



Descritores

Sexualidade; Tratamento; Desejo sexual hipotativo

Como citar?

Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo - Ginecologia, nº 11/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

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

2. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

4. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

5. Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

6. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

7. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor não vinculado a Instituições de Ensino Superior.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Sexologia e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 11, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista

Lucia Alves da Silva Lara¹, Gerson Pereira Lopes², Sandra Cristina Poerner Scalco³, Fabiene Bernardes Castro Vale⁴, Andrea Cronemberger Rufino⁵, Júlia Kefalás Troncon⁶, Carmita Helena Najjar Abdo⁶, Jorge José Serapião⁷, Yara Aguiar[#]

INTRODUÇÃO

O diagnóstico da disfunção sexual (DS), por si só, não determina o planejamento terapêutico, por isso é necessário identificar o fator que culminou com a DS. O quadro 1 evidencia os fatores associados às disfunções sexuais femininas (DSFs).

ASPECTOS GERAIS

O tratamento das DSFs deve ser direcionado para o distúrbio primário identificado pela mulher. A educação sexual é o primeiro passo no tratamento de qualquer queixa sexual ou disfunção. Inicia-se com a explicação sobre a anatomia e o

funcionamento normativo da resposta sexual.⁽¹⁾ As medidas educativas básicas foram reunidas no modelo EOP (Quadro 2), recentemente, publicado na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO).⁽²⁾

(E) Ensinar sobre a resposta sexual

Neste nível, o médico esclarece à paciente sobre as três principais fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo.

Desejo sexual

É uma sensação de vontade de ter relação sexual que gera bem-estar

Quadro 1. Fatores associados às disfunções sexuais femininas

Condições médicas	Diabetes, hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, dor pélvica crônica, depressão, ansiedade, hipoestrogenismo, hiperprolactinemia, hipoandrogenismo
Medicamentos	Benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina (ISRSs), antipsicóticos antidopaminérgicos, antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona), betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), anti-hipertensivos de ação central (metildopa, reserpina), bloqueadores H2 histamina (cimetidina, ranitidina), anticoncepcionais hormonais
Diádicas (relacionais)	Relação conflituosa, de longa duração, rotina relacional, ausência do ritual de sedução, preliminares insuficientes, disfunção sexual da parceria
Aspectos socioculturais	Costumes, valores, tabu e mitos, autoestima rebaixada, valores negativos em relação à sexualidade
Violência sexual	Abuso sexual, estupro
Quebra de contrato	Traições cursam com desejo sexual hipoativo (DSH) e dificuldade de entrega
Repressão sexual	Familiar, religiosa e social no processo de formação da sexualidade induz ao sentimento negativo em relação a sua sexualidade e inibe a expressão sexual
Hormonais	Hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipoestrogenismo e hipoandrogenismo, anticoncepcionais hormonais
Desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual	Repertório sexual limitado, inibição, dificuldade de entrega
Disfunção sexual prévia	Alteração em uma fase da resposta sexual pode desencadear disfunção de outra fase. Ex.: anorgasmia primária pode levar ao DSH, disfunção de excitação ou dor durante a relação sexual

Quadro 2. Modelo de abordagem sexual proposto para médicos⁽²⁾

Modelo EOP	Significado
E	Ensinar sobre a resposta sexual
O	Orientar sobre a saúde sexual
P	Permitir e estimular o prazer sexual

físico e mental em relação ao sexo. A mulher sente desejo por sexo de maneira prazerosa em três situações: espontaneamente, pelo instinto sexual que é natural a todo ser humano; quando recebe estímulo sexual de sua parceria; por meio de fantasias sexuais.⁽³⁾ É importante pensar em sexo para desenvolver a habilidade de construir fantasias sexuais que possam desencadear o desejo sexual. O desejo sexual torna a mulher receptiva para o sexo e pode conduzi-la à busca por uma relação sexual ou a masturbar-se para obter prazer sexual.⁽⁴⁾

Excitação sexual

É uma sensação de prazer na vulva e na vagina que gera sensação de prazer sexual. Ocorre o intumescimento da genitália pelo aumento do aporte de sangue para essa região, que fica úmida pela lubrificação da vagina.⁽⁵⁾

