cada ponto, semanalmente, por 04 a 06 semanas (9); em casos refratários pode ser utilizada a toxina botulínica (10).

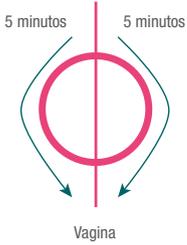
| <p style="text-align: center;">MASSAGEM PERINEAL</p> <p>- Realizá-la em ambiente calmo e onde você se sintá à vontade, lave bem as mãos. - É indicada a posição ginecológica ou de cocóras ou sentada no vaso sanitário.</p>  <p>- É indicada a manipulação do clitóris para realizar a massagem, pois estimula a lubrificação vaginal, sendo mais fácil de realizá-la - Ao encontrar pontos dolorosos na parede vaginal, pressioná-lo duran12e 1 minuto. - Para realizar a massagem, deve-se dividir a vagina em 2 partes como mostra figura abaixo: Lado direito e esquerdo. A massagem se inicia da parte de cima da vagina e o dedo irá deslizar com leve pressão por toda parede até a parte de baixo, com duração de 5 minutos no lado direito e 5 minutos no lado esquerdo.</p>  <p style="text-align: center;">Realizar a massagem DIARIAMENTE.</p> | <p style="text-align: center;">EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO</p> <p>- CONTRAÇÃO LENTA: Contrair a musculatura durante 6 segundos e relaxar bem durante 12 segundos. Repetir este exercício 10 vezes.</p> <p>- CONTRAÇÃO RÁPIDA: Contração rápida da musculatura durante 10 vezes.</p> <p>INTERCALE OS EXERCÍCIOS POR 3 VEZES.</p> <p>RESPIRAÇÃO Solte o ar pela boca e realize a contração da musculatura.</p> <p>O QUE NÃO DEVO FAZER? Contrair os glúteos (nádegas), os músculos da parte de dentro da coxa e do pescoço.</p> <p>LEMBRETE Contração: É fechar (apertar) o canal da vagina e puxá-lo para cima.</p> |
|--|--|
|--|--|

Figura 1: Folder com orientações de exercícios para as mulheres com dor a penetração na relação sexual.

7. Referências

- Whitmore K, Siegel JF, Kellogg-Spadt S. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: a diagnosis to consider. *The journal of sexual medicine*. 2007 May;4(3):720-7. PubMed PMID: 17498107.
- Abdo CH. Estudo da vida sexual do Brasileiro. São Paulo: : Bregantini 2004.
- Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of sexual behavior*. 2010 Apr;39(2):292-303. PubMed PMID: 19830537.
- Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spadt S, et al. Vulvodinia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *J Sex Med*. 2016 Mar;13(3):291-304. PubMed PMID: 26944461.
- Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodinia guideline. *Journal of lower genital tract disease*. 2005 Jan;9(1):40-51. PubMed PMID: 15870521.
- Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of sexual behavior*. 2010 Apr;39(2):278-91. PubMed PMID: 19851855.
- Lahaie MA, Amsel R, Khalife 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. *Archives of sexual behavior*. 2015 Aug;44(6):1537-50. PubMed PMID: WOS:000358137500003. English.
- Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodinia: Assessment and Treatment. *The journal of sexual medicine*. 2016 Apr;13(4):572-90. PubMed PMID: 27045258.
- Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. *American family physician*. 2002 Feb 15;65(4):653-60. PubMed PMID: 11871683.
- Fageeh WM. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *J Sex Med*. 2011 Jun;8(6):1735-9. PubMed PMID: 21477018. Epub 2011/04/12. eng.

Capítulo 5

Métodos utilizados em terapia sexual

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti
Paulo Roberto C. Cavalcanti de Almeida
Coautora: Patrícia da C. Cavalcanti Alarcão

Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Fases da resposta sexual e seus transtornos**
- 3. Técnicas de abordagem geral das disfunções sexuais femininas**
 - 3.1. Esclarecimento
 - 3.2. Técnica do Apoio
 - 3.3. Relaxamento
 - 3.4. Técnicas de abordagem mais especializadas
 - 3.4.1. *Dessensibilização sistemática*
 - 3.4.2. *Técnica do Espelho*
 - 3.4.3. *Treinamento Assertivo*
 - 3.4.4. *Reestruturação Cognitiva*
 - 3.4.5. *Parada do Pensamento*
 - 3.4.6. *Distração Cognitiva*
 - 3.4.7. *Auto verbalização Emotiva*
- 4. Técnicas terapêuticas específicas para abordagem das disfunções sexuais femininas**
- 5. Referências Bibliográficas**

Métodos utilizados em terapia sexual

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti¹
Paulo Roberto C. Cavalcanti de Almeida²
Coautora: Patrícia da C. Cavalcanti Alarcão³

Resumo

Os métodos utilizados em terapia sexual são procedimentos baseados em técnicas gerais e específicas que visam o tratamento das disfunções sexuais. As técnicas gerais são aquelas que poderão ser aplicadas em todas as queixas sexuais e também em queixas de origem não sexuais e podendo ser utilizadas por qualquer ginecologista, já as específicas são voltadas as disfunções sexuais e requerem um treinamento específico prévio. As técnicas utilizadas no tratamento das disfunções sexuais são geralmente de cunho comportamental cognitivo. Vale lembrar que as disfunções podem ter etiologias orgânicas ou psíquicas, embora sempre independente da origem e se manifestam como uma síndrome psicossomática, portanto caberá sempre ao ginecologista geral realizar um bom exame físico que diagnostique as causas orgânicas e se necessário as tratem antes de encaminhá-las ao especialista.

1. Introdução

A terapia sexual é voltada ao tratamento dos transtornos da função sexual, tendo o propósito de ser breve e focal, podendo se estender para outras áreas do comportamento humano tais como a terapia de casal ou familiar. O tratamento pode ser realizado individualmente ou com o casal, dependendo da demanda da queixa apresentada.

Os profissionais habilitados a atuarem nesta área são médicos e psicólogos, com especialização em sexologia clínica. Em medicina são reconhecidos como especialistas os ginecologistas portadores de TEGO e com título em área de atuação em sexologia concedido pela FEBRASGO e com reconhecimento da AMB. Os psicólogos clínicos por sua vez deverão ter cursos de especialização na área que seja reconhecido pelo ministério da educação.

¹Título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO, Mestre em saúde Materno Infantil (IMIP), Professora da Faculdade de Medicina do Centro de Ensino Universitário de Brasília(CEUB), Membro da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO.

²Doutor em Psicologia do comportamento pela UNB, Professor de Psicologia da Faculdade de Psicologia do Centro de Ensino Universitário de Brasília, Professor do Curso de Pós Graduação de Sexologia da Universidade Baiana de medicina, Especialista em Sexologia pelo CESEX

³Médica, R3 da residência de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde de Brasília, Especialista em sexologia pelo CESEX.

Na terapia sexual se utilizam varias técnicas, essas são geralmente de cunho comportamental cognitivo, mas nada invalida a utilização de outros tipos de abordagem psicoterapêutica como a abordagem humanística ou a psicanalista.

As técnicas utilizadas para as disfunções sexuais podem ser gerais ou específicas. As técnicas gerais são aquelas que poderão ser aplicadas em todas as queixas sexuais e também em queixas de origem não sexuais.

Atualmente, é bem conhecida a grande dificuldade por parte dos ginecologistas em lidar com as queixas sexuais de suas pacientes (1), isto se deve basicamente pela falta de capacitação das faculdades de medicina e da residência medica nesta área especifica além da falta de protocolos específicos que possibilitem o manejo adequado das queixas sexuais das mulheres (2). Os médicos ginecologistas geralmente sabem lidar muito bem com a anatomofisiologia da reprodução humana e suas patologias, mas poucos sabem da anatomofisiologia da resposta sexual humana e menos ainda das patologias que acometem esta resposta. Por este motivo antes de aprofundamos no tema do capítulo, é necessário esclarecer alguns conceitos básicos em sexologia, para que fique claro quando se faz necessário uma intervenção terapêutica.

Existem três tipos de alterações que acometem o desempenho sexual: os desvios ou distúrbios parafilicos, as disfunções e as inadequações. Os desvios são todos os comportamentos sexuais que fogem ao chamado “normal” para a sociedade onde o individuo vive. Trata-se, portanto de um conceito sociológico; as disfunções são modificações na função do órgão ou nas etapas do ciclo da resposta sexual, logo se trata de um conceito biológico e por fim as inadequações que são todas as alterações que causem sofrimento ao seu portador, sejam em relação ao seu próprio desempenho ou ao desempenho de seu parceiro.

As disfunções podem ter etiologias orgânicas ou psíquicas, mas sempre independente da sua origem se manifestam como uma síndrome psicossomática. Fases da resposta sexual e seus transtornos.

2. Fases da resposta sexual e seus transtornos

Para se compreender a origem das disfunções, é necessário saber as fases da resposta sexual humana e quais os possíveis bloqueios que poderão alterar estas fases, sendo os desencadeadores das disfunções típicas de cada uma delas.

Embora a sexologia seja uma ciência recente já ocorreu uma serie de modificações na compreensão da resposta sexual que evoluiu de um modelo basicamente biológico, linear proposto pelos pesquisadores Master & Jonhson's (3) para um modelo cíclico proposto por Rosemary Basson (4). No presente capítulo, será tomada como base para a abordagem das disfunções a resposta linear, que possibilita uma compreensão mais didática.

No esquema abaixo proposto no livro “Tratamento das inadequações Sexuais”(5), podem ser conferidos todos os tipos de disfunções e de qual fase ela se origina, ressaltando, contudo que uma disfunção não necessariamente ficara restrita aquela fase especifica, pois se trata de um processo dinâmico, ou seja, uma disfunção leva a outras disfunções. Afinal de contas o sexo é reforçado pelo próprio sexo, e como todo comportamento humano para que ele se mantenha, faz-se necessário um reforço, prévio. Se o individuo é frustrado em seu desempenho, ao longo do tempo ele se esquivava destas situações evitando assim novas frustrações.

Cada um dos bloqueios irá interromper a sequencia das fases seguintes e provocam disfunções especificas. Se o bloqueio ocorrer antecedendo a fase do desejo pode-se ter as seguintes disfunções: Inapetência (falta absolu-

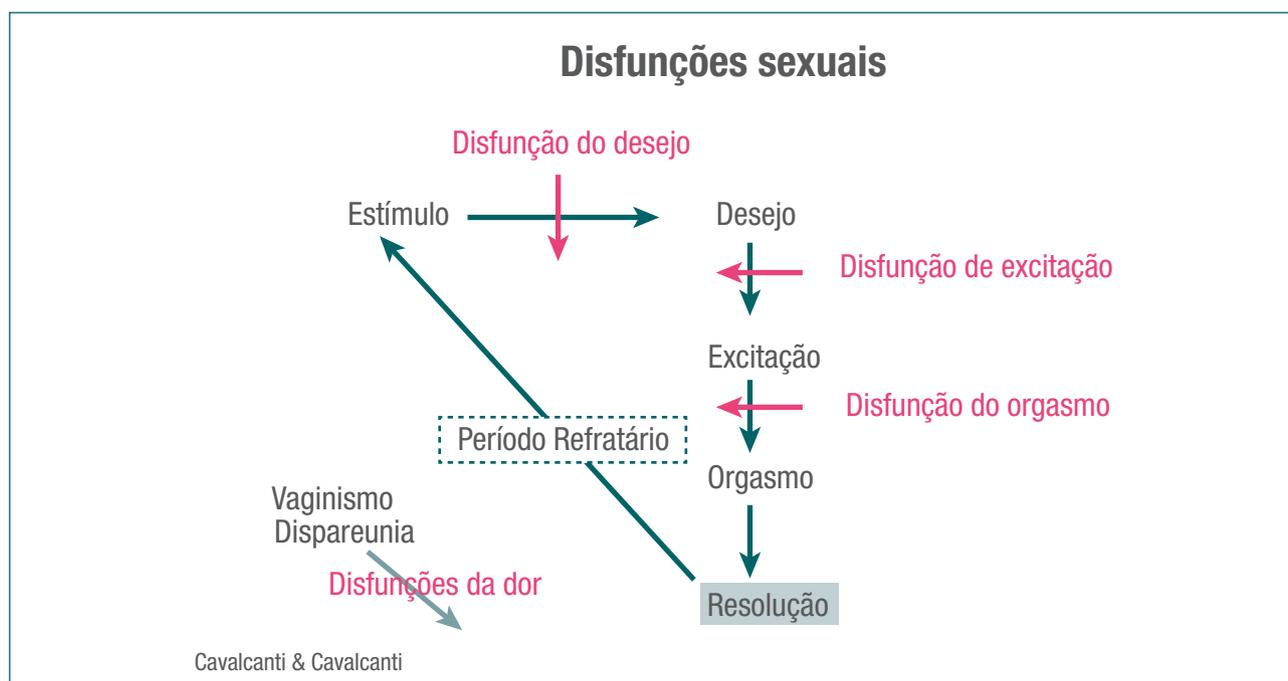


Figura 1: Fases da resposta sexual humana (5)

ta de desejo sexual); o desejo sexual hipoativo (diminuição do desejo sexual) ou a hiperapetência sexual (exacerbação compulsiva do desejo sexual). Se o bloqueio antecede a fase da excitação ocorrerá a disfunção de excitação com a diminuição ou ausência de lubrificação na mulher e, nos homens, as disfunções eretivas. Ao contrário, se ocorrer uma exacerbação da excitação poderá ter a síndrome de excitação permanente nas mulheres ou o priapismo em homens. Se o bloqueio afeta a fase do orgasmo ocorrerá a anorgasmia nas mulheres e os distúrbios da ejaculação nos homens (precoce, retardada, ou retrógrada). Existem ainda as disfunções da dor onde o portador da disfunção pode ser responsivo a todas as fases e, no entanto apresenta um bloqueio na resposta devido a dor, a dor genito-pelvica de penetração (6) que engloba o vaginismo e a dispareunia.

O conceito de desvios sexuais, ou parafilias, foi recentemente revisto com três modificações importantes (7): *i)* A distinção entre parafilias e distúrbios parafilicos, *ii)* É considerado distúrbio quando os interesses sexuais incomuns causam

angústia ou disfunção à pessoa, *iii)* A introdução de critérios que descrevem os distúrbios parafilicos como sendo “em remissão” quando já não causam angústia ou disfunção, esclarece a relação entre comportamento e parafilias.

As desordens parafilicas são todos os comportamentos sexuais que fogem a norma social, tais como sadomasoquismo, pedofilia, necrofilia, gerontofilia, pigmalionismo, entre outros. Estes casos nem sempre chegam às mãos dos terapeutas sexuais, pois grande parte dos indivíduos convivem com seus distúrbios sem buscar ajuda, e quando esta ajuda é requerida faz-se necessário um acompanhamento psiquiátrico conjunto, pois trata-se de compulsões que requerem intervenções psiquiátricas com prescrição de medicamentos específicos (inibidores da receptação da serotonina, análogos sintéticos dos esteroides sexuais, e análogos do GnRH) (8), psicoterápicas em conjunto com a terapia sexual (9).

Chegam, ao consultório do ginecologista, as disfunções sexuais, as inadequações sexuais secundárias as dificuldades relacionais, descom-

passo de ritmos (um parceiro tem uma demanda maior por sexo que o outro), perda da atração, entre outros.

Como abordar então a queixa sexual? Os profissionais que lidam com mulheres precisam antes de tudo entenderem e serem sensíveis ao universo feminino que é único, mutável e interfere em todas as suas ações de acordo com o seu momento emocional. Dentro do universo feminino varias questões emergem no momento da relação sexual que podem interferir diretamente no seu desempenho. As grandes perguntas que permeiam a abordagem na terapia sexual feminina são: O que representa o sexo para esta mulher? O que representa este parceiro para esta mulher? O que representa ter sexo neste momento? Quais são suas fantasias?

Além da sensibilidade quanto ao universo feminino o ginecologista necessita ter competência técnica, empatia, ética, habilidade na escuta, saber lidar com a transferência e com a contratransferência para lidar com as queixas sexuais de suas pacientes. O ginecologista deveria realizar, no mínimo, uma boa triagem para encaminhar a mulher quanto a sua função sexual não a estiver satisfazendo sabendo referenciar ao especialista os casos que necessitam de uma abordagem mais detalhada e específica. Cabendo então a todos os ginecologistas ter um mínimo de conhecimento na área de saúde sexual, até porque as demandas atuais nesta área são frequentes.

3. Técnicas de abordagem geral das disfunções sexuais femininas

Quais seriam então os procedimentos terapêuticos possíveis de ser empregados por qualquer ginecologista com boa vontade e com um mínimo de preparação teórica na área? Como já foi mencionado anteriormente, temos os procedimentos específicos, aqueles adequados as disfunções específicas, sendo estes de domínio dos

especialistas e os gerais, que podem e devem ser utilizados sempre sem grandes dificuldades.

Os Procedimentos gerais se dividem em grau de dificuldade na aplicação sendo as mais fáceis de serem empregados: O esclarecimento, o apoio, o relaxamento, e procedimentos gerais que demandam conhecimento mais especializado (5).

3.1. Esclarecimento

Consiste em fornecer todas as informações científicas adequada para dirimir as dúvidas sobre sexo, esclarecendo sobre a resposta sexual e colaborando para desconstruir as crenças errôneas e mitos a respeito do sexo e do desempenho sexual.

3.2. Técnica do apoio

É preciso ser um ouvido atento e sem juízo de valores, lembrando que na maioria das vezes as pessoas apenas querem ser ouvidas e não julgadas, portanto tenham um tempo para ouvir em silêncio e quando muito devolver ao paciente a sua própria pergunta. Não procurar dar soluções, pois cada um sabe a solução mais adequada ao seu caso e a responsabilidade dos atos tem que ser do paciente e não nossa, por fim como técnica geral que poderá ser utilizadas em todos os casos tem o relaxamento.

3.3. Relaxamento

Especificamente a aplicação de relaxamento em sexologia consiste em uma forma de baixar a ansiedade, lembrando que o portador de qualquer que seja a disfunção sexual pode ser uma pessoa ansiosa e portadora de temor de desempenho, ou seja, uma pessoa com medo do fracasso. Cabe então ao medico fortalecê-la e diminuir sua ansiedade.

São diversas as técnicas de relaxamento e a melhor a ser usada será aquela que o profissional tem conhecimento e domínio. A pratica de atividades físicas tranquilizadoras, tais

como Pilates e Yoga pode ser uma grande aliada por ser um potente ansiolítico e ajudando a aliviar as tensões. Poderá também prescrever ansiolíticos de baixa dosagem e por curto prazo como o clomazepan de 0,5 mg ou como alternativa a buspirona que é um ansiolítico não benzodiazepínico que não tem efeito sedativo, e parece ter efeito dopaminérgico com efeito positivo na função sexual (10).

3.4. Técnicas de abordagem mais especializadas

Ainda com procedimentos gerais, mas nesse caso já necessitando de uma abordagem mais especializada temos as seguintes técnicas que são comuns a todas as disfunções sexuais: dessensibilização sistemática, técnica do espelho, treinamento assertivo, reestruturação cognitiva, parada do pensamento, distração cognitiva, auto verbalização emotiva.

3.4.1. Dessensibilização sistemática

A dessensibilização sistemática tem como objetivo contrapor a ansiedade ao relaxamento profundo, apresentando se a situação ansiogênica em doses crescentes. Pontos importantes a serem levados em consideração e que possibilita ao cliente a capacidade de fantasiar e vivenciar a cena e promove uma lenta gradação do nível ansiogênico de um item para outro. É uma técnica com comprovada capacidade resolutiva e permite ao paciente enfrentar a situação real com o mínimo de reação ansiosa. Ela é pautada em três etapas, no Treinamento em relaxamento muscular, no estabelecimento de uma hierarquia de situações ansiogênicas e por fim na apresentação progressiva dos itens que compõem a hierarquia previamente estabelecida.

3.4.2. Técnica do espelho

A técnica do espelho tem os objetivos de promover a autoconsciência corporal e a auto

aceitação. São pontos importantes da técnica: Ajudar a enfrentar as dificuldades pessoais, Permitir descobrir e apreciar os aspectos mais positivos da própria aparência, Possibilitar uma compreensão dos sentimentos que se nutre pelo próprio corpo, Permitir criar formas de lidar com estes sentimentos.

Deverá ser realizada da seguinte forma: o paciente Reservará 30 a 60 min diários. Neste momento ele deverá usar um Espelho que visualize o corpo inteiro e fazer uma espécie de viagem visual do seu próprio corpo. Deverá ter uma atitude positiva em relação a si mesma. Neste momento poderá aproveitar para fazer uma visualização dos órgãos genitais e fazer um auto avaliação de tudo o que viu.

3.4.3. Treinamento Assertivo

A técnica de treino assertivo tem o objetivo de tornar as pessoas capazes de ter comportamentos assertivos que são “os comportamentos que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade e a expressar sentimentos sinceros sem constrangimentos, ou a exercitar os seus próprios direitos sem negar os alheios”(11). Esta técnica utiliza componentes do comportamento assertivo que precisam ser reforçados como; *i*) aprender a olhar nos olhos quando se fala, *ii*) assumir uma postura corporal adequada, *iii*) usar a linguagem gestual, sabendo usar as expressões faciais, *iv*) ter uma tonalidade e volume da voz compreensível e sem exageros, *v*) aprender a escolher a hora apropriada para colocar suas posições.

O treino assertivo utiliza três níveis de treinamento: *i*) auto-observação do comportamento (questionário de assertividade), *ii*) autoanálise do comportamento (relatório semanal, anotando a data, situação, como reagiu como se sentiu e o que gostaria de ter feito), *iii*) tarefas progressivas (propostas pelo terapeuta). e

3.4.4. Reestruturação cognitiva

A técnica da reestruturação cognitiva é baseada na Terapia Racional Emotiva de Ellis, e tem como objetivo fazer com que o paciente tome conhecimento de suas crenças irracionais, e que substitua, ativamente, estas crenças por outras mais racionais, menos exigentes, menos rígidas e, consequentemente, mais construtivas. A pessoa deverá ser capaz de identificar as suas crenças irracionais que levam as distorções cognitivas e através da confrontação e dos princípios da lógica (com base nos silogismos) se promove perguntas e respostas levando ao esclarecimento- e a reestruturação adequada do pensamento sobre as questões.

3.4.5. Parada do pensamento

Trata-se de uma técnica direta que tem como objetivo imobilizar um pensamento compulsivo e inadequado. Solicita-se a pessoa que fixe em pensamentos que lhe causam ansiedade. Em seguida o terapeuta diz PARE! Esta ação objetiva interromper ou bloquear o fluxo do pensamento. Posteriormente a pessoa é treinada para que ela própria exerça o controle de parada do pensamento.

3.4.6. Distração cognitiva

A técnica de distração cognitiva tem o objetivo de neutralizar pensamentos estranhos e fazer com que o indivíduo se concentre no envolvimento sexual que está acontecendo. Consistem em solicitar a pessoa que perceba o prazer do toque, as sensações, tentando fixar o pensamento no “aqui e agora” na hora do ato sexual.

3.4.7. Auto verbalização emotiva

Esta técnica tem como objetivo incrementar a autoestima e a segurança de si mesmo. Para atingir este objetivo o terapeuta deve estimular a pessoa a falar alto, com emoção, sobre as coisas que a pessoa sente e quer, falar coisas positivas sobre si mesmas e acerca de seus projetos. Ex:” Eu posso fazer isto”, “ Eu vou conseguir...”

4. Técnicas terapêuticas específicas para abordagem das disfunções sexuais femininas

Os procedimentos terapêuticos específicos só deverão ser utilizados por profissionais capacitados e com habilidade na utilização, para evitar o iatrogenismo. Estes procedimentos são técnicas baseadas na terapia comportamental cognitiva (TREC) (12) que é um tipo de terapia voltada para reduzir ou abolir os comportamentos e as emoções disfuncionais, modificando as avaliações e as crenças do indivíduo e fortalecendo os comportamentos adequados (10). A TREC compreende 10 princípios básicos (12) e é pautada no conceito de cognição que é a capacidade de construir conhecimentos. A cognição envolve um conjunto de três processos mentais: a percepção (que representa o presente), a memória (que restabelece o passado), e o pensamento (que se estende em direção ao futuro, criando o que ainda está por existir) (5). As características comuns a todas as terapias comportamentais cognitivas é a certeza de que a cognição afeta a emoção e o comportamento, e que a cognição pode ser monitorada e alterada, e por fim, que a mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva.

No entanto antes da aplicação de cada técnica específica deve ser firmado um diagnóstico preciso e para isto deve ser realizada uma anamnese completa e elucidativa abordando e esclarecendo todas as prováveis causas indutoras da queixa. Além disto, deverá ser feito um bom exame físico que afaste as causas orgânicas e se forem identificadas, estas causas deverão ser cuidadosamente tratadas com a terapêutica adequada ao caso. Complementando para o esclarecimento da queixa sexual deverão ser feitos os exames complementar necessário ao diagnóstico final. Com a definição dos diagnósticos físico e psíquico caberá ao especialista operacionalizar a queixa, ou seja, traduzir de fato o que a pacien-

te quer dizer e os seus sentimentos em relação à questão que o traz a consulta, pois desta forma poderá conduzir e introduzir o procedimento terapêutico adequado ao caso.

Outras técnicas terapêuticas específicas envolvem: Exercícios de Kegel, autofocagem, dessensibilização masturbatória, dilatação vaginal, focagem das sensações (foco sensorio 1 e 2), treino de fantasia, partilha de fantasia, recondicionamento orgásmico, *stop-start*, *squeeze*, desbloqueio ejaculatório, programas de autoterapia, estimulação repetida, coito não exigente, manobra de ponte. Por se tratar de técnicas de domínio dos especialistas e não ser este o propósito deste capítulo apenas serão citadas.

5. Referências

1. Lara LA, Coelho Neto Mde A, Martins Wde P, Ferriani RA, Navarro PA. Assessment of Sexual Function in Infertile Women in a Gynecological Care Setting. *The journal of sexual medicine*. 2016 Jun;13(6):938-44. PubMed PMID: 27215689.
2. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2499-508. PubMed PMID: 20524976. Epub 2010/06/08. eng.
3. Masters WH, & Johnson, V. E. . *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1966
4. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65. PubMed PMID: 10693116. Epub 2000/02/29. eng.
5. Cavalcanti RC, M. . *Tratamento clinico das inadequações sexuais*. 4 ed ed. São Paulo: Roca; 2012.
6. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *The journal of sexual medicine*. 2016 Apr;13(4):607-12. PubMed PMID: 27045260.
7. Beech AR, Miner MH, Thornton D. Paraphilias in the DSM-5. *Annual review of clinical psychology*. 2016;12:383-406. PubMed PMID: 26772210.
8. Holyda BJ, Kellahe DC. The Biological Treatment of Paraphilic Disorders: an Updated Review. *Current psychiatry reports*. 2016 Feb;18(2):19. PubMed PMID: 26800994.
9. Thibaut F, Bradford JM, Briken P, De La Barra F, Hassler F, Cosyns P, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2016;17(1):2-38. PubMed PMID: 26595752. Pubmed Central PMCID: 4743592.
10. 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 Clinic proceedings*. 2017 Jan;92(1):114-28. PubMed PMID: 27916394.
11. Alberti RE, Emmons MI. *Comportamento assertivo*. Belo Horizonte:1983.
12. Jesse H. Wright MRBMET. *Principios básicos da terapia cognitivo-comportamental: Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental* Editora Sextante; 2000.

Capítulo 6

Terapia sexual nas inadequações sexuais femininas

Jaqueline Brendler

Sumário

Introdução

Causas de inadequação sexual em mulheres.

- Mitos e crenças errôneas em relação a sexualidade
- Religiosidade
- Falta de comprometimento na relação diádica
- Papéis de gênero vs. potencial erótico feminino
- Disfunções sexuais do parceiro
- Problemas com a autoimagem corporal
- Discordância sobre as práticas sexuais preferenciais
- Transtornos relacionados ao desenvolvimento sexual e a orientação sexual
- Parafilias / Transtorno Parafílico
- Infidelidade conjugal

Diagnóstico da inadequação sexual

Tratamento das inadequações sexuais femininas

Referências

Terapia sexual nas inadequações sexuais femininas

Jaqueline Brendler¹

Resumo

Este capítulo tem como objetivo apresentar um guia geral sobre as etiologias e o tratamento das inadequações sexuais femininas. São apontadas as causas predominantes e as principais técnicas da linha Cognitiva Comportamental, como também as técnicas da Terapia Sexual. Estas últimas podem ser divididas em dois tipos, as técnicas gerais que são úteis para várias inadequações sexuais e as específicas que são prescritas para determinadas disfunções sexuais geradoras de inadequações sexuais.

Introdução

A inadequação sexual refere-se a insatisfação da pessoa com o seu próprio comportamento sexual e/ou comportamento do(a) parceiro(a). As inadequações sexuais dependem das expectativas pessoais e determinam sofrimento psicológico (Cavalcanti & Cavalcanti 2006). No consultório médico as inadequações sexuais são comuns, sendo importante conhecer suas etiologias como também ter um panorama geral das principais etapas envolvidas no tratamento, o que inclui a terapia sexual.

A terapia sexual é uma modalidade de tratamento caracteriza-se pelo emprego integrado de técnicas sistematicamente estruturadas, juntamente com a exploração psicoterapêutica dos conflitos intrapsíquicos de cada parceiro, assim como a dinâmica sutil de suas interações (Kaplan, 1984).

Causas de inadequação sexual em mulheres.

A maioria das inadequações sexuais femininas tem origem psíquica e sociocultural, sendo necessário excluir patologias orgânicas ou de-

¹Ginecologista e Obstetra, especialista em Sexualidade Humana pela SBRASH, área de atuação em Sexologia (AMB/FEBRASGO). Membro do Conselho da Associação Mundial para Saúde Sexual (WAS), Vice-presidente segunda da Federação Latino Americana das Sociedades de Sexologia e Educação Sexual, membro da Academia Internacional de Sexologia Médica (AISM), membro da Comissão Nacional Especializada de Sexologia (FEBRASGO).

tectá-las. A Tabela 1 evidencia as principais causas de inadequações sexuais femininas.

Mitos e crenças errôneas em relação a sexualidade.

A cultura machista, falocêntrica e sexualmente repressiva em relação as mulheres são terreno fértil para criar expectativas irreais, além de informações errôneas sobre a sexualidade dando origem as inadequações sexuais tanto intra quanto interpessoais. Um exemplo disto é a masturbação que é estimulada e vista como natural para a criança, adolescente e adulto no universo masculino, mas é, repreendida entre as crianças e adolescentes mulheres. Muitos homens influenciados pela cultura falocêntrica acreditam que o orgasmo feminino é obtido facilmente com o estímulo do pênis na vagina. No entanto, o estímulo do clitóris pela masturbação é de extrema importância para a erotização e obtenção do orgasmo para a maioria das mulheres (1). Muitas vezes, estimular o clitóris durante o coito não consta no repertório de práticas sexuais.

Religiosidade

Alguns comportamentos sexuais na religião judaico-cristã (e suas ramificações) são consideradas pecado como a masturbação, o sexo oral, o sexo anal e a prática homossexual, pois não visam a procriação. A relação sexual pré-nupcial é outro ato considerado pecaminoso em seguidores de algumas religiões (2). Em algumas culturas a religião é mais tolerante a heterogeneidade no comportamento sexual dos gêneros sendo mais permissiva para os homens em relação as mulheres (3). Todas essas práticas podem gerar vergonha, embaraçamento e culpa levando à inadequação sexual.

Falta de comprometimento na relação diádica

Na teoria triangular do amor proposta por Robert J. Sternberg (1986) no ápice do triângulo fica a intimidade e na base a paixão e decisão/comprometimento, e o amor é sustentado por pelo menos dois

destes três pré-requisitos que são essenciais para uma boa relação diádica (4). Há evidências de que o comprometimento e a dedicação do parceiro masculino no relacionamento é menor quando o casal coabita antes do casamento (5). Em uma coorte em 10 anos de seguimento, com 1.050 homens e mulheres que coabitaram antes do casamento evidenciou que 43,1% deles referiram insatisfação com o casamento, dificuldades com a comunicação e maior risco para divórcio (6). Possivelmente, isto reflete a importância simbólica da importância da “consumação sexual” após o casamento.

Papéis de gênero vs. potencial erótico feminino.

As mulheres exercem vários papéis, ao longo da vida, como filha, mãe, mulher sexuada, profissional, dona de casa e avó (Brendler, 2002). Para a mulher que trabalha fora, principalmente após a maternidade, é importante dividir as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos com o marido, a fim de evitar stress com a sobrecarga dos múltiplos papéis (Brendler, 2013). Para algumas mulheres o cansaço e as atividades diárias são fatores que interferem negativamente no desempenho sexual delas (Abdo, 2004). Por outro lado, para muitos casais ainda vigoram antigos papéis de gênero no qual o cuidado da casa e dos filhos ainda é função exclusiva da mulher (Brendler, 2013). Além disso é esperado que a mulher seduza o parceiro, tenha múltiplos orgasmos, que faça dança do ventre ou faça *strip-tease* (Reis 2002). Essa heterogeneidade de papéis no cuidado as tarefas domésticas e aos filhos podem predispor aos conflitos relacionais que podem levar a inadequação sexual.

Disfunções sexuais do parceiro.

A disfunção sexual do parceiro pode culminar com a disfunção sexual do outro e cursar com a inadequação sexual (7).

Problemas com a autoimagem corporal.

A autoimagem corporal pode ser diferente da aprovada pela cultura. Mulheres com autoima-

gem distorcida podem apresentar dificuldades com a nudez e limitação erótica na relação sexual com impacto negativo no relacionamento conjugal e sexual (8), o que pode favorecer a inadequação sexual. Vivemos numa sociedade da cultura do corpo e especialmente da ditadura da beleza feminina, podendo atingir mulheres de todas as idades. Há evidência de que mulheres disfuncionais apresentam mais crenças em relação a importância da imagem corporal no funcionamento sexual. Para esta população de mulheres, a beleza física é fator essencial para que sintam sexualmente bem sucedidas (9).

Discordância sobre as práticas sexuais preferenciais

São pacientes sem disfunção sexual que sofrem quando o(a) parceiro (a) insiste em algum comportamento sexual diferente da sua preferência erótica gerando inadequações sexual interpessoal. A educação repressiva em relação a vivência da sexualidade e as práticas sexuais podem cursar com limitação no repertório sexual; pessoas sexualmente reprimidas podem sentir ofensa ou desconforto com o vocabulário erótico do parceiro durante a relação, com práticas sexuais não convencionais pênis-vagina, com posição com penetração posterior, etc (10).

Transtornos relacionados ao desenvolvimento sexual e a orientação sexual.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) a orientação sexual é a tendência do indivíduo sentir-se sexualmente atraído por alguém do gênero oposto ao seu e /ou

por alguém do mesmo gênero, podendo os indivíduos serem hetero, homo ou bissexuais. Essa condição pode gerar inadequação sexual (11).

Transtorno da identidade de gênero/Disforia de gênero.

Causa inadequação intrapessoal e pode provocar inadequação sexual diádica. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) os transtornos da identidade sexual se caracterizam pelo desejo irreversível de viver e ser aceito como pertencente ao sexo oposto, acompanhado por sentimento persistente de grande desconforto e de inadequação em relação ao próprio sexo anatômico. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) designou essa entidade de Disforia de Gênero.

Parafilias / Transtorno Parafílico.

Esta condição caracteriza-se por impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos ou situações incomuns (12, 13).

Infidelidade conjugal.

Há evidências de que a infidelidade conjugal cursa com inadequação sexual devido a mágoa, rebaixamento da autoestima, incompatibilidade sexual, insatisfação com a vida sexual, culpa entre outros (10). A insatisfação sexual é uma condição que pode levar o cônjuge a vivenciar relações extraconjugais (14). Um estudo randomizado com casais eleitos para terapia conjugal evidenciou que casais que vivenciam a

Tabela 1

Causas comuns das inadequações sexuais femininas

1. Mitos e crenças sexuais errôneas em relação à sexualidade
2. Religiosidade exacerbada
3. Antigos papéis de gênero associada à cobrança de um potencial erótico feminino exacerbado
4. Disfunções sexuais
5. Desacordos sobre a frequência sexual
6. Problemas com a autoimagem corporal
7. Discordância sobre as práticas sexuais preferenciais
8. Transtornos relacionados ao desenvolvimento sexual e sua orientação
9. Transtorno da identidade de gênero / Disforia de gênero
10. Parafilias / Transtorno Parafílico
11. Infidelidade

Tabela 2

Roteiro para a investigação da inadequação sexual em mulheres

| Avaliar | Aspectos relacionados com a inadequação sexual |
|---|--|
| Histórico da infância e da adolescência | <ul style="list-style-type: none"> Valores e vivências da sexualidade na família de origem Prática religiosa repressiva ou não Como e com quem obteve informações sobre sexo Práticas de masturbação Avaliação da autoestima Como e com quem ocorreram as primeiras experiências eróticas à dois Como foi a primeira relação sexual: Quem era ele/ela? Medos e conflitos em relação a iniciação e prática sexual, uso de proteção (anticoncepção e preservativo) nas relações sexuais Verificar se vivenciou algum trauma e/ou algum tipo de violência sexual? |
| Histórico da vida afetivo-sexual adulta | <ul style="list-style-type: none"> Experiência afetivo-sexual com parceiros significativos e com parceiro atual Trauma e/ou violência sexual |
| Histórico médico da mulher | <ul style="list-style-type: none"> Verificar patologias, cirurgias ou medicações que podem estar relacionados com a inadequação sexual. |

infertilidade conjugal apresentam mais instabilidade conjugal e tem mais dificuldades em manter uma comunicação honesta e assertiva (15). Os problemas relacionais advindos da infidelidade podem cursar com inadequação sexual e disfunção sexual.

Diagnóstico da inadequação sexual

Para avaliação da queixa de inadequação sexual é necessário levantar o histórico da infância e da adolescência, histórico afetivo-sexual da vida adulta, o histórico médico e o histórico da inadequação sexual (Tabela 2).

Outros aspectos relevantes da investigação da inadequação sexual inclui verificar quando iniciou a queixa, sua evolução e os tratamentos já realizados. De um modo geral a etiologia das inadequações sexuais é multifatorial, pois, a função sexual feminina é influenciada pela família, pela sociedade, pela cultura, por vivências sexuais pessoais e conjugais. No entanto, os fatores orgânicos (desequilíbrio hormonais e de neurotransmissores, lesões vasculares e nervosas, patologias do trato urinário baixo, patologias pélvicas e vulvares, além de doenças crônicas) sempre devem ser pesquisados. Além disto, o ginecologista precisa ter por rotina, além

Tabela 3

Técnicas gerais utilizadas em terapia sexual para o tratamento das inadequações sexuais.

| Técnica | Descrição |
|---|---|
| Treino de fantasia | Realizar o planejamento da fantasia com a seleção de personagens, cenários e um roteiro. Posteriormente, a pessoa criará variadas situações e práticas eróticas para ela. |
| Exercício de Kegel (17) | Contração: realizada primeiro com a mulher sentada com as coxas afastadas da linha média visando interromper o jato urinário várias vezes e posteriormente em qualquer situação desde que o ritmo seja "expulsar-parar"; Tremulação: contrair e relaxar os músculos perineais o mais rápido possível; Sucção: inspiração profunda e contração da musculatura perineal, sem contrair os abdominais, como se a vagina estivesse aspirando algo; Expulsão: oposto ao exercício de sucção, como se fosse expulsar algo da vagina sem manobra respiratória. |
| Coito proibido (18) | O coito é banido das práticas sexuais. Foi prescrito inicialmente associado ao Foco Sensório I e II, mas pode ser tarefa isolada |
| Focagem das sensações I e II (18) | Foco sensório I: O casal ficará nu e um deles irá acariciar com as mãos, o corpo do outro, excluindo genitais e seios e o receptor concentra nas sensações e sentimentos provocados pelo toque sem retribuir; Num segundo momento, o toque pode ser feito usando diferentes modos de tocar, pressão e texturas. Foco sensório II: Inicia-se pelo toque no corpo, mas permite tocar os genitais e seios. É permitido sexo oral. |
| Distrair-se do que distrai (19) | Numa situação sexual quando surgir alguma distração (pensamentos de controle, críticos, ansiogênicos ou auto-observação) é aconselhado focalizar a atenção numa fantasia sexual, na contração dos músculos vaginais ou em movimentos do coito. |
| Técnica da dessensibilização masturbatória ou masturbação dirigida (20) | <ol style="list-style-type: none"> Exploração visual dos genitais utilizando um espelho (precedidas de banho morno e Exercícios de Kegel); Exploração tátil do genital na frente do espelho; Identificar áreas erógenas pelo tato usando lubrificante; Descobrir quais ritmos, carícias, pressões, frequências de movimentos são adequados para obter prazer e o orgasmo; Ler textos eróticos ou imergir em fantasias sexuais ao mesmo tempo em o clitóris é estimulado com mais rapidez; Uso de vibrador se o orgasmo não ocorre. |

Tabela 4

Técnicas específicas utilizadas em Terapia Sexual para o tratamento das inadequações sexuais.

| Técnica | Descrição |
|--|---|
| Manobra de Ponte (19) | A penetração é realizada associando o estímulo no clitóris, feito pela mulher que deve estar concentrada numa fantasia. Quando o orgasmo estiver se aproximando, o toque no clitóris é interrompido e a mulher movimenta-se ativamente afim de que os movimentos do coito dispararem o orgasmo. |
| Técnica do alinhamento coital (CAT) (21) | O quadril do homem fica levemente superior ao da mulher, assim a base do pênis toca o clitóris. No coito, quando a mulher eleva a sua pelve o homem baixa a dele, em movimento rítmado. |
| Treino da consistência do orgasmo (OCT) (22) | Usa a combinação de técnicas da masturbação direta, a primeira a ser usada, além da CAT. Inicialmente o casal se acostuma com a posição da CAT e posteriormente há coito usando a CAT. |
| Cardápio Sexual (23) | Utilizado para o tratamento do desejo sexual hipotivo consiste em “pensar em sexo” várias vezes ao dia, visando a erotização da mente da mulher. São utilizados filmes com cenas de sexo, livros e contos eróticos. |

Tabela 5

Técnicas de terapia cognitiva comportamental que podem ser empregadas no tratamento das inadequações sexuais.

| Técnica | Descrição |
|--|--|
| Reestruturação cognitiva (24) | Visa a identificação das distorções cognitivas e/ou crenças irracionais que retroalimentam a inadequação sexual. O segundo passo é a confrontação, no qual o terapeuta procura fazer que cliente examine de modo crítico (racional) as suas distorções e/ou crenças irracionais. Para ajudar a paciente é importante que o ginecologista possua argumentos lógicos e científicos sobre sexualidade, resposta sexual e fatores relacionados às etiologias das inadequações sexuais. Para facilitar descobrir as crenças irracionais podemos perguntar a mulher “ O que você pensou nesse momento? ” “O que você disse a si mesmo nesse momento?” ou utilizar diários de identificações de crenças irracionais . Com essa intenção Ellis solicita instruir o modelo ABC aos pacientes |
| Debate apoio e esclarecimento. | Para resolver mitos e crenças sexuais errôneas devidas a religiosidade exacerbada, antigos papéis de gênero associada à cobrança de um potencial erótico, autoimagem corporal distorcida, desacordos sobre a frequência sexual que é uma característica individual. |
| Permissão (25) | Diante da histórica repressão sexual feminina tanto social como religiosa (26, 27) é natural que as mulheres sintam culpa na vivência sexual. O médico afirmar que o prazer sexual é benéfico a saúde e um direito da pessoa é uma estratégia de permissão fundamentada por evidencia científica. |
| Treinamento Assertivo (28) | Assertividade é quando um indivíduo, sem agressão ou passividade, se dirige tranquilamente para o outro, defendendo os seus direitos. Em termos de relacionamento diádico, o treinamento assertivo consiste em fazer com que o relacionamento interpessoal se torne mais adequado. |
| Técnica da Parada do Pensamento (29) | Parada do pensamento negativo que gera ansiedade e prejudica o desempenho sexual estando relacionada com o temor de desempenho que está relacionado com a dificuldade de excitação e anorgasmia. |
| Trabalhar a comunicação (18) | Pensar no que quer dizer do começo ao fim e como vai dizê-lo, tentando ser claro e específico citando suas prioridades. Não começar as comunicações criticando ou culpando o parceiro. Oferecer um espaço para o parceiro responder e interagir; Perguntar ao parceiro a impressão dele sobre a sua fala para saber se você foi bem compreendido e para conhecer as reações dele. Cuidar da linguagem corporal, devendo haver consistência entre as mensagens verbais e não verbais. Sugerem abraços longos, acariciar cabelos ou o rosto do parceiro, beijar demoradamente ou massagem sensual longe das situações sexuais. Saber ouvir o outro com atenção e compreender a mensagem. Estimulam conversar sobre sexo e sexualidade como também a linguagem não verbal nessas situações. |
| Dessensibilização sistemática progressiva (29) | É realizado em 3 etapas: i) Pesquisar uma hierarquia crescente de situações ansiogênicas partindo-se das de menor potencial para as de maior potencial em produzir ansiedade, ii) Promover o relaxamento muscular corporal pois ele é um inibidor eficaz dos estados de ansiedade, iii) Induzir a mulher ao enfrentamento gradual e hierárquico dos fatores ansiogênicos através da imaginação. Se algum item promover ansiedade a mulher deve parar de imaginá-lo e relaxar. O processo de enfrentamento retorna do item que evocou ansiedade quando a cliente voltar à um estado de relaxamento maior. |
| Relaxamento corporal. | Prescrição de técnicas de relaxamento geral e de determinados grupos musculares como nos casos do vaginismo e da dispareúnia, para serem realizadas pela mulher em casa. |
| Técnica do Espelho (30) | Posicionar na frente do espelho olhando o corpo inteiro avaliando a imagem durante 30 a 60 minutos diários por vários dias. Se houver alguma resistência ao esquema corporal pode ser realizada, primeiro, vestida e examinando cabelos, rosto, pescoço, braços, mãos, pernas e pé. A região genital será a última etapa, sendo importante verificar os detalhes da vulva, com a ajuda de um espelho pequeno. Avaliar: “ O que eu gosto?” “O que poderia melhorar nessa região?” “Se eu pudesse o que eu mudaria?” Valorizar os aspectos positivos. Finalizar realizando a autoavaliação. |

da anamnese e do exame ginecológico, incluir a solicitação de exames complementares, se a história clínica indicar.

Tratamento das inadequações sexuais femininas

Na Terapia Sexual há técnicas gerais (Tabela 3) e específicas (Tabela 4) que podem ser úteis para várias inadequações sexuais e técnicas sexuais para resolver especificamente algumas inade-

quações sexuais, na maioria, fruto de disfunções sexuais. A aplicação das técnicas da Terapia Sexual precisa ser realizada por profissionais treinados, pois, as tarefas sexuais revelam os conflitos individuais e a patologia conjugal muito mais ativamente do que a mera discussão durante a sessão psicoterapêutica local onde que é trabalhado extensivamente e intensivamente este material. Seguindo essa orientação, os sentimentos, as sensações, as percepções e as dificuldades

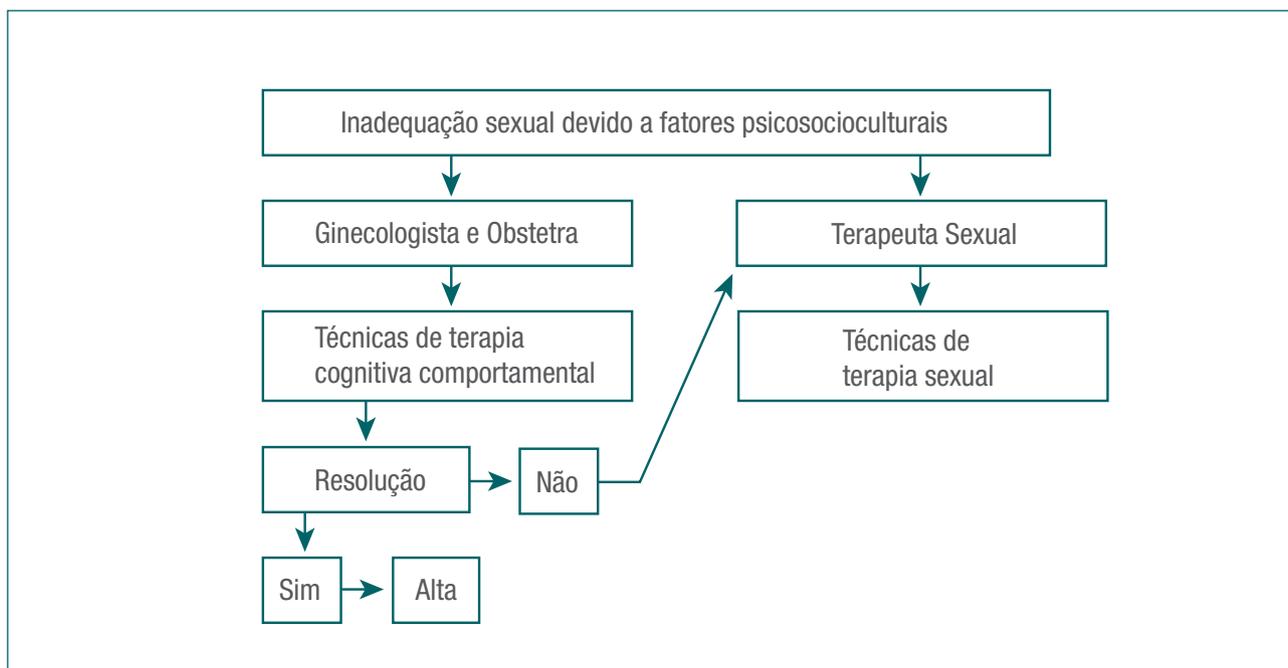


Figura 1: Fluxograma da abordagem da disfunção sexual feminina devida a fatores psicossocioculturais.

enfrentadas pela mulher e/ou pelo casal na realização das tarefas, realizadas em casa, devem ser trazidas para as sessões subsequentes de terapia sexual a fim de serem discutidas (16).

O ginecologista habilitado e com conhecimento em saúde sexual poderá intervir nos casos de inadequação sexual. O tratamento é instituído de acordo com a etiologia. Se a causa da disfunção sexual for devida algum medicamento, este deve ser substituído, sempre que possível, por outro que não interfere na função sexual. Se houver o diagnóstico de depressão ou outros transtornos mentais recomenda-se tratar primeiro essas entidades. Os casos de inadequação relacionados ao desconhecimento da anatomia/pobre repertório sexual e incapacidade/preliminares insuficientes se beneficiam de orientações sobre anatomia da genitália e informações sobre áreas erógenas. Identificada a etiologia de natureza psicossociocultural o médico Ginecologista treinado poderá orientar determinadas Técnicas da linha Cognitiva Comportamental (TCC) que se baseiam na reestruturação cognitiva e no treinamento das habilidades de confronto e solução de problemas

(Tabela 5). A técnica chamada reestruturação cognitiva parte do princípio de que os problemas emocionais são conseqüências de pensamentos indesejáveis e, a técnica visa substituir estes pensamentos por outros construtivos. As técnicas citadas na Tabela 3 são as que têm maior potencial de utilização nas inadequações sexuais femininas pelo G e são úteis para a maioria das causas de inadequações sexuais.

Os casos que demandam maior densidade de técnicas de Terapia Sexual o Ginecologista precisa encaminhar ao especialista. Na Figura 1 está representado o fluxograma do tratamento da disfunção sexual devida a fatores psicossocioculturais.

Referencias

1. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, T KK, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services, narrative review. Iranian journal of reproductive medicine. 2015 Jul;13(7):403-12. PubMed PMID: 26494987. Pubmed Central PMCID: 4609319.
2. Pedersen W. Forbidden fruit? A longitudinal study of Christianity, sex, and marriage. Journal of sex research. 2014;51(5):542-50. PubMed PMID: 23631689.
3. Essizoglu A, Yasan A, Yildirim EA, Gorgen F, Ozkan M. Double standard for traditional value of virginity and premarital sexuality in Turkey: a university students case. Women & health. 2011 Mar;51(2):136-50. PubMed PMID: 21476174.

4. Sternberg RJ. A triangular theory of love. 2 ed: Psychological Review; 1986.
5. Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. Pre-engagement cohabitation and gender asymmetry in marital commitment. *Journal of family psychology* : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association. 2006 Dec;20(4):553-60. PubMed PMID: 17176189.
6. Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. The pre-engagement cohabitation effect: a replication and extension of previous findings. *Journal of family psychology* : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association. 2009 Feb;23(1):107-11. PubMed PMID: 19203165.
7. Brendler J. Características de 55 casos de disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1997;19,(10),.
8. Wallwiener S, Strohmaier J, Wallwiener LM, Schonfisch B, Zipfel S, Brucker SY, et al. Sexual Function Is Correlated With Body Image and Partnership Quality in Female University Students. *The journal of sexual medicine*. 2016 Oct;13(10):1530-8. PubMed PMID: 27567073.
9. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Sexual modes questionnaire: measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *Journal of sex research*. 2003 Nov;40(4):368-82. PubMed PMID: 14735411.
10. Mark KP, Janssen E, Milhausen RR. Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. *Archives of sexual behavior*. 2011 Oct;40(5):971-82. PubMed PMID: 21667234.
11. Closson EF, Sivasubramanian M, Mayer KH, Srivastava A, Safren SA, Anand VR, et al. The other side of the bridge: exploring the sexual relationships of men who have sex with men and their female partners in Mumbai, India. *Culture, health & sexuality*. 2014;16(7):780-91. PubMed PMID: 24815724. Pubmed Central PMCID: 4090273.
12. Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A. Paraphilias. *Current opinion in psychiatry*. 2015 Nov;28(6):440-4. PubMed PMID: 26382165.
13. Giami A. Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Archives of sexual behavior*. 2015 Jul;44(5):1127-38. PubMed PMID: 25933671.
14. Traeen B, Thuen F. Relationship problems and extradyadic romantic and sexual activity in a web-sample of Norwegian men and women. *Scandinavian journal of psychology*. 2013 Apr;54(2):137-45. PubMed PMID: 23252347.
15. Atkins DC, Yi J, Baucom DH, Christensen A. Infidelity in couples seeking marital therapy. *Journal of family psychology* : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association. 2005 Sep;19(3):470-3. PubMed PMID: 16221027.
16. Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S/A; 1990.
17. Clinic M. Kegel exercises: A how-to guide for women: Mayo Clinic; 2015 [cited 2017 19/02/2017]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283>.
18. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown; 1970.
19. Kaplan HS. *Manual Ilustrado de terapia sexual*. São Paulo: Editora Manole Ltda; 1984.
20. LoPiccolo J, Lobitz WC. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of sexual behavior*. 1972 Dec;2(2):163-71. PubMed PMID: 4680816.
21. Eichel EW, Eichel JD, Kule S. The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *Journal of sex & marital therapy*. 1988 Summer;14(2):129-41. PubMed PMID: 3204637.
22. Hurlbert DF, Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *Journal of sex & marital therapy*. 1995 Spring;21(1):21-9. PubMed PMID: 7608994.
23. Brendler J. Cardápio Sexual': um novo tratamento baseado no "pensar em sexo" para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD). *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2005;16:89-104.
24. Ellis A. The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1991;9(3):139-72.
25. Annon J. "Behavioral Treatment of Sexual Problems" Harper & Row - Medical Department; 1976.
26. Ruether RR. Sex and the body in the Catholic tradition. *Conscience*. 2000 Winter;20(4):2-12. PubMed PMID: 12178913. Epub 2002/08/15. eng.
27. Ruether RR. Women, sexuality, ecology, and the church. *Conscience*. 1993 Spring-Summer;14(1-2):6-11. PubMed PMID: 12178858. Epub 1993/04/01. eng.
28. Alberti RE, Emmons MI. *Comportamento assertivo*. Belo Horizonte:1983.
29. Wolp J. *Prática da Terapia Comportamental 2 ed ed*: Editora Brasiliense 1978 323 p.
30. Cavalcanti R. *Manual prático de tratamento clínico de disfunções sexuais*. São Paulo: Editora Roca Ltda; 2012.

Capítulo 7

Aspectos da cirurgia plástica genital (cirurgia íntima)

Lucia Alves da Silva Lara

Sumário

Introdução

Indicação da cirurgia íntima

Tipos de cirurgias

Labioplastia (ninfoplastia) de pequenos e grandes lábios

Labioplastia de pequenos lábios

Labioplastia de grandes lábios

Redução do volume da região púbica

Redução do prepúcio do clitóris

Redução do introito vaginal (introitoplastia) e correção da frouxidão vaginal

Resultados pós-cirúrgicos

Implicações da cirurgia íntima

Referências

Highlights

- A indicação médica para a cirurgia íntima (cirurgia plástica genital) é para a correção de defeitos, porém, a mesma poderá ser realizada se a mulher solicitar desde que não comprometa a função da genitália.
- Não existe evidência na literatura que suporte a realização da cirurgia íntima com o único objetivo de modificar a anatomia vulvar sem que haja defeito congênito ou adquirido nesta região.
- A cirurgia íntima é uma demanda espontânea da mulher e não deve ser indicada baseada na observação médica de suposta variação da anatomia, uma vez que não há padrão de normalidade da estética da genitália.
- Outras soluções, além da cirurgia, podem ser necessárias em resposta às preocupações das mulheres sobre a aparência de seus genitais

Aspectos da cirurgia plástica genital (cirurgia íntima)

Lucia Alves da Silva Lara¹

Introdução

A cirurgia íntima ou cirurgia plástica genital compreende procedimentos cirúrgicos na genitália com o objetivo de melhorar a estética da região genital. Este procedimento compreende uma série de intervenções entre elas o “rejuvenescimento vaginal” e a “revirginização”, que são práticas condenadas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e pelo *Committee on Gynecologic Practice*. Em 2007 a ACOG elaborou um documento de recomendações sobre a cirurgia íntima no qual considera apropriada a cirurgia para corrigir os defeitos resultantes da circuncisão, frouxidão e defeitos da vagina pós-parto, e hipertrofia dos pequenos lábios (1). Estas recomendações foram revalidadas pela ACOG em 2016.

Em 1984 ocorreu a primeira publicação de três casos de cirurgia íntima de labioplastia porque as mulheres sentiam desconforto estético com o tamanho avantajado dos pequenos lábios (2). Até o momento, ainda não estão disponíveis diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a cirurgia genital estética. A posição da OMS refere-se a injúria à genitália (*female genital cutting*) (3) definida como “qualquer procedimento que envolve remoção total ou parcial da genitália externa ou outras injúrias dos órgãos genitais femininos indicados por razões culturais, religiosos ou não terapêuticos” (4), conseqüentemente, não existe normatização técnica e legal para este tipo de procedimento. Entretanto, diante dos benefícios funcionais e psíquicos desta cirurgia para as mulheres que sentem desconforto com a sua genitália, recomenda-se realizá-la após um detalhado esclarecimento da mulher sobre a técnica a ser utilizada, sobre seus riscos e benefícios, e sobre os aspectos éticos do procedimento e assinatura do termo de consentimento (5).

¹Médica Ginecologista e Obstetra especialista em Sexualidade Humana, Mestre e Doutora pela USP em Tocoginecologia, Presidente da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO, Coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A região genital feminina tem uma ampla variação anatômica em relação as dimensões e a aparência o que impossibilita estabelecer um padrão anatômico de normalidade genital (6) e mesmo um padrão normal de função. Por ser uma área erógena e, primordial para a função sexual, a discussão sobre a genitália ultrapassa questões da função e tem um caráter sensual e sexual. Isto implica na dificuldade para o médico compreender as verdadeiras motivações da mulher para mudar a sua região genital. Em geral esta motivação visa atender ao padrão de beleza e sensualidade genital estabelecido pelas tendências da moda, e divulgado na televisão e nas redes sociais. Isto implica no dilema do médico para decidir sobre intervir no que é anatomicamente normal para adequar ao que é socialmente idealizado para a mulher.

O desconforto da mulher com a aparência da sua genitália pode gerar rebaixamento da autoestima e desconforto psíquico e interferir negativamente na função sexual e na sua qualidade de vida da mulher. Estas condições constituem os principais motivos de busca da mulher pela cirurgia íntima que, sabidamente, pode melhorar a sua autoestima (7), e a autopercepção de seu corpo e de sua genitália o que tem estreita relação com a melhora da sua função sexual (8) e da sua qualidade de vida. Neste texto serão discutidos a indicação, as técnicas cirúrgicas, e os resultados da labioplastia (ninfoplastia, redução dos grandes lábios), vaginoplastia (introitoplastia, correção da frouxidão vaginal), redução do prepúcio do clitóris, e redução do volume da região púbica (9) que são procedimentos reconhecidos pela ACOG.

Indicação da cirurgia íntima

De maneira geral, as condições que mais incomodam a mulher são a assimetria e hipertrofia dos pequenos lábios, flacidez de pequenos e

grandes lábios, defeitos no introito vaginal, tecido adiposo suprapúbico em excesso, dificuldade para obter satisfação sexual relacionada com o desconforto com a aparência da genitália (10). A labioplastia de pequenos lábios é, de longe, a demanda mais frequente da mulher por cirurgia genital.

A hipertrofia de pequenos lábios pode causar desconforto funcional por restringir o uso de roupas apertadas e biquínis, restrição para andar de bicicleta, e também estético gerando dificuldades para a mulher para expor a genitália e se engajar plenamente às práticas sexuais (11). As razões para as mulheres buscarem a cirurgia derivam principalmente, de estudos retrospectivos que demonstram que metade das mulheres quer operar para melhorar a estética. Um estudo com 131 mulheres submetidas a labioplastia, 37% delas operaram por razões foram estritamente estéticas, 32% estritamente por comprometimento funcional, e 31% por razões funcionais e estéticas (12).

Existem teorias de que a hipertrofia de pequenos lábios aumentam o risco de infecção urinária, mas, não há evidência de que a cirurgia reduza o risco desta infecção. Diante da tênue evidência da relação de hipertrofia dos pequenos lábios e dano a saúde da mulher, a indicação médica para este procedimento é restrita cabendo a ele decidir se fará ou não o procedimento, quando solicitado pela mulher. O mesmo se aplica a labioplastia de grandes lábios e a correção do volume do púbis, bem como a introitoplastia (Tabela 1). Na prática, existe a convicção de que, quando os pequenos lábios ultrapassam os limites dos grandes lábios, eles podem comprometer a estética e a função, causar desconforto na deambulação, e trazer transtorno sexual para a mulher (2) o que seria suficiente para indicar a cirurgia.

Tabela 1

Condições que favorecem a indicação e/ou realização da cirurgia íntima (10).

- Hipertrofia ou assimetria dos pequenos lábios percebida pela mulher.
- Desconforto com atividades esportivas ou roupas, dor ou desconforto com o aprisionamento intravaginal dos pequenos lábios durante a penetração vaginal.
- Alterações genitais devidas à gravidez ou à lesão obstétrica que afetam a aparência da genitália ou que interferem na sensação prazerosa ao coito
- Frouxidão vaginal pós-parto que interfere na satisfação sexual da mulher

Tipos de cirurgias

Labioplastia (ninfoplastia) de pequenos e grandes lábios

Envolve a redução dos pequenos e grandes lábios e correção de assimetrias. Até o momento, não existem diretrizes para nortear este procedimento quanto a técnica, dados de segurança, resultados anatômicos e funcionais, já que não existem critérios para definir a hipertrofia labial, e faltam estudos prospectivos e randomizados para definição da técnica cirúrgica ideal. A cirurgia é, então, realizada de acordo com a demanda da paciente insatisfeita com a função ou a estética da sua genitália o que gera controvérsias em relação a este procedimento. No entanto, a ACOG, apesar de restringir a prática da cirurgia estética genital com finalidade unicamente cosmética, reconhece que o procedimento pode ser realizado pelos ginecologistas, em mulheres com idade acima de 18 anos, que referem desconforto psíquico e funcional com a genitália (13).

a) Labioplastia de pequenos lábios

A hipertrofia dos pequenos lábios é, na maioria das vezes, de origem congênita, mas pode estar relacionada com o estímulo estrogênico, com infecções (dermatites) de repetição, estímulo androgênico na infância, estrogênio tópico na infância, aumento de peso, entre outros (14)

(Figura 1). Não existe um padrão de normalidade dos pequenos lábios da vulva, quanto as dimensões e forma, o que implica na inexistência de classificação válida de hipertrofia dos pequenos lábios, que possa nortear o médico para indicar a cirurgia reparadora.

Uma classificação propostas considera normal, o maior eixo transversal médio do pequeno lábio medindo 2 cm com variação de 5 mm a 5 cm. Esta medida é tomada a partir do introito vaginal até a extremidade mais distante do pequeno lábio (6) e classifica a hipertrofia em 4 estágios: *i*) estágio I com distancia < 2 cm, *ii*) estágio II com distancia entre 2 e 4 cm, *iii*) estágio III com distancia entre 4 e 6 cm, *iv*) estágio IV com mais de 6 cm de altura (15). Outra classificação proposta considera o grau de protrusão do pequeno lábio além da borda do grande lábio sendo; *i*) classe 1, protrusão < 2 cm; *ii*) classe 2, protrusão > de 2cm; *iii*) classe 3 inclui a classe 2 mais protrusão do clitóris; *iv*) classe 4 inclui classe 2 ou 3 e protrusão dos pequenos lábios além da vagina podendo chegar até ao anus (16). É importante ressaltar que estas classificações apesar de didáticas, não servem para tomada de decisão de indicar ou não a cirurgia, porém, podem auxiliar a escolha da técnica, por exemplo, as classes I e II poderiam ser tratadas com a técnica de de-septelização ao passo que as demais seriam por outras técnicas.

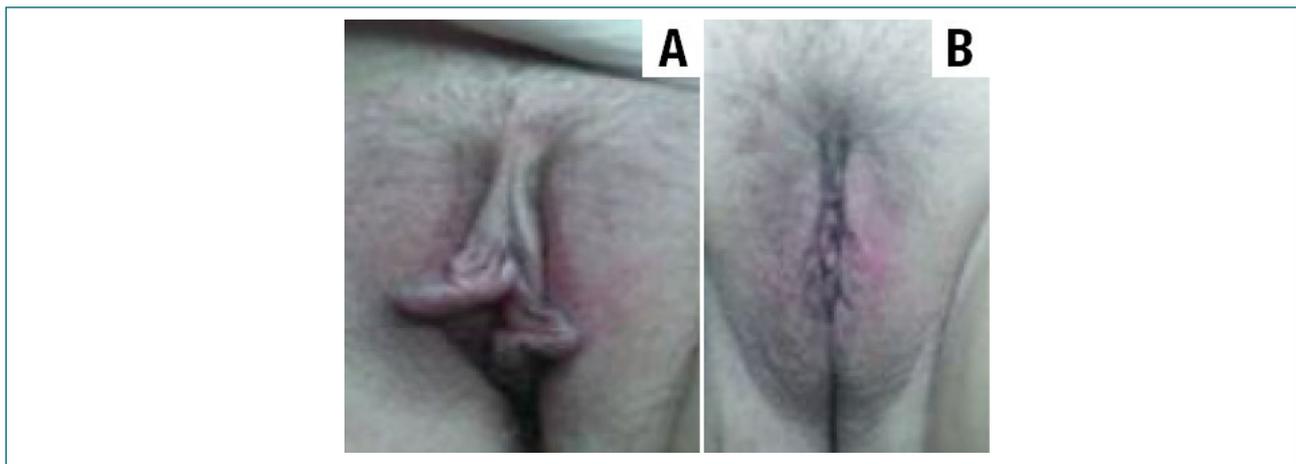


Figura 1: Hipertrofia dos pequenos lábios (17). A; antes e B; após a labioplastia



Figura 2: Técnicas cirúrgicas para labioplastia de pequenos lábios (3). A; ressecção linear do contorno do pequeno lábio, B; desepitelização, C: ressecção em cunha (3).

As técnicas descritas para a redução do pequeno lábio envolvem a ressecção em Z, ressecção em W, excisão em cunha, desepitelização central, excisão linear da borda, redução composta, excisão por laser (18). As três técnicas básicas são a excisão linear da borda, excisão em cunha, e desepitelização central que tem como vantagem a preservação da rede vasculo-nervosa e preservação da borda natural dos pequenos lábios, porém, se forem muito grandes, esta técnica pode não surtir o efeito desejado (Figura 2).

Todas as técnicas podem ser realizadas com bloqueio anestésico local com lidocaína 1% e epinefrina 1:200.000 (19, 20). O uso de antibióticos de amplo espectro associado ao metronidazol foi preconizado em alguns estudos (19, 21) e, no pós-operatório a maioria dos estudos preconiza uso de antibiótico tópico (eritromicina, polimixina B, bacitracina) ou via oral de primeira geração (cefalosporina, clindamicina) (18). Para a sutura, a maioria dos estudos utilizou Vicryl-4.0 a 6.0 com pontos separados e o tempo para retomada das relações sexuais foi de 40 a 60 dias (18). Após a cirurgia é recomendada meticulosa higiene vulvar. Recomenda-se deixar o pequeno lábio com, no

mínimo, 1 cm de altura para não promover distorção da uretra (21, 22).

b) Labioplastia de grandes lábios

Os grandes lábios são as estruturas mais visíveis da vulva e são responsáveis por grande parte da estética genital feminina. A hipertrofia por deposição de gordura e a redução do tônus dos tecidos decorrentes do progredir da idade levando a flacidez dos grandes lábios (3) constituem motivos de busca pela correção cirúrgica. Em geral, a redução dos grandes lábios envolve a remoção de parte do tecido adiposo de cada lado (23), com um resultado visual positivo, mas os cirurgiões evitam esta intervenção por falta de padronização da técnica operatória. Se a hipertrofia for devido a deposição de gordura, a lipoaspiração pode ser realizada, mas, se existe ptose recomenda-se a ressecção longitudinal da pele e do tecido adiposo (24), (Figura 3).

É importante ressaltar que os grandes lábios respondem ao estímulo erótico e são importantes para o mecanismo da excitação. Este mecanismo pode ser prejudicado pela intervenção cirúrgica nesta área devendo o médico, ter am-

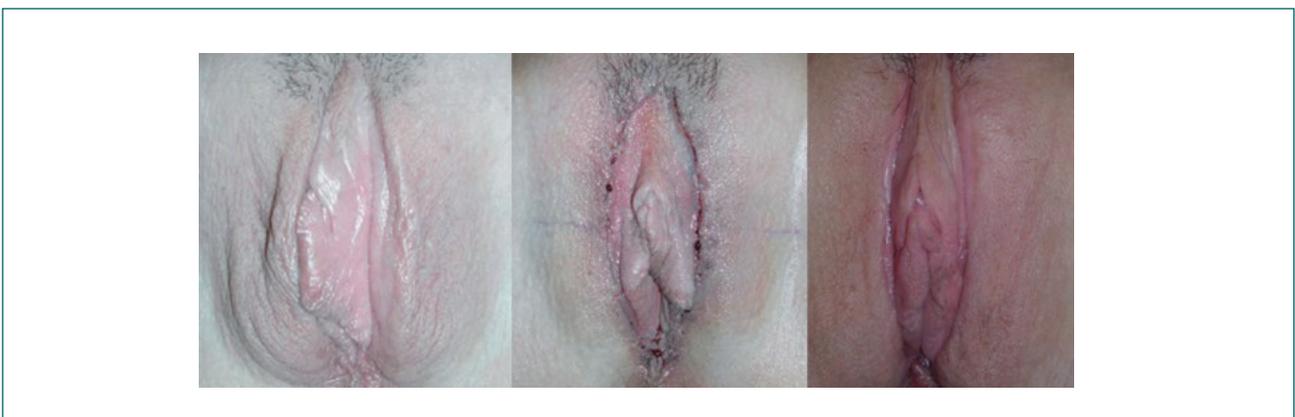


Figura 3: Cirurgia reparadora da flacidez dos grandes lábios. A; pré-cirúrgico, B; pós-cirúrgico, C; 6 semanas após a cirurgia (25)

plo conhecimento da anatomia desta região. A cadeia vascular da vulva deriva da artéria e veia pudenda e da artéria e veia ílica, e a inervação provem dos nervos pudendos que correm na parte posterior (próximo ao ânus) na direção do pubis. Nessa área, o nervo perineal, que é ramo do nervo pudendo, se divide nos ramos chamados nervos labiais posteriores, que inervam os grandes lábios e a parte externa da vagina (26).

A redução do volume dos grandes lábios devido a obesidade implica na excisão de pequena porção de pele e maior quantidade de gordura, mas, em mulheres com excessiva perda de peso a cirurgia envolve a excisão da maior quantidade de pele e do tecido adiposo em excesso (23). Isto pode comprometer a sensibilidade prazerosa da vulva, portanto, a exérese da pele dos grandes lábios precisa ter a aprovação mulher. A parte a ser ressecada deve ser cuidadosamente medida para evitar que o introito vaginal fique exposto, o que cursa com secura vaginal e disfunção da vagina (23).