Orgasmo

São múltiplas contrações prazerosas na genitália, sendo a primeira mais intensa e as demais vão ficando mais

fracas até que cessam, então, levando a uma sensação de relaxamento geral.⁽⁶⁾ O clitóris fica ereto, os batimentos cardíacos e o ritmo da respiração aceleram-se. O orgasmo ocorre com o movimento do pênis dentro da vagina, por estímulo no clitóris ou pela combinação de ambos. Essa estimulação pode ser causada pela atividade sexual, pela masturbação, pelo sexo oral, por vibrador e outros modos. É possível que todas as mulheres consigam atingir o orgasmo,⁽⁷⁾ mas algumas delas, que não o conseguem espontaneamente,⁽⁸⁾ podem sentir orgasmo mediante técnicas fornecidas pela terapia sexual (TS).⁽⁹⁾

(O) Orientar sobre a saúde sexual

Neste nível, são oferecidas informações que podem favorecer o entendimento da sexualidade e da resposta sexual, bem como sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e os métodos anticoncepcionais. Trata-se de esclarecer que a sexualidade é formada desde a mais tenra idade e continua por toda a infância até a adolescência e vai sendo construída ao longo de toda a vida, bem como compreende a afetividade e a busca por interações emocionais e físicas com parcerias. Com o auxílio de um desenho da vulva, mostrar a localização do clitóris, os pequenos lábios, o orifício da uretra e o introito vaginal. Explicar que a genitália é provida de terminações nervosas que são prazerosas ao toque e, quando estimuladas, podem levar à sensação de prazer e ao orgasmo.^(10,11) Nem sempre a mulher atinge o orgasmo com a penetração e o movimento do pênis dentro da

vagina, podendo esse ser alcançado pela manipulação do clitóris durante o ato sexual ou fora dele. Potencialmente, toda mulher pode atingir o orgasmo, mas os polimorfismos em receptores hormonais e de neurotransmissores e neuropeptídeos são condições que podem desfavorecer a fase da resposta sexual.⁽¹²⁾ A mulher pode sentir a satisfação sexual mesmo sem sentir o orgasmo. Esclarecer que as práticas sexuais mais comuns são: sexo vaginal, sexo oral e sexo anal e que é importante a mulher se tocar tanto no corpo todo quanto na sua genitália a fim de conhecer melhor suas áreas de maior prazer sexual. Explicar que a entrega e a concentração na relação sexual são essenciais para obter prazer sexual. Que o uso do preservativo previne contra as ISTs e a gravidez indesejada e não planejada. Discutir métodos anticoncepcionais.

(P) Permitir e estimular o prazer sexual

É histórica a repressão sexual feminina tanto social como religiosa,^(13,14) o que pode gerar DS. Como estratégia para lidar com a repressão sexual, podem ser utilizados os seguintes argumentos:⁽¹⁵⁾ o sexo é uma função biológica importante para o bem-estar físico e emocional da pessoa. Todos têm a capacidade e o direito de sentir prazer sexual.

TRATAMENTO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO (DSH)

É preciso levar em conta que, se o relacionamento conjugal não for satisfatório, as medidas para melhorar o DSH são quase sempre ineficazes.⁽¹⁶⁾ O tratamento vai

ser direcionado de acordo com o fator causal, incluindo medicamentos (hormonais e não hormonais) e terapia psicológica e/ou TS. Vale lembrar que a inibição da resposta sexual envolve a ação da serotonina (5-HT), endocanabinoides e opiáceos, enquanto a excitação sexual envolve a ocitocina (OXT), a norepinefrina, a dopamina e o sistema de melanocortina.⁽¹⁷⁾

TERAPIA HORMONAL (TH)

A diminuição dos níveis circulantes de estrogênio na menopausa natural, a diminuição do androgênio com a idade e o rápido decréscimo desses hormônios com a menopausa cirúrgica contribuem para o aparecimento de DS, em especial a dor na relação e o DSH.^(18,19) Nos casos em que a queixa de diminuição do desejo vem associada a manifestações clínicas da menopausa, como sintomas vasomotores e síndrome urogenital, a TH está indicada.

Terapia estrogênica

Quando a DS aparece no período da peri e pós-menopausa, a terapia estrogênica pode ser oferecida, principalmente nos casos em que existem outros sintomas associados, como, por exemplo, alterações do sono e do humor. Uma revisão sistemática evidenciou que as mulheres que apresentaram DS, com a chegada da menopausa, beneficiam-se da terapia hormonal.⁽²⁰⁾ Contraindicação absoluta ao uso em mulheres com câncer de mama, câncer de endométrio, tromboembolismo agudo, hepatopatia aguda e/ou grave, diabetes com lesão de órgão-alvo, porfiria e sangramento uterino sem causa diagnosticada.



Tibolona

Esteróide sintético derivado da noretisterona que tem ações nos receptores tissulares do estrogênio, progesterona e androgênio. Existe em apresentação via oral na dose 2,5 mg/dia e 1,25 mg/dia. Recomendado às pacientes com DSH na pós-menopausa dentro da janela de oportunidade. Mesmas contraindicações para o uso de estrogênio. A tibolona resulta em aumento do desejo sexual, excitação, frequência e satisfação sexual e tem efeito positivo sobre a genitália, pois melhora a lubrificação vaginal. A tibolona, também, modula a elevação da concentração sanguínea de endorfina, promovendo uma melhora do bem-estar geral e da qualidade de vida (Grau de recomendação B).^(17,21)

Terapia androgênica (TA)

Sabidamente, a testosterona melhora todas as fases da resposta sexual em mulheres ooforectomizadas e com menopausa natural.^(22,23) As contraindicações absolutas são as mesmas para terapia estrogênica. Evidências de estudos randomizados e controlados apoiam a eficácia do tratamento da diminuição do desejo sexual em mulheres na pós-menopausa, utilizando várias formulações de testosterona (Grau de recomendação A).^(17,24) Revisões sistemáticas recentes⁽²⁴⁻²⁶⁾ sobre o assunto evidenciam que:

- A aplicação de testosterona transdérmica é efetiva no tratamento do DSH em mulheres na pós-menopausa (Grau de evidência A), bem como em mulheres nos últimos anos da menacme (Grau de evidência B);
- O uso de testosterona transdérmica por período curto, até 3 anos, é seguro;
- A resposta terapêutica à testosterona em mulheres com DSH pode ocorrer após semanas de seu uso (Grau de evidência A);
- Caso não haja resposta terapêutica em até seis meses, o uso da testosterona deve ser descontinuado (Grau de evidência A).

No momento, nenhuma preparação para a terapia com testosterona foi licenciada pela *Federal Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, não há formulação disponível pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e toda a prescrição de testosterona é *off-label*. Prescrições possíveis: uma dose de 300 µg/dia em adesivos colados na pele do abdome, ou em 1 grama de gel alcoólico ou Pentravan® aplicado na pele, duas vezes por semana, é efetiva para melhorar o desejo sexual, a excitação e o orgasmo de mulheres ooforectomizadas com queixa de DSH.⁽²³⁾ O propionato de testosterona 2 mg em 0,5 g de creme neutro para uso intravaginal foi utilizado em um estudo com mulheres entre 20 e 41 anos.⁽²⁷⁾ Alternativamente, pode-se prescrever o propionato de testosterona 10 ou 20 mg em 1 grama de gel não alcoólico ou em Pentravan® por dose para passar no clitóris

e pequenos lábios em noites alternadas ou duas vezes por semana. O pico máximo da testosterona total e livre ocorreu após 6 horas da aplicação, mas não evidenciou indução do desejo sexual.⁽²⁷⁾ Isso indica que o uso prolongado da testosterona é crucial para o efeito na função sexual. Para todas as apresentações, após 3 meses do uso da testosterona, avaliar o tamanho do clitóris e realizar uma dosagem de testosterona para verificar se não está ocorrendo uso em excesso. Caso os níveis de testosterona estejam altos, aumentar o espaçamento das aplicações ou suspender a medicação. A TA é recomendada para mulheres com diagnóstico de DSH na peri e pós-menopausa, quando afastadas todas as outras causas.⁽²³⁾ Efeitos adversos podem ser observados, como hirsutismo, acne e voz grave, assim como alterações do metabolismo lipídico, como a redução do HDL-colesterol. As contraindicações de TA em mulheres são as mesmas para o uso de estrogênio e incluem alopecia androgênica, acne, hirsutismo, hipertrigliceridemia e transtorno hepático.