Redução do volume da região pubiana

Com o progredir da idade ocorre o depósito progressivo de gordura na região pubiana (3) levando ao abaulamento e, por vezes a ptose. Este quadro é comum com a perda maciça do peso após a cirurgia bariátrica. A aparência é de frouxidão na genitália externa, com alterações nas dimensões e na projeção dos tecidos moles na área púbica que pode ser vista sob a roupa, levando ao desconforto da mulher com a autoimagem.

Os defeitos da região pubiana são classificados de acordo com o grau de abaulamento sendo: *i*) grau 1 quando há um leve abaulamento; *ii*) grau 2 o abaulamento é moderado quando cobre a genitália parcialmente; *iii*) grau 3 abaulamento grande com ptose do púbis cobrindo totalmente a genitália; *iv*) grau 4 não há abaulamento mas apenas ptose cobrindo total ou parcialmente a genitália (27). Os defeitos grau 3 e 4 tem indicação cirúrgica para melhorar a autoestima da mulher (7).

Habitualmente, o monte púbico é tratado por excisão da gordura que se baseia na técnica para “aumentar” o pênis (28), que envolve a lipoaspiração ou excisão aberta do tecido adiposo do monte púbico. A lipoaspiração não é tão eficaz quanto a excisão cirúrgica (23). Nas mulheres que apresentam flacidez é necessário realizar a elevação e fixação da pele que, na maioria das vezes é insatisfatória, e pode descer na posição ortostática. Na abordagem do monte púbis é preciso ter cuidado para não lesar a irrigação e inervação do clitóris o que poderia resultar em disfunção sexual para a mulher. É recomendado que essa abordagem não seja realizada juntamente com a labioplastia de grandes lábios devido ao risco maior de resultado insatisfatório.

Redução do prepúcio do clitóris

A redução do prepúcio do clitóris tem finalidade cosmética e visa também expor melhor a glândula do clitóris (Figura 4), mas, há evidência de que a intervenção cirúrgica no clitóris pode reduzir a capacidade da mulher ter orgasmos (29).

Redução do introito vaginal (introitoplastia) e correção da frouxidão vaginal

Este procedimento é utilizado para corrigir o alargamento do introito vaginal após o parto. Diferente das cirurgias anteriores, a vaginoplastia para o estreitamento do canal vaginal, é uma cirurgia com caráter mais funcional do que estético. A frouxidão vaginal após o parto pode resultar em redução da sensação prazerosa por diminuição da fricção no introito vaginal (30). Neste caso pode ser realizada a cirurgia de colporrafia lateral visando reduzir a dimensão da vagina e abertura do introito vaginal através de duas incisões laterais e longitudinais ao maior eixo da vagina (Figura 5). Mas, nos casos que coexistem comprometimento da musculatura a abordagem cirúrgica deverá ser mais específica e foge ao escopo deste capítulo. Com a redução da frouxidão vaginal ocorre aumento da excitação e da capacidade de ter orgasmo, e aumento da satisfação sexual (31, 32).

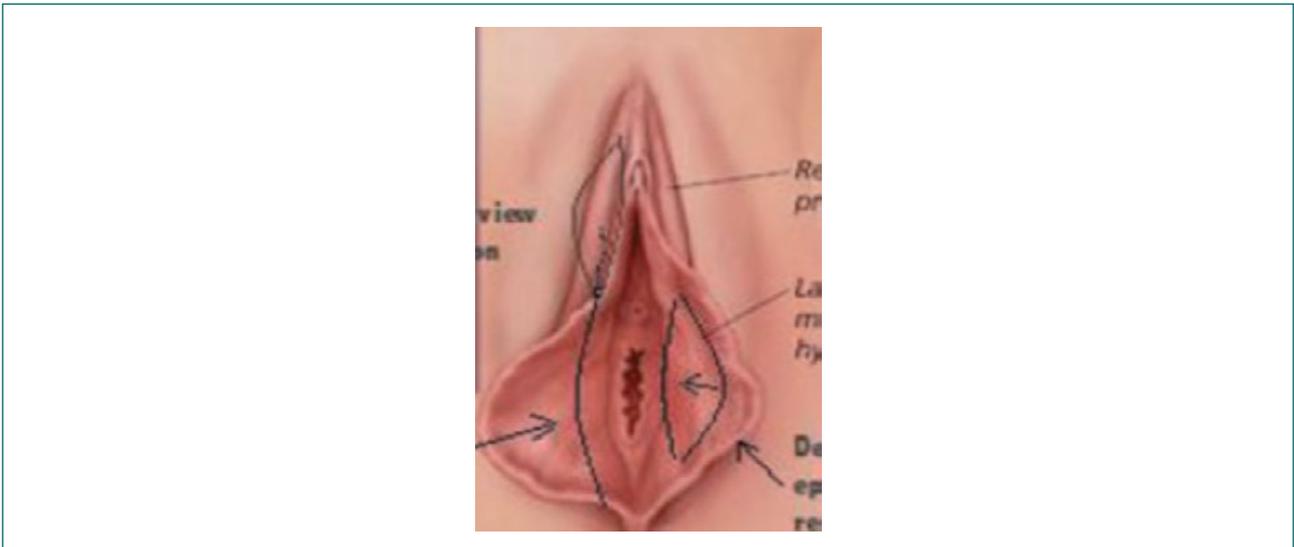


Figura 4: Seta: Incisão para redução do prepúcio do clitóris (10)

Resultados pós-cirúrgicos

Um estudo transversal com 258 mulheres procedentes de ginecologistas e cirurgiões plásticos avaliou os resultados de satisfação com os procedimentos labioplastia, redução do prepúcio do clitóris, labioplastia associada a redução do prepúcio do clitóris, vaginoplastia e/ou perineoplastia, e os tres procedimentos ao mesmo tempo. Após 6 a 42 meses da cirurgia, 91.6% referia satisfação com o resultado da cirurgia e melhora no funcionamento sexual delas e de seus parceiros (5). Uma revisão da literatura evidenciou que, 90-95% das mulheres que realizaram labioplastia de pequenos lábios estava satisfeita com o resultado e, 80-85% delas, referia maior satisfação sexual após o procedimento (33). Em uma revisão recente com 1949 mulheres que submeteram a labioplastia por diferentes técnicas, as taxas de satisfação variaram entre 94 e 100% (18).

É preciso estar claro que os resultados de satisfação da labioplastia são pautados em estudos retrospectivos e casos clínicos (34). Um estudo prospectivo e controlado, com uma casuística pequena evidenciou satisfação da mulher em relação a genitália, porém, este resultado não modificou a qualidade de vida delas e nem teve impacto na intimidade relacional com seus conjuges (35). A maioria das avaliações dos resultados da cirurgia genital estética foca nos re-

sultados anatômicos pós-cirúrgicos sendo ainda escassos os resultados de satisfação psíquica da mulher (11).

Implicações da cirurgia íntima

As taxas de complicações da labioplastia são muito baixas em torno de 4.7 % de deiscência (18). A labioplastia de pequenos e grandes lábios pode ter implicações funcionais como redução da sensibilidade prazerosa durante a relação sexual já que esta região tem inúmeros vasos que ingurgitam com a excitação sexual, e inúmeras terminações nervosas sensitivas que são prazerosas ao toque (36) e estas estruturas podem ser comprometidas pela cirurgia. Mas a maioria das mulheres não refere redução da sensibilidade prazerosa da vulva após labioplastia e redução do prepúcio do clitóris (37).

A redução do pequeno lábio por excisão ao longo da borda tem a desvantagem de gerar uma cicatriz frontal e pode deixar o clitóris proeminente, o que pode trazer desconforto e sensibilidade desagradável ao toque e ao contato com a roupa (38). Cicatrizes na vulva podem comprometer os receptores sensoriais cutâneos e nervos sensoriais relacionados com propriedades histoquímicas específicas que fazem parte das vias somatossensoriais ligadas a excitação sexual. O estímulo tátil na vulva promove a li-

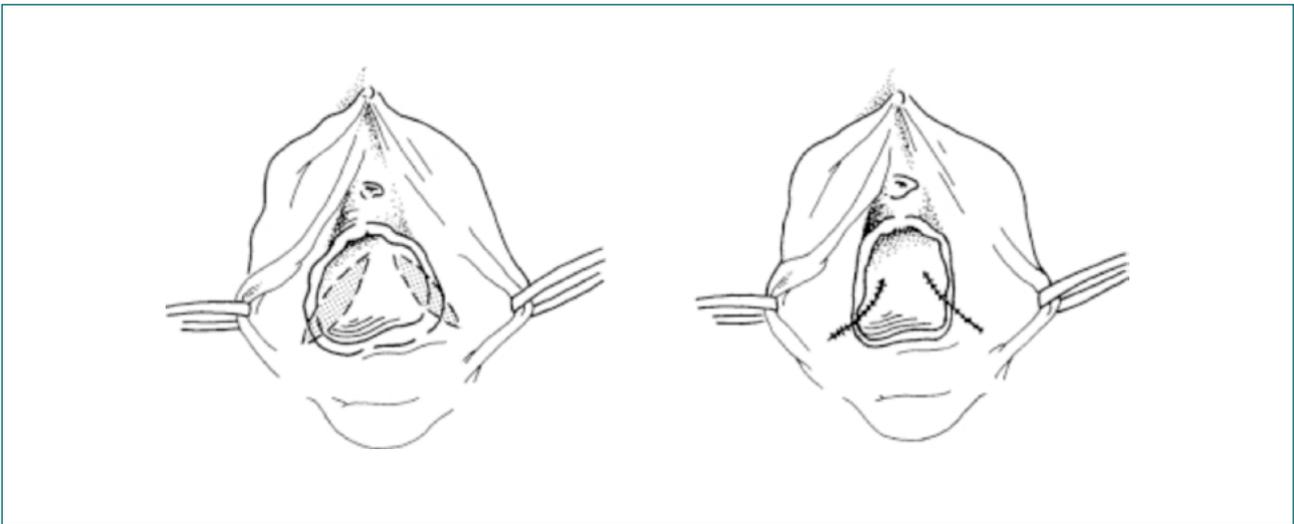


Figura 5: Colporrafia lateral para tratamento da frouxidão vaginal (3).

beração de neurotransmissores que promovem a integração epitelio-neuronios sensoriais que promovem a excitação sexual (39). Todo este aparato pode ser prejudicado por cicatrizes de incisões na vulva.

Conclusão

A cirurgia íntima é uma pratica comum, porém as técnicas empregadas para corrigir as alterações da genitália não são sistematizadas, devido a falta de trabalhos randomizados para estabelecer a melhor técnica a ser empregada. É necessário discutir com a mulher, as vantagens e desvantagens de cada técnica e possíveis resultados estéticos e complicações em curto e longo prazo.

Devido a ausência de critérios para definir aspectos anatômicos normais da vulva, a indicação da cirurgia é pautada na queixa da mulher e deverá ser acordada seguindo rigorosamente os princípios da “boa pratica”, pois, nem sempre o que a mulher pretende pode ser feito e nem sempre as expectativas dela serão atingidas.

Faltam evidencias quanto a indicação da cirurgia, sobre as técnicas mais indicadas, faltam dados sobre resultados satisfatórios, e complicações cirúrgicas o que implica na inexistência de diretrizes para padronizar este procedimento. A avaliação da satisfação das mulheres com os resultados da cirurgia é feita, na maioria, por estudos retrospectivos não controlados.

Referencias

1. Committee on Gynecologic Practice ACoO, Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 378: Vaginal “rejuvenation” and cosmetic vaginal procedures. *Obstetrics and gynecology*. 2007 Sep;110(3):737-8. PubMed PMID: 17766626.
2. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 1984 Sep;74(3):414-6. PubMed PMID: 6473559.
3. Dobbeleir JM, Landuyt KV, Monstrey SJ. Aesthetic surgery of the female genitalia. *Seminars in plastic surgery*. 2011 May;25(2):130-41. PubMed PMID: 22547970. Pubmed Central PMCID: 3312147.
4. Organization. LMHH. Female genital mutilation Geneva:: 2000.
5. Goodman MP, Bachmann G, Johnson C, Fourcroy JL, Goldstein A, Goldstein G, et al. Is elective vulvar plastic surgery ever warranted, and what screening should be conducted preoperatively? *The journal of sexual medicine*. 2007 Mar;4(2):269-76. PubMed PMID: 17367421.
6. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: “normality” unfolds. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2005 May;112(5):643-6. PubMed PMID: 15842291.
7. Pechevy L, Gourari A, Carloni R, Sauvaget F, Bertheuil N, Goga D. Monsplasty after massive weight loss: Assessment of its aesthetic and functional impact. *Annales de chirurgie plastique et esthetique*. 2016 Feb;61(1):e21-35. PubMed PMID: 25572166.
8. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. *The journal of sexual medicine*. 2009 Aug;6(8):2286-91. PubMed PMID: 19493287.
9. Hunter JG. Labia Minora, Labia Majora, and Clitoral Hood Alteration: Experience-Based Recommendations. *Aesthetic surgery journal*. 2016 Jan;36(1):71-9. PubMed PMID: 26499942.
10. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH, 3rd, Miklos JR, Moore RD, Jason RA, et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *The journal of sexual medicine*. 2010 Apr;7(4 Pt 1):1565-77. PubMed PMID: 19912495.
11. Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *Bmj*. 2007 May 26;334(7603):1090-2. PubMed PMID: 17525451. Pubmed Central PMCID: 1877941.
12. Miklos JR, Moore RD. Labioplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. *The journal of sexual medicine*. 2008 Jun;5(6):1492-5. PubMed PMID: 18355172.
13. Hamori CA. Teen Labioplasty: A Response to the May 2016 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Recommendations on Labioplasty

- in Adolescents. *Aesthetic surgery journal*. 2016 Jul;36(7):807-9. PubMed PMID: 27307503.
14. Gulia C, Zangari A, Briganti V, Bateni ZH, Porrello A, Piergentili R. Labia minora hypertrophy: causes, impact on women's health, and treatment options. *International urogynecology journal*. 2017 Jan 18. PubMed PMID: 28101640.
 15. Felicio Yde A. Labial surgery. *Aesthetic surgery journal*. 2007 May-Jun;27(3):322-8. PubMed PMID: 19341661.
 16. Chang P, Salisbury MA, Narsee T, Buckspan R, Derrick D, Ersek RA. Vaginal labiaplasty: defense of the simple "clip and snip" and a new classification system. *Aesthetic plastic surgery*. 2013 Oct;37(5):887-91. PubMed PMID: 23835598.
 17. Gowda AU, Chopra N, Khalifeh M. Indications, Techniques and Complications of Labiaplasty. *Eplasty*. 2015;15:ic46. PubMed PMID: 26330896. Pubmed Central PMCID: 4544281.
 18. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plastic and reconstructive surgery*. 2015 Mar;135(3):774-88. PubMed PMID: 25719696.
 19. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2006 Oct;118(5):1237-47; discussion 48-50. PubMed PMID: 17016196.
 20. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labiaplasty). *Plastic and reconstructive surgery*. 2000 Jan;105(1):419-22; discussion 23-4. PubMed PMID: 10627011.
 21. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2000 Apr;105(4):1453-6. PubMed PMID: 10744241.
 22. Solanki NS, Tejero-Trujeque R, Stevens-King A, Malata CM. Aesthetic and functional reduction of the labia minora using the Maas and Hage technique. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS*. 2010 Jul;63(7):1181-5. PubMed PMID: 19596626.
 23. Alter GJ. Management of the mons pubis and labia majora in the massive weight loss patient. *Aesthetic surgery journal*. 2009 Sep-Oct;29(5):432-42. PubMed PMID: 19825476.
 24. Triana L, Robledo AM. Aesthetic surgery of female external genitalia. *Aesthetic surgery journal*. 2015 Feb;35(2):165-77. PubMed PMID: 25717117.
 25. Di Saia JP. An unusual staged labial rejuvenation. *The journal of sexual medicine*. 2008 May;5(5):1263-7; discussion -7. PubMed PMID: 18331252.
 26. Mottura AA. Labia majora hypertrophy. *Aesthetic plastic surgery*. 2009 Nov;33(6):859-63. PubMed PMID: 19205794.
 27. El-Khatib HA. Mons pubis ptosis: classification and strategy for treatment. *Aesthetic plastic surgery*. 2011 Feb;35(1):24-30. PubMed PMID: 20661735.
 28. Alter GJ. Surgical techniques: surgery to correct hidden penis. *The journal of sexual medicine*. 2006 Sep;3(5):939-42. PubMed PMID: 16942539.
 29. Minto CL, Liao LM, Woodhouse CR, Ransley PG, Creighton SM. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study. *Lancet*. 2003 Apr 12;361(9365):1252-7. PubMed PMID: 12699952.
 30. Weijmar Schultz WC, van de Wiel HB, Klatter JA, Sturm BE, Nauta J. Vaginal sensitivity to electric stimuli: theoretical and practical implications. *Archives of sexual behavior*. 1989 Apr;18(2):87-95. PubMed PMID: 2712693.
 31. Moore RD, Miklos JR, Chinthakanan O. Evaluation of sexual function outcomes in women undergoing vaginal rejuvenation/vaginoplasty procedures for symptoms of vaginal laxity/decreased vaginal sensation utilizing validated sexual function questionnaire (PISQ-12). *Surgical technology international*. 2014 Mar;24:253-60. PubMed PMID: 24700228.
 32. Adamo C, Corvi M. Cosmetic mucosal vaginal tightening (lateral colporrhaphy): improving sexual sensitivity in women with a sensation of wide vagina. *Plastic and reconstructive surgery*. 2009 Jun;123(6):212e-3e. PubMed PMID: 19483551.
 33. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *The journal of sexual medicine*. 2011 Jun;8(6):1813-25. PubMed PMID: 21492397.
 34. Oranges CM, Sisti A, Sisti G. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. *Aesthetic surgery journal*. 2015 May;35(4):419-31. PubMed PMID: 25908699.
 35. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. Psychological Outcomes of Labiaplasty: A Prospective Study. *Plastic and reconstructive surgery*. 2016 Dec;138(6):1202-9. PubMed PMID: 27879587.
 36. Cordeau D, Belanger M, Beaulieu-Prevost D, Courtois F. The assessment of sensory detection thresholds on the perineum and breast compared with control body sites. *The journal of sexual medicine*. 2014 Jul;11(7):1741-8. PubMed PMID: 24805931.
 37. Placik OJ, Arkins JP. A Prospective Evaluation of Female External Genitalia Sensitivity to Pressure following Labia Minora Reduction and Clitoral Hood Reduction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2015 Oct;136(4):442e-52e. PubMed PMID: 26397263.
 38. Hamori CA. Postoperative clitoral hood deformity after labiaplasty. *Aesthetic surgery journal*. 2013 Sep 01;33(7):1030-6. PubMed PMID: 24005612.
 39. Martin-Alguacil N, Schober J, Kow LM, Pfaff D. Arousing properties of the vulvar epithelium. *The Journal of urology*. 2006 Aug;176(2):456-62. PubMed PMID: 16813864.

Capítulo 8

Disfunções sexuais femininas consequentes à violência sexual

Thiago Dornela Apolinario

Sumário

Introdução

Epidemiologia

Consequências da violência sexual na saúde geral

Consequências da violência sexual na saúde sexual das mulheres

Fisiopatologia da disfunção sexual consequente à violência sexual na infância

Fisiopatologia da disfunção sexual consequente à violência sexual na vida adulta

Abordagem

Tratamento

Referências

Disfunções sexuais femininas consequentes à violência sexual

Thiago Dornela Apolinario¹

Resumo

A violência sexual na infância é um fenômeno relativamente frequente, sendo que alguma forma de experiência de abuso é relatada por até um terço das mulheres no mundo todo. Mulheres que apresentam este histórico têm maior chance de apresentar dificuldade em obter satisfação durante as relações sexuais, disfunções sexuais, bem como outros problemas relacionados à saúde sexual na vida adulta, como maior risco de revitimizações e de infecções sexualmente transmissíveis. Transtornos psiquiátricos como depressão e transtorno de estresse pós-traumático frequentemente estão associados, bem como outras condições clínicas como fibromialgia, dor pélvica crônica e aumento de risco cardiovascular. As experiências precoces de abuso exercem grande impacto ao incidirem sobre o momento de construção da sexualidade, afetando a capacidade de confiar e estabelecer vínculos, com prejuízo à entrega e compartilhamento com um parceiro íntimo. A pesquisa deste antecedente deve fazer parte da abordagem das pacientes que se queixam de dificuldades relacionadas à função sexual, e o ginecologista deve proporcionar um ambiente de segurança para que a paciente entre em contato com esta questão. A resposta eficaz do profissional a este relato pode ajudá-la a reduzir a culpa, sentimento frequente entre estas pacientes, e aumentar a aderência aos tratamentos propostos. A abordagem deve ser coordenada com a de outros profissionais de uma equipe interdisciplinar visando o cuidado integral em saúde, e os encaminhamentos deverão ser realizados como parte do protocolo de atendimento a estas pacientes.

Introdução

A violência sexual é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, atingindo todas as sociedades, pacíficas ou em conflito, desenvolvidas ou em desenvolvimento. Tem sido definida pela Organização Mundial de Saúde como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independente-

¹Psiquiatra, Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico Assistente do Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual (SEAVIDAS) e do Ambulatório de Sexualidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, membro da Comissão Nacional de Sexologia da FEBASGO.

mente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (Krug et al, 2002).

A violência sexual inclui o estupro, definido como a penetração forçada - fisicamente ou por meio de alguma outra coação, mesmo que sutil – da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto, mas também pode incluir outras formas de agressão envolvendo um órgão sexual, inclusive o contato forçado entre a boca e o pênis, a vulva ou o ânus. De acordo com o artigo 213 do Código Penal Brasileiro a partir da lei 12.015/2009, o estupro é um crime que se caracteriza por constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. A pena prevista para tal é a reclusão de 6 a 10 anos, com possibilidade de aumento para reclusão de 8 a 12 anos nos crimes que resultam em lesão corporal grave ou quando as vítimas têm entre 14 e 18 anos. A mesma lei modificou a questão da presunção da violência, estabelecendo a partir de 14 anos a idade mínima do consentimento. De acordo com o artigo 217 do Código Penal, o estupro de vulnerável corresponde a ter conjunção ou a praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos, com pena prevista de 8 a 15 anos de reclusão. Incorre na mesma pena quem pratica as ações acima mencionadas com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (Brasil, 2009).

O casamento forçado, inclusive casamento de crianças, a negação ao direito de usar anticoncepcionais ou adotar outras medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, o aborto forçado, atos violentos contra a integridade sexual das mulheres como a mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade, prostituição forçada e tráfico de pes-

soas com fins de exploração sexual também são considerados violência sexual (Krug et al, 2002).

O abuso sexual infantil corresponde ao envolvimento de uma criança em atividades sexuais as quais não pode compreender e consentir, em razão de sua idade e da etapa do desenvolvimento em que se encontra. Emprega-se o termo “abuso sexual”, em geral, para as situações em que a criança ou o adolescente sirvam a estimulação sexual de uma pessoa mais velha, que ocupa ou deveria ocupar uma posição de responsabilidade, poder e/ou confiança em relação à vítima (WHO, 1999).

Epidemiologia da violência sexual

A violência sexual na infância (VSI) é um problema de saúde pública. Estudos realizados em países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia indicam que aproximadamente 30% das meninas e 15% dos meninos experimentaram alguma forma de abuso sexual durante a infância, sendo que experiências sexuais envolvendo penetração foram encontradas em 5 a 10% das meninas e 1 a 5% dos meninos (Gilbert et al, 2009). A prevalência de abuso sexual na infância em mulheres no Brasil é semelhante à de países como Tailândia, El Salvador e Honduras; em populações urbanas situa-se em torno de 8%, enquanto que em populações rurais a prevalência é de 6% (WHO, 2005). Um estudo populacional mostrou que 5,3% dos brasileiros acima dos 18 anos foi vítima de abuso sexual na infância. Sete por cento das mulheres relatou ao menos um episódio de abuso sexual na infância e adolescência, enquanto a prevalência entre os homens é de 3,4% (Laranjeira et al, 2012). Inquéritos populacionais anteriores apontavam para prevalência em torno de 13% da população feminina acima dos 16 anos (UNICEF, 2006). A violência ocorre, sobretudo entre 12 e

15 anos e em um terço dos casos o abuso ocorre em múltiplas ocasiões (Castro, 2013).

Os perpetradores da violência sexual mais comumente são homens conhecidos das vítimas, e frequentemente são parceiros íntimos ou, no caso da violência sexual na infância, um familiar próximo da criança (pai, padrasto, avô, irmão ou tio) ou membro da comunidade que tenha acesso a criança (Darthal & Jewkes, 2013). A violência sexual é compreendida como uma violência de gênero que atinge mulheres adultas e suas filhas (Castro, 2013).

Os principais fatores de risco para o abuso sexual na infância são: pertencer ao gênero feminino, a ocorrência de violência física, a falta de figuras protetoras, o isolamento social, a exposição a conflitos entre os pais, o uso de álcool e drogas pelos pais e a presença, na criança, de alguma deficiência física ou mental (Krug, 2002). Um estudo evidenciou que indivíduos não heterossexuais tem chance 3,8 vezes maior de abuso sexual na infância. Em mulheres bissexuais e lésbicas, a prevalência de abuso sexual na infância é de 40,4% e 32,9%, respectivamente, sendo que em mulheres heterossexuais esta prevalência é de 16%, enquanto em homens gays é de 21% e 4,6% para homens heterossexuais (Friedman et al, 2011).

Vítimas de abuso sexual na infância tem maior risco de revitimização na vida adulta, isto é, de sofrerem novos episódios de violência sexual, e também são mais vulneráveis a sofrer violência doméstica (Coid, 2001).

Consequências da violência sexual na saúde geral

O histórico de violência sexual na infância ou na vida adulta tem grande impacto negativo na saúde física e mental dos sujeitos em estudos clínicos e populacionais.

Crianças que experimentaram eventos traumáticos, como abuso ou outras formas de maus

tratos, apresentam anormalidades na regulação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, o principal sistema neuroendócrino de resposta ao estresse, e uma série de condições clínicas como transtornos do humor, transtornos dolorosos e o aumento dos fatores de risco cardiovascular apresenta a desregulação deste eixo em sua fisiopatologia (Rich-Edwards, 2012; Guilliams and Edwards, 2010).

Adultos que referem abuso sexual na infância tem maior chance de apresentar comorbidades psiquiátricas como depressão, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático e transtornos alimentares. Baixa autoestima, estratégias de enfrentamento mal adaptadas, distúrbios da identidade, baixo repertório de habilidades interpessoais e maior vulnerabilidade ao estresse também são verificados (Leonard & Follete, 2002). A VSI tem sido associada, também, a percepções negativas do estado geral de saúde, aumento do risco cardiovascular em mulheres, problemas gastrintestinais, sintomas respiratórios, maior intensidade de somatização, transtornos dolorosos, abuso de substâncias e tentativas de suicídio, resultando em prejuízo na qualidade de vida, no funcionamento e na maior utilização dos serviços em saúde. (Kamiya et al, 2016).

Alguns estudos sugerem ainda que o histórico de violência sexual em determinadas populações esteja relacionado a consequências reprodutivas como perdas gestacionais, adiamento ou evitação da gestação ao longo da vida (mulheres que optam por não terem filhos), bem como infertilidade (Ryan et al, 2014).

Consequências da violência sexual na saúde sexual das mulheres

Mulheres que sofreram abuso sexual na infância relatam pior funcionamento sexual se comparadas a mulheres que não apresentam esse histó-

rico (Dennerstein et al, 2004) e tem maior prevalência de disfunções sexuais (Loeb et al, 2002). A literatura indica que os problemas sexuais nesta população incluem desejo sexual hipoativo ou hipersexualidade, problemas na fase de excitação sexual, dificuldade em atingir o orgasmo, vaginismo, dispareunia e baixo grau de satisfação associada ao sexo. Cerca de 20% das pacientes com histórico de abuso sexual na infância apresentam queixas sexuais nos últimos seis meses. Ao longo da vida, 35% das vítimas de VSI apresentam queixa de medo em relação ao sexo, 32% reportam interesse sexual reduzido e 36% relatam redução do prazer associado ao sexo (Leonard & Follette, 2002).

Disfunção sexual também se associa a outras queixas como problemas na evacuação e micção, e pacientes com múltiplos sintomas associados ao assoalho pélvico tem maior probabilidade de apresentarem histórico de VSI (Beck et al, 2009).

Em comparação com mulheres que não tem história de VSI, as vítimas de abuso sexual também referem maiores níveis de sofrimento associado ao sexo (Rellini & Meston, 2007). Apesar disso, muitas destas mulheres não satisfazem critérios para disfunção sexual, isto é, não apresentam prejuízo da resposta sexual. Estudos tem mostrado que mulheres com histórico de VSI são mais propensas a atribuir significados negativos à experiência sexual, mesmo quando a resposta sexual está preservada (Meston & Heiman, 2000) e podem até mesmo experimentar aumento de emoções negativas durante a fase de excitação sexual, (Schloretdt & Heiman, 2003), ou seja, estas mulheres podem sentir-se extremamente incomodadas mesmo que apresentem a resposta sexual preservada. Existem evidências de que mulheres com histórico de VSI tendem a ver com maior frequência o sexo como algo utilitário ou obrigatório, mais do que como experiência íntima (Hall, 2007) e assim apresentam um menor

envolvimento subjetivo (capacidade de entrega) na relação sexual quando comparadas com mulheres sem este antecedente, levando a uma menor probabilidade de que o pleno funcionamento sexual resulte em maiores níveis de satisfação. Corroborando esta tese, estudos mostram que não há relação significativa entre funcionamento e satisfação sexual em uma amostra de mulheres com histórico de VSI (Leonard et al, 2008; Rellini & Meston, 2007).

Vale ressaltar que a influência do abuso na função sexual das mulheres que apresentam este histórico não é homogênea, pois o conceito de abuso é muito amplo e envolve fenômenos de diversas proporções. Os diferentes tipos de experiências resultam em associações mais ou menos significativas entre resposta sexual e sofrimento ou desconforto. Fatores qualitativos como o grau de intrusividade da relação abusiva, isto é, presença ou ausência de penetração, além da relação da vítima com o agressor são preditivos quanto a gravidade dos desfechos associados ao funcionamento e a satisfação sexual. Mulheres com histórico de abuso sexual na infância com penetração vaginal ou abuso cometido por um familiar próximo têm menor chance de alcançar satisfação na relação sexual, se comparadas àquelas que não relatam penetração ou que não foram abusadas por parentes próximos, a despeito de terem a resposta sexual preservada (Stephenson, 2012). Diferenças no grau de satisfação sexual entre mulheres com e sem histórico de abuso sexual dependem, também, da definição de abuso sexual adotada; mulheres que tiveram experiências sexuais semelhantes (toque ou penetração não desejados antes dos 16 anos), mas que não se identificam como “vítimas” de abuso sexual na infância alcançam maior grau de satisfação sexual na vida adulta do que mulheres que tenham passado por experiências similares e que se reconheçam como vítimas de abuso sexual na infância (Rellini & Meston, 2007).

Fisipopatologia da disfunção sexual consequente a violência sexual na infância

Estudos que visam fornecer modelos para a compreensão da resposta sexual de mulheres que sofreram abuso sexual na infância têm utilizado o conceito de esquemas, que são filtros cognitivos através dos quais os indivíduos percebem, organizam e compreendem as informações relevantes ao *self*, isto é, para si próprias. Estes esquemas são utilizados para interpretar e controlar as respostas ao meio, pela regulação de cognições, emoções e comportamentos. Existem evidências que dão suporte a relação clinicamente significativa entre estes esquemas e as disfunções sexuais (Heiman, 2002). Com efeito, foi observado que mulheres com disfunção sexual apresentam esquemas positivos mais fracos e esquemas negativos mais fortes em comparação com mulheres sem disfunção, ou seja, elas tendem a apresentar generalizações cognitivas mais negativas sobre os aspectos de sua própria sexualidade (Cyranowsky & Andersen, 1998).

De acordo com o modelo cognitivo comportamental da resposta sexual, o aspecto central dos problemas na fase de excitação sexual é a ansiedade antecipatória, produto de expectativas negativas em relação à atividade sexual (Barlow, 1986). Este estado de ansiedade aumenta durante a fase de excitação, levando a um desvio da atenção para fatores não relevantes à atividade sexual e, por conseguinte, à redução da estimulação necessária para a ativação da resposta sexual. Se este ciclo se repete, levando a problemas sexuais, o indivíduo pode assumir a crença de que as próximas relações fracassarão e isto pode se generalizar para uma crença de que é uma pessoa sexualmente inadequada, o que representa uma modificação em seu esquema sexual. Em mulheres que tenham sido vítimas de abuso sexual na infância, o trauma sexual precoce pode afetar suas percepções

sobre si e sobre a sua sexualidade. Assim, elas têm maior chance de experimentar emoções negativas antes de encontros sexuais, fazendo com que apresentem dificuldade em processar estímulos sexualmente relevantes, que são necessários para a fase de excitação sexual (Rellini & Meston, 2011).

Outros estudos apontam uma maior chance de que mulheres vítimas de abuso sexual na infância venham a experimentar emoções negativas como culpa, arrependimento e nojo durante a atividade sexual, que decorre da quebra de confiança e da vergonha que frequentemente estão ligadas às experiências prévias de abuso (Schloretd & Heiman, 2003). Estas emoções negativas dificultam a estas mulheres que se percebam como seres sexuais e que elas percebam os efeitos positivos de um funcionamento sexual satisfatório (Meston et al, 2006). Enquanto mulheres sem histórico de VSI percebem sua resposta sexual como algo prazeroso e excitante, mulheres que sofreram abuso percebem os elementos físicos e psicológicos da resposta sexual como sendo vergonhosos, perigosos, ou aversivos (Stephenson et al, 2012).

Alguns estudos mostram que mulheres que sofreram VSI apresentam mais respostas inibitórias e menos respostas excitatórias quando expostas a estimulação sexual do que as mulheres dos grupos controle. Por outro lado, em situações nas quais um estímulo sexual não está presente as sobreviventes de VSI apresentam excitação sexual em maior grau, se comparadas a mulheres que não sofreram abuso. Além disso, vítimas de VSI tem mais dificuldade em inibir pensamentos sexuais intrusivos, isto é, pensamentos indesejados ou que causem desconforto (Rellini, 2008).

As experiências de abuso sexual na infância podem ter levado ao orgasmo como uma resposta automática a estimulação erógena. Com a repetição deste comportamento, alguns

elementos do abuso podem adquirir propriedades de um estímulo condicionado, levando subsequentemente a respostas condicionadas envolvendo fantasias ou excitação sexual. Pelo pareamento do orgasmo com fantasias sexuais, na vida adulta a resposta sexual pode ser desencadeada através de pistas relacionadas ao abuso sexual, o que produz sentimentos de vergonha, culpa e sofrimento associado à função sexual (Wilson, 2008).

Vários estudos apontam a importância do transtorno de estresse pós-traumático na fisiopatologia das disfunções sexuais consequentes à violência sexual na infância. Seus sintomas parecem funcionar como mediadores entre o histórico de abuso e o prejuízo à resposta sexual, numa interação complexa que envolve o aumento dos níveis de cortisol durante a fase de excitação sexual nestas pacientes (Rellini et al, 2009). Estima-se que 37% a 53% das crianças vítimas de abuso sexual desenvolvem o transtorno de estresse pós-traumático (Trask et al, 2011), cujos critérios diagnósticos são a presença de sintomas de revivência (lembranças intrusivas, flashbacks ou pesadelos associados ao trauma), evitação de estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas em cognição e humor após o trauma (amnésia dissociativa, crenças negativas sobre si mesmo e sobre o mundo, sentimentos de distanciamento em relação a outras pessoas, incapacidade de experimentar emoções positivas) e alterações da reatividade (hipervigilância, irritabilidade e surtos de raiva, respostas de sobressalto exageradas, problemas de concentração e perturbação do sono), com sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida (APA, 2013).