Mulheres em uso de anticoncepcional hormonal

A resposta sexual pode estar adequada, mas algumas mulheres queixam-se de DSH após iniciar o uso da pílula. Um estudo randomizado e controlado evidenciou que o desejo sexual espontâneo, a excitação sexual e o prazer são menores em relação a controles sem uso de anticoncepcional hormonal (Grau de recomendação A).⁽²⁸⁾ Nesse caso, o método poderá ser trocado por outro não hormonal, como o DIU de cobre, progestagênio oral ou DIU com levonorgestrel.

TRATAMENTO NÃO HORMONAL

O uso potencial de medicamentos do sistema nervoso central (SNC) para tratar a DSF surge de estudos laboratoriais e clínicos que sugerem o papel de alguns neurotransmissores na ativação e/ou desativação de áreas cerebrais que afetam a resposta sexual:

- **Flibanserina**, oral, 100 mg/dia, à noite, ao deitar (Addyi®). Esta droga é agonista do receptor de serotonina 1A (5HT-1A), antagonista do receptor 2A (5HT-2A) e tem atividade agonista parcial sobre os receptores de dopamina (D4). O mecanismo de ação dá-se pelo aumento da liberação de noradrenalina e dopamina e diminuição de serotonina no córtex cerebral, restaurando o controle do córtex pré-frontal sobre as estruturas de motivação/recompensas do cérebro, assim, permitindo o início do desejo sexual. Está aprovada pela FDA, sendo recomendada para tratamento do DSH, em mulheres na pré-menopausa, para promover o equilíbrio de neurotransmissores cerebrais, dessa forma, melhorando o funcionamento da resposta sexual. Efeitos adversos principais: hipotensão, síncope, sonolência, náuseas, fadiga, insônia e boca seca. A flibanserina pode

causar hipotensão e síncope e revela interação potencialmente grave com o álcool. Contraindicado o uso para outras DSs que não seja o DSH. É recomendado descontinuar o tratamento se a paciente não apresentar melhoras após 8 semanas de uso (Grau de recomendação A).^(17,29)

- **Bupropiona**, oral, 150 a 300 mg/dia. Inibe a recaptação de dopamina e norepinefrina, além de bloquear os receptores da serotonina 5HT-2. Tem um efeito pró-sexual leve a moderado. Seu uso é recomendado em mulheres com DSH devido a estados depressivos e no manejo de DSF induzida por antidepressivos como “antídoto”. Contraindicado em pacientes com epilepsia, bulimia e anorexia (Grau de recomendação B).^(17,30)
- **Trazodona** é um antidepressivo pertencente à classe dos antagonistas dos receptores da serotonina tipo 2 (5-HT₂) e dos receptores alfa1-receptores adrenérgicos e como inibidor da recaptação da serotonina (5-HT). O uso *off-label* dessa droga para o tratamento das DSs, principalmente as induzidas pelos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), mostrou-se efetivo pela segurança e pela ação rápida com poucos efeitos colaterais.⁽³¹⁾ Em homens, pode promover o priapismo.
- **Buspirona** é um medicamento ansiolítico agonista dos receptores 5-HT_{1A} e, também, tem mostrado efeitos pró-sexuais.⁽³²⁾

TÉCNICAS DE ABORDAGEM PSÍQUICA DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO

Em geral, as abordagens psicológicas mais promissoras para tratar o DSH incorporam elementos da TS, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções baseadas na atenção plena à paciente.