Vítimas de VSI também frequentemente apresentam prejuízo da percepção de que seu corpo lhes pertence, o que torna difícil o reconhecimento dos aspectos físicos de sua própria

resposta sexual (Heiman, 2007). Ainda, mulheres que sofreram VSI frequentemente apresentam dissociação ou *flashbacks* relacionados ao abuso durante a atividade sexual, o que torna menos provável uma interação satisfatória com o parceiro (Hall, 2007). A dissociação funciona como um mecanismo de defesa psicológico durante as situações de abuso, tendo como consequência a desconexão entre os aspectos físicos e psicológicos da resposta sexual na vida adulta (Rellini, 2008). Outros comportamentos evitativos aprendidos também costumam fazer parte das estratégias de enfrentamento das vítimas de violência sexual, como o abuso de substâncias e comportamentos autodestrutivos, e têm como finalidade evitar imagens e pensamentos intrusivos associados ao trauma sexual. A evitação crônica de dor emocional e de vivências relacionadas, como o enfrentamento de uma traição, tristeza ou raiva, pode se tornar uma estratégia disfuncional porque impede a mulher de entrar em contato com as próprias emoções e, dessa maneira, de estabelecer intimidade e desejo sexual em relação ao parceiro. Por fim, as vítimas de abuso sexual podem assumir que é perigoso se tornar vulnerável a outra pessoa e a consequente dificuldade em entrega pode impedir o desenvolvimento de contatos íntimos (Leonard & Follette, 2002).

Fisiopatologia da disfunção sexual consequente a estupro

O impacto da violência sexual na vida adulta (estupro) também tem sido compreendido a partir de modelos que integram fatores biológicos e psicológicos. As consequências imediatas do estupro podem ser físicas como lesões genitais e infecções sexualmente transmissíveis ou psicológicas, como ansiedade, medo, vergonha, nojo e transtornos mentais como depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Estas reações agudas podem levar a problemas gi-

necológicos, como irregularidade menstrual ou endometriose, dispareunia ou a disfunções sexuais direta ou indiretamente, através de vários fatores mediadores. Por exemplo, lesões genitais agudas podem se associar a condições como infecções crônicas do trato genital que evoluem com dor pélvica crônica e outras sequelas reprodutivas (Weaver, 2009).

O estresse agudo pode produzir alterações nos sistemas neurobiológicos de regulação (sistema nervoso autônomo e eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal) que podem, por sua vez, afetar o funcionamento do sistema imune e assim contribuir com aumento do risco de outras patologias. Estresse agudo e transtornos mentais também podem resultar em prejuízo no cuidado com a saúde, com aumento das taxas de sexo desprotegido, aumento do número de parceiros e aumento de encontros sexuais com indivíduos com comportamentos de risco. Estas associações podem ocorrer por meio do medo condicionado ou por sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, que impedem que a mulher acesse, processe e implemente comportamentos protetivos ou reduzem a eficácia para negociar sexo seguro ou evitar contatos indesejados (Weaver, 2009).

Abordagem

Vítimas de violência sexual que chegam para uma consulta médica experimentam ansiedade e medo de serem revitimizadas, como parte das consequências a longo prazo do abuso sexual na infância, que incluem dificuldade em confiar e sentir-se em segurança. A sensação de perda de controle durante a consulta e principalmente ao exame físico deve ser levada em consideração, pois compromete a aderência ao tratamento. Reações dissociativas, flashbacks traumáticos e emoções desagradáveis como tristeza, medo ou raiva podem ser desencadeados durante a avaliação. Dessa forma, é importante que o clínico

propicie segurança ao garantir privacidade e acolhimento das queixas com tranquilidade, sem julgamentos ou constrangimento ao abordar o tema, demonstre conhecimento baseado em evidências e compartilhe as informações e o processo de tomada de decisões. O encaminhamento para profissionais de outras áreas (psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas), quando pertinente, deverá ser realizado de maneira a garantir o cuidado integral em saúde (Schachter et al, 2004).

As vítimas apresentam heterogeneidade quanto à capacidade de recuperar as memórias associadas ao abuso sexual; algumas se recordam do abuso a vida toda, enquanto outras apenas podem se recordar na idade adulta e há ainda algumas mulheres que se recordam das situações de abuso mas não as identificam como sendo abusivas até que recebam alguma informação que modifique sua compreensão sobre o tema. Desta maneira, a revelação do abuso é um processo, nem sempre ocorrendo no primeiro contato com o profissional de saúde. Sentimentos de culpa, vergonha e vulnerabilidade, medo de julgamento ou rejeição por parte do profissional de saúde e a falta de tempo para serem ouvidas são os principais fatores que impedem as pacientes de falarem sobre o assunto com seu médico. Estudos revelam, ainda, que a probabilidade de um profissional de saúde abordar questões relacionadas a violência é menor quando ele próprio sofreu algum tipo de abuso no passado (Stchatcher et al, 2009).

Não há maneira correta de se perguntar sobre o abuso. Abordar diretamente o assunto pode representar alívio para algumas pacientes, mas pode ser invasivo para outras. Oferecer informações e formular questões que explicitem a relação do abuso com as questões de saúde geral e sexual pode favorecer a entrada no tema, como nos seguintes exemplos:

- “Pesquisas têm mostrado que o abuso sexual na infância é muito mais comum do que

se pensava e ele pode estar relacionado a algumas consequências para a saúde a longo prazo”;

- “Existe algo na sua história que faz com que você se sinta desconfortável ao passar por uma avaliação médica ou ser examinada? Se sim, gostaria de ouvir sobre isto para que possamos trabalhar em conjunto mais facilmente”;
- “Algumas mulheres gostariam de falar com seu médico/ginecologista sobre assuntos muito pessoais ou temas difíceis. Se este for o seu caso, saiba que estou disponível para ouvi-la.”

Dessa maneira, o profissional sinaliza que compreende a relação entre violência sexual e saúde, permite a quebra do silêncio e valida as experiências da paciente. Não é recomendado investigar os detalhes do abuso sexual, o que pode ser sentido como invasivo pela paciente e gerar constrangimento desnecessário a ela. Conceitualmente, qualquer atitude sexual de adulto em relação a criança seja verbal, exposição de genitália, toque no corpo da criança ou outros, constituem abuso sexual (Krug et al, 2002).

Após a revelação, é importante que o médico comunique à paciente que ouviu seu relato, aceitou a informação e reforce que a criança nunca é responsável pelo abuso. Oferecer informações sobre a prevalência do abuso pode ser útil, tendo em vista o sentimento de isolamento vivenciado pelas vítimas de abuso, que contribui para a manutenção de sentimentos de culpa e vergonha (Schatcher et al, 2009).

Tratamento

Medidas educativas constituem o primeiro passo do tratamento de mulheres vítimas de violência sexual que apresentam queixas sexuais. O oferecimento de informações sobre a anatomia genital, com ênfase na presença de terminações nervosas sensíveis na genitália que são praze-

rosas ao toque, e informações sobre a resposta sexual pode contribuir para a validação de suas experiências, e assim permitir uma nova forma de entrar em contato com a sua sexualidade. A abordagem do parceiro também é válida, uma vez que fatores diádicos (conflitos frequentes, falta de comunicação e falta de conexão emocional) frequentemente contribuem para a manifestação das disfunções sexuais (Leonard & Follette, 2002).

Considerando-se as especificidades dos problemas sexuais associados à violência sexual, elementos terapêuticos especificamente dirigidos a esta questão deverão ser associados à terapia sexual convencional. A psicoterapia está indicada nestas situações e deve oferecer estratégias de enfrentamento alternativas a dissociação e outras formas de evitação que impedem o engajamento em atividade sexual satisfatória. Evidências apontam para a aceitação do histórico de abuso como elemento central para mudança de perspectiva nesse sentido (Leonard & Follette, 2002).

Alguns trabalhos descrevem que a energia sexual, incluindo a resposta sexual do indivíduo, pode ser canalizada positivamente, como indicação de confiança e intimidade, ou negativamente, como indicação de perigo ou dor. Para mulheres com histórico de VSI, os passos iniciais do tratamento psicoterapêutico frequentemente irão envolver o trabalho no sentido de deixar essas interpretações negativas da atividade sexual e atingir um objetivo de intimidade sexual autêntica (Rellini, 2008).

Tentativas de amplificar imediatamente a resposta sexual de mulheres com histórico de abuso sem a modificação na valência a ela atribuída pode resultar em aumentar o mal estar associado ao sexo em vez de contribuir para sua melhora (Stephenson et al, 2012). Conforme visto anteriormente, mulheres que foram abusadas tendem a apresentar sentimentos de vergonha

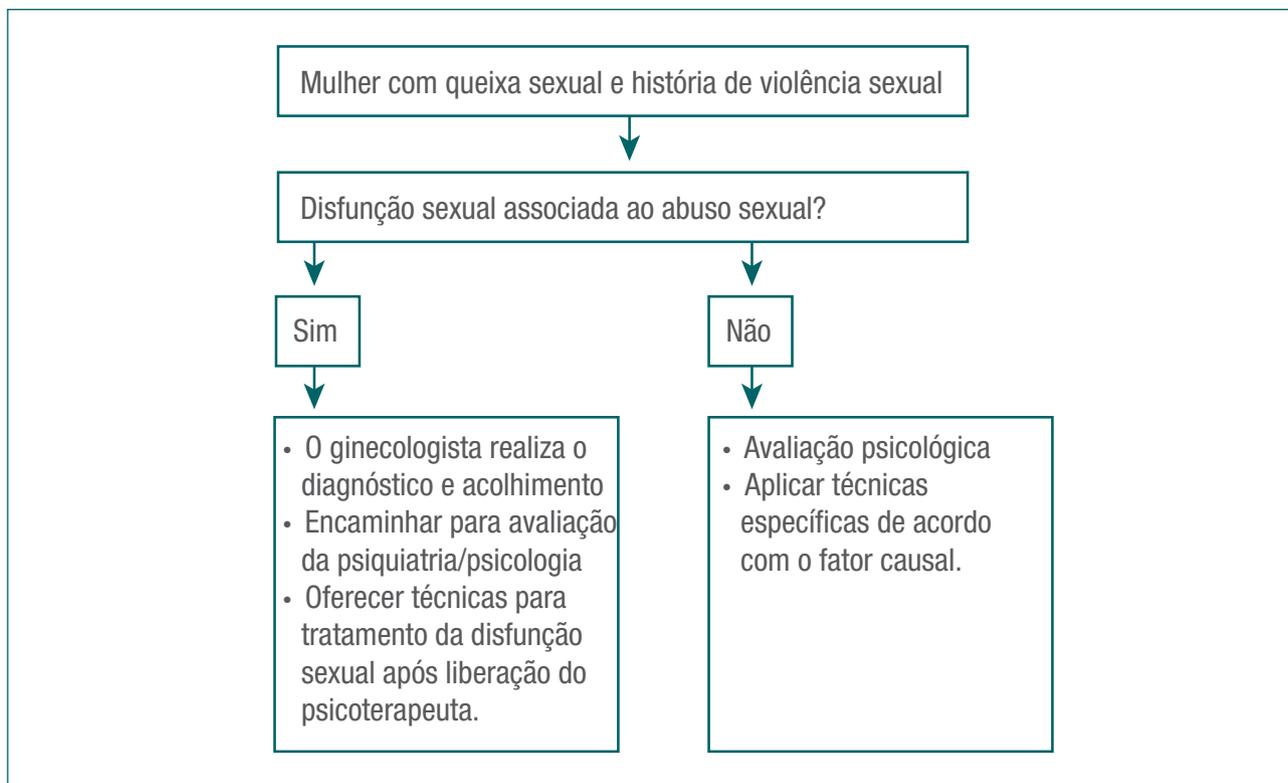


Figura 1: Fluxograma para intervenção na queixa sexual de mulheres vítimas de violência sexual na infância (abuso sexual)

e ansiedade com relação à própria resposta sexual. Desta maneira, intervenções que resultem em incrementos à resposta sexual (masturbação dirigida, livros eróticos, filmes eróticos ou pornográficos, foco sensorial, testosterona) podem ativar a memória do abuso e aumentar seu nível de desconforto. (Stephenson et al, 2012). Antes disso deve-se encaminhar a paciente para abordagem psicoterápica (Figura 1). Um estudo evidenciou que o uso de terapia combinada de testosterona e vardenafila para o tratamento de mulheres com disfunção sem história de violência sexual promove o aumento da excitação sexual em resposta aos estímulos sexuais, mas este efeito não foi observado naquelas que relatavam o abuso sexual (van der Made, 2009).

Tratamentos que tenham como alvo a experiência subjetiva relacionada à resposta sexual podem ser mais benéficos para mulheres com histórico de VSI. A técnica *mindfulness*, que significa atenção plena, é uma técnica derivada da meditação que consiste em concentrar-se

nas experiências somáticas imediatas e tornar-se consciente delas sem, no entanto, julgá-las. Esta estratégia tem dado bons resultados para o tratamento de mulheres vítimas de VSI em aspectos subjetivos da resposta sexual, como redução de sofrimento e de emoções negativas associados à atividade sexual. Porém, o estudo que usou a técnica *mindfulness* não evidenciou incremento na excitação objetiva, medida a partir da amplitude do pulso vaginal, em mulheres com histórico de VSI o que reforça a evidência de que os processos cognitivos e de avaliação são mais relevantes na determinação dos níveis de sofrimento do que alterações na resposta sexual em mulheres que tenham sido vítimas de abuso sexual na infância (Brotto et al, 2008). Mas a técnica *mindfulness* pode levar a resultados positivos superiores ao da terapia cognitiva comportamental na melhora da excitação subjetiva nessas mulheres (Brotto et al, 2012).

Devido a frequente comorbidade psiquiátrica, o encaminhamento ao especialista deve-

rá ser considerado, para que condições como transtornos de humor, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias e risco de suicídio sejam corretamente diagnosticadas e o tratamento adequado seja oferecido. Por fim, a identificação e o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual são de extrema importância na medida em que podem contribuir para a redução do impacto da violência na saúde desta população na vida adulta (Cummings et al, 2012), (Figura 1).

Referências

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edn 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol.* 1986 Apr;54(2):140-8.
- Beck JJ, Elzevier HW, Pelger RC, Putter H, Voorham-van der Zalm PJ. Multiple Pelvic Floor Complaints Are Correlated with Sexual Abuse History. *J Sex Med.* 2009 Jan;6(1):193-8.
- BRASIL. Código Penal de 1940. Vade Mecum. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 2008 Jul;5(7):1646-59.
- Castro, GB. Abuso sexual na infância de mulheres brasileiras (Dissertação de Mestrado). São Paulo. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Cyranowski JM, Andersen, BL. Schemas, sexuality, and romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1998 May;74(5):1364-79.
- Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2001 Aug 11;358(9280):450-4.
- Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of Childhood Sexual Abuse: An Updated Review *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Dec;14(6):599-607.
- Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Feb;27(1):3-13.
- Dennerstein L, Guthrie JR, Alford S. Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 2004 Jul-Sep;30(4):225-34.
- Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, Stall R. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health.* 2011 Aug;101(8):1481-94.
- Guilliams TG, Edwards L. Chronic stress and the HPA axis. *The Standard.* 2010; 2,1-12.
- Hall, K. Sexual dysfunction and childhood sexual abuse. In: Leiblum, S., editor. Principles and practice of sex therapy. 4. New York: The Guilford Press; 2007. p. 350-378.
- Kamiya Y, Timonen V, Kenny RA. The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *Int Psychogeriatr.* 2016 Mar;28(3):415-22.
- Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Leonard LM, Iverson KM, Follette VM. Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *J Sex Marital Ther.* 2008;34(5):375-84.
- Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, Rivkin I, Wyatt GE, Chin D, Asuan-O'Brien A. Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annu Rev Sex Res.* 2002;13:307-45.
- Meston CM, Heiman JR. Sexual abuse and sexual function: an examination of sexuality relevant cognitive processes. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Jun;68(3):399-406.
- Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74:229-236.
- Rellini A, Meston C. Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *J Sex Med.* 2007 Sep;4(5):1312-21.
- Rellini A. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *J Sex Med* 2008;5:31-46.
- Rellini AH, Hamilton LD, Delville Y, Meston CM. The cortisol response during physiological sexual arousal in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress.* 2009;22(6):557-565.
- Rellini A, Meston C. Sexual Self-Schemas, Sexual Dysfunction, and the Sexual Responses of Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Arch Sex Behav.* 2011 Apr; 40(2): 351-362.
- Rich-Edwards, JW *et al.* Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation.* 2012 Aug 21; 126(8): 920-927.
- Ryan GL, Mengeling MA, Booth BM, Torner JC, Syrop CH, Sadler AG. Voluntary and involuntary childlessness in female veterans: associations with sexual assault. *Fertil Steril.* 2014 Aug;102(2):539-47.
- Schachter CL, Radomsky NA, Stalker CA, Teram E. Women survivors of child sexual abuse: How can health professionals promote healing? *Can Fam Physician.* 2004 Mar;50:405-12.
- Schloreth KA, Heiman. Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *J Trauma Stress.* 2003 Jun;16(3):275-84.
- Stephenson KR, Hughan CP, & Meston CM. Childhood Sexual Abuse Moderates the Association between Sexual Functioning and Sexual Distress in Women. *Child Abuse Negl.* 2012 Feb; 36(2):180-9.
- Trask EV, Walsh K, DiLillo D. Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis. *Aggression and violent behavior.* 2011;16(1):6-19.
- van der Made F, Bloemers J, van Ham D, El Yassem W, Kleiverda G, Everaerd W, Olivier B, Tuiten A. Childhood sexual abuse, selective attention for sexual cues and the effects of testosterone with or without vardenafil on physiological sexual arousal in women with sexual dysfunction: a pilot study. *J Sex Med.* 2009 Feb;6(2):429-39
- Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clin Obstet Gynecol.* 2009 Dec;52(4):702-11.
- Wilson JE, Wilson KM. Amelioration of sexual fantasies to sexual abuse cues in an adult survivor of childhood sexual abuse: A case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008 Dec;39(4):417-23
- WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.

Capítulo 9

Lidando com a função sexual da mulher no ciclo gravídico-puerperal

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Eduardo de Souza

Tânia das Graças Mauadie Santana

Ivaldo da Silva

Mary Uchyama Nakamura

Sumário

- 1 Introdução
- 2 Fundamentos: função sexual no ciclo gravídico-puerperal
- 3 Função sexual da mulher puerpera
- 4 Abordagem médica da função sexual da mulher no ciclo gravídico puerperal

Lidando com a função sexual da mulher no ciclo gravídico-puerperal

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira¹
Eduardo de Souza²
Tânia das Graças Mauadie Santana³
Ivaldo da Silva⁴
Mary Uchyama Nakamura⁵

Resumo

A função sexual na gravidez é cercada por numerosos tabus. Devido a fatores biológicos, hormonais, psicológicos e culturais, dificuldades sexuais na gravidez, são frequentes (40-70%) em algumas culturas (Aslan et al., 2005, Fok et al., 2005, Trutnovsky et al., 2006, Leite et al., 2009) e podem afetar negativamente a qualidade de vida de muitos casais. A maioria dos casais se preocupa com as possíveis repercussões negativas da atividade sexual sobre o conceito e a gravidez. Porém, esse assunto não surge espontaneamente nas consultas (Bartellas et al., 2000, Gökyildiz e Beji, 2005, Murtagh, 2010, Johnson, 2011). Esta conspiração silenciosa da paciente “não contar” e do médico “não perguntar”, leva muitos casais a sofrimento desnecessário (Bartellas et al., 2000). O pré-natal é uma excelente oportunidade para que os casais possam expor suas dúvidas, medos e queixas sexuais e obter os esclarecimentos e orientações necessários. Porém, a maioria dos médicos está despreparada para lidar com questões de sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal (Vieira et al., 2015). São necessárias intervenções educativas para melhorar esta situação e padronizar instrumentando a avaliação da função sexual nos seguintes parâmetros: a presença de sofrimento concomitante com as mudanças, o impacto no parceiro e a relação diádica antes e após o período gestacional (Santiago et al., 2013).

¹Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, Doutora em Ciências e Médica Técnica Administrativa do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

²Professor Associado Livre Docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

³Médica Professora da Disciplina de Sexologia da Faculdade Medicina do ABC e do Centro Universitário Salesiano de São Paulo – UNISAL e do Núcleo de Estudos em Sexologia do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM, Especialista em Educação e Terapia Sexual pela SBRASH – Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, Fundadora e Coordenadora do Ambulatório de Sexologia do Hospital Pérola Byington (1998 a 2014).

⁴Professor Associado Livre Docente do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

⁵Professora Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

1 Introdução

Mostrar a importância do tema sexualidade tornou-se mais fácil desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a atividade sexual como um item de qualidade de vida (WHOQL, 1995).

A sexualidade humana é uma função biológica que não se restringe à genitalidade, mas à corporalidade como um todo. Segundo a Neuroendocrinologia, a função sexual é um fenômeno biopsicossocial complexo, no qual estímulos internos e externos são modulados pelo sistema nervoso central e periférico, resultando em uma cascata de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias que culminam no resultado sexual físico e cognitivo (Benagiano et al., 2010; Giuliano et al., 2010; Wylie et al., 2010). Na atualidade, o comportamento sexual humano transcendeu o aspecto reprodutivo e passou a ser considerado parte integrante da qualidade de vida (WHOQL, 1998; Jannini et al., 2009). Apesar de alguns avanços ao longo dos últimos séculos, o exercício da sexualidade ainda é cercado por tabus, preconceitos e credências em muitas culturas modernas (Johnson, 2011).

A sexualidade não se atém à genitalidade, e sim a uma corporalidade total; podemos complementar que o órgão sexual mais importante é o cérebro. A sexualidade é um fenômeno que envolve aspectos biológicos (que abrange a anatomia e fisiologia do sexo), psicológicos e sociológicos, sem supremacia entre eles (Cavalcanti e Cavalcanti, 2006).

Somente pelo conhecimento da dimensão histórica do homem é que se pode questionar tabus, preconceitos e credências fortemente ligados à sexualidade (Vitiello, 1999).

A Igreja, até o século XVIII, era responsável pelo controle do comportamento sexual e pela determinação de suas normas. No século XIX, com a descoberta dos gametas, abriu-se campo para a Medicina, sendo a sexualidade

intimamente relacionada com a reprodução. O século XX trouxe grandes contribuições de Freud e de Kinsey, conseguindo classificar as disfunções e perversões sexuais. Criou-se a pílula anticoncepcional, ocorreu a epidemia da AIDS e desenvolveram-se medicamentos para a disfunção erétil (Abdo et al., 2000). A sexualidade, como fonte de prazer, entrou no conceito de avaliação de qualidade de vida, saúde física e mental (WHOQOL, 1995).

Se a sexualidade feminina foi esquecida durante muitos séculos, o estudo da função sexual durante o ciclo gravídico-puerperal recebeu ainda menos atenção. A gravidez é caracterizada por modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas iniciadas logo após a implantação do embrião e que, geralmente, são acompanhadas de alterações emocionais. Tais modificações acabam por interferir no comportamento sexual nas gestantes, causando impacto nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo, bem como na satisfação conjugal (Basson, 2000; Oboro, Tabowei, 2002; Santana, 2007; Pauleta et al., 2010; Ferreira et al., 2012; Ribeiro et al., 2014; Ribeiro et al., 2016).

O assunto da função sexual na gravidez ainda é cercado por numerosos tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos (Khamis et al., 2007; Johnson, 2011; Bello et al., 2011). Talvez por todos esses motivos, dificuldades sexuais são bastante frequentes durante a gravidez, afetando entre 40 e 70% das mulheres (Aslan et al., 2005; Fok et al., 2005; Trutnovsky et al., 2006). A prevalência de disfunção sexual na gestação é de 40,8% e 46,6% no primeiro trimestre, 31,2% e 34,2% no segundo trimestre e 63,2% e 73,3% no terceiro trimestre, respectivamente para adolescentes e mulheres adultas (Leite et al., 2009).

A maioria dos casais se preocupa com as modificações ocorridas durante a gestação, e com possíveis repercussões negativas da ati-

vidade sexual sobre o conceito e a gravidez (Francisco et al., 2014). No entanto, por constrangimento ou medo, frequentemente relutam em fazer perguntas espontâneas sobre práticas sexuais durante o período gestacional, a não ser que um profissional de saúde levante o assunto primeiro (Bartellas et al., 2000; Gökyildiz e Beji, 2005; Johnson, 2011).

Dificuldades sexuais durante a gestação podem levar a estresse, ansiedade e problemas conjugais que, por sua vez, poderiam afetar negativamente a qualidade de vida do casal (Aslan et al., 2005; Gökyildiz, Beji, 2005; Trutnovsky et al., 2006; Leite et al., 2009). Assim como os preconceitos, a falta de conhecimento de médicos e pacientes a respeito da função sexual humana reforça as inadequações sexuais durante o período gestacional. A consulta de pré-natal é uma excelente oportunidade para que o casal expresse seus medos, esclareça suas dúvidas, receba informações corretas e descubra novas maneiras de se relacionar sexualmente que possibilitem a manutenção de sua intimidade física, satisfação emocional e qualidade de vida durante essa fase. Segundo estudos de Shojaa et al. (2009) e Kisa et al. (2014), a maioria das gestantes desejaria discutir com seu médico as dúvidas e preocupações relacionadas às mudanças na sexualidade durante essa fase, mas elas nem sempre se sentem confortáveis em iniciar essa conversa espontaneamente (Babazadeh et al., 2013). Por outro lado, muitos médicos também se sentem despreparados e pouco à vontade para discutir esse tema com suas pacientes (Jones et al., 2011; Vieira et al., 2012a; Vieira et al., 2015). Essa conspiração silenciosa – a paciente “não conta” e o médico “não pergunta” – leva muitos casais a um sofrimento desnecessário (Vieira et al., 2012b).

Para que ocorra um diálogo produtivo entre o médico e o casal grávido, é necessário que o obstetra seja acolhedor e sinta-se preparado e

confortável para incentivar, ouvir e responder a questões ligadas à função sexual. Todavia, muitos médicos, embora interessados, se sentem despreparados para esse tipo de atendimento em razão de deficiências na sua formação na área da sexualidade humana em geral e, em particular, na gestação (Vieira et al., 2012a; Vieira et al., 2015).

Apesar de queixas sexuais espontâneas serem frequentes nos consultórios de todas as especialidades médicas, a maioria dos cursos de medicina não prepara adequadamente seus alunos para lidar com tais questões. De acordo com estudo que analisou o currículo de 1.700 faculdades de Medicina em todo o mundo, apenas um número mínimo delas oferecia um programa multidisciplinar sobre sexualidade, e a duração média desse ensino era de 6 a 10 horas (Wagner, 2005).

A residência médica é outro período em que seria possível complementar o escasso conhecimento teórico sobre o tema e treinar jovens médicos no atendimento a pacientes com queixas sexuais; porém não existe normatização quanto ao conteúdo e à carga horária mínima de treinamento em sexualidade humana nas residências de Tocoginecologia, Psiquiatria ou Clínica Geral. Dessa forma, o jovem médico é lançado no mercado pouco preparado e inseguro para lidar com essas questões (Vieira et al., 2012a; Vieira et al., 2012b; Vieira et al., 2015).

Em 2012a, Vieira et al. avaliaram a atitude e a prática de 154 residentes de três programas da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM) sobre questões de sexualidade na gestação. Embora 70% dos participantes tenham declarado que perguntas sobre saúde sexual deveriam fazer parte da história de todas as gestantes atendidas, menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia rotineiramente faziam perguntas a esse respeito. Menos de um quarto dos participantes sentia-se completamente seguro para responder a pergun-

tas de gestantes sobre função sexual, e 71% deles declararam não ter conhecimentos específicos sobre disfunções sexuais. Ainda segundo os entrevistados, a falta de conhecimento e de tempo durante as consultas seriam os principais obstáculos para conversar sobre questões sexuais com gestantes (Vieira et al., 2012b).

Outros estudos, que avaliaram o conhecimento e a capacitação de diversos especialistas, também evidenciaram a falta de preparo de médicos que atuam em diferentes áreas e com vários anos de prática em lidar com queixas sexuais de pacientes adultos, de ambos os gêneros e diferentes faixas etárias (Abdo et al., 2002; Abdulmohsen et al., 2004).

É indubitável a importância da sexualidade na qualidade de vida (Ferreira et al., 2012). No entanto, a dificuldade em discutir, questionar e mesmo responder com naturalidade a questões relacionadas à sexualidade parece ser generalizada. Um médico bem preparado e seguro pode ser um importante agente educativo e terapêutico no atendimento de casais grávidos com queixas sexuais. Não obstante, esse tipo de profissional é raro em nosso meio, o que aponta para a necessidade de melhorar a qualidade da educação em saúde sexual oferecida aos alunos de Medicina e aos residentes (Vieira et al., 2012a).

2. Fundamentos: função sexual no ciclo gravídico-puerperal

A sexualidade é ligada a toda capacidade e competência humana de transformação, criação e felicidade. O ser humano – diferente dos outros animais – exerce sua função sexual independentemente da reprodução, havendo assim maior liberdade de escolha, sobretudo uma frequência de encontros, que os pares determinam de acordo com os próprios desejos. Em outras palavras, a relação sexual é o somatório de uma relação de amor e entrega, dando como resposta a intimidade.

Seu produto é a criatividade. Uma relação com intimidade é uma expressão criativa. Em um sentido mais amplo, o sexo precisa ser revivido e reaprendido a cada instante (Lopes, 1999).

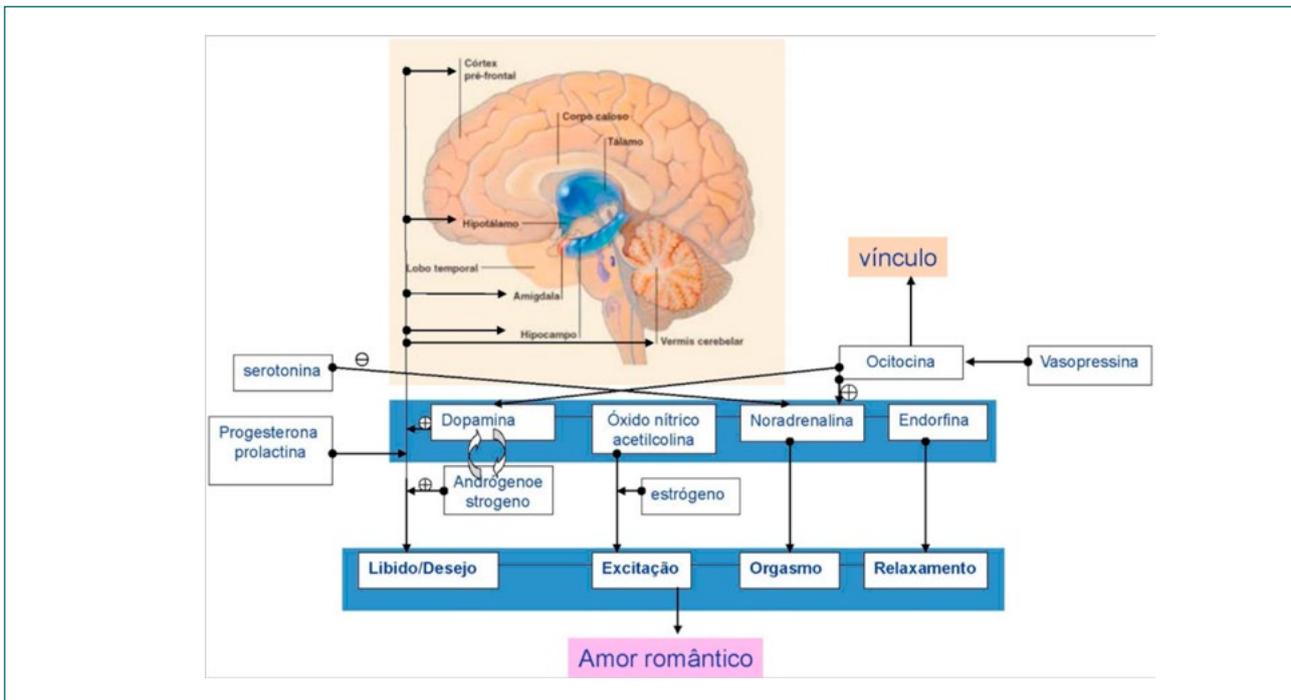
O meio em que vivemos dita normas, podendo rotular as relações em funcionais ou não. Infelizmente, muitas das repressões sexuais femininas correspondem a preconceitos masculinos, impedindo a livre expressão sexual. “Todos dizem que a encaram como algo natural, normal, voltada para o prazer. Mas ela é vivenciada concretamente com preconceitos, o que provoca insatisfação, temor e sentimento de culpa” (Reis, 1992, p.129).

Para que a função sexual seja desempenhada de forma satisfatória é fundamental que haja saúde física e mental, assim como bem-estar social. Porém, a sexualidade pode ser vivenciada mesmo em condições orgânicas, psicológicas e sociais adversas (Vitiello, 1994)

As disfunções sexuais caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo sexual. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração em uma ou mais das fases do Ciclo de Resposta Sexual, ou em dor associada ao ato, e que se manifesta de forma persistente ou recorrente (Abdo, Fleury, 2006) com duração de, no mínimo seis meses, o que significa que

O bloqueio da Resposta Sexual Humana resulta em diferentes disfunções, de acordo com cada fase em que está comprometida. As drogas psicotrópicas agem sobre essas fases e podem modificá-las (Stahl, 2001). Assim, pode haver alteração no desejo sexual, que é mediado hipoteticamente pelo estímulo à via dopaminérgica mesolímbica, que por sua vez tem papel numa situação de drogadição. Estrógeno, testosterona e dopamina podem promover o desejo sexual, enquanto a prolactina e os bloqueadores de dopamina podem reduzi-la (Stahl, 2001).

Dentre os mamíferos, somente os seres humanos e algumas espécies de primatas man-



Fonte: https://www.google.com.br/search?q=imagem+do+c%C3%A9rebro+com+o+t%C3%A1lamo&rlz=1C1CHZL_pt-BRBR709BR709&espv=2&biw=1527&bih=836&tbm=isch&imgil=SIXq5Q_v7I9COM%253A%253BFaKvJgMXuNi6QM%253Bhttp%25253A%25252Fwww.guia.heu.nom.br%25252Fsystema_limbico.htm&source=iu&pf=m&fir=SIXq5Q_v7I9COM%253A%25252CFaKvJgMXuNi6QM%252C_&usq=___QpWMChgjdtt57c67I9T00gGlds%3D&ved=0ahUKEwiMz9_Rik7QAHUEkpAKHa0tDpQYjclMw&ei=HrswWizJYskwgSt27igCQ#imgrc=SIXq5Q_v7I9COM%3A
 Acesso em: 16 nov 2016.

têm relacionamento sexual durante o período gestacional (Solberg et al., 1973). A sexualidade na gestação pode ser influenciada por questões culturais. Os yanomanis do Brasil e da Venezuela, por exemplo, consideram que para a criança crescer sadia é importante que a mãe tenha relações sexuais com vários homens durante a gestação. E para algumas sociedades muçulmanas, o coito é proibido durante o período gestacional (Gregersen, 1983).

Com os sintomas típicos da gravidez, como náuseas, vômitos, constipação intestinal, sonolência, aversão a odores, pirose, aumento da acuidade visual, alterações pigmentares na pele e das mamas e aumento do volume abdominal, haverá uma nova leitura do corpo feminino, dos pontos de vista biológico e psicológico. Todo o sistema genital passa por modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas, observadas logo após a fecundação. A vascularização cresce às expensas do aumento do débito cardíaco por volta de 50% (Tedesco, 1999).

A seguir, enumeramos as modificações ocorridas no organismo da grávida, que alteram a resposta sexual feminina:

- Hipertrofia e congestão das mamas, que aumentam sua sensibilidade à dor e podem deixar de funcionar como áreas erógenas;
- Maior vascularização dos órgãos pélvicos, que ocasiona mais lubrificação vaginal na fase de excitação, e na fase de platô pode ser estendida, o que pode ocasionar maior tensão sexual;
- Edema e congestão da parede vaginal, além do aumento do volume do útero, podendo ocasionar desconforto durante a penetração do pênis;
- Algumas mulheres percebem, na fase orgásmica, pequenas contrações uterinas que podem durar até um minuto. Essas contrações são habitualmente indolores e não prejudicam a evolução da gravidez, pois não têm as características necessárias para promover a dilatação do colo uterino (Santana, 2007).

Também ocorre resposta sexual diferente em virtude das modificações que o organismo da mulher sofre no puerpério:

- Congestão mamária, ingurgitamento mamário, mastites e fissuras, que provocam sensações dolorosas;
- Os mamilos podem deixar de ser zonas erógenas, provocando desconforto e dor;
- Alterações geniturinárias decorrentes de hipoestrogenismo provocam dor e sensação de ardência vaginal nas relações sexuais (dispareunia). No pós-parto ocorre baixa dos estrógenos, causando diminuição da elasticidade da mucosa vaginal e redução da lubrificação, com sensação de ressecamento e dor durante o coito, podendo haver até sintomas urinários, como cistite traumática (Santana, 2007).

A restrição sexual causa estresse adicional e sentimentos de culpa nos casais, e cabe aos profissionais serem criteriosos na proibição de atividade sexual na gestação (Ito et al., 2002).

Algumas doenças obstétricas e ginecológicas contraindicam o coito e o orgasmo na gestação, de forma absoluta ou relativa (Ito et al., 2002; Santana, 2007):

Absolutas

- Rotura prematura de membranas;
- Placenta prévia;
- Incompetência istmocervical sem cerclagem;
- Ameaça de abortamento na gestação atual;
- Trabalho de parto prematuro na gestação atual.

Relativas

- Trabalho de parto prematuro idiopático na gestação anterior;
- Gestação gemelar;
- Incompetência istmocervical com cerclagem.

Ginecológicas

- Dores abdominais e/ou vaginal;
- Dor nas relações (dispareunia);
- Sangramento genital;
- Vaginites;
- Doenças sexualmente transmissíveis.

A adaptação do comportamento sexual e a escolha de posições cômodas para o coito ajudam a manter o relacionamento do casal (Viggiano, 1984; Lopes, 1993).

As posições de coito mais frequentemente adotadas na gestação são:

- no 1º trimestre: praticamente inalteradas em relação ao pré-gestacional. Liberdade para praticar qualquer posição;
- no 2º trimestre: mulher por cima do homem;
- no 3º trimestre: as posições face a face são impróprias. A mais confortável é a penetração vaginal em decúbito lateral com o homem por trás (Kaplan, 1983b; Sacomori, Cardoso, 2010).

Como alternativas ao coito vaginal destacam-se a masturbação e o coito anal, a saber:

- 8 a 31% das mulheres se masturbam durante a gestação;
- 5 a 20% das mulheres se masturbam no pós-parto;
- A masturbação masculina é estável durante toda a gravidez e no pós-parto;
- O coito anal é praticado por 1 a 13% dos casais antes e durante a gestação (Von Sydow, 1999).

Ocorre uma redução na atividade sexual, relação sexual pênis-vagina e desejo sexual na maioria das mulheres, na medida em que a gravidez progride. Tanto a mulher como seu parceiro apresentam preocupações sobre as possíveis repercussões no conceito e na gravidez decorrentes das atividades sexuais. A maioria das mulheres deseja discutir es-

tes tópicos com seus médicos, mas nem sempre elas se sentem confortáveis em iniciá-los por si mesmas. A falta de conhecimento a respeito das questões sexuais e os preconceitos podem reforçar as inadequações sexuais no período gestacional (Bartellas et al., 2000; Leite, 2008).

Na literatura encontramos referências de que a maioria das mulheres apresenta uma diminuição do desejo sexual, da excitação e do orgasmo, ou seja, diminuição de todas as fases do Ciclo de Resposta Sexual durante algum trimestre, ou em todos os trimestres da gravidez. A maioria dos autores encontrou uma diminuição do interesse sexual no primeiro e terceiro trimes-

tes da gravidez, com melhora no segundo trimestre (Masters e Johnson, 1979; Lopes, 1999).

Alguns autores, entre eles Masters e Johnson (1979) constataram aumento da qualquer forma de interação sexual no segundo trimestre de gestação e presença de múltiplos orgasmos em algumas gestantes. As contrações uterinas, advindas do orgasmo, mesmo no terceiro trimestre, quando o miométrio é mais suscetível ao estímulo para a contração, não acarretam perturbação fetal nem aumentam a frequência de prematuridade.

Para melhor explicação, construímos o Quadro 1.

Quadro 1

Alterações da função sexual na gestação segundo os seguintes autores.

| Autor, Ano e Título do Estudo | Publicação | População | Método | Resultados | Conclusão |
|--|--|---|--|--|---|
| Bartellas et al., 2000. Sexuality and sexual activity in pregnancy | British Journal of Obstetrics and Gynaecology | Gestantes do Hospital Universitário no Canadá | Questionário (validado) sobre sexualidade e gravidez (Pregnancy Sexuality Questionnaire – PSQ. Barclay et al., 1992) Autorresponsivo. Gestantes sem restrições a ter relação sexual e com parceiro | Medo que a relação sexual prejudique a gravidez, 49% delas. Diminuição do desejo, 58%. Discutiram a relação com os médicos, 29%. Estudo limitado por não ter acompanhamento das mesmas gestantes, baixo número de participantes e não constar opinião dos parceiros | Há ↓ de desejo e da relação sexual com o evoluir da gestação. Maioria das gestantes gostaria de ter discutido com seus médicos. Só 1/3 falou a respeito. É importante esclarecer que relação sexual não prejudica gestações normais |
| Ito et al., 2002. Associação entre Parto Pré-Termo com Atividade Física e Sexual | Revista Femina | Trabalhos na literatura – em Trabalho de Parto Prematuro – TPP | Revisão de literatura. | Prevalência TPP de 10 % Não se deve proibir relações sexuais em gravidez normal | Deve-se ter rigoroso critério para proibir relação sexual na gravidez |
| Aslan et al., 2005. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy | International Journal of Impotence Research | Diagnóstico de gravidez na primeira consulta (Turquia) | Grávidas com parceiro estável responderam ao Female Sexual Function Index – FSFI –, em 3 trimestres | A frequência de relações Antes > 8,6. Primeiro trimestre > 6,9 Segundo > 5,4 terceiro > 2,5 | Função sexual ↓ com o evoluir da gestação. Médicos devem alertar os futuros pais sobre as flutuações sexuais |
| Gökyıldız S, Beji NK. 2005. The effects of pregnancy on sexual life. Journal of Sex & Marital Therapy. | Journal of Sex & Marital Therapy | Gestantes > 34 semanas na Turquia | Questionário FSFI Adaptado, presencial. Gestantes sem patologias | ↓ desejo, frequência, orgasmo, receptividade ao parceiro, duração e satisfação da relação. ↑ lubrificação vaginal, medo e dor na relação sexual. Variedade da posição sexual: superior masculina, superior feminina, lado a lado, de acordo com os trimestres. Não houve masturbação | ↓ de todo o Ciclo de Resposta Sexual. Modificações sexuais devem ser alertadas no pré-natal |
| Trutnovsky et al., 2006. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth | Journal "The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists" | Pré-natal de universidade de Graz-Áustria | Gestantes de 10 a 20 semanas entrevistadas por 3 ocasiões. Sempre a mesma entrevistadora. Estudo prospectivo. Análise subjetiva | Mudanças na vida sexual, 90%. Redução da sexualidade, 48% | Maioria refere ↓ do interesse por sexualidade na gravidez. Estudo serve de parâmetro para orientações médicas durante o pré-natal |
| Kavanagh et al., 2007. Coito para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto | La Biblioteca Cochrane Plus (Revisión Cochrane traducida) | Mulheres grávidas, para indução e trabalho de parto no terceiro trimestre, que portavam fetos vivos | Revisão da literatura | Apesar do sêmen ser rico em prostaglandina; não temos comprovação de indução de trabalho de parto com a relação sexual | Não há comprovação de que a relação sexual desencadeou trabalho de parto |

Muitas gestantes que tiveram modificações na expressão sexual na gravidez atribuíram-nas às causas abaixo. Em alguns casos, mais de uma razão foi apresentada (Santana, 2008):

- desconforto físico – 40%;
- medo de causar desconforto ao bebê – 27%;
- perda de interesse – 23%;
- desajeitamento durante o coito – 17%;
- recomendação médica – 8%;
- razões externas à gravidez – 6%;
- perda do poder de atração, segundo as próprias fantasias – 4%;
- recomendação de outra pessoa sem ser o médico – 1%;
- outras razões – 15%;
- recomendações médicas de fazer abstenção do coito entre duas a oito semanas antes do parto – 29%.

Assim como existe um decréscimo progressivo do interesse sexual, e da frequência coital, com o evoluir da gestação nota-se também, diminuição no comportamento sexual não-coital, como os jogos sexuais, masturbação mútua e o sexo oral, e até um incremento dos distúrbios sexuais (Tedesco, 1999).

A retomada das relações sexuais no pós-parto é de 80% com 12 semanas, sendo seu restabelecimento bastante lento e nem sempre alcançando o nível pré-gestacional (De Judici-bus e McCabe, 2002, Trutnovsky et al., 2006). É importante ressaltar que o tipo de parto pode influenciar a qualidade da vida sexual da mulher. Signorello et al. (2001) relataram que na volta da atividade sexual 80% apresentou maior probabilidade de dispareunia em partos com trauma perineal de segundo grau e/ou uso de instrumentos comparativo a partos normais com períneo íntegro. Aos 6 meses pós-parto, o uso de extração por vácuo ou fórceps foi significativamente associado com dispareunia. Além disso,

as mulheres que amamentaram eram 4 vezes ou mais propensas a apresentar dispareunia em comparação às que não amamentaram. A episiotomia conferiu o mesmo perfil de resultados sexuais do que as lacerações perineais espontâneas. Já outros autores como Qian, Chen et al. (2016) referem que a cesariana está associada a maior incidência de disfunções sexuais e maior tempo para a mulher retornar à atividade sexual (4.32 ± 4.10 meses), chegando a ser o dobro, em relação as mulheres que tiveram parto normal (2.70 ± 2.09 meses) (Qian, Chen et al. 2016). O desejo sexual hipoativo, a insatisfação sexual, ressecamento vaginal com conseqüente dor coital também são mais prevalentes após a cesariana (Brtnicka, Weiss et al. 2009). Para melhor esclarecimento, elaborou-se o Quadro 2.

Durante a gravidez e o puerpério, a mulher vivencia uma série de incertezas e sofre pressões sociais para que seja uma mãe “perfeita”. Os deveres de mãe são cobrados pela sociedade, pela família, pelo marido e pela própria mulher. A expressão sexual das grávidas depende muito do estado psicológico delas. Assim como uma gestação pode proporcionar muita alegria e satisfação, às vezes traz ansiedade e angústia, por medo da responsabilidade, por perceber a mudança que um novo ser humano trará à família e o impacto do nascimento da na qualidade da relação conjugal. Outro fator que determina maior ou menor participação da mulher no sexo durante a gravidez é a sua autoestima, o modo como se vê nessa fase, se gosta de si mesma independentemente de ter engordado, ou se rejeita a gravidez e não aceita a si própria. Depende também de fatores externos, como carinho e atenção por parte do companheiro, que agregam para que a mulher se sinta amada e atraente (Seixas, 1998).

Durante a gestação observam-se várias alterações no comportamento feminino. As modificações do estado emocional são a ambivalência, regressão, negação, labilidade emo-

Quadro 2

Orientações aos pré-natalistas quanto às alterações da função sexual no pós-parto segundo alguns autores

| Autor, Ano e Título do estudo | Publicação | População | Método | Resultados | Conclusão |
|---|--|--|--|---|--|
| Signorello et al., 2001. Postpartum sexual function in gandits relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women | Am J Obstet Gynecol | Primíparas, parto vaginal, Boston | Primíparas > 37 sem parto vaginal. Divididas conforme grau de trauma perineal. Estudo Retrospectivo. Questionário avalia o tempo de reinício da relação sexual | ↓ as relações, sensações e orgasmos sexuais em 25%. Dispareunia em 3 meses, 41% em 6 meses, 22%. Maior em parto instrumental ou trauma perineal e em pacientes que amamentam 4 x mais | A frequência sexual menor e dispareunia maior estão diretamente relacionadas ao grau de trauma perineal e ao tempo de amamentação |
| Oboro e Tabowei, 2002. Sexual function after child birth in Nigerian women | International Journal of Gynecology and Obstetrics | 122 mulheres primíparas casadas, Nigéria | Questionário responsivo completado seis semanas, três e seis meses após o parto. 48% da população estudada respondeu | Pós-parto apresentou diminuição de: - Frequência de relações sexuais (77%) - Satisfação sexual (37%) - Desejo (61% > seis semanas) (29% > três meses) (26% > seis meses) - Perda de lubrificação (51% > seis semanas) (30% > três meses) (21% > seis meses) - Dispareunia (55% > seis semanas) (34% > três meses) (19% > seis meses) | Somente 12 % conversaram com um profissional sobre problemas sexuais. Com o passar do tempo do parto, o índice de queixas de problemas sexuais vai diminuindo |
| Morof et al., 2003. Postnatal Depression and Sexual Health After Child birth | American College of Obstetricians and Gynecologists | Primíparas em Londres | Questionário enviado pelo correio. 61% de respostas, sendo 58% com Edinburgh avaliando depressão e diminuição da função sexual | Desejo Sexual deprimidas-65,1%, não deprimidas-80,3% | Após 6 meses, os problemas sexuais foram maiores em depressivas, mas não exclusivos delas. A escala de Edinburgh não substitui a análise clínica mas dá uma indicação de depressão |
| Rowland et al., 2005. Breast feeding and sexuality immediately postpartum | Canadian Family Physician-Le Médecin de famille canadien | 3 comunidades de Ontário, Canadá | Questionário na primeira consulta pós-parto. Presencial. Avalia o retorno da vida sexual | Mulheres que amamentam demoram mais a ter relação sexual, 1/3 contra 2/3 que não amamentam. Hormonal principal causa | A amamentação retarda o retorno da relação sexual. As pacientes tiveram a oportunidade de conversar a respeito de anticoncepção, amamentação e sexualidade |

cional e ansiedade, que acabam por interferir no comportamento sexual das gestantes das mais diferentes formas e gradações (Tedesco, 1999; Bortoletti et al., 2007):

- Ambivalência afetiva: é reforçada na gravidez, onde tudo pode ter duas respostas, deixando a grávida muito indecisa sobre quanto e como se posicionar. Por exemplo: aceitar ou não a gestação, parto normal ou cesáreo, amamentar ou não. Os profissionais envolvidos devem, na medida do possível, amenizar esse sentimento.
- Regressão: uma condição própria da gravidez, é importantíssima por fazer com que a mulher se aproxime do feto. Promove o afastamento da mulher do mundo para viver um universo com a criança, garantindo assim sua sobrevivência.
- Negação: Mesmo sabendo que gravidez não é doença, devemos respeitar as modificações próprias dessa fase. Agir como se nada existisse de diferente só retrata a falta de capacidade de doar-se. Espelha uma imaturidade emocional.
- Distúrbios do sono: A hipersonia, isto é, quantidade de sono aumentada, característica dessa fase, promove a introspecção. Devido aos afazeres habituais, principalmente no lado profissional, não se dá lugar à hipersonia, dando margem a mais hipersensibilidade e labilidade, criando assim um círculo vicioso. Atenção deve ser dada à insônia, podendo esta desencadear o início de transtornos psíquicos.
- Labilidade emocional: É expressa pela oscilação do humor. A ansiedade é um componente emocional que pode estar presente durante toda a gestação, aumentando gradativamente à medida que se aproxima o parto. A grávida que não consegue iden-

tificar ou elaborar essa ansiedade provavelmente vai ter sua função sexual prejudicada. A melancolia e os sintomas depressivos menores também podem ocorrer.

3. Função sexual da mulher puérpera

As mudanças fisiológicas, psicológicas e a condição marital podem interferir no padrão de resposta sexual (Reamy e White, 1987). Segundo Madi (2014), com o advento do parto humanizado o parto assistido sem intervenção (ex: episiotomia, fórceps, occitocina) tornou-se uma regra a ser modificada somente em casos onde há complicação. Nesse mesmo estudo, as gestantes entrevistadas independente do grau de satisfação quanto a função sexual do casal, a maior preocupação da mulher ou do casal ou do médico é com a vitalidade do bebê após o parto vaginal do que com a realização de episiotomia ou de possíveis modificações vaginais que possam, eventualmente, alterar a função sexual após o parto. Apenas 30% das entrevistadas relatou ter medo do parto vaginal. Uma minoria (11%) respondeu que optaria por parto cesáreo para evitar modificações vaginais que pudessem comprometer a vida sexual.

Entretanto, ainda permanece o mito que a passagem transpélvica possa comprometer a anatomia e as relações sexuais. Segundo Premkumar, 80% das mulheres que preferem cesárea eletiva tem como motivo de sua preferência, o medo de dano perineal pelo parto vaginal (Premkumar, 2005).

Após o parto normal com episiotomia, o desconforto evocado por este procedimento é um dos principais motivos de piora na qualidade da relação sexual (Reamy, White, 1987). A frequência sexual menor e dispareunia maior estão diretamente relacionadas ao grau de trauma perineal (Signorello et al., 2001). Além das lesões da região vulvar, a dor na relação sexual nesta fase pode, também, estar relacionada com o medo

da relação sexual pênis-vagina, mas também com outras desordens afetivas associados com o estímulo sexual, e ao estilo de vínculo com o parceiro, (Cabello-Santamaría, et al., 2015). Outros fatores devem ser considerados; a dor pode ser decorrente da cicatriz perineal e/ou redução do tônus da musculatura do assoalho pélvico; laceração perineal ou episiotomia.

O tônus muscular do assoalho pélvico pode ser acometido não somente na ocasião da passagem do feto pela vagina, mas também pela gravidez, devido ao aumento da pressão abdominal pelo peso uterino. Observa-se, tanto através da avaliação clínica como pelo estudo eletromiográfico, que a força muscular está reduzida no terceiro trimestre da gestação, principalmente nas multiparas, independente da capacidade de distensibilidade desses músculos [Petricelli et al., 2014]. O preparo perineal com balão de Epi-no para maior promoção de distensibilidade pode reduzir em até cinco vezes, a necessidade de realizar episiotomia e/ou laceração perineal (Zanetti et al., 2016).

A imagem corporal como senso de atração, demanda social, dispareunia decorrente da episiotomia e/ou falta de lubrificação, fadiga, sangramento genital, medo de adoecer, lactação, medo de acordar a criança ou não ouvi-la, tabus tradicionais e cuidados com o coito no quesito anticoncepção para a nova mãe necessitam de um novo ajuste. Após um ano do nascimento, a mulher, lenta e gradualmente, pode voltar às condições pré-gestacionais (Reamy e White, 1987).

Cabe ao médico pré-natalista explicar todas essas etapas e oferecer todos os recursos disponíveis à preparação do casal. Será que a assistência médica tem cumprindo esse importante papel? O Quadro 3 evidencia um quadro sinótico com as principais informações de estudos sobre a atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos.

Quadro 3

Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

| Autor, ano, país e nome do artigo | Participantes | Tipo populacional atendido | Resultados |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| Rodrigues Jr. e Costa, 1987 (Brasil) "O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana: II. A abordagem da sexualidade da paciente / <i>Brazilian gynecologist and the human sexuality: II. An approach of the patient sexuality.</i> " | 537 ginecologistas | Pacientes ginecológicas | Embora interessado, há defasagem na formação acadêmica do ginecologista. Não houve diferenças quanto ao sexo (♀) (♂). Tabu de que a formação técnica é mais importante do que a humanística. |
| Abdo e Oliveira Jr., 2002 (Brasil) "O Ginecologista brasileiro diante das queixas sexuais femininas: um estudo preliminar" | 4753 ginecologistas | Pacientes ginecológicas | 44% discutem regularmente. 49% sentem-se pouco seguros. Médicos seguros investigam duas vezes mais. 31,4% dos 57,7% cuidam da dispareunia do CGP. |
| Solurshet et al., 2003 (EUA) "The human sexuality education of physicians in North American medical schools" | 125 escolas de Medicina | Alunos de Medicina | 42,6% das escolas oferecem programas clínicos para tratar pacientes com problemas sexuais. 55,5% oferecem supervisão relacionada a problemas sexuais Concluíram que se deve expandir a educação em sexualidade nas escolas médicas, para atender à demanda da população. |
| Gottet et al., 2004 (Inglaterra) "General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people" | 22 clínicos gerais | Pacientes idosos | Os clínicos raramente falam sobre sexo com os idosos. Associam atividade sexual a pessoas mais novas, e não veem motivos de conduzir discussões a esse respeito com pessoas mais velhas. |
| Abdo et al., 2004 (Brasil) "Percepções e atitudes sobre disfunção erétil entre médicos no Brasil: resultados do 'Projeto Avaliar'. | 4377 clínicos gerais e especialistas | Pacientes do sexo masculino | Função sexual deve ser discutida nas anamneses: 89% concordam. Na prática discutem, espontaneamente: 8,7% (♀) 11% (♂) Conhecimento ↓: 27,5% (♀) 15,3% (♂) Inibição pessoal: 5,4% (♀) 1,2% (♂) Falta de tempo: 13,7% (♀) 11,6% (♂) Encaminham pacientes: 39% (♀) 19,5% (♂) |
| Abdulmohsen et al., 2004 (Arábia Saudita) "Physicians' knowledge, attitude and practice towards erectile dysfunction in Saudi Arabia". | 159 médicos | Pacientes com disfunção erétil | Os interessados foram: 4,4% (♀=7) 95,6% (♂=151) Conhecimentos específicos: ↓ (♀) ↑ (♂) Uro, Andro, Psiq, CG, Cardio, GO e CM. Atitudes: GO, Psiq, CG, Uro, Cardio e outras especialidades. Prática: Uro, Andro, Psiq, Cardio, CG, outras especialidades e GO. ↑ qualificação ↓ score. Anos de prática: ↑ 10 anos > conhecimento |
| Alencar, 2007 (Brasil) "Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às DST/AIDS com alunos de graduação em enfermagem" | 59 alunos da graduação de enfermagem | Pacientes em geral | 50% mostram conhecimentos de DST suficientes, mas não sabem transmiti-los aos pacientes. Referem faltar cursos de sexualidade na graduação. |
| Garcia, Fisher, 2008 (Canadá) "Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counseling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion" | 27 médicos residentes de GO, R1 a R4. | Pacientes ginecológicas | Metade não sabia que o uso do preservativo é incomum em relacionamentos estáveis. 44,4% não tinham conhecimento da repetição de aborto terapêutico. Esporadicamente, incluíam atendimento sobre a contracepção. Lacunas importantes sobre os temas de contracepção, prevenção de DST, disfunção sexual e a limitação da pesquisa é de que apenas 30% dos residentes responderam ao questionário. |
| Dogan et al., 2008 (Turquia) "Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey". | 87 médicos de diversas especialidades | Pacientes idosos | 69% dos profissionais têm conhecimento sexual limitado. + velhos com ↑ conhecimento, mas as atitudes são semelhantes. (♀) atitudes + negativas e ↓ conhecimento. Dispostos a discutir com os pacientes, desde que estes iniciem a conversa: 81%. |

| Autor, ano, país e nome do artigo | Participantes | Tipo populacional atendido | Resultados |
|---|--|--|--|
| Steinauer et al., 2009 (Estados Unidos, Canada) "First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health?" | 122 estudantes de medicina (coordenadores do programa Medical Students for Choice nas universidades pesquisadas) | Alunos de Medicina dos dois primeiros anos | Foram pesquisados 50 tópicos ligados a saúde sexual e reprodutiva, em categorias como gravidez, contracepção, infertilidade, aborto eletivo, aspectos sociais e éticos, e outros temas. Foram obtidos 77 questionários completos (63%), com os seguintes resultados: o ensino da fisiologia da gravidez, de DST-AIDS é uniforme entre todas as escolas; por outro lado, o estudo de métodos contraceptivos e procedimentos de aborto eletivo variaram muito segundo a região geográfica das escolas e também em relação aos tópicos discutidos. 33% dos respondentes apontaram não ter tido nenhuma formação sobre aborto eletivo. A conclusão recomenda a inclusão de métodos de planejamento familiar, incluindo procedimentos de aborto eletivo, nos <i>curriculum</i> das escolas médicas. |
| Kakar et al., 2011 (Australia, New Zealand) "Evaluation of sexual health medicine teaching at medical schools in Australia and New Zealand." | 42 especialistas em Medicina para Saúde Sexual (SHM – <i>Sexual Health Medicine</i>), incluindo alguns reitores das escolas | Alunos de Medicina | Foi encontrada uma grande variação no tempo dedicado aos diversos tópicos entre as escolas pesquisadas. O tempo total dedicado ao ensino de saúde sexual variou de 13.6 a 39.0 horas, com uma mediana de 31.1 horas. Falha na "Preparação para ensinar" foi considerada a maior deficiência na formação. Por outro lado, ao menos 70% dos tópicos chave de saúde sexual eram ensinados em todas as escolas. A conclusão geral foi a definição de um conjunto de orientações a nível nacional, a partir das quais cada escola de medicina possa detalhar seu <i>curriculum</i> . |
| Vieira et al., 2012 (Brasil) "Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients" e "Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?" | 154 residentes: 47 obstetras, 33 psiquiatras e 74 clínicos | Pacientes grávidas | A maioria não se sente confortável para lidar com questões relacionadas a dificuldades sexuais durante a gravidez. 22,7% não possuem segurança total para responder às questões sobre função sexual. 70% sem conhecimento específico suficiente 70 a 80% ou vem e procura transmitir orientações às pacientes. |
| Lamont, 2012 "Female sexual health consensus clinical guidelines" | Revisão de Literatura com o objetivo de criar um <i>guideline</i> para avaliar questões sexuais e saúde sexual em mulheres | Não se aplica | Desejo sexual pode ou não diminuir durante gravidez, dependendo: <ul style="list-style-type: none"> • do parceiro • da qualidade da relação • da saúde geral Tais fatores devem ser considerados na avaliação. Deve-se discutir a sexualidade desde o pré-natal e é aconselhável que o profissional esteja disponível para tal discussão, incluindo o parceiro, quando conveniente. Recomendam incluir na avaliação perguntas de triagem sobre bem-estar sexual. |
| Santiago et al., 2013. "Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art" | Revisão de literature sobre função sexual das grávidas | Não se aplica | A função sexual da mulher é um conjunto complexo de variáveis que envolvem estados físicos, emocionais e psicossociais. As alterações observadas não são suficientes para caracterizar o comportamento sexual durante a gravidez como patológico. É, portanto, necessário padronizar os grupos de estudo e os instrumentos para a avaliação da função sexual, determinar a presença de sofrimento concomitante com as mudanças na função sexual e avaliar a função sexual do parceiro e o impacto das mudanças na relação diádica antes e depois do período gestacional. |
| Shindel et al., 2013 "Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions." | Revisão de literatura sobre o estado da arte em educação sexual na América do Norte, na escola médica. | Não se aplica | Um currículo compreensivo e uniforme sobre sexualidade humana, na escola médica, pode aumentar substancialmente a capacidade dos médicos de prestar os melhores cuidados à saúde sexual de seus pacientes, independentemente de gênero, orientação sexual, e costumes/crenças sexuais individuais. |

| Autor, ano, país e nome do artigo | Participantes | Tipo populacional atendido | Resultados |
|---|---|----------------------------|--|
| <p>Tsai et al., 2013 (Taiwan) <i>"Assessing student nurses' learning needs for addressing patient's sexual health concerns in Taiwan."</i></p> | <p>140 estudantes de enfermagem (dos últimos anos)</p> | <p>Não se aplica</p> | <p>Foi desenvolvido um instrumento para avaliação das Necessidades de Aprendizado Médico para Atendimento às Questões de Saúde Sexual dos Pacientes. Os resultados mostraram que idade, gênero e religião não tiveram influência significativa sobre as respostas, e também apontaram o viés conservativo da cultura asiática em relação às questões sexuais. A conclusão foi da existência de <i>gaps</i> significativos em educação sexual nos currículos de enfermagem, o que pode ser resumido pela principal necessidade de formação reportada: "Obter uma história sexual completa do paciente".</p> |
| <p>Sidi et al., 2013 (Malásia) <i>"Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: a comparison study"</i></p> | <p>452 alunos da graduação médica</p> | <p>Pacientes em geral</p> | <p>O conhecimento dos alunos em relação à sexualidade foi classificado como satisfatório e não satisfatório. Mais da metade, 54,9% dos participantes tiveram escores gerais considerados satisfatórios. A porcentagem de alunos que tiveram escores considerados satisfatórios para temas específicos em sexualidade foi: 60,4% para fisiologia da reprodução; 64,8% para métodos contraceptivos; 69,2% para DSTs/HIV/AIDS e 86,8% para disfunções sexuais. A atitude dos alunos frente à sexualidade foi classificada como conservadora (negativa) e não conservadora. A maioria reportou atitudes conservadoras para: sexo antes do casamento; sexo oral; masturbação; homossexualidade e prática de aborto. A maioria referiu considerar sexo como: importante parte da vida; promotor de longevidade; fortalecedor do sistema imunológico. As mulheres, em relação aos homens, relataram mais desaprovação quanto a sexo antes do casamento, masturbação, aborto e sexo oral. Os alunos religiosos, em relação aos demais, referiram mais desaprovação quanto a sexo antes do casamento, masturbação e homossexualidade.</p> |
| <p>Rufino et al., 2014 (Brasil) <i>"Sexuality education in Brazilian medical schools"</i></p> | <p>207 professores de 110 escolas de medicina</p> | <p>Não se aplica</p> | <p>Quase todos (96,3%) os professores incluíram tópicos relacionados à sexualidade em suas aulas, principalmente nos 3º e 4º anos, com duração de 6 horas/aula por disciplina. Ginecologia foi a disciplina com mais tópicos sobre o tema (51,5%), seguida por urologia (18%) e psiquiatria (15%). Temas relacionados à sexualidade foram mais frequentes em aulas sobre DSTs/AIDS (62,4%) e sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutivo (55,4%). Aproximadamente 25% dos professores referiram ministrar aulas em cursos de sexualidade.</p> |
| <p>Vieira et al., 2015 <i>"Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country"</i></p> | <p>Um total de 197 residentes de Ginecologia e Obstetria responderam ao questionário on-line.</p> | <p>Não se aplica</p> | <p>Há pouca pesquisa sobre como os residentes de GO lidam com a sexualidade feminina no ciclo grávidico puerperal. A média de idade ($27,9 \pm 2,2$), sexo feminino (87%), solteira (79%) e graduada nos últimos 5 anos (91%). Afirmaram não ter recebido nenhum treinamento (63%) e relataram ter apenas 6 horas de treinamento sobre sexualidade na escola de medicina (28%). Não receberam nenhum treinamento formal sobre sexualidade durante sua residência (49%) e os que receberam tinham recebido ≤ 6 horas de treinamento (29%). Nunca ou raramente fizeram história sexual (56%). Afirmaram não se sentirem competentes ou confiantes para responder às perguntas das grávidas sobre sexualidade (51%). Atribuíram suas dificuldades em lidar com queixas sexuais à falta de conhecimento específico sobre o tema (84%).</p> |

4. Abordagem médica da função sexual da mulher no ciclo gravídico puerperal

A maioria das mulheres deseja discutir as mudanças na sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal (CGP) com seus médicos, mas nem sempre se sentem confortáveis em iniciar a discussão, permanecendo com a falta de conhecimento, os mitos e os preconceitos que podem reforçar as inadequações sexuais no período gestacional (Bartellas et al., 2000; Fok et al. 2005; Gökyildiz, Beji, 2005).

Os profissionais da saúde que atendem no pré-natal poderiam orientar e enfatizar as alterações características da resposta sexual durante o ciclo gravídico-puerperal, colaborando para que as dificuldades decorrentes dos sintomas de disfunções sexuais fossem minimizadas (Ribeiro et al., 2014).

A procura de ajuda normalmente só é solicitada nos consultórios quando já se esgotaram todas as medidas do arsenal de autoajuda. Mesmo assim, são queixas espontâneas e frequentes nos consultórios. São necessários interesse, acolhimento e perícia do médico, para que valha a pena expressar esse sofrimento. Por outro lado, o médico encontra uma grande barreira, já que, durante a graduação, ele teve formação em anatomia, fisiologia, aspectos clínicos de doenças sexualmente transmissíveis, processos de cópula e psicologia, mas nada ou quase nada sobre sexualidade. Ademais, observamos que a consulta de pré-natal é pressionada pelas inúmeras prevenções a serem feitas em curto espaço de tempo, em razão de uma elevada demanda de pacientes (Abdo, Oliveira, 2002; Leite et al., 2009).

Na atualidade, observa-se uma população diferente, num mundo globalizado, com questionamentos sobre qualidade de vida, em que uma das perguntas é sobre a vida sexual (WHOQOL, 1995; Ferreira et al., 2012). Apesar

disso, os médicos estão passando por cima do quesito sexo, como se este em nada alterasse as vidas dos pacientes. Nas suas anamneses, podem até perguntar se a paciente tem libido ou orgasmo, mas não sabem as respostas das perguntas pertinentes ao assunto. Os médicos que já se aperceberam dessa importância estão nos cursos de pós-graduação, em busca de conhecimento e suporte técnico (Pellegrini Junior, 2003). E, mesmo os estudantes e profissionais vivenciando a própria sexualidade, quando a conhecem e a exercem de forma consciente, podem encontrar maior satisfação em suas vidas pessoais e reconhecer um espaço interior receptivo à investigação das dificuldades do paciente (Abdo et al., 2004).

Para tratar efetivamente as dificuldades sexuais de seus pacientes, o médico necessita desenvolver sensibilidade, tato, habilidade para deixar o paciente à vontade, linguagem apropriada, atitudes não discriminatórias e domínio do assunto (Abdo et al., 2002; Abdo e Oliveira, 2002).

A consulta de pré-natal é uma excelente oportunidade para que o casal descubra novas formas de vivenciar a sexualidade, o que pode promover maior envolvimento emocional entre ambos, desde que tenham respaldo do obstetra. No geral, para a mulher, o carinho e as atividades sexuais sem a existência de coito também são importantes (Basson, 2000). Além disso, o coito não é uma medida adequada do desejo ou do prazer sexual para a mulher, visto que ela pode se sentir satisfeita sexualmente tão somente com atividades preliminares ou, ainda, pode realizar o intercurso sexual com o propósito de satisfazer seus parceiros (Basson, 2000; Trutnovsky et al., 2006; Leite, 2009). Há muito se fala sobre a importância da sexualidade humana nos currículos médicos, para que os futuros profissionais possam ouvir, compreender e refletir com os pacientes sobre suas dúvidas, sem tentar impor seus valores socioculturais (Solursh et al., 2003; Rosen et al., 2006).

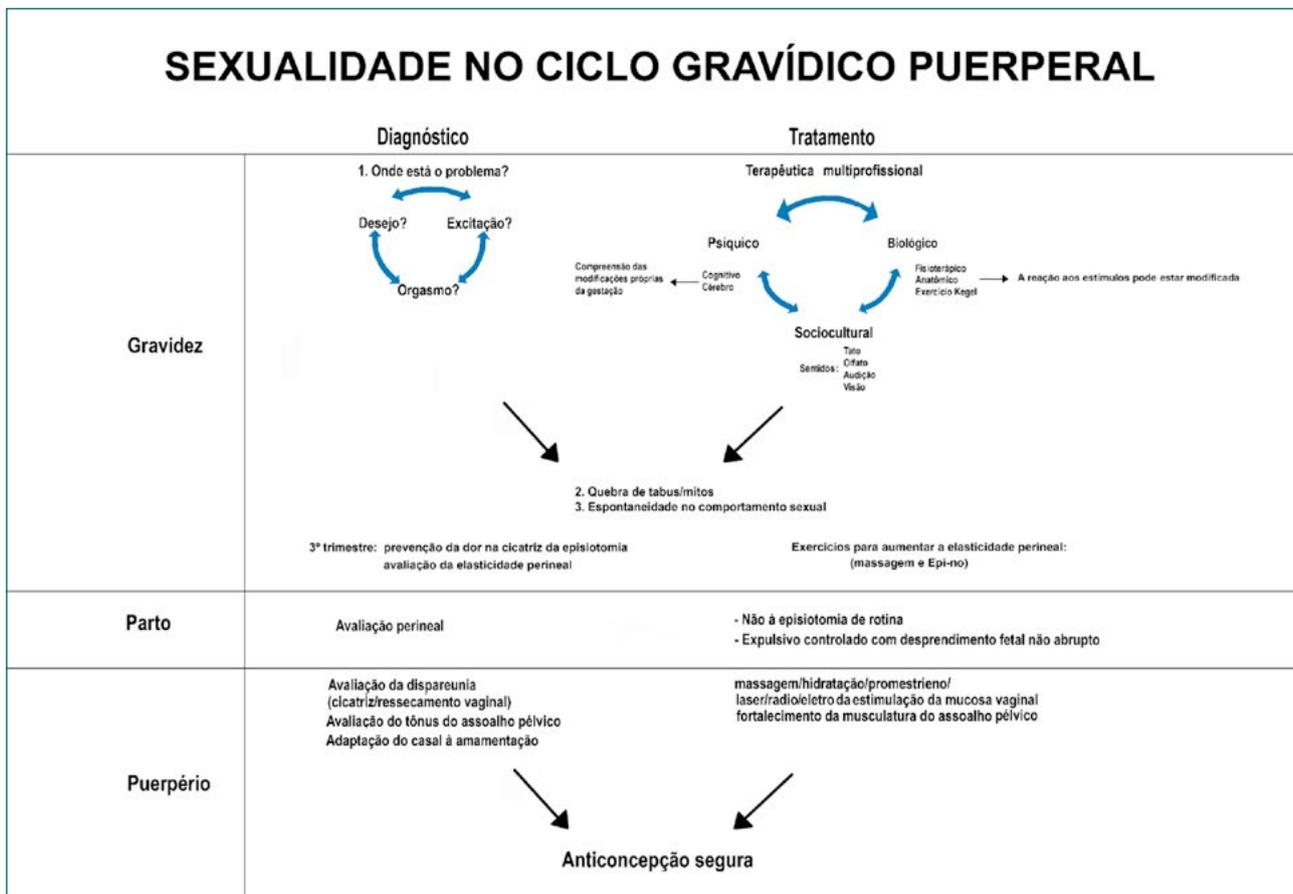


Figura 1: Fluxograma do diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais da mulher no ciclo gravídico puerperal

A abordagem da função sexual da mulher na prática obstétrica é de fundamental importância para melhorar a vida sexual da gestante sendo fundamental para minimizar possíveis sofrimentos e conflitos conjugais advindos de uma vivência sexual inadequada no período da gravidez e do puerpério. Mitos e preconceitos devem ser esclarecidos pelos pré-natalistas. O casal bem orientado tem uma maior aderência às recomendações médicas e a relação médico-paciente se fortalece, gerando naturalmente novas indicações.