Terapia sexual

A TS é uma forma especializada e breve de terapia que é projetada para ajudar a mulher e o parceiro com problemas sexuais pertinentes a questões relacionais, monotonia da vida conjugal, dificuldade de comunicação e falta de intimidade com o parceiro.⁽³³⁾ Em geral, inclui prescrições de exercícios ao casal, contendo foco sensitivo ou sensorial (FS) e aconselhamento. O manejo desses recursos exige algum treinamento por parte do profissional. Um componente central da TS é a terapia do foco sensorial (FS), que envolve prescrição sistematizada de exercícios envolvendo a prática de toque sensual em todo o corpo, inicialmente, evitando tocar a genitália até que a mulher verbalize o desejo de receber esse estímulo. Em uma abordagem baseada no par conjugal, a terapia de FS visa diminuir a aversão aos toques sensuais ou a atividade sexual devido à ansiedade, melhorar a comunicação sexual e a intimidade do casal,

reintroduzindo a atividade sexual de forma gradual. Os exercícios devem iniciar com o toque em outras regiões do corpo, evitando tocar a genitália (FS 1). Quando a mulher não sente mais desconforto com o toque no corpo, a/o mulher/casal é liberada(o) para o toque genital (FS 2) e, finalmente, para as relações sexuais. A terapia de FS, também, pode ser aplicada mais às mulheres em um modelo individual para melhorar seu autoconhecimento sexual e sua função sexual, incluindo sua capacidade orgásmica mediante a autoestimulação (Grau de recomendação B).⁽¹⁷⁾

Terapia cognitivo-comportamental

As abordagens psicossociais contemporâneas combinam técnicas de TS dentro de um quadro mais amplo, como a TCC.⁽³⁴⁾ Essa linha de terapia focaliza-se na identificação e na modificação de comportamentos (por exemplo, prevenção de atividade sexual) e nas cognições ou nas crenças distorcidas (por exemplo, expectativas pouco realistas) que contribuem para a DS. Medidas educativas são importantes na TCC e podem ajudar a mulher ou o casal a entender como o estímulo erótico adequado e a estimulação física contribuem para o desejo e a excitação sexual.⁽³⁵⁾ O conceito de atenção plena, isto é, aceitação sem julgamento, vem da meditação budista e foi adaptado para intervenções baseadas na atenção e inclui a psicopedagogia sobre a resposta sexual, terapia cognitiva e treinamento em formato de grupo. Os exercícios incluem autoestimulação genital não masturbatória e reconhecimento corporal (Grau de recomendação B).^(2,36)

Técnica da atenção plena na TCC

Consiste em orientar a paciente a concentrar nos aspectos emocionais de um estímulo sexual. Como outros estados emocionais, a excitação sexual é maior para estímulos novos e, ao longo do tempo, a pessoa pode habituar-se àqueles estímulos.⁽³⁷⁾ Exemplificando: leitura de um texto erótico e internalizar as experiências pessoais e emocionais da personagem, afastar a distração e os pensamentos não eróticos durante o sexo, afastar pensamentos relacionados à baixa autoestima, desaprovação do parceiro, preocupações de gravidez e/ou de contrair IST. Incorporando-se o treinamento de atenção plena nas abordagens de TCC sexual, pode-se ajudar as mulheres a aprender a concentrar-se em sensações prazerosas, e, ao mesmo tempo, afastar distrações por pensamentos e sentimentos negativos durante o sexo. De fato, os exercícios de foco sensorial (FS 1 e 2) descritos anteriormente podem ser vistos como uma forma de treinamento de atenção plena. Cada parceiro, ao receber os estímulos, deve-se concentrar em suas próprias sensações corporais, tentando desligar-se de quaisquer pensamentos negativos, focalizando a atenção nos sentimentos físicos (Grau de recomendação B).⁽¹⁷⁾

Tratamento do distúrbio da excitação sexual

A excitação mental ou subjetiva (sensação de prazer) e a genital ou objetiva (lubrificação como mais significativa) podem ou não estar relacionadas. A excitação sexual subjetiva refere-se à percepção da mulher sobre suas respostas genitais, enquanto a excitação genital refere-se à ativação fisiológica, como lubrificação vaginal e vasocongestão. Uma pode estar combinada com a outra ou manifestar-se isoladamente. Definir qual o tipo, subjetiva e/ou objetiva, que está bloqueado e os fatores que podem ter levado a mulher à disfunção da excitação sexual são cruciais para desenvolver um plano de tratamento. O tratamento, em linhas gerais, consiste da técnica de atenção plena na TCC, meditação, tratamento medicamentoso e/ou dispositivos vaginais. A TH, a terapia com testosterona e a tibolona podem ser utilizadas no distúrbio de excitação sexual. Quando a disfunção de excitação está associada ao ressecamento vaginal na peri e pós-menopausa, a TH tópica pode resolver a queixa.⁽³⁸⁾ Segue:

- **Terapia estrogênica local:** creme de estrogênio conjugado 0,625 mg/g; creme de estradiol 100 mcg/g, creme de estriol 1 mg e promestrieno creme vaginal 1% (10 mg/g) ou promestrieno cápsula vaginal 10 mg. Uso local, intravaginal, contínuo, à noite, durante 2 a 3 semanas e, em seguida, duas a três vezes por semana para manutenção. Recomendado para tratar os sintomas específicos da atrofia vulvovaginal com ausência ou dificuldade de lubrificação genital e de permanecer lubrificada durante todo o ato sexual em mulheres na pós-menopausa.⁽³⁸⁾ O uso de estrogênio local aumenta a lubrificação e o fluxo sanguíneo vaginal, assim, agindo indiretamente no desejo sexual e na excitação. Eficácia, segurança e tolerabilidade foram estabelecidas em mulheres na pós-menopausa usando esse tipo de tratamento. Contraindicação para mulheres na pós-menopausa com sangramento uterino sem causa aparente. É controverso o uso local nos casos de neoplasia estrogênio-dependente (por exemplo, de mama ou endométrio) (Grau de recomendação A).⁽³⁹⁾
- **Testosterona:** o uso de creme de testosterona (300 µg de propionato de testosterona em 1 grama de creme) administrado por via vaginal só ou em combinação com um creme de estrogênio vaginal demonstrou melhorar a função sexual. Recomendado para as mulheres com disfunção da excitação genital, mas melhora o desejo sexual (Grau de recomendação A).^(17,40)
- **Inibidores da fosfodiesterase 5:** a sildenafil pode ser recomendada para mulheres na pré-menopausa com condições médicas claras, como diabetes tipo 1, lesão medular, esclerose múltipla e distúrbio de excitação sexual



secundária ao uso de ISRSs. Os dados sugerem um potencial efeito terapêutico para esses agentes vasoativos orais em condições médicas bem estabelecidas que interferem com substratos neurovasculares genitais (Grau de recomendação B).⁽⁴¹⁻⁴³⁾ O transtorno de excitação genital persistente (PGAD) é considerado uma patologia grave com prevalência desconhecida, etiologia indeterminada e é caracterizado por sentimentos excessivos e incessantes da excitação genital na ausência de desejo sexual. Com apenas dados mínimos sobre a etiologia do PGAD, o tratamento torna-se difícil com evidências limitadas. Algumas tentativas farmacológicas são sugeridas, como o uso da duloxetine, pregabalina e vareniclina. Opções, também, descritas são a terapia eletroconvulsiva e a psicoterapia.^(44,45) A história clínica detalhada pode levar ao diagnóstico etiológico. Isso é válido para outros transtornos sexuais, tais como o de desejo e o de orgasmo.

TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO DO ORGASMO

O primeiro passo no tratamento da anorgasmia é o esclarecimento da paciente (se possível, o casal) sobre a compreensão realista do que é o orgasmo, trabalhando antes suas expectativas (muitas vezes irrealistas), assim como o início e a evolução da dificuldade. É preciso informar sobre a importância do estímulo do clitóris e esclarecer que o orgasmo pode acontecer com o movimento do pênis dentro da vagina ou com estímulo direto do clitóris, sendo este o que ocorre com a maioria das mulheres, e que ambas as formas são normais. A relação sexual satisfatória pode ocorrer sem que aconteça o orgasmo.^(46,47) É imprescindível avaliar se o bloqueio do orgasmo é induzido pelo uso de medicamentos, tais como antidepressivos ou abuso de drogas, e/ou se há presença de doenças vasculares, neuropáticas, reumatológicas, entre outras, anorgasmia induzida por doença. Afastados os fatores orgânicos, o tratamento mais efetivo é a TS utilizando a técnica da masturbação dirigida/dessensibilização masturbatória,^(46,47) bem como a entrega durante a relação sexual, necessitando, para isso, orientar a mulher sobre a anorgasmia relacionada com inibições, dificuldade da mulher de participar ativamente na relação sexual e dificuldade de entrega.⁽⁴⁸⁾ A masturbação dirigida, também conhecida como treinamento de masturbação, consiste em uma série de exercícios de exploração corporal destinados a ajudar a mulher a tornar-se mais familiarizada e confortável com seus órgãos genitais e outras áreas do corpo. De forma progressiva, a mulher é orientada a completar uma série de exercícios para explorar seu corpo e os órgãos genitais de modo a torná-la mais consciente dos estímulos sexualmente excitantes e usar seu autoconhecimento para masturbar-se até conseguir o orgasmo (Grau de recomendação B).^(17,49)