Concluimos recomendando aos Ginecologistas e Obstetras que se apropriem do tema sexualidade e função sexual da mulher durante o período da gestação e do puerpério a fim de proporcionar a ela uma vida sexual prazerosa que poderá lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida e sobe.

5 Referências

- Abdo C, Moreira Junior E, Santos D, Wroclawski E, Fitipaldi J. Perceptions and attitude of Brazilian physicians about erectile dysfunction: Results of the "Evaluation Project". *Rev Bras Med* 2004;61:608-12.
- Abdo C, Oliveira Junior W. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Rev Bras Med*. 2002;59(3):179.
- Abdo CHN e Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clin*. 2006;33(3):162-7.
- Abdo CHN, Saadeh A, Gromatzky C, Baltieri DA, Goffi Junior FS, Ferreira, FJDTS, Leite Neto OF, Oliveira SRC, Chedid S, Ramadam ZBA. Sexualidade humana e seus transtornos. 2ª ed. atual. e amp. São Paulo: Lemos; 2000.
- Abdulmohsen MF, Abdulrahman IS, Al-Khadra AH, Bahnassy AA, Taha SA, Kamal BA, et al. Physicians' knowledge, attitude and practice towards erectile dysfunction in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2004 Jul-Sep;10(4-5):648-54.
- Alencar RA. Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/AIDS com alunos de graduação em enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica; 2007.
- Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2005 Mar-Apr;17(2):154-7.
- Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):82-4.
- Babichev VN. Neuroendocrine effect of sex hormones. *Usp Fiziol Nauk*. 2005;36(1):54-67.
- Bartellas E, Crane J, Daley M, Bennett K, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Brit J Obst Gynaecol*. 2000;107(8):964-8.

- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jan-Mar;26(1):51-65.
- Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol.* 2011;2011:856586.
- Benaglio G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. *Minerva Ginecol.* 2010 Aug;62(4):349-59.
- Bernardi F, Pluchino N, Stomati M, Pieri M, Genazzani AR. CNS: sex steroids and SERMs. *Ann N Y Acad Sci.* 2003; 997:378-88.
- Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009;110(7):427-31.
- Cabello-Santamaría F, del Río-Olivera FJ, Cabello-García MA. Sexual pain disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2015 Nov;28(6):412-7.
- Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Rocca; 2006, p. 302.
- De Giudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research.* May 2002;39(2):94-103.
- Dhandapani KM, Brann DW. The role of glutamate and nitric oxide in the reproductive neuroendocrine system. *Biochem Cell Biol.* 2000;78(3):165-79.
- Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr.* 2008 Oct;20(5):1019-27.
- Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana T, et al. [Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012 Sep;34(9):409-13.
- Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Oct;84(10):934-8.
- Francisco Mde F, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. [Sexuality and depression among pregnant women with recurrent spontaneous abortion]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014 Ap;36(4):152-6.
- Garcia M, Fisher WA. Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counselling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008 Jan;30(1):59-66.
- Genazzani AR, Lucchesi A, Stomati M, Catarsi S, Genazzani AD, Criscuolo M et al. Effects of sex steroid hormones on the neuroendocrine system. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1997;2(1):63-9.
- Giuliano F, Pfaus J, Srilatha B, Hedlund P, Hisasue S, Marson L, et al. Experimental models for the study of female and male sexual function. *J Sex Med.* 2010 Sep;7(9):2970-95.
- Gökyıldız S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005 May-Jun;31(3):201-15.
- Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med.* 2004 Jun;58(11):2093-103.
- Gregersen E. Práticas sexuais. In: A história da sexualidade humana. São Paulo: Roca; 1983: 323.
- Ito PS, Saffard RDVP, Oliveira TA, Souza E. Associação entre parto pré-termo com atividade física e sexual. *Femina.* 2002;30(4):227-30.
- Jannini EA, Fisher WA, Bitzer J, McMahon CG. Is sex just fun? How sexual activity improves health. *J Sex Med.* 2009 Oct;6(10):2640-8.
- Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011 May;8(5):1267-84.
- Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ.* 2011 Apr;183(7):815-8.
- Kakar SR, Sawleshwarkar S, Russell DB, Hillman RJ. Evaluation of sexual health medicine teaching at medical schools in Australia and New Zealand. *Sex Health.* 2011 Mar;8(1):86-9.
- Kaplan HS. Enciclopédia básica de educação sexual, incluindo as novas descobertas científicas sobre a função sexual. Rio de Janeiro: Record; 1983b:117-30.
- Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Coito para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus (Revisión Cochrane traducida)*, 2007:1-9.
- Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc.* 2007;82(1-2):65-90.
- Kisa S, Zeyneloglu S, Yilmaz D, Guner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(4):309-22.
- Lamont J, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012 Aug;34(8):769-83.
- Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009 Sept-Oct;55(5):563-8.
- Leite, APL. Atividade e função sexual de grávidas adolescentes e adultas nos trimestres gestacionais [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2008.
- Lopes G. Entendendo a mulher... além da paciente. Flavio Gikovate (editor). São Paulo: Lemos; 1999:43-55.
- Lopes G. Sexualidade humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993, p. 324-33.
- Madi MCC. O binômio sexualidade e parto: repercussões mútuas ver mestrado na pasta [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.
- Masters WH, Johnson VE. A conduta sexual humana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979, p. 161-90.
- Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2003;102(6):1319-25.
- Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health* 2010 Sep;55(5):438-46.
- Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Sep;78(3):249-50.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 1):136-42.
- Pellegrini Junior O. A sexualidade na gestação. *Femina.* 2003 Jan-Fev;31(1):79-83.
- Petricelli CD, Resende AP, Elito Júnior J, Araujo Júnior E, Alexandre SM, Zanetti MR, Nakamura MU. Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. *Biomed Res Int.* 2014;2014:437867.
- Premkumar G. Perineal trauma: reducing associated postnatal maternal morbidity. *RCM Midwives.* 2005 Jan;8(1):30-2. Review.
- Qian R, Chen Z, Tang L and Zhang W. "Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing." *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;132(2):200-205.
- Reamy KJ, White SE. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav.* 1987 Apr;16(2):165-86.
- Reis JRT. Cenas familiares; psicodrama e ideologia. São Paulo: Ágora, 1992, p. 129.
- Rhodes ME, Rubin RT. Functional sex differences ("sexual diergism") of central nervous system cholinergic systems, vasopressin, and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in mammals: a selective review. *Brain Res Brain Res Rev.* 1999;30(2):135-52.
- Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Mancini PE, Forte BM, et al. Maternal overweight and sexual function in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Jan;95(1):45-51.
- Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Scomarini FB, Mattar R. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus – a cross-sectional study. *PLoS One.* 2014 Apr;9(4):e95094.
- Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, do Amaral MLS, Puga MES, et al. Treatments of Female Sexual Dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev.* 2014;2(1):1-9.
- Rodrigues Junior O, Costa M. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana-II: a abordagem da sexualidade da paciente. *Reprodução.* 1987;3:235-9.

- Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. *J Sex Med.* 2006 Jan;3(1):37-46.
- Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Canadian Family Physician-Le Médecin de famille canadien.* 2005;51:1366-67.
- Rufino AC, Madeiro A, Girão MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med.* 2014 May;11(5):1110-7.
- Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2010;36:124-36.
- Santana T. Sexualidade no ciclo grávidico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J NM, Santana M, Mattar R, editors. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Manole; 2007. p. 132-8.
- Santana TGM. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar.* Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura MU, Santana RM, Mattar R. *Sexualidade no Ciclo Grávidico Puerperal.* São Paulo: Manole, 2007, p. 32-6.
- Santana TGM. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. Coordenador geral: Issler Hugo. Coordenadores associados: Robledo Hamilton, Teruya Keiko M, Bueno Lais G dos Santos, Gouvêa Lélia Cardamine, Mattar Maria José G, Santos Rosângela G. dos, Calil Valdenise MI Tuma, Quintal Virginia Spinola. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 267-72.
- Santiago LRS, Lara LAS, Romão APMS, Tiezzi MFBM, Silva ACJSR. Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art. *International Journal of Clinical Medicine.* 2013;4(5):257-64.
- Seixas AMR. *Sexualidade feminina.* São Paulo: SENAC; 1998:187-210.
- Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. *J Sex Med.* 2013 Jan;10(1):3-17; quiz 8.
- Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet.* 200 Mar9;279(3):353-6.
- Sidi H, Loh SF, Mahadevan R, Puteh SE, Musa R, Wong CY, et al. Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: a comparison study. *Asia Pac Psychiatry.* 2013 Apr;5 Suppl 1:103-9.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet and Gynecol.* 2001;184(5):881-90.
- Solberg DA, Butler BA, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N Engl J Med.* 1973;288:1098-1103.
- Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res.* 2003 Oct;15 Suppl 5:S41-5.
- Stahl SM. The psychopharmacology of sex part 1: neurotransmitters and the 3 phases of the human sexual response. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(2):80-1.
- Steinauer J, LaRochelle F, Rowh M, Backus L, Sandahl Y, Foster A. First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? *Contraception.* 2009 Jul;80(1):74-80.
- Stomati M, Genazzani AD, Petraglia F, Genazzani AR. Contraception as prevention and therapy: sex steroids and the brain. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1998;3(1):21-8.
- Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999:247-54.
- The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. *Quality of Life Assessment. Psychol Med.* 1998 May;28(3):551-8.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.
- Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006 Aug;46(4):282-7.
- Tsai LY, Huang CY, Liao WC, Tseng TH, Lai TJ. Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse Educ Today.* 2013;33(2):152-9.
- Van Lunsen RH, Laan E. Sex, hormones and the brain. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1997;2(4):247-51.
- Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Leite AP, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *J Sex Med.* 2012a Oct;9(10):2516-24.
- Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. *J Sex Med.* 2015 May;12(5):1154-7.
- Vieira TC, de Souza E, Nakamura MU, Mattar R. [Sexuality in pregnancy: are Brazilian physicians prepared to conduct these questions?]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012b Nov;34(11):485-7. Portuguese.
- Viggiano MGC. *Sexualidade e Gravidez.* In: Sexologia I, eds. Cavalcanti RC, Vitiello N, São Paulo: Fundo Editorial FEBRASGO, 1984, p. 107-18.
- Vitiello N. O exercício da sexualidade na gestação. *JSOGESP.* 1999;8:45-7.
- Vitiello N. *Reprodução e Sexualidade. Um manual para educadores.* São Paulo: CICH-Centro Ensino Investigação em Comportamento Humano; 1994, p. 236.
- Von Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research.* Jun 1999;47(1) 27-49.
- Wagner G. Sexual medicine in the medical curriculum. *Int J Androl.* 2005;28 Suppl 2:7-8.
- WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine.* 1995;41(10):1403-9.
- Wylie K, Rees M, Hackett G, Anderson R, Bouloux PM, Cust M, et al. Androgens, health and sexuality in women and men. *Maturitas.* 2010 Nov;67(3):275-89.
- Zanetti MR, Petricelli CD, Alexandre SM, Paschoal A, Araujo Júnior E, Nakamura MU. Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. *São Paulo Med J.* 2016 Apr;134(2):97-102.

Capítulo 10

Cuidados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais

Health care for lesbian and bisexual women

Andréa Rufino
Alberto Madeiro

Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Métodos**
- 3. Especificidades na assistência à saúde**
 - 3.1. Saúde mental
 - 3.2. Violência
 - 3.3. Infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e hepatites virais
 - 3.4. Neoplasias malignas
 - 3.5 Saúde reprodutiva
- 4. Assistência à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**
- 5. Considerações finais**

Highlights

- A heterossexualidade atua como um regime normativo que associa compulsoriamente os corpos com anatomia feminina a performances de gênero femininas e a uma prática sexual hétero.
- A heteronormatividade é apontada como o aspecto central nos obstáculos para o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde e durante a assistência pelos profissionais de saúde.
- A orientação sexual e a identidade de gênero são marcadores de vulnerabilidade para o adoecimento.
- As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam piores indicadores de saúde física e mental quando comparadas às mulheres heterossexuais.
- Os eventos de discriminação, a hostilidade social e o estigma internalizado são responsáveis por maiores riscos de adoecimento mental nestas mulheres.
- O estupro como medida corretiva da sexualidade não hétero é uma manifestação da violência de gênero.
- Medidas protetivas devem ser aplicadas às mulheres lésbicas e bissexuais vítimas de estupro corretivo, bem como os cuidados preconizados pela Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – Ministério da Saúde.

- As mulheres lésbicas e bissexuais são suscetíveis a adquirir IST, HIV e hepatites virais. Os comportamentos de risco e as práticas sexuais desprotegidas vulnerabilizam esta população de mulheres.
- Os fatores de risco associados ao câncer de mama, endométrio, ovários e colo de útero são prevalentes em mulheres lésbicas e bissexuais. O menor acesso aos serviços de saúde e realização menos frequente de exames preventivos pode influenciar negativamente na prevenção primária e no diagnóstico precoce dessas neoplasias.
- A gravidez pode ser um evento desejável por mulheres não heterossexuais. As técnicas de reprodução assistida como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* estão disponíveis às mulheres, independente do diagnóstico de infertilidade.
- A barreira cultural da heteronormatividade durante a assistência à saúde pode promover discriminação, preconceito e reforçar o estigma relacionado a essa população de mulheres.
- O conhecimento dos(as) ginecologistas e obstetras a respeito das práticas e trajetórias sexuais das mulheres deve ser uma questão essencial na assistência à saúde.

Cuidados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais

Health care for lesbian and bisexual women

Andréa Rufino¹
Alberto Madeiro²

Resumo

A lesbianidade e a bissexualidade estão na pauta mundial dos estudos sobre a saúde feminina. Há uma robustez de dados atuais sobre diversas vulnerabilidades para o adoecimento determinadas pela orientação sexual e identidade de gênero. Pela possibilidade de incoerência entre as práticas e as identidades sexuais, algumas mulheres que se autoidentificam como heterossexuais – mas têm práticas sexuais exclusivas com mulher ou com mulher e homem – podem ser invisibilizadas durante a assistência à saúde. Essas mulheres podem apresentar vulnerabilidades não identificadas para o adoecimento e, conseqüentemente, ter sua saúde comprometida. Nesse sentido, o conhecimento a respeito das práticas sexuais com homem, com mulher ou com mulher e homem deve ser um aspecto central na assistência. Os (as) ginecologistas e obstetras frequentemente não perguntam sobre as práticas sexuais e mostram dificuldades para lidar com as respostas. A heteronormatividade que domina o cenário da assistência aliada à falta de treinamento durante a formação profissional motivam a ausência de perguntas. A suposição de que as mulheres são compulsoriamente heterossexuais favorece a realização de exames ginecológicos com espéculos vaginais de tamanhos inadequados. Diante da informação sobre a prática sexual com mulher, são frequentes a ausência de coleta de citologia para prevenção do câncer do colo uterino e para o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatites virais e HIV. O objetivo deste capítulo é fornecer conhecimento atualizado e baseado em evidências sobre as especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, além de orientações sobre os cuidados relacionados à saúde desta parcela da população feminina.

Palavras chaves

Sexualidade;
homossexualidade
feminina; saúde sexual;
bissexualidade

1. Introdução

A sexualidade é reconhecida como resultado da influência de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Sob o marco sociocultural, a heterossexualidade atua como um regime normativo que enxerça os corpos em identidades de gênero fixas e reduzidas ao binário feminino e masculino.^{1,2} Pela norma social da heterossexualidade,

¹ Médica Ginecologista e Obstetra especialista em Sexologia Clínica, doutora em Ciências pela UNIFESP, membro da Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO, coordenadora do Núcleo Corpo e Sexualidades – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade – Universidade Estadual do Piauí.

² Médico Ginecologista e Obstetra, doutor em Ciências pela UNIFESP, pesquisador do Núcleo Corpo e Sexualidades – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sexualidade – Universidade Estadual do Piauí.

também deve haver coerência entre os corpos, os gêneros, os desejos e as práticas sexuais.³ Neste sentido, os corpos femininos devem expressar desejos e praticar sexo com corpos inscritos socialmente como masculinos.^{2,3} No entanto, as mulheres não constituem um grupo homogêneo de pessoas. Há uma pluralidade de performances de gênero e de orientação sexual que as mulheres podem expressar e que se distanciam do modelo heteronormativo.

A orientação sexual, classicamente definida na dimensão do desejo e/ou a prática sexual,⁴ foi evidenciada na Escala Heterossexual-Homossexual de Kinsey como um contínuo entre a heterossexualidade e a homossexualidade exclusivas, o que evidencia a diversidade do comportamento sexual humano.⁵ Com relação à saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero são marcadores reconhecidos de vulnerabilidade no processo saúde-doença, sendo incluídos como determinantes sociais da saúde.⁶

Na investigação sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, há uma robustez de dados atuais sobre diversas vulnerabilidades para o adoecimento determinada pela orientação sexual e pela identidade de gênero.⁷⁻¹¹ Pela possibilidade de incoerência entre as práticas sexuais e as identidades sexuais autorreferidas, algumas mulheres que se autoidentificam como heterossexuais – mas têm práticas sexuais exclusivas com mulher ou com mulher e homem – podem ser in-

visibilizadas durante a assistência à saúde. Essas mulheres podem apresentar vulnerabilidades não identificadas para o adoecimento e, conseqüentemente, ter sua saúde comprometida.¹²⁻¹⁴

2. Métodos

Este capítulo consiste em uma revisão da literatura com a finalidade de ofertar conhecimentos baseados em evidência sobre as especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. A busca de artigos foi estabelecida em 5 eixos, a saber: 1. saúde mental; 2. saúde sexual e reprodutiva; 3. violência; 4. IST, HIV e hepatites virais; 5. neoplasias malignas ginecológicas e câncer de mama. As bases de dados utilizadas para a busca dos artigos foram Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs. A pesquisa também incluiu livros e documentos oficiais. Os artigos foram selecionados a partir de critérios de inclusão previamente estabelecidos: 1. artigos publicados de 1980 até 2016; 2. artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados e classificados na Categoria A e B de qualidade da evidência científica pelo Manual Cochrane; 3. artigos resultantes de estudos caso-controle, metanálises, e revisões sistemáticas que evidenciaram pelo menos um dos desfechos em mulheres lésbicas e bissexuais como saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, violência, IST, HIV, hepatites virais, câncer de mama, endométrio e ovários, infecção pelo HPV, lesões precursoras e/ou câncer do colo uterino.

Quadro 1

Definições sobre gênero, identidade de gênero, performance de gênero e orientação sexual

| |
|---|
| Gênero |
| Dispositivo cultural que oferece significado aos corpos a partir de sua anatomia, atribuindo papéis e funções sociais para mulheres e homens. Estabelece o significado social do que é ser feminino e ser masculino. |
| Identidade de gênero |
| “Percepção individual que cada pessoa tem do seu gênero podendo ou não corresponder ao sexo que foi designado ao nascimento. Inclui o senso pessoal do corpo que pode envolver modificação da aparência ou função corporal e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos”. (Ver: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf). |
| Performance de gênero |
| Atos ou maneiras de expressão corporal atreladas ao que se designa chamar de gênero feminino e de gênero masculino. |
| Orientação sexual |
| Desejo sexual orientado ou dirigido a alguém do sexo oposto (heterossexualidade), do mesmo sexo (homossexualidade) ou de ambos os sexos (bissexualidade). |

3. Especificidades na assistência à saúde

As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam os piores indicadores de saúde física e mental, além de especificidades com relação à saúde diferentes das mulheres heterossexuais.¹⁵⁻²⁶ Foi constatada uma menor procura por assistência à saúde e menor probabilidade de realizar exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino e mamas em comparação com as mulheres heterossexuais.^{11,12,15,23,24} O exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino foi mais realizado por mulheres bissexuais do que por mulheres lésbicas.^{11,25,26} O sedentarismo, a obesidade, o tabagismo e o hábito de beber excessivamente se mostraram mais prevalentes nas mulheres lésbicas e, especialmente, nas bissexuais em relação às heterossexuais.^{18,23} Uma em cada 4 mulheres trans se sente discriminada nas instituições de saúde e um terço delas deixa de procurar assistência médica devido a discriminação,²⁷ o que contribui para piorar os indicadores de saúde nesta população. Mulheres transexuais têm 34 vezes mais risco de serem infectadas pelo HIV e menos de 15% delas sabe da existência de profilaxia pré-exposição.²⁸ Metade das mulheres trans faz uso de terapia hormonal sem prescrição médica.²⁹ Diante dessas evidências, a orientação sexual e a identidade de gênero devem ser consideradas na prática profissional como capazes de vulnerabilizar para o adoecimento mental e físico.

3.1 Saúde mental

As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maior morbidade relacionada à saúde mental em comparação com a população heterossexual.^{15,17} Eventos de discriminação tendem a ser mais prevalentes nesta população do que em pessoas heterossexuais²¹ e, especialmente, nas mulheres lésbicas e bissexuais de etnia negra.²² Eventos de discriminação podem atuar como estresso-

res crônicos e causar impacto na saúde mental a longo prazo,²¹ estando associados a maior risco de doenças por abuso de substâncias.²² O estigma internalizado e a hostilidade social são provavelmente responsáveis por maiores riscos de adoecimento mental neste grupo populacional, principalmente pela associação de vários tipos de discriminação por orientação sexual, raça/etnia e gênero.^{22,30,31} Por sua vez, as experiências anteriores de discriminação e preconceito podem funcionar como um gatilho para o medo de procurar assistência à saúde, ocasionando diagnósticos e tratamentos tardios de doenças evitáveis.^{8,12,15,32}

Há, portanto, maiores riscos de adoecimento mental^{15,17,30} e duas vezes mais tentativas de suicídio na população de lésbicas, gays e bissexuais em comparação com heterossexuais.^{15,17} Os eventos de depressão, ansiedade, uso excessivo de álcool, drogas recreativas e de serviços de saúde mental foram mais prevalentes nas mulheres lésbicas e bissexuais.^{30,31} O risco de depressão em mulheres lésbicas e bissexuais idosas foi fortemente associado aos obstáculos para acessar os serviços de saúde, às experiências de violência, ao estigma internalizado, ao tabagismo, à obesidade e ao sedentarismo.¹⁸ Esses dados destacam a intersecção de vulnerabilidades associadas à orientação sexual, como idade e raça/etnia.

As mulheres bissexuais apresentam vulnerabilidades particulares com relação à saúde física e mental.^{9,18,32,33} Há dados que confirmam maior prevalência de ansiedade e transtorno de humor em mulheres bissexuais comparada às mulheres lésbicas e heterossexuais. A heterossexualidade impõe a orientação hétero como superior e legítima socialmente em relação à homossexualidade e à bissexualidade. Neste contexto, as pessoas bissexuais geralmente sofrem dupla discriminação por negar a sexualidade dirigida a um único gênero (monossexismo) e, também, à heterossexualidade.³³

3.2. Violência

A violência de gênero constitui qualquer ato de violência que cause sofrimento, danos mentais ou sexuais às mulheres por meio de ameaça, coerção ou privação de liberdade em âmbito privado, familiar ou público.³⁴ O sexismo sustenta a desigualdade de gênero pela manutenção de relações hierárquicas e desiguais de poder entre homens e mulheres. A heteronormatividade reforça o sexismo ao hierarquizar as sexualidades e garantir a superioridade heterossexual. Assim, as mulheres lésbicas e bissexuais são duplamente vulneráveis a sofrer violência de gênero, por serem mulheres e por negarem a heterossexualidade.³⁵ Muitas mulheres lésbicas e bissexuais são submetidas ao estupro como medida corretiva da sexualidade não hétero,¹¹ representando uma violência de gênero.

Os eventos de violência sexual vivenciados por mulheres lésbicas e bissexuais agravam as repercussões das experiências anteriores de discriminação e preconceito. Durante a assistência no contexto da violência sexual, esse histórico deve ser considerado para a acolhida humanizada a elas. As recomendações para a anticoncepção de emergência e para a interrupção de gravidez decorrente da violência não devem diferir daquelas ofertadas às mulheres heterossexuais. O atendimento não deve ser atrelado à necessidade do registro de boletim de ocorrência.³⁶

Segundo os dados do Relatório sobre violência homofóbica no Brasil – 2012, as mulheres lésbicas representaram cerca de 38% das vítimas, cujos eventos de violência ocorreram majoritariamente no ambiente doméstico.³⁷ A Lei Maria da Penha é um instrumento legal que protege as mulheres brasileiras da violência baseada em gênero, independente da sua orientação sexual.³⁸ O reconhecimento dos eventos de violência de gênero nesse recorte de mulheres permite aos profissionais de saúde acolhê-las e orientá-las quanto à aplicabilidade da lei, em situações

de atendimento à mulher lésbica e bissexual vítima de violência. É importante que elas possam ser orientadas sobre os canais disponíveis para seu acolhimento e proteção pelo Estado.

A central de atendimento do Disque 180 é um serviço que oferece acolhida e orientação para os encaminhamentos à rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Os(as) profissionais podem encaminhá-las às delegacias especializadas no atendimento à mulher (DEAM) para a garantia de aplicação das medidas protetivas. Por fim, diante da suspeita ou confirmação de um evento de violência doméstica, os(as) profissionais devem notificar compulsoriamente o agravo, de forma a alimentar os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.³⁹

3.3. Infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e hepatites virais

A suscetibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais para adquirir IST, HIV e hepatites virais está bem estabelecida na literatura, estando relacionada aos comportamentos de risco e às práticas sexuais desprotegidas.^{9,40-44} Em recente publicação, a transmissão do HIV na prática sexual exclusiva entre mulheres foi comprovada.⁴⁰ As práticas que expõem as mulheres a essas possibilidades, independente da identidade sexual autoreferida, são o contato com pele na presença de lesão nos genitais; contato com mucosa (oral-vaginal, oral-anal, vaginal-vaginal), com fluidos vaginais, com sangue menstrual e o compartilhamento de dildo (objeto em formato de pênis), brinquedos ou objetos sexuais sem o uso de métodos de barreira.⁴⁰⁻⁴⁴

As práticas sexuais desprotegidas e associadas com o maior número de parcerias, o trabalho como profissional do sexo, o uso de drogas injetáveis, a prática sexual com homens bissexuais, gays, usuários de drogas e HIV positivos foram

ênfaticamente como comportamentos de risco para IST, HIV e hepatites virais.^{9,41,42} Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – 2015, as IST acometem especialmente profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas jovens e aquelas sem acesso aos serviços de saúde. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde vivenciadas pelas mulheres lésbicas e bissexuais podem vulnerabilizá-las com relação às IST.⁴⁵

As IST estão relacionadas a um maior risco para adquirir a infecção pelo HIV⁴⁶, bem como o uso de drogas injetáveis aumenta o risco para a aquisição de hepatites B, C e HIV.⁴⁷ Em diversos estudos, a prevalência de hepatite B e C em mulheres lésbicas e bissexuais esteve associada ao uso de drogas injetáveis e menos frequentemente à prática sexual com mulher.^{48,49} Neste contexto, as mulheres lésbicas e bissexuais de qualquer idade devem ser encaminhadas à vacinação para hepatite B em 3 doses. A vacina é também segura e eficaz contra hepatite Delta.

Embora a prática sexual exclusiva entre mulheres possa permitir a transmissão das diversas IST, HIV e hepatites virais, destaca-se que a prática sexual com homem é responsável pelas maiores prevalências de infecções por *Chlamydia*, *Trichomonas*, herpes genital, sífilis, gonorreia, além do risco elevado para desenvolvimento de doença inflamatória pélvica e suas complicações como gravidez ectópica e infertilidade.^{9,41-43} Apesar da vaginose bacteriana e da candidíase vaginal não serem consideradas como IST, são as infecções do trato reprodutivo mais prevalentes em mulheres com prática sexual com mulher.^{41-43,49} A transferência de fluidos vaginais nas diversas práticas sexuais entre mulheres, com parcerias múltiplas e práticas heterossexuais podem aumentar o risco para aquisição dessas infecções.⁵⁰ Assim, deve-se proceder ao manejo integral das IST nessa população, combinan-

do, quando disponível, a triagem, o laboratório complementar e o tratamento das IST assintomáticas, além do uso dos fluxogramas nas IST sintomáticas, presentes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – 2015.⁴⁵

É importante enfatizar que as mulheres lésbicas e bissexuais constituem um grupo heterogêneo em relação às práticas e trajetórias sexuais. No entanto, algumas pesquisas destacam que as mulheres que têm prática sexual com mulher e homem demonstraram mais comportamentos de risco que as mulheres que informaram prática sexual exclusiva com mulher ou exclusiva com homem.^{9,41} No entanto, o uso de métodos de barreira nas práticas sexuais entre mulheres se mostrou pouco frequente em recente levantamento mundial.⁵⁰ Cerca de 63% das mulheres que fazem sexo com mulher não usam métodos de barreira nos brinquedos sexuais e 88% também não os utilizam para a prática de sexo oral e penetração digital.⁵⁰ Há situações especiais em que a negociação para o uso de métodos de barreira pode ser dificultada, como na faixa etária jovem e idosa, durante a utilização de álcool e drogas ou nos relacionamentos construídos em relações desiguais de poder.⁵¹

Não há dados na literatura sobre a prevalência e a eficácia do uso do preservativo feminino nas práticas sexuais entre as mulheres. Há evidências de que as mulheres que fazem sexo com mulheres frequentemente desconhecem os preservativos femininos, não sabem como utilizá-los, nem onde possam adquiri-los.⁵² A falta de informação e métodos de barreira pouco atraentes para a prática sexual entre mulheres podem influenciar na baixa aderência ao uso. A disponibilidade de métodos de barreira para uso pelas mulheres é uma importante ferramenta de empoderamento delas na prevenção das IST, HIV e hepatites virais. O uso dos preserva-

tivos femininos nas práticas heterossexuais é reconhecidamente efetivo, mas há necessidade de melhorar a aderência ao uso, além de otimizar sua divulgação, para tornar esse método mais atraente para as mulheres.⁵³⁻⁵⁵

Assim, todos esses fatores de vulnerabilidade e as estratégias de prevenção devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na assistência.⁵⁴ É fundamental recomendar a utilização de métodos de barreira para compartilhar os dildos, brinquedos e objetos sexuais. Essas orientações preventivas devem ser redobradas nas práticas sexuais durante o período menstrual e quando houver uma parceria soropositiva para o HIV. A testagem para o diagnóstico da infecção pelo HIV e hepatites B e C deve ser ofertada no atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais, de acordo as vulnerabilidades identificadas.⁵⁷ Os riscos de reinfecção pelo HIV e de aquisição de IST devem ser abordados na oferta dos métodos de barreira para mulheres vivendo com o HIV/aids.^{56,58} A abordagem sindrômica das IST deve ser realizada em tempo hábil para evitar complicações como infertilidade, aborto, partos prematuros e câncer.⁵⁹

Na perspectiva das IST, HIV e hepatites virais, diversos marcadores de vulnerabilidade se cruzam durante a assistência. A dificuldade dos(as) profissionais de saúde em abordar as mulheres sobre práticas, identidades e trajetórias sexuais constitui um obstáculo inicial. Outros temas também se mostram poucos abordados como o uso de drogas e experiências de violência, especialmente com as mulheres acima de 50 anos. A crença compartilhada entre os(as) profissionais de saúde e as mulheres lésbicas de que elas são pouco suscetíveis a essas infecções é um complicador para enviesar o cuidado em saúde. As experiências de discriminação por gênero, raça/etnia, orientação sexual e soropositividade para o HIV na assistência intensifica o ciclo de vulnerabilidades.

3.4. Neoplasias malignas

Segundo as estimativas do Instituto Nacional de Câncer para o ano de 2016, as neoplasias malignas mais incidentes nas mulheres brasileiras são, por ordem de frequência, o câncer de mama, de colón e reto, de colo uterino, de pulmão, do corpo do útero e ovário. Esses dados são considerados após a exclusão da incidência do câncer de pele não melanoma.⁶⁰ Em geral, para a prevenção primária de todas essas neoplasias, recomenda-se a prática regular de atividade física e a manutenção do peso corporal, aliada a uma alimentação saudável. O consumo de álcool e o tabagismo são fatores de risco que devem ser evitados.⁶⁰

Evidências indicam que a prevalência de fatores de risco associados ao câncer de mama, endométrio e ovários se mostrou elevada em mulheres lésbicas e bissexuais. Há prevalência aumentada de obesidade, tabagismo e uso excessivo de álcool nestas mulheres.¹⁵⁻¹⁸ O uso de anticoncepcionais orais, fator de proteção contra câncer de ovário e endométrio, se mostra excessivamente menor que na população geral, assim como a paridade. Há menor cobertura de realização de mamografia e exame ginecológico entre mulheres lésbicas e bissexuais, o que foi relacionado a experiências negativas nos serviços de saúde.²³ Recente revisão sistemática destacou que este grupo de mulheres têm risco três vezes maior de morrer por câncer de mama que as mulheres heterossexuais, sugerindo que a orientação sexual deve ser inserida nos levantamentos sobre câncer.⁶¹ A associação desses fatores de risco com menor acesso aos serviços de saúde e realização menos frequente de exames preventivos pode influenciar negativamente na prevenção primária e no diagnóstico precoce dessas neoplasias.^{20,23}

O principal fator de risco para o câncer do colo uterino é a infecção persistente pelo papilomavirus humano (HPV), sendo o tabagismo um

importante cofator para o desenvolvimento dessa neoplasia.⁶⁰ Há evidências consistentes da suscetibilidade à infecção pelo HPV, de lesões precursoras e de câncer do colo uterino em mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulher semelhantes aos exibidos por mulheres heterossexuais,²⁶ mesmo em práticas sexuais não penetrativas.^{23,25,26} As práticas sexuais com contato oral-vaginal, oral-anal, penetração vaginal e anal com dedos e brinquedos sexuais compartilhados foram referidos por mulheres lésbicas e bissexuais.^{26,62} Todas essas modalidades de práticas sexuais permitem a transmissão do HPV, sendo indicada a coleta do exame citopatológico do colo uterino.^{25,26,62} Além disso, a identidade lésbica não está associada necessariamente a práticas sexuais exclusivas com mulher. Em diversos países, a prática sexual com homem foi relatada por 80% das mulheres lésbicas, em algum momento de suas trajetórias sexuais.^{23,25,26}

Esse grupo de mulheres também pode ser vulnerável ao câncer do colo uterino pela crença delas e dos profissionais de saúde na impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres.^{23,25,26} Assim, a coleta do exame citopatológico do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a elas, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce.²⁶ A coleta do exame citopatológico do câncer do colo uterino deve ser realizado com espéculos de tamanhos adequados à prática sexual autoperferida pela mulher, mesmo na ausência do relato de práticas sexuais não penetrativas com brinquedos ou pênis. A vacinação contra o HPV deve ser recomendada para todas as mulheres, independente das práticas e identidades sexuais referidas por elas.