TRATAMENTO DA DOR SEXUAL

A dor sexual inclui a dispareunia e o vaginismo. Na dispareunia, há queixa de dor recorrente ou persistente na tentativa ou durante a penetração, porém não há espasmo da musculatura externa da vagina, o que se diferencia do vaginismo, pois, neste caso, há espasmo involuntário dessa musculatura e, às vezes, de toda pele à introdução (ou tentativa) vaginal.

Dispareunia

A dispareunia pode ter diferentes etiologias, incluindo infecção, doença sexualmente transmissível, atrofia vaginal, endometriose, entre outras. É fundamental abordar a causa subjacente e realizar o tratamento de acordo com a etiologia. No caso de desconhecimento da origem da dispareunia ou quando está associada à interação de fatores fisiológicos, emocionais e relacionais, o tratamento impõe uma abordagem multidisciplinar, podendo incluir ginecologista, fisioterapeuta, psiquiatra e psicólogo. A dispareunia derivada da deprivação estrogênica pode ser tratada com o estriol tópico associado aos lubrificantes, à base de água, que são usados durante a relação sexual.⁽⁵⁰⁾ Os hidratantes são géis hidrofílicos que, quando aplicados na cavidade vaginal, absorvem água e mantêm a umidade da vagina. Uma aplicação intravaginal a cada 3 dias é suficiente para promover o efeito desejado. É uma excelente opção para as mulheres com contra-indicação para o uso do estrogênio,^(50,51) como é o caso do câncer de mama (Grau de recomendação A). Uma particularidade da dispareunia é a entidade vulvodínea caracterizada por dor crônica em queimação ou desconforto envolvendo a vulva por mais de 3 meses, que pode ser espontânea ou causada pelo toque direto, pela relação sexual ou mesmo ao lavar. A etiologia é incerta, podendo derivar de infecções, candidíase, irritantes químicos, hipoestrogenismo, e tem um forte componente psíquico. Trata-se de dor neuropática decorrente da ativação nociceptiva de vias periféricas que pode resultar na sensibilização central.⁽⁵²⁾ Essa sensibilização prolonga os sintomas após a lesão tecidual original. O tratamento deve ser multidisciplinar, em conjunto com ginecologista, psiquiatra, psicólogos e/ou fisioterapeutas, mas existe um forte efeito placebo de todos os tratamentos utilizados.⁽⁵³⁾ Os medicamentos usados incluem: lidocaína tópica no local da dor em torno de 15 a 20 minutos antes da relação sexual e/ou na área afetada (Grau de recomendação B); antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina ou nortriptilina; gabapentina e pregabalina, que, associados, podem ser considerados como terapia adjuvante em adição a um antidepressivo tricíclico (Grau de recomendação B). Nos casos refratários, pode-se aplicar injeções com corticoides ou analgésicos na área afetada e, até mesmo nos casos graves, indicar a excisão cirúrgica do vestíbulo (vestibulectomia) (Grau de recomendação C). A fisioterapia no assoalho pélvico, associada a técnicas

de dessensibilização dos músculos pélvicos, pode ser combinada ao tratamento medicamentoso, melhorando a capacidade da paciente de localizar, contrair e relaxar completamente esses músculos, além de aprender a lidar com reflexos e/ou