3.5. Saúde Reprodutiva

O acesso ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias reprodutivas, ao aborto

legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério deve ser disponibilizado às mulheres lésbicas e bissexuais.^{63,64} Pelo viés da invisibilidade, elas podem receber orientações para o uso de métodos contraceptivos, em um momento em que elas não necessitam utilizá-los. Em outras situações, pode haver a suposição pelos(as) ginecologistas de que elas não necessitam de planejamento da vida sexual e reprodutiva, o que as privaria da oferta e uso desses métodos. O conhecimento a respeito da trajetória sexual das mulheres lésbicas e bissexuais pode favorecer uma assistência individualizada para as necessidades de saúde de cada uma delas.¹¹

Pela ótica da heteronormatividade, as mulheres lésbicas e bissexuais podem ser visibilizadas sem o desejo ou o direito à maternidade. Mas a gravidez, além de ser um direito, pode ser um evento desejável e planejado por elas, bem como pelas mulheres vivendo com o HIV/aids. As técnicas de reprodução assistida como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* estão disponíveis às mulheres, independente do diagnóstico de infertilidade. As condutas éticas para a utilização das práticas de reprodução assistida foram normatizadas pelo Conselho Federal de Medicina em 2013, incluindo as orientações para doação de gametas e a gestação de substituição para casais homossexuais.⁶⁵

4. Assistência à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais

O cenário mundial da assistência à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais é marcado por dificuldades de diversos profissionais para abordá-las a respeito de práticas, trajetórias e identidades sexuais. Os(as) ginecologistas com frequência não demonstram sensibilidade para perguntar sobre práticas e identidades sexuais ou, ainda, para entender a relutância delas em revelar sua

Tabela 1

Sugestões para mudar o cenário de assistência às mulheres lésbicas e bissexuais.

| Orientações | Sugestões |
|--|--|
| Os(as) ginecologistas devem perguntar sem aguardar que as mulheres falem espontaneamente sobre suas práticas, trajetórias e identidade sexual. Algumas perguntas facilitam a revelação das mulheres e, ainda, sinalizam a disponibilidade em ouvi-las e orientá-las em suas necessidades de saúde. | Perguntar sobre a existência de parceria, em substituição a perguntar se as mulheres são casadas. - Você vive com <i>alguém</i> ? - Você tem <i>namorado</i> ou <i>namorada</i> ? - Qual o <i>nome</i> da sua parceria? |
| A pergunta a respeito da prática sexual com mulher, com homem ou com mulher e homem é a mais importante para identificar as vulnerabilidades ao adoecimento, escolher o espéculo vaginal adequado e orientar o uso de preservativo. As perguntas podem ser justificadas para a melhor assistência. | - Você faz sexo homem, com mulher ou com mulher e homem? - Na sua prática sexual com mulher, há penetração vaginal e/ou anal? - Há uso de dedos ou brinquedos sexuais para prática penetrativa vaginal e/ou anal? |
| Investigar a prática sexual no contexto da trajetória de vida, pela possibilidade de fluidez das práticas sexuais e, ainda, a incoerência entre as práticas e as identidades sexuais. | - Você pode me falar sobre sua história sexual? - A sua iniciação sexual ocorreu com mulher ou homem? |
| Perguntar se a mulher necessita de orientações sobre métodos contraceptivos pela frequente fluidez das práticas sexuais. | - Você necessita de informação sobre método contraceptivo? |

sexualidade não hétero.^{7-9,15} As mulheres lésbicas e bissexuais se tornam invisíveis nos serviços de saúde pela crença de que todas as mulheres são heterossexuais.^{7,8,11,13,14} A presunção da heterossexualidade leva os(as) ginecologistas a perguntar sistematicamente sobre o uso de métodos contraceptivos às mulheres atendidas.^{8,9} Outras vezes, a desconsiderar a revelação delas a respeito da lesbianidade ou da prática sexual exclusiva com mulher e a ofertar métodos contraceptivos ou teste de gravidez em momento inoportuno da trajetória sexual delas.⁸ Em contextos variados, os(as) ginecologistas raramente identificam as mulheres lésbicas e bissexuais durante o atendimento, demonstrando ter dificuldades para lidar com a diversidade e a fluidez do comportamento sexual das mulheres.^{9,11,13,14,15} Eles associam a lesbianidade e a bissexualidade apenas a corpos femininos com performance de gênero masculina, invisibilizando muitas mulheres.^{7,13} Na formação médica, em geral, apenas a sexualidade reprodutiva é visibilizada pela lente binária dos gêneros e da heterossexualidade compulsória. As sexualidades não héteros e as performances de gênero dissonantes são geralmente suprimidas e invisibilizadas.⁶⁶ Mas há sugestões para mudar este cenário de assistência e facilitar a abordagem da sexualidade:

- Os(as) ginecologistas devem perguntar sem aguardar que as mulheres falem espontaneamente.

Esta atitude facilita a revelação das mulheres e, ainda, sinaliza a disponibilidade em ouvi-las e orientá-las em suas necessidades de saúde.

- Algumas perguntas de aquecimento podem facilitar o diálogo a respeito da sexualidade, além de identificar e acolher as pessoas que constituem a rede de apoio das mulheres. Sugestões: – *Você vive com alguém?* – *Qual o nome da sua parceria?* – *Você tem namorado ou namorada?*
 - DICA: Perguntar sobre a existência de parceria, em substituição a perguntar se as mulheres são casadas. A pergunta sobre o nome da parceria pode ser uma forma delicada para facilitar o diálogo sobre práticas e identidades sexuais.¹¹
- A pergunta a respeito da prática sexual com mulher, com homem ou com mulher e homem é a mais importante para identificar as vulnerabilidades ao adoecimento. Exemplos: – *Você faz sexo com mulher, com homem, com mulher e homem?* – *Na sua prática sexual com mulher, há penetração vaginal e/ou anal? Há uso de dedos ou brinquedos sexuais para prática penetrativa vaginal e/ou anal?*
 - DICA: Perguntar sobre uso de brinquedos facilita a escolha do tamanho adequado do espéculo vaginal para

a coleta do exame citopatológico do colo uterino. Também auxilia as orientações para o uso de preservativos nos brinquedos, de luvas digitais e de trocas dos preservativos para compartilhar os brinquedos.

- Investigar a prática sexual no contexto da trajetória de vida, pela possibilidade de fluidez das práticas sexuais e, ainda, a incoerência entre as práticas e as identidades sexuais. Sugestões: – Você pode me falar sobre sua história sexual? – A sua iniciação sexual ocorreu com mulher ou com homem?
 - DICA: Usar termos que se referem à identidade sexual lésbica, gay, bissexual ou outros apenas depois que a própria mulher se autoidentificar.¹¹
- Perguntar se a mulher necessita de orientações sobre métodos contraceptivos pela frequente fluidez das práticas sexuais. Sugestões: – Você necessita de informação sobre método contraceptivo?
 - DICA: Lembrar que muitas mulheres são vítimas de estupro corretivo e podem necessitar de anticoncepção de emergência e de cuidados específicos relacionados ao evento de violência.

5. Considerações finais

Em cenários diversos, a assistência à saúde costuma reproduzir o modelo heterossexista na organização dos serviços e no atendimento prestado pelos(as) profissionais de saúde, intensificando o ciclo de vulnerabilidades. Neste sentido, a barreira cultural da heteronormatividade durante a assistência à saúde pode promover discriminação, preconceito e reforçar o estigma relacionado a essa população de mulheres. Durante a assistência à saúde, as mulheres identificadas com performances de gênero femininas são mais facilmente atendidas em suas necessidades. As mulheres que apresentam performan-

ces próximas do gênero masculino sofrem mais estigma, realizam menos consultas e exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino. Além disso, elas têm expectativa de exames ginecológicos mais dolorosos e capazes de machucá-las. Os profissionais que as atendem costumam acreditar que mulheres com performance de gênero masculina denunciam uma orientação sexual não hétero. Nesse sentido, o conhecimento a respeito das práticas sexuais com homem, com mulher ou com mulher e homem deve ser um aspecto central na assistência à saúde.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators [internet]. 2010. [Acesso em 1 dez. 2016]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/index.html
2. Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 16ª ed. São Paulo: Graal; 2005.
3. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
4. Sell RL. Defining and measuring sexual orientation: a review. *Arch Sex Behav* 1997;26(6):643-58.
5. The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender e Reproduction. Alfred Kinsey's 1948 and 1953 studies [internet]. [Acesso em 18 dez. 2016]. Disponível em: <http://www.kinseyinstitute.org/research/ak-hhscale.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 2008.
7. Barbosa RM, Fachini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009;25(supl. 2):S291-300.
8. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2009;27(4):238-43.
9. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N. Preventive care's forgotten women: life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. *J Sex Res* 2013;50(6):587-97.
10. Rede Feminista de Saúde. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade [internet]. Belo Horizonte; 2006 [Acesso em 10 dez. 2016]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf.
11. McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician* 2009;38(6):388-93.
12. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior. *J Urban Health* 2006;83(5):970-9.
13. MeloAPL. "Mulher mulher" e outras "mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2010.
14. SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia. Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. Recife; 2009.

15. Fredriksen-Goldsen KJ, Kim H, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population based study. *Am J Public Health* 2013;103(10):1802-9.
16. Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among US adults: National Health Interview Survey, 2013. *National Health Statistics Reports* 2014;77:1-10 [internet]; 2014 [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr077.pdf>
17. Blosnich JR, Horn K. Associations of discrimination and violence with smoking among emerging adults: differences by gender and sexual orientation. *Nicotine Tob Res* 2011;13(12):1284-95.
18. Fredriksen-Goldsen KJ, Emlert CA, Kim HJ, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, et al. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist* 2012;53(4):664-75.
19. National Center for Health Statistics. Healthy People 2010 final review [internet]. Hyattsville, MD; 2012 [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hpdata2010_final_review.pdf
20. Meads C, Buckley E, Sanderson P. Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands. *BMC Public Health* 2007;7:251.
21. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Responses to discrimination and psychiatric disorders among black, hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. *Am J Public Health* 2010;100(8):1477-84.
22. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2010;100(10):1946-52.
23. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health* 2001;91(4):591-7
24. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health* 2013; 13:442.
25. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract* 2000;50(455):481-2.
26. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health* 2001;91(6):947-52.
27. Jaffee KD, Shires DA, Stroumsa D. Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Med Care* 2016; 54(11):1010-1016.
28. Wilson EC, Jin H, Liu A, Raymond HF. Knowledge, Indications and Willingness to Take Pre-Exposure Prophylaxis among Transwomen in San Francisco, 2013. *PLoS One* 2015;10(6): e0128971.
29. de Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF. Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health* 2015;2(4): 313-323.
30. King M, Semlyen J, Tai , Illiaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8:70.
31. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, Wrigth L, Blizzard R, Davinson O. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: Controlled cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003;183:552-8.
32. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep* 2008;19(1):53-64.
33. Ross LE, Dobinson C, Eady A. Perceived determinants of mental health for bisexual people: a qualitative examination. *Am J Public Health* 2010; 100(3):496-502.
34. Organização das Nações Unidas. Combater a violência baseada em gênero: uma chave para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. UNFPA, 2005. [internet]. [Acesso em 10 dez. 2016]. Disponível em: http://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2014/siic-combating_gbv_por.pdf
35. Borriolo D. Homofobia: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2005 [internet]. [Acesso em 10 dez. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf
37. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília, 2012b. [internet]. [Acesso em 10 dez. 2016]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>
38. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 08 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*; 08 ago. 2006.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. *Diário Oficial da União*; 09 jun. 2014.
40. Chan SK, Thornton LR, Chronister KJ, Meyer J, Wolverson M, Johnson CK, et al. Likely female-to-female sexual transmission of HIV – Texas, 2012. *MMWR* 2014;63(10):2009-12.
41. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clin Infect Dis* 2011;53(suppl 3):584-91.
42. Pinto VM, Tancredi MV, Neto TA, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS* 2005;19(suppl 4):S64-9.
43. Xiao-fang W, Norris JL, Ying-Jie L, Reilly KH, Ning W. Health-related attitudes and risk factors for sexually transmitted infections of Chinese women who have sex with women. *Chin Med J* 2012;125(16):2819-25.
44. Hope VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and European Free Trade Association. *Epidemiol Infect* 2014;142(2):270-86.
45. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) 2015 [internet]. [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_10_2015_final_2_pdf_15143.pdf
46. Wasserheit JN. Epidemiological synergy: Interrelationships between infection and others STD. *Sex Transm Dis* 1992;19:61-77.
47. Greenhove P. Female-to-female transmission of HIV. *Lancet* 1987;330(8555):401-2.
48. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect* 2000;76(5):345-9.
49. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):244-6.
50. Rowen TS, Breyer BN, Lin T, Li C, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120(1):42-5.
51. Santos, NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Vilela WV, Aida J, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica* 2009;25(2):S321-33.
52. Muzny CA, Harbison HS, Plembleton ES, Hook EW, Austin EL. Misperceptions regarding protective barrier method use for safer sex among African-American women who have sex with women. *Sex Health* 2013;10(2):138-41.
53. Forbes A, Thurston S. Getting multi-purpose prevention to women now! A business case of female condoms. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2014;30(S1):A272.
54. Beksinska ME, Piaggio G, Smit JA, Wu J, Zhang Y, Pienaar J, Greener R, Zhou Y, Joannis C. Performance and safety of the second-generation female condom (FC2) versus the woman's, the VA worn-of-women, and the Cupid female condoms: a randomised controlled non-inferiority crossover trial. *Lancet Glob Health* 2013;1(3):e-146-52.

55. Gallo MF, Norris AH, Turner AN. Female condoms: new choices, old questions. *Lancet Glob Health* 2013;1(3):e-119-20.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DSTs, Aids e Hepatites virais. Prevenção PositHIVa. 2006 [internet]. [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/prevencao_posithiva.pdf
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DSTs, Aids e Hepatites virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. 2016 [internet]. [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf
58. Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres Adultas, Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. EngenderHealth e UNFPA, 2008. [internet]. [Acesso em 29 out. 2014]. Disponível em: [file:///Users/Windows/Downloads/saude%20sexual%20e%20reprodutiva%20\(1\).pdf](file:///Users/Windows/Downloads/saude%20sexual%20e%20reprodutiva%20(1).pdf)
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DSTs, Aids e Hepatites virais. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. 2006 [internet]. [Acesso em 21 out. 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf
60. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. [internet]. [Acesso em 15 dez. 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>
61. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health* 2013;13:127.
62. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35(1):49-52.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde das mulheres. Brasília; 2003.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Diário Oficial da União; 27 jun. 2011.
65. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.013/2013 de 16 de abril de 2013. Diário Oficial da União; 09 mai. 2013.
66. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJBC. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med* 2014;11(5):1110-7.

Capítulo 11

Disfunções sexuais masculinas – abordagem da disfunção erétil e da ejaculação precoce

Sidney Glina
Eduardo Augusto Corrêa Barros

Sumário

Introdução

Função Sexual Masculina
Disfunções Sexuais Masculinas

Disfunção Erétil (DE)

Definição
Mecanismo da Ereção
Fatores de Risco
Fisiopatologia da DE
Etiologia da DE
Disfunção Erétil Psicogênica
Disfunção Erétil Neurogênica
Disfunção Erétil Endocrinológica
Disfunção Erétil Vasculogênica
Alterações do Eixo Peniano

Diagnóstico da DE

História Sexual
Exame Físico
Testes Laboratoriais
Testes Específicos
Medida da Tumescência Peniana Noturna (TPN)
Teste de Injeção Intracavernosa
Ultrassonografia com Doppler Peniano
Arteriografia, Cavernosometria, Cavernosografia
Avaliação Psicológica

Tratamento da DE

Medicações Orais
Psicoterapia
Auto-injeção com Droga Vasoativa
Prótese Peniana

Ejaculação precoce (EP)

Definição

Fisiopatologia

Fatores de Risco

Impacto na Qualidade de Vida (QoV)

Diagnóstico

Tratamento

Psicoterapia e Mudanças Comportamentais

Farmacoterapia

Anestésicos Tópicos

Inibidores da Fosfodiesterase tipo 5 (15PDE)

Bibliografia

Disfunções sexuais masculinas – abordagem da disfunção erétil e da ejaculação precoce

Sidney Glina¹
Eduardo Augusto Corrêa Barros²

Resumo

As disfunções sexuais masculinas têm alta prevalência em todo o mundo e são representadas, basicamente, pelo desejo sexual hipotativo, por distúrbios da ejaculação (rápida ou precoce, retardada ou anorgasmia e anaejaculação), e pela disfunção erétil. São vários os fatores associados às disfunções sexuais podendo ser de origem biológica ou psíquica. Neste capítulo abordaremos a disfunção erétil e a ejaculação precoce, duas das mais comuns disfunções sexuais masculinas.

Introdução

Função Sexual Masculina

Quando falamos em função sexual masculina podemos dividi-la didaticamente em fases: desejo sexual que permeia toda a vida do homem, independente da atividade sexual em si, a fase de excitação (representada pela ereção) e a fase de resolução (ejaculação e orgasmo). Cada fase é caracterizada por diversos mecanismos fisiológicos, que ocorrem em diversas regiões do sistema nervoso e que, quando em harmonia promovem o processo de ereção permitindo a penetração na relação sexual, o que possibilita a satisfação sexual para o homem. Esses mecanismos podem sofrer influência da testosterona, que permeia principalmente o desejo sexual. Apesar de ocorrerem concomitantemente, a ejaculação e o orgasmo são fenômenos distintos e independentes. Enquanto a ejaculação é um reflexo espinal, o orgasmo é mediado no sistema nervoso central¹.

¹Urologista, Professor Titular da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC, orientador permanente da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Diretor do Instituto H. Ellis.

²Urologista, Médico Assistente da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC

Disfunções Sexuais Masculinas

As disfunções sexuais do homem afetam basicamente essas fases e são: inibição do desejo sexual, distúrbios da ejaculação (rápida ou precoce, retardada ou anorgasmia e anaejaculação) e disfunção erétil.

Neste capítulo abordaremos a disfunção erétil e a ejaculação precoce, duas das mais comuns disfunções sexuais masculinas.

DISFUNÇÃO ERÉTEL (DE)

Definição

A ereção é um fenômeno complexo que depende de um delicado e complicado equilíbrio entre os sistemas neurológico e vascular. Isso inclui a dilatação arterial, o relaxamento da musculatura lisa peniana e a ativação do mecanismo veno-oclusivo do corpo cavernoso.²

Disfunção Erétil (DE) é uma condição que afeta homens de todas as idades, sendo definida como a incapacidade persistente em obter e manter uma ereção suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória³, causando um grande impacto em sua qualidade de vida e do casal⁴.

Atualmente, a DE afeta mais de 150 milhões de homens no mundo. Registros literários, anteriores a 2.000 a.C., evidenciam relatos de DE, porém opções de tratamento eficazes surgiram, apenas, a partir do início da década de 60⁵. Em homens abaixo dos 40 anos, sua prevalência está em torno de 1 a 10 %, enquanto atinge 50% no grupo de 40 a 70 anos^{6,7}. Muitos fatores de risco estão associados a DE, incluindo alterações metabólicas, vasculares, psíquicas e farmacológicas⁸.

Mecanismo da Ereção

O tecido erétil peniano, especificamente a musculatura lisa do corpo cavernoso e a musculatura das paredes arteriolas e arteriais penianas promovem o processo de ereção. Quando o pênis

está em estado flácido, essa musculatura lisa está contraída permitindo apenas o fluxo arterial suficiente para sua nutrição tecidual. A pressão parcial de oxigênio (pO_2) está em torno de 35 mmHg⁹.

Basicamente, a ereção peniana é um fenômeno neurovascular. O estímulo sexual (percepções visual, auditiva, tátil, imaginativa ou outros) é transmitido para o pênis que através do sistema parassimpático libera, por intermédio do endotélio cavernoso e da inervação local, pelo menos dois neurotransmissores: a prostaglandina E1 e o óxido nítrico que através da ativação de enzimas específicas levam à liberação de adenosina monofosfato cíclico (APMc) ou AMP cíclico e guanosina monofosfato cíclico (GMPc) ou GMP cíclico, respectivamente, que diminuem a concentração do cálcio intracelular, o que produz o relaxamento das fibras do músculo liso^{10,11} promovendo os seguintes eventos: (1) Dilatação da musculatura lisa dos sinusóides cavernosos, das artérias e arteríolas aumentando o fluxo sanguíneo local; (2) Enchimento dos sinusóides agora relaxados com sangue arterial; (3) Distensão da túnica albugínea até sua capacidade máxima (4) Compressão do plexo venoso localizado entre a túnica albugínea e os sinusóides, reduzindo ainda mais o retorno venoso; (5) Aumento da pO_2 (aproximadamente 90 mmHg) e da pressão intracavernosa (aproximadamente 100 mmHg) levando o pênis do estado flácido para o estado ereto (fase de ereção completa).

Dessa maneira, a ereção é resultante do relaxamento do músculo liso, do aumento do fluxo arterial e da redução da drenagem venosa. Durante a penetração vaginal, a compressão da glândula, pelo reflexo bulbocavernoso, promove a contração dos músculos bulbo e isquiocavernosos sobre a porção proximal dos corpos cavernosos, elevando a pressão intracavernosa, o que aumenta a rigidez e facilita a introdução vaginal.

Já a detumescência peniana se dá por meio da contração da musculatura lisa peniana e é

mediada pelo sistema simpático, provavelmente pela liberação das endotelinas ou da noradrenalina. Podendo ser dividida em três partes: na primeira fase ocorre a parada do aumento da pressão intracavernosa, por meio do início da contração da musculatura lisa; a segunda fase é caracterizada pela diminuição lenta da pressão intracavernosa através da liberação gradativa dos plexos venosos associada a uma diminuição do fluxo arterial até os níveis basais; e a terceira fase é composta por rápida diminuição da pressão intracavernosa e uma restauração total da drenagem venosa¹².

Fatores de Risco

Pacientes com DE compartilham dos mesmos fatores de risco (modificáveis ou não) dos pacientes com doenças cardiovasculares. Dentre eles temos: obesidade, diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome metabólica, sedentarismo e tabagismo^{13,14,15}. Portanto, o surgimento de sintomas de disfunção erétil são sinais de alerta para a investigação de patologias arteriais concomitantes e desenvolvimento de eventos vasculares graves (Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral)¹⁶. Diversos estudos, mostraram que a mudança do estilo de vida^{17,18} e o controle de doenças de risco ao sistema cardiovascular através de farmacoterapia^{18,19} adequada promovem uma melhora importante dos sintomas de disfunção erétil.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado uma relação consistente entre sintomas de hiperplasia prostática benigna (HPB) e disfunção sexual, independentemente da idade e outras comorbidades, em pacientes com diferentes estilos de vida²⁰. Um estudo realizado em 6 países europeus junto com os Estados Unidos da América (MSAM-7) onde foi investigada sistematicamente a relação entre sintomas de HPB e disfunção sexual em mais de 12.000 homens, entre 50 e 80 anos mostrou que 83% relataram ser

sexualmente ativos, sendo que sintomas de HPB foram referidos por 90% deles, com uma prevalência de 43% de sintomas de DE e 10% dos pacientes com ausência completa de ereção²¹.

Fisiopatologia da DE

Qualquer alteração no mecanismo da ereção pode levar à DE. Didaticamente, as causas são divididas em psicológicas ou emocionais, orgânicas ou mistas. Na grande maioria dos casos, a causa psicológica prevalece mesmo em presença dos quadros orgânicos¹.

Etiologia da DE

Dentre as principais etiologias de disfunção erétil temos:

Disfunção Erétil Psicogênica

Alterações psicológicas são as principais causas de queixas sexuais, principalmente entre pacientes mais jovens. Tais alterações, como o stress, a ansiedade e a depressão agem no organismo promovendo atividades neurovasculares, intermediadas pelo sistema simpático, que impedem o processo de ereção. O Massachusetts Male Aging Study, um grande estudo americano, pesquisou a incidência e as co-morbidades da DE e associou a depressão como o maior fator de risco para esse tipo de DE²².

Outros fatores associados a DE de causa psicogênica são: as dificuldades conjugais, perda de emprego, perda de cônjuges ou parentes próximos, ejaculação precoce de longa duração, falta de desejo sexual, ansiedade de desempenho, baixa auto-estima¹.

Disfunção Erétil Neurogênica

Falhas no transporte de estímulos pelas raízes nervosas (sacrais parassimpáticas, fibras periféricas autonômicas eferentes penianas, das fibras aferentes somáticas do nervo pudendo), por sua degeneração ou rompimento, podem causar dis-

função erétil total ou parcial. Tal efeito se deve a incorreta ou impossibilidade de ativação do processo de relaxamento dos sinusóides penianos, impossibilitando a ereção.

Diversas patologias podem levar a alterações neurológicas. Se o acometimento for cerebral diversas áreas reguladoras dos comportamentos sexuais como hipocampo, o núcleo paraventricular e a área pré-óptica medial podem ser afetadas. Doenças degenerativas (Esclerose Múltipla, Epilepsia, Doença de Parkinson ou Alzheimer), Doenças Vasculares (Acidente Vascular Cerebral, Aneurismas e Arteriosclerose) e traumas seriam as suas principais etiologias. Já se o acometimento for na medula espinal ou em suas raízes temos como principais etiologias: o trauma raquimedular, a neuropatia periférica (diabetes mellitus e alcoolismo) e manipulação cirúrgica (após cirurgia pélvica). De acordo com o nível da lesão medular o paciente pode apresentar diferentes graus de disfunção erétil, sendo ela maior em casos de lesões completas ou distais à medula²³.

A íntima relação entre os nervos cavernosos e os órgãos pélvicos torna procedimentos cirúrgicos radicais nessa região de potencial risco para desenvolvimento de alterações do mecanismo erétil. Entre os urologistas, o entendimento dessa anatomia é de fundamental importância devido a rotineira indicação de procedimentos prostáticos, como a prostatectomia radical. O processo de exérese da próstata deve ser realizado de forma cuidadosa devido ao grande potencial de lesão do feixe vasculonervoso, que corre posteriormente à próstata. Sanda MG et al descreve de 25 a 75% de pacientes com queixas de DE²⁴ após prostatectomia radical.

Disfunção Erétil Endocrinológica

Diferentemente de sua ação no crescimento e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e do desejo e comportamento sexual mas-

culino os andrógenos ainda não têm seu papel esclarecido no mecanismo de ereção.

Alterações dos níveis séricos da testosterona, decorrentes de alterações no eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, por deficiência de secreção de hormônio luteinizante (LH) e folículo estimulante (FSH), falência testicular ou hipersecreção de prolactina podem levar a diminuição da libido, ereções com rigidez incompleta²⁵.

Dentre as principais etiologias para o desenvolvimento da hiperprolactinemia temos: tumores hipofisários, uso de medicamentos (por exemplo: cimetidina e sulpirida), insuficiência renal crônica ou causas idiopáticas²⁵.

Disfunções tireoidianas como hipo e hipertireoidismo estão associadas ao desenvolvimento de queixas sexuais. Pacientes com diagnóstico de hipertireoidismo referem com maior frequência diminuição da libido, enquanto aqueles com hipotireoidismo relatam disfunção erétil. Baixos níveis de hormônios tireoidianos diminuem a secreção de testosterona, aumentam a produção de prolactina e favorecem o desenvolvimento de arteriosclerose. No entanto, a causa dessas alterações não está bem estabelecida²⁵.

Disfunção Erétil Vasculogênica

Sabendo-se que o mecanismo de ereção nada mais é do que o enchimento dos corpos cavernosos com sangue podemos concluir que as doenças vasculares são as principais causadoras de DE orgânica. Nesses casos, os pacientes podem ter dificuldades em obter ou manter ereções completas.

Leriche, em 1940, por meio de seus estudos da árvore arterial, associou que uma eventual obstrução de seus ramos poderia prejudicar o funcionamento dos órgãos por eles irrigados. No caso de uma obstrução da aorta terminal os pacientes poderiam desenvolver disfunção erétil, visto que o fluxo arterial cavernoso estaria diminuído prejudicando sua perfusão e promovendo alterações na rigidez peniana e na obtenção de ereção²⁶.

Dentre as principais causas de disfunção erétil vasculogênica temos a arteriosclerose e o traumatismo pélvico. Independente de um fluxo arterial adequado o paciente pode apresentar sintomas de DE devido a uma inadequação do mecanismo de venooclusão. Inicialmente, tal fenômeno foi chamado de “fuga venosa”, porque se acreditava ser decorrente de drenagem venosa excessiva. Hoje a nomenclatura mais utilizada é disfunção venooclusiva dos corpos cavernosos, pois traduz melhor a complexidade do fenômeno¹.

Diversas etiologias foram propostas para o desenvolvimento de disfunção venooclusiva, dentre elas temos: produção insuficiente de neurotransmissores, perda da complacência dos espaços lacunares cavernosos, fístula entre o corpo esponjoso e os cavernosos, perda da rigidez da albugínea, impossibilitando a contrapressão oferecida ao plexo venoso subalbugíneo e, eventualmente, drenagem venosa excessiva^{25,27,28}.

Alterações do Eixo Peniano

Existem situações em que apesar do paciente apresentar uma rigidez peniana e um mecanismo de ereção íntegro, o formato peniano ou problemas de sustentabilidade do pênis podem dificultar a penetração vaginal. Seriam três essas situações: pênis curvo congênito, *enduratio penis* ou doença de Peyronie e ligamento suspensor do pênis incompetente.

O pênis curvo congênito, mais comumente, é causado por uma desproporção entre o comprimento dos corpos cavernosos e da uretra, que é menor. Dessa maneira, no momento da ereção a uretra limita a distensão dos corpos cavernosos, ocorrendo uma curvatura ventral do pênis (*para baixo*), que, quando muito acentuada, prejudica a penetração.

A correção do pênis curvo congênito é feita cirurgicamente realizando-se plicatura(s) do corpo cavernoso contralateral à curvatura.

A insuficiência do ligamento suspensor do pênis pode confundir o paciente e levá-lo a crer que possui algum grau de disfunção erétil. Isso porque esse ligamento tem como função fixar o pênis ao pubis, aumentando sua área de sustentação; dessa maneira, durante a ereção, a haste peniana tende a apontar para cima. Pacientes com esse diagnóstico relatam atingir a rigidez peniana, porém não conseguem mantê-lo ereto (angulado para cima) o que leva a uma dificuldade para a penetração, sendo muitas vezes considerado como uma forma de disfunção erétil.

A doença de Peyronie caracteriza-se pelo aparecimento de placas fibróticas na túnica albugínea. Estas formam área inelástica durante a ereção, o que condiciona a curvatura do pênis para o lado da placa. Em geral ocorre entre os 40 e 60 anos.

Apesar de inúmeros estudos e um maior conhecimento sobre essa doença, sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida. No entanto, a teoria mais defendida e aceita seria a de que inúmeros microtraumas ou injúrias vasculares na túnica albugínea seguido de um processo cicatricial anormal promoveria o surgimento de placas e conseqüente desvio do eixo peniano²⁹. Outras possíveis etiologias seriam eventos auto-imunes ou até genéticos tem sido considerados³⁰.

Os sintomas mais comuns são: presença de deformidade ou falta de rigidez peniana, ereções dolorosas e presença de placa ou nódulo no corpo cavernoso³¹.

A doença de Peyronie tem uma fase aguda³², onde existe um processo inflamatório ativo que pode vir associado a dor peniana durante as ereções. Palpam-se nódulos/placas pouco rígidas e nota-se curvatura peniana. A segunda fase é onde ocorre o processo de fibrose e formação de placas endurecidas, até mesmo calcificadas. Normalmente, é nesse período em que ocorre a estabilização da curvatura peniana. Com o tempo, espera-se a piora da curvatura peniana em

cerca de 30 - 50% dos pacientes, estabilização em 47 - 67% e melhora espontânea, em apenas, 3 a 13% dos casos^{33,34,35}.

A piora da curvatura peniana tende a ser mais acentuada no início do processo patológico, enquanto a placa ainda apresenta um certo grau de maleabilidade, sendo menos evidente em fases mais avançadas onde a placa já sofreu o processo de calcificação³⁶. A dor durante a ereção acomete cerca de 35 a 45% dos pacientes durante a fase aguda³⁷. Ela melhora em cerca de 90% dos pacientes, podendo durar até 12 meses a partir do início da doença^{34,35}.

O tratamento conservador da Doença de Peyronie é indicado principalmente em pacientes que apresentam os primeiros estágios da doença, quando os sintomas estão presentes e a placa ainda não está totalmente endurecida ou calcificada^{35,38}. Existem diversas opções de drogas sugeridas para tentar amenizar os efeitos da doença, com apresentação oral, tópica e injetável (intralesional). Existem também métodos alternativos como aplicação de ondas de choque, dispositivos de tração peniana e à vácuo. O tratamento clínico em pacientes com Doença de Peyronie não está bem estabelecido e os resultados são precários^{32, 39}. Recentemente foi lançado a colagenase intralesional, que existe nos USA e na Europa; esta droga é aplicada diretamente na placa e múltiplas injeções com resultados razoáveis³².

Apesar do tratamento clínico melhorar as ereções dolorosas na maioria dos homens, apenas uma pequena porcentagem deles evoluirá com melhora significativa do grau de curvatura peniana. O objetivo da cirurgia é corrigir a curvatura e permitir uma relação sexual satisfatória⁴⁰. Ela é indicada em pacientes com doença estável por pelo menos 6 meses⁴¹.

Os potenciais riscos e benefícios do procedimento devem ser discutidos com o paciente para que ele tome a melhor decisão. Dentre os princi-

pais riscos temos: diminuição do tamanho do pênis, impotência sexual, perda de sensibilidade, risco de novo curvamento, provável palpação de nós no corpo peniano e necessidade de circuncisão³².

A correção cirúrgica da curvatura pode ser realizada pela realização de uma plicatura, diminuindo-se o corpo cavernoso contralateral à placa ou a realização de uma incisão na placa de fibrose e colocação de um enxerto para cobrir o defeito resultante. A prótese peniana é recomendável para os homens que também apresentem disfunção erétil sem resposta aos medicamentos orais ou tópicos^{31,42}.

Diagnóstico da DE

O primeiro passo na avaliação da DE é sempre a realização de uma anamnese detalhada que inclui o histórico patológico e sexual dos pacientes, e das parceiras quando possível^{43, 44}. O ambiente para isso, deve trazer tranquilidade para que o paciente se sinta à vontade durante a consulta. Isso trará facilidade ao médico em questionar sobre sua função sexual e conseqüentemente explica, a ele e sua parceira, o diagnóstico e as medidas terapêuticas para o caso

História Sexual

A história sexual deve incluir (quando possível) informações sobre orientação sexual, relacionamentos prévios e atuais, status emocional atual, tempo e duração dos sintomas de disfunção erétil e informações sobre consultas e tratamentos prévios. O detalhamento do histórico de saúde do paciente também deve ser avaliado. Questionamentos sobre a qualidade e duração da ereção, seja com estímulo sexual ou noturnas, devem ser avaliadas, além da investigação de distúrbios na libido, excitação, ejaculação e orgasmo^{43, 45}.

A utilização de questionários internacionalmente validados como o IIEF e SHIM permitem quantificar o grau dos sintomas de DE e o impacto dos tratamentos em sua melhora⁴⁶.

Sintomas de hipogonadismo (deficiência testicular) sempre devem ser investigados, por meio de questionamentos sobre diminuição da disposição física, libido, fadiga, déficit de atenção e outras alterações cognitivas⁴⁷.

Exame Físico

Todo paciente com queixas de DE deve ter seu exame físico focado em encontrar possíveis alterações genitourinárias, endócrinas, vasculares e neurológicas^{48, 49}.

O exame físico tende a encontrar causas de DE muitas vezes descartadas como doença de Peyronie, lesões genitais, aumento e irregularidades prostáticas ou sinais e sintomas de hipogonadismo (diminuição do volume testicular e alteração de caracteres secundários).

Testes Laboratoriais

A solicitação de exames laboratoriais é importante para pacientes com queixas e com fatores de risco para o desenvolvimento de DE. Dentre os exames primordiais temos: glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, perfil lipídico e dosagem de testosterona total matinal. Em casos de testosterona sérica abaixo do normal (pelo menos duas medidas), deve-se solicitar a dosagem da testosterona livre e biodisponível. No entanto, sabe-se que na grande maioria dos casos é necessário um hipogonadismo bastante severo para promover sintomas de DE^{14,50-52}. Para níveis > 8 nmol/L a relação entre a testosterona sérica e disfunção erétil é muito baixa^{14,50-52}. Testes laboratoriais adicionais podem ser considerados em alguns pacientes como PSA⁵³, prolactina e hormônio luteinizante (LH)⁵⁴.

Testes Específicos

Na maioria dos pacientes com DE a anamnese costumam ser suficientes para o diagnóstico da causa aproximada da disfunção. Por exemplo a presença de ereções noturnas ou à masturbação são suficientes para comprovar a integridade

orgânica. Alguns pacientes necessitam de uma investigação mais aprofundada. Abaixo seguem alguns testes que podem auxiliar no diagnóstico:

Medida da Tumescência Peniana Noturna (TPN)

A TPN é a medida das ereções noturnas, que são fisiológicas e ocorrem durante o sono em todos os homens normais. Nesse teste, por meio de anéis de mercúrio conectados a um pequeno computador o paciente é monitorado durante três noites consecutivas. Todo homem passa cerca de 20% do sono em ereção, estas ocorrem durante a fase de movimentos rápidos dos olhos, uma das fases profundas do sono⁵⁵. A presença destas ereções afasta a possibilidade de uma causa vascular ou neurogênica.

Teste de Injeção Intracavernosa

O teste de ereção fármaco-induzida é efetuado por meio de injeção de droga vasoativa (papaverina, prostaglandina E1) no corpo cavernoso e a ocorrência de ereção rígida praticamente afasta problemas arteriais ou do mecanismo de venooclusão. O inverso não é verdadeiro, porque muitos pacientes normais devido ao alto grau de ansiedade e do desconforto da situação e do local de exame não apresentam ereção durante o teste. Esse exame quase sempre é completado com uma ultra-sonografia Doppler que mede o diâmetro das artérias cavernosas e a velocidade de pico sistólico⁵⁶.

Ultrassonografia com Doppler Peniano

A presença de pico sistólico > 30 cm/s e velocidade diastólica final < 3 cm/s associado a um índice de resistência > 0,8 normalmente são normais⁵⁷. Investigações de etiologia vascular subsequentes são desnecessárias quando tais parâmetros são evidenciados.

Arteriografia, Cavernosometria, Cavernosografia

Cavernosometria e cavernosografia, muito utilizadas no passado, têm pouco valor na avaliação

do homem com DE. Esses testes baseiam-se na hipótese de que a droga vasoativa injetada no corpo cavernoso promove o máximo relaxamento da musculatura sinusoidal e não existem métodos práticos para confirmar se isso ocorreu ou não. Assim, uma cavernosometria anormal pode significar uma disfunção cavernovenoclusiva ou um relaxamento muscular incompleto em decorrência de ansiedade⁵⁸. Por outro lado, não existe teste adequado ou critério de normalidade universalmente aceito para esses exames⁵⁹.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica inicial pode ser feita pelo próprio médico, se ele tiver alguma experiência¹, porém o contato com o psicólogo ou psiquiatra facilita a adesão a uma possível psicoterapia.

Quando indicado, pacientes com desordens psiquiátricas, devem ser encaminhados a psiquiatras com experiência em sexualidade. Pacientes jovens (< 40 anos) com DE de longo prazo, também podem ser beneficiados com suporte psiquiátrico⁶⁰.

Independentemente, da forma e dos métodos diagnósticos deve-se considerar que o paciente com DE é um indivíduo com um certo grau de fragilidade emocional e baixas expectativas quanto a sua vida sexual, sendo que qualquer intervenção mal sucedida pode comprometer os resultados de um tratamento potencialmente eficaz. Portanto, não devem ser solicitados exames inúteis ou cuja interpretação ajude pouco o paciente,

Tratamento da DE

Grandes avanços na compreensão do mecanismo de ereção bem como do tratamento da DE surgiram nas últimas duas décadas. As estratégias de seu manejo consistem na modificação de seus fatores de risco, controle das comorbidades associadas e uso de terapia farmacológica e cirúrgica, além da psicoterapia.

Dentre os tratamentos disponíveis e mais utilizados no Brasil temos como opções: medicações de uso oral, autoinjeções no pênis, psicoterapia e o implante de prótese peniana.

Medicações Orais

Atualmente o tratamento clínico da DE baseia-se nos inibidores da fosfodiesterase tipo V (5PDEi). O mecanismo de ação dessas drogas baseia-se no processo de hidrolização do GMPc pela 5PDE no tecido do corpo cavernoso. A inibição da 5PDE promove um relaxamento da musculatura lisa e aumento do fluxo arterial local levando a uma compressão do plexo venoso e ereção peniana^{61,62,63}.

Atualmente no mercado brasileiro existem os seguintes medicamentos: sildenafil; tadalafil, vardenafila, lodenafila e mais recentemente a udenafila. Eles podem ser usadas sob demanda, antes da atividade sexual ou de uso diário (tadalafil 5mg).

Os inibidores da Fosfodiesterase tipo 5 (5PDEi) não promovem ereção espontânea e para obtê-la o paciente precisa de algum tipo de estímulo sexual para facilitar a ereção.

A eficácia dessas drogas é definida por meio da promoção de uma ereção rígida o suficiente para permitir a penetração.

Estudos clínicos com 5PDEi demonstraram não haver aumento das taxas de infarto agudo do miocárdio (IAM) em pacientes usuários. Tais medicamentos têm como única contraindicação absoluta o uso, pelo paciente, de nitratos. O uso concomitante de 5PDEi e nitratos pode resultar em hipotensão severa estando sujeitos a ocorrência de novos eventos cardiovasculares como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral⁶⁴.

Psicoterapia

A psicoterapia pode ser realizada de forma individual ou junto da parceira. Durante as sessões

são abordados temas como educação sexual, relacionamento do casal e outros fatores que podem influenciar na sexualidade do paciente e do casal.

A maioria das técnicas psicoterapêuticas apresenta excelentes resultados. Para isso ela deve ser individualizada e realizada por psicoterapeuta ou psiquiatra especializado em sexualidade, por sua experiência e versatilidade para explorar a sexualidade, além de possuírem conhecimentos anatômicos e fisiológicos das diversas disfunções sexuais^{65, 66}.

Auto-injeção com Droga Vasoativa

A auto-injeção está indicada nos pacientes que apresentam disfunção erétil de causa orgânica, que consiga ereção com essas drogas e que não apresente boa resposta ou tenha alguma contraindicação ao uso de 5PDEi. Esse não é um tratamento curativo e apenas auxilia o paciente a ter ereções momentâneas. Isso, associado ao desconforto da aplicação, é acompanhado de altos índices de desistência.

Atualmente, são conhecidas várias drogas que têm a capacidade de induzir a ereção. As mais utilizadas são: a papaverina, associação papaverina-fentolamina, a prostaglandina E1, e a associação de papaverina, fentolamina e prostaglandina E1. Antes do surgimento da sildenafil (Viagra[®]) esta era a forma mais popular de terapêutica para a DE.

Ao optar por esse método o paciente deve ser orientado, por profissional especializado, quanto sua aplicação, riscos e consequências. É recomendável que a primeira aplicação seja supervisionada pelo urologista, em consultório, para que todas as dúvidas sobre o procedimento sejam esclarecidas. A seguir, é orientado a fazer a auto-aplicação em casa, antes de uma atividade sexual. A dose de medicação a ser utilizada deve ser titulada e ajustada de acordo com a duração da ereção. Espera-se que o efeito inicie

em 15min e persista por 90min. A aplicação deve ser realizada no máximo duas vezes por semana.

O paciente deve ser orientado quanto ao risco de priapismo e se a ereção durar mais do que 3 horas deve entrar em contato com seu médico ou procurar um atendimento emergencial devido ao risco de deteriorização do tecido peniano¹.

Prótese Peniana

Desde a década de 60, o implante cirúrgico de próteses penianas tem sido uma alternativa para o tratamento da disfunção erétil.

O objetivo da prótese peniana é simular uma ereção, não alterando a sensibilidade, o orgasmo ou a ejaculação. É importante o esclarecimento para o paciente de que muitas vezes a prótese não promoverá ereção idêntica a que tinha antes da disfunção erétil e de que o implante não tem o intuito de aumentar o comprimento e o calibre peniano, além de que os resultados podem variar de acordo com o modelo a ser implantado. Em nosso meio, as próteses mais utilizadas são as maleáveis, de custo mais acessível.

O implante peniano está indicado em todo paciente com disfunção erétil de causa orgânica, que assim o deseje. O uso em pacientes com disfunção erétil de causa psicológica deve ser visto com grande reserva. Nesses casos, a implantação da prótese deve ser indicada pelo psicólogo e após, pelo menos, seis meses de psicoterapia sem sucesso.

Atualmente, no mercado, existem vários modelos de implantes. As próteses mais simples são as maleáveis, de silicone contendo, em seu interior, um fio de prata ou aço inoxidável. O metal confere “memória” ao silicone, permitindo a flexão do pênis “simulando” estado de flacidez, e a extensão quando o paciente deseja a penetração. Já os modelos mais complexos são representados pelas próteses infláveis que têm como principal objetivo, além da penetração vaginal, promover uma ereção mais natural ao paciente,

por meio do controle voluntário dos momentos de flacidez e de ereção peniana. Dentre esses implantes, os que permitem melhor enchimento peniano, são os de três componentes (2 cilindros penianos, 1 Reservatório e 1 Bomba). Os dois cilindros são introduzidos no interior dos corpos cavernosos, o reservatório fica no espaço retro-púbico e a bomba é colocada no escroto. Quando o paciente pretende uma ereção, comprime a bomba escrotal e o líquido que está no reservatório é transferido para os cilindros penianos. Quando quiser retornar ao estado flácido, deve comprimir a bomba novamente e o líquido percorre o sentido inverso.

Outras próteses, mecânicas, também permitem a passagem do estado flácido para o erecto por meio de articulação e desarticulação de mecanismos internos da prótese. Quanto mais sofisticado o mecanismo do implante utilizado, mais sujeito a complicações e a reoperações está o paciente.

As principais complicações do implante de próteses penianas são: falha no mecanismo hidráulico e infecção. As taxas de falha de mecanismo são proporcionais a complexidade do mecanismo da prótese, com taxas menores que 5% em um seguimento de 5 anos para próteses de 3 volumes^{67,68,69}. Os índices de infecção variam de 1 a 9% dos casos. Na tentativa de diminuição de tais índices o aprimoramento da técnica de implantação e a utilização de profilaxia antibiótica vêm sendo efetivas, com uma redução de 2 a 3% dos casos⁶⁷. A utilização de próteses envolvidas em um biofilme impregnado por antibiótico também é uma alternativa para diminuição dos índices de infecção visto que tais modelos diminuem os riscos de infecção em 1 a 2%^{70,71,72,73}. Outras complicações são: a extrusão de um cilindro, por uso de cilindro maior do que o necessário ou o uso de cilindros menores, fazendo com que a glândula fique sem fixação e dificulte a penetração.

EJACULAÇÃO PRECOCE

Também conhecida como Ejaculação Rápida, a EP é uma das principais disfunções ejaculatórias que acometem os homens. Apesar de comum, há ainda muito pouca informação sobre seu mecanismo e suas causas. Os pacientes, muitas vezes, não estão dispostos a discutir seus sintomas, e muitos médicos não têm conhecimento sobre a doença e tratamentos efetivos. Como consequência, os pacientes são mal diagnosticados e tratados⁷⁴.

Embora seja a disfunção auto-relatada mais freqüente (5 a 40% dos homens sexualmente ativos), com maior freqüência entre os jovens, ainda não há consenso quanto à definição da EP. Estima-se que a prevalência da EP em homens entre 18 e 59 anos pode chegar até 31%, e destes, 55% estão na faixa entre 50 e 59 anos⁷⁵.

Definição

É aceito que a ejaculação é rápida quando o homem tem a sensação de estar ejaculando mais rapidamente do que gostaria, com a sensação de não conseguir controlar a ejaculação e que essa situação está atrapalhando sua vida sexual. Para efeitos de padronização, visando principalmente aos trabalhos científicos introduziu-se a quantificação do tempo de latência de ejaculação intravaginal (IELT). Assim, foi proposto que homens com valores de IELT inferior a 0,5 minutos sejam considerados com EP *definitiva* e entre 0,5 e 2,5 minutos com EP *provável*⁷⁶.

Fisiopatologia

As causas para a EP ainda não são bem estabelecidas, pois ainda não existem dados científicos que consigam atribuí-la a alterações biológicas e psicológicas. Dentre as causas mais prováveis temos a ansiedade, a hipersensibilidade peniana e disfunção dos receptores de serotonina⁷⁷.

No geral, pacientes com EP não apresentam nenhuma alteração no mecanismo de expulsão do líquido seminal⁷⁸.

A disfunção erétil (DE) também pode ser uma das causas de EP, pois aumenta os níveis de ansiedade diminuindo assim o tempo da relação sexual⁷⁸. Essa associação de patologias muitas vezes dificulta o correto diagnóstico, pois muitas vezes o paciente é tratado como portador de EP mas seu real problema é a disfunção erétil. Assim ao tratarmos a DE muitas vezes melhoramos a EP.

Fatores de Risco

Ao contrário da DE, o envelhecimento não aumenta a prevalência da EP^{75,79}. No entanto, ela é mais comum nas raças negra, hispânica e islâmica^{80,81}, sendo ainda mais prevalente em homens com baixos níveis educacionais^{75,78}.

Outros fatores de risco associados são: predisposição genética⁸², saúde debilitada, obesidade⁷⁵, inflamação prostática^{83,84}, alterações dos hormônios tireoidianos⁸⁵, problemas emocionais e de stress^{75,86} e experiências sexuais traumáticas^{75,78}.

Impacto na Qualidade de Vida (QoI)

Homens com EP, normalmente, declaram insatisfação com o ato e sua vida sexual, dificuldades para manter-se relaxado durante o ato e diminuição da frequência do intercurso sexual^{87,88}. No entanto, o impacto negativo da EP vai além da disfunção sexual. Ela pode promover uma diminuição da autoconfiança, prejudicar o relacionamento conjugal, e muitas vezes, levar a stress mental, ansiedade e depressão^{87,89}. O desejo sexual e a busca por sexo, aparentemente, não são afetados pela EP⁹⁰. No entanto, a satisfação do parceiro com o sexo pode diminuir com o decorrer do tempo⁹¹.

Poucos são os pacientes que procuram ajuda, apesar da EP diminuir a qualidade de vida do paciente e, muitas vezes, causar sérios problemas psicológicos. Um dos maiores estudos na área mostrou que, 78% dos homens que declaram apresentar problemas com a ejaculação não

procuram ajuda profissional, diferentemente de paciente com disfunção erétil, que buscam ajuda com maior rapidez⁷⁸. A principal razão para isso seria a vergonha do paciente em falar sobre o assunto e o fato de acreditar que não exista tratamento para tal problema. Médicos, muitas vezes, se sentem desconfortáveis em discutir assuntos relacionados a sexualidade com seus pacientes, devido ao embaraço e falta de experiência e/ou treinamento para lidar com o assunto^{92,93}. Porém, todo médico deve deixar seus pacientes a vontade para falar sobre EP.

Diagnóstico

O diagnóstico da EP se dá basicamente através da história médica e sexual do paciente^{94,95}. A história vai classificar a EP como sendo primária (desde o início da vida sexual) ou adquirida (algo que se estabeleceu com o tempo), e também se a EP é situacional (em uma circunstância específica ou com algum parceiro específico) ou consistente (em qualquer situação ou qualquer parceiro).

Atenção especial deve ser dada ao tempo em que se dá a ejaculação, se há diminuição do estímulo sexual, se há impacto na atividade sexual e na qualidade de vida, além do histórico de uso de drogas⁹⁶.

É muito importante diferenciarmos disfunção erétil de ejaculação precoce. Muitos pacientes com DE, desenvolvem secundariamente EP devido a ansiedade ocasionada pela dificuldade de obter e manter a ereção⁹⁶. Além disso, muitos pacientes não sabem que a queda da ereção após a ejaculação é algo normal e queixam-se de DE, quando o verdadeiro problema é a EP⁹⁷.

Tratamento

O tratamento recomendado tem duas vertentes básicas:

- Uma é a realização de psicoterapia, com o objetivo de prolongar o tempo de latência

ejaculatória levando a um relacionamento sexual mutuamente satisfatório⁷⁶.

- A outra é farmacológica com o uso de antidepressivos tricíclicos e as drogas recaptadoras de serotonina com doses diárias ou sob demanda, anestésicos tópicos também são utilizados para retardar a ejaculação (é importante mencionar que eles podem causar anestesia vaginal e anorgasmia na mulher, a menos que seja empregado o preservativo), ainda não existem evidências que comprovem a eficácia dos inibidores de fosfodiesterase 5 (PDE-5) para a EP, porém, podem ser bastante benéficos para aqueles com disfunção erétil e EP. Este tratamento é paliativo, pois após a suspensão do medicamento, o quadro retorna⁷⁶.

Seguem abaixo, uma análise mais detalhada das alternativas de tratamento da EP:

Psicoterapia e Mudanças Comportamentais

Dentre as estratégias comportamentais destacam-se principalmente:

- Técnica “Iniciar-Parar” (Semans)⁹⁸: A parceira/parceiro estimula o pênis até o paciente apresentar a sensação de que vai ejacular. Ao chegar a esse ponto, o homem deve parar o estímulo e aguardar o fim da sensação pré ejaculação e aí então reiniciar o estímulo.
- Técnica da Compressão Glandar (Masters e Johnson): É bem similar a técnica anterior, porém nesse caso, além da parada do estímulo pede-se para a parceira realizar a compressão da cabeça do pênis até a sensação iminente de ejacular passar.

Ambas as técnicas devem ser aplicadas em um ciclo de até 3 pausas para aí sim permitir o orgasmo⁹⁸.

As técnicas de mudança comportamental são baseadas na hipótese de que o homem com EP tem dificuldade em interpretar e reconhecer as sensações de ejaculação iminente. Essas téc-

nicas têm como objetivo atenuar a resposta a esses estímulos através da estimulação progressiva e cada vez mais intensa, permitindo com que o homem consiga mantê-las abaixo dos níveis que levariam a uma ejaculação inevitável⁹⁸.

Masturbação prévia ao ato sexual é uma técnica bastante utilizada por pacientes mais jovens. Após a masturbação há uma dessensibilização do pênis resultando em um aumento da latência entre o início do estímulo sexual e a ejaculação. Como vantagem, essa técnica tem como característica “ensinar” o homem a controlar sua excitação e a identificar o momento em que está prestes a ejacular. A eficácia desse método é semelhante a técnica “Iniciar-Parar”⁹⁹.

A Psicoterapia tem como principal objetivo lidar com a ansiedade e outros distúrbios de humor, além de poder ajudar em problemas conjugais que a EP promoveu. Estudos mostram que a psicoterapia associada a terapia sexual auxilia no aumento do tempo e da satisfação na relação sexual. Portanto, prefere-se a terapia psicológica ao invés da farmacoterapia visto que apresenta bons resultados, quando o paciente persiste no tratamento, e costuma ser curativo⁷⁶.

Farmacoterapia

O tratamento farmacológico da EP tem como principal arma o uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Essas drogas agem em terminações nervosas cerebrais impedindo a recaptação da Serotonina que é um neurotransmissor que promove o processo de ejaculação¹⁰⁰. As principais drogas desse grupo são: Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina e Sertralina. Essas drogas necessitam de um tempo mínimo de 1 a 2 semanas para começar a agir na EP, e a parada de seu uso pode levar ao retorno dos sintomas iniciais¹⁰¹. Os principais efeitos colaterais desses medicamentos são: fadiga, sonolência, náuseas e diarreia^{102,103}.

A droga mais nova utilizada no tratamento da EP é a Dapoxetina. Ela também é uma inibidora seletiva da recaptação de serotonina, porém é de curta ação, podendo ser administrada em formato de “demanda”. Ela deve ser administrada 1 a 2 horas antes da relação sexual com resultados animadores para muitos pacientes¹⁰⁴.

Anestésicos Tópicos

O uso de anestésicos locais para aumentar a latência da ejaculação é a forma mais antiga de farmacoterapia utilizada no tratamento da EP¹⁰⁵. Esses medicamentos possuem formulação em gel, cremes e spray.

Sua ação é baseada, na diminuição da sensibilidade glandar e do corpo peniano, porém pode haver absorção da substância pelo tecido vaginal promovendo também sua dessensibilização e dificultando o orgasmo feminino^{106,107}.

Inibidores da Fosfodiesterase tipo 5 (I5PDE)

Esses medicamentos, muito utilizados no tratamento da disfunção erétil, devem ser indicados principalmente para pacientes que apresentam além das queixas de EP, sintomas relacionados a DE. Existe apenas um estudo científico bem formulado que evidencia a eficácia desses medicamentos na melhora da EP¹⁰⁸. Apesar de não promover um aumento significativo do tempo de latência de ejaculação intravaginal (IELT), os I5P-DE agem aumentando a confiança e diminuindo a ansiedade, além de melhorar a percepção e o controle da ejaculação, aumento da satisfação sexual e diminuição do tempo para se obter uma segunda ereção¹⁰⁸.

A associação dos ISRS com os I5PDE tem se mostrado mais efetiva no tratamento da EP do que o tratamento exclusivo com ISRS^{109,110}.

Como a ejaculação depende da interação complexa entre os sistemas nervoso central, somático periférico e autônomo, enquanto não houver um conhecimento cientificamente provado do

funcionamento dos mecanismos neurobiológicos, fisiológicos e psicológicos, ainda estaremos longe de prever os tratamentos futuros para a EP⁷⁶.

Bibliografia

1. GLINA, S.; ANKIER, C. Disfunção sexual masculina. In: LOPES, A. C. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo: Roca, 2006. v. 2, p. 2950-2964.
2. Gratzke C, et al. Anatomy, physiology, and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010 7(1 Pt 2): p. 445-75.
3. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993 270(1): p. 83-90.
4. Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Intern Med*. 1998; 13:159-66.
5. Ayta, I., McKinlay, J. and Krane, R. (1999) The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int* 84: 50-56.
6. Shamloul R, Erectile H. Erectile dysfunction. *Lancet* 2013 381: 153-65
7. Pushkar' Dlu, Kamalov AA, Al'-Shukri Skh, Erkovich AA, Kogan MI, Pavlov VN, et al. Analysis of the results of epidemiological study on prevalence of erectile dysfunction in the Russian Federation. *Urologija* 2012;(6): 5-9.
8. Patel DV, Halls J, Patel U. Investigation of erectile dysfunction. *Br J Radiol* 2012; 85:S69-78.
9. Sattar, et al. Relationship between intrapenile O2 lever and quantity of intracavernous smooth muscle fibers: current physiopathological concept. *Acta Urol Belg*. 1995 Mar;63(1):53-9.
10. PAGANI, E.; DI DIO, L. J. A. Bases biomorfológicas e fisiologia da ereção. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 25-33.
11. PORST, H.; SHARLIP, I. D. Anatomy and physiology of erection. In: PORST, H.; BUVAT, J.; THE STANDARDS COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Massachusetts: Blackwell, 2006. p. 188-209.
12. Bosch RJ, et al. Penile detumescence: characterization of three phases. *J Urol*. 1991 Sep;146(3):867-71.
13. Salonia A, et al. Is erectile dysfunction a reliable proxy of general male health status? The case for the International Index of Erectile Function-Erectile Function domain. *J Sex Med* 2012 9(10): p. 2708-15.
14. Buvat J, et al. Endocrine aspects of male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2010 7(4 Pt 2): p. 1627-56.
15. Jackson G, et al. Cardiovascular aspects of sexual medicine. *J Sex Med* 2010 7(4 Pt 2): p. 1608-26.
16. Lee JC, et al. Do men with mild erectile dysfunction have the same risk factors as the general erectile dysfunction clinical trial population? *BJU Int* 2011 107(6): p. 956-60.
17. Gandaglia G, et al. A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Eur Urol* 2014 65(5): p. 968-78.
18. Gliina S, et al. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013 10(1): p. 115-9.
19. Vlachopoulos C, et al. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J* 2013 34(27): p. 2034-46.
20. Seftel AD, et al. Coexisting lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: a systematic review of epidemiological data. *Int J Clin Pract* 2013 67(1): p. 32-45.
21. Rosen R, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol* 2003 44(6): p. 637-49.
22. Feldman HA, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994 151(1): p. 54-61.

23. GHANEM, H.; PORST, H. Etiology and risk factors of erectile dysfunction. In: PORST, H.; BUVAT, J.; THE STANDARDS COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Massachusetts: Blackwell, 2006. p. 49-58.
24. Sanda MG, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med* 2008 358(12): p. 1250-61.
25. REHMAN, J.; MELMAN, A. Fisiopatologia das principais causas de disfunção erétil. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 59-79.
26. Editorial. In Memoriam: René Leriche (1879 1955). Honorary Fellow of the College; Membre de l'Institut de France. *Ann R Coll Surg Engl*. 1956;18:132-133.
27. DEAN, R. C.; LUE, T. F. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Clin. North Am.*, v. 32, n. 4, p. 379-395, Nov. 2005.
28. GLINA, S.; MONESI, A. A.; RODRIGUES JR., O. M. et al. Estudo da função venoclusiva dos corpos cavernosos em pacientes com impotência de origem psicológica. *J. Bras. Urol.*, v. 18, p. 91-93, 1992.
29. Devine CJ Jr, Somers KD, Jordan SG, et al. Proposal: trauma as the cause of the Peyronie's lesion. *J Urol* 1997 Jan;157:285-90
30. NEHRA, A. Pathophysiology and medical management. Peyronie's disease. In: PORST, H.; BUVAT, J.; THE STANDARDS COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Massachusetts: Blackwell, 2006. p. 158-164
31. HELLSTRON, W. J. G.; RUIZ-DEYA, G. Tratamento clínico e cirúrgico da doença de Peyronie. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 291-303.
32. Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V, et al. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines. *J Sex Med* 2010 Jul;7(7):2359-74.
33. Kadioglu A, Tefekli A, Erol B, et al. A retrospective review of 307 men with Peyronie's disease. *J Urol* 2002 Sep;168(3):1075-9.
34. Gelbard MK, Dorey F, James K. The natural history of Peyronie's disease. *J Urol* 1990 Dec;144(6):1376-9.
35. Mulhall JP, Schiff J, Guhring P. An analysis of the natural history of Peyronie's disease. *J Urol* 2006 Jun;175(6):2115-8;discussion 2118.
36. Bekos A, Arvaniti M, Hatzimouratidis K, et al. The natural history of Peyronie's disease: an ultrasonography-based study. *Eur Urol* 2008 Mar;53(3):644-50.
37. Pryor JP, Ralph DJ. Clinical presentations of Peyronie's disease. *Int J Impot Res* 2002;14:414-7.
38. Hellstrom WJ, Bivalacqua TJ. Peyronie's disease: etiology, medical, and surgical therapy. *J Androl* 2000 May-June;21(3):347-54.
39. Muller A, Mulhall JP. Peyronie's disease intervention trials: methodological challenges and issues. *J Sex Med* 2009 Mar;6(3):848-61.
40. Montorsi F, Adaihan G, Becher E, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010 Nov;7(11):3572-88.
41. Kendirci M, Hellstrom WJ. Critical analysis of surgery for Peyronie's disease. *Curr Opin Urol* 2004 Nov;14(6):381-8.
42. MULHALL, J. Surgical treatment of Peyronie's disease. In: PORST, H.; BUVAT, J.; THE STANDARDS COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Massachusetts: Blackwell, 2006. p. 165-173.
43. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. The Process of Care Consensus Panel. *Int J Impot Res* 1999 11(2): p. 59-70; discussion 70-4
44. Hatzichristou D, et al. Diagnostic steps in the evaluation of patients with erectile dysfunction. *J Urol* 2002 168(2): p. 615-20.
45. Althof SE, et al. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med* 2013 10(1): p. 26-35.
46. Rosen RC, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997 49(6): p. 822-30.
47. Oelke M, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol* 2013 64(1): p. 118-40.
48. Davis-Joseph B, et al. Accuracy of the initial history and physical examination to establish the etiology of erectile dysfunction. *Urology* 1995 45(3): p. 498-502.
49. Ghanem HM, et al. SOP: physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013 10(1): p. 108-10.
50. Bhasin S, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 95(6): p. 2536-59.
51. Isidori AM, et al. A critical analysis of the role of testosterone in erectile function: from pathophysiology to treatment-a systematic review. *Eur Urol* 2014 65(1): p. 99-112.
52. O'Connor DB, et al. The relationships between sex hormones and sexual function in middle-aged and older European men. *J Clin Endocrinol Metab* 2011 96(10): p. E1577-87.
53. Heidenreich A, et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *Eur Urol* 2014 65(1): p. 124-37.
54. Maggi M, et al. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (hyperprolactinemia, thyroid disorders, GH disorders, and DHEA). *J Sex Med* 2013 10(3): p. 661-77.
55. GLINA, S.; PAGANI, E. Avaliação das ereções do sono. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 147-161.
56. REIS, J. M. S. M.; FURLAN, V.; MARTINS, S. L. Avaliação ultra-sonográfica e radiológica da disfunção erétil. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 141-144.
57. Sikka SC, et al. Standardization of vascular assessment of erectile dysfunction: standard operating procedures for duplex ultrasound. *J Sex Med* 2013 10(1): p. 120-9.
58. PAGANI, E.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int. J. Impotence Res.*, v. 9, p. 167168, 1997.
59. GLINA, S.; SILVA, M. F. R.; PUECH-LEÃO, P. et al. Veno-occlusive dysfunction of corpora cavernosa: comparison of diagnostic methods. *Int. J. Impotence Res.*, v. 7, p. 1-10, 1995.
60. Capogrosso P, et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man--worrying picture from the everyday clinical practice. *J Sex Med* 2013 10(7): p. 1833-41.
61. Kim TE, Kim BH, Kim JR, et al. Effect of food on the pharmacokinetics of the oral phosphodiesterase 5 inhibitor udenafil for the treatment of erectile dysfunction. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68(1):43-46.
62. Paick JS, Kim SW, Yang DY, et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5(4):946-953.
63. Lue TF. Erectile dysfunction. *N Engl J Med* 2000 342(24): p. 1802-13.
64. Swearingen D, et al. Hemodynamic effect of avanafil and glyceryl trinitrate coadministration. *Drugs Context* 2013 2013: p. 212248.
65. ABDO, C. H. N. Terapia sexual, de grupo e de curta duração, para disfunções sexuais. In: *Sexualidade Humana e seus Transtornos*. 2. ed. ampl. São Paulo: Lemos, 2000. p. 227-238.
66. RODRIGUES JR., O. M. Tratamento psicoterápico da disfunção erétil. In: GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; PAGANI, E. *Disfunção Sexual Masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 237-240.
67. Hellstrom WJ, et al. Implants, mechanical devices, and vascular surgery for erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010 7(1 Pt 2): p. 501-23.
68. Carson CC, et al. Efficacy, safety and patient satisfaction outcomes of the AMS 700CX inflatable penile prosthesis: results of a long-term multicenter study. AMS 700CX Study Group. *J Urol* 2000 164(2): p. 376-80.

69. Wilson SK, et al. Comparison of mechanical reliability of original and enhanced Mentor Alpha I penile prosthesis. *J Urol* 1999 162(3 Pt 1): p. 715-8.
70. Carson CC, 3rd, et al. Long-term infection outcomes after original antibiotic impregnated inflatable penile prosthesis implants: up to 7.7 years of followup. *J Urol* 2011 185(2): p. 614-8.
71. Darouiche RO, et al. North American consensus document on infection of penile prostheses. *Urology* 2013 82(4): p. 937-42.
72. Serefoglu EC, et al. Long-term revision rate due to infection in hydrophilic-coated inflatable penile prostheses: 11-year follow-up. *J Sex Med* 2012 9(8): p. 2182-6.
73. Zargaroff S, et al. National trends in the treatment of penile prosthesis infections by explantation alone vs. immediate salvage and reimplantation. *J Sex Med* 2014 11(4): p. 1078-85.
74. Rosenberg MT, et al. Identification and diagnosis of premature ejaculation. *Int J Clin Pract* 2007 61(6): p. 903-8.
75. Laumann EO, et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 281(6): p. 537-44.
76. MCMAHON, C. G.; WALDINGER, M.; ROWLAND, D.; ASSALIAN, P.; KIM, Y. C.; BECHARA, A.; RILEY, A. Ejaculatory disorders. In: PORST, H.; BUVAT, J.; THE STANDARDS COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUAL MEDICINE. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Massachusetts: Blackwell, 2006. p. 188-209.
77. McMahon CG, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2004 1(1): p. 58-65.
78. Laumann EO, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005 17(1): p. 39-57.
79. Porst H, et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007 51(3): p. 816-23; discussion 824.
80. Carson C, et al. Premature ejaculation: definition and prevalence. *Int J Impot Res* 2006 18 Suppl 1: p. S5-13.
81. Richardson D, et al. Premature ejaculation--does country of origin tell us anything about etiology? *J Sex Med* 2005 2(4): p. 508-12.
82. Waldinger MD, et al. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Genet* 1998 8(1): p. 37-40.
83. Screponi E, et al. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology* 2001 58(2): p. 198-202.
84. Shamloul R, et al. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *J Sex Med* 2006 3(1): p. 150-4.
85. Cordeiro ER, et al. High-intensity focused ultrasound (HIFU) for definitive treatment of prostate cancer. *BJU Int* 2012 110(9): p. 1228-42.
86. Dunn KM, et al. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999 53(3): p. 144-8.
87. Rowland D, et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J Sex Med* 2004 1(2): p. 225-32.
88. Rowland DL, et al. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol* 2007 177(3): p. 1065-70.
89. Symonds T, et al. How does premature ejaculation impact a man's life? *J Sex Marital Ther* 2003 29(5): p. 361-70.
90. Riley A, et al. Treatment of premature ejaculation. *Int J Clin Pract* 2006 60(6): p. 694-7.
91. Byers ES, et al. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch Sex Behav* 2003 32(3): p. 261-70.
92. Solursh DS, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res* 2003 15 Suppl 5: p. S41-5.
93. Sotomayor M. The burden of premature ejaculation: the patient's perspective. *J Sex Med* 2005 2 Suppl 2: p. 110-4.
94. Shabsigh R. Diagnosing premature ejaculation: a review. *J Sex Med* 2006 3 Suppl 4: p. 318-23.
95. Sharlip I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: the physician's perspective. *J Sex Med* 2005 2 Suppl 2: p. 103-9.
96. Rowland DL, et al. Premature ejaculation: psychophysiological considerations in theory, research, and treatment. *Annu Rev Sex Res* 1997 8: p. 224-53. [no abstract].
97. Althof SE. Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. *J Urol* 2006 175(3 Pt 1): p. 842-8.
98. Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. *South Med J* 1956 49(4): p. 353-8. [no abstract].
99. de Carufel F, et al. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006 32(2): p. 97-114.
100. Olivier B, et al. Serotonin, serotonergic receptors, selective serotonin reuptake inhibitors and sexual behaviour. *Int Clin Psychopharmacol* 1998 13 Suppl 6: p. S9-14.
101. Giuliano F. 5-Hydroxytryptamine in premature ejaculation: opportunities for therapeutic intervention. *Trends Neurosci* 2007 30(2): p. 79-84.
102. Waldinger MD. Premature ejaculation: state of the art. *Urol Clin North Am* 2007 34(4): p. 591-9, vii-viii.
103. McMahon CG, et al. Oral agents for the treatment of premature ejaculation: review of efficacy and safety in the context of the recent International Society for Sexual Medicine criteria for lifelong premature ejaculation. *J Sex Med* 2011 8(10): p. 2707-25.
104. Porst H, et al. Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: integrated analyses of two phase 3 dapoxetine trials. *J Sex Med* 2010 7(6): p. 2231-42.
105. Morales A, et al. A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. *BJU Int* 2007 100(3): p. 493-501.
106. Sachs BD, et al. Maintenance of erection of penile glans, but not penile body, after transection of rat cavernous nerves. *J Urol* 1991 146(3): p. 900-5.
107. Wieder JA, et al. Anesthetic block of the dorsal penile nerve inhibits vibratory-induced ejaculation in men with spinal cord injuries. *Urology* 2000 55(6): p. 915-7.
108. McMahon CG, et al. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. *J Sex Med* 2005 2(3): p. 368-75.
109. Salonia A, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *J Urol* 2002 168(6): p. 2486-9.
110. Zhang XS, et al. [Comparison between sildenafil plus sertraline and sertraline alone in the treatment of premature ejaculation]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2005 11(7): p. 520-2, 525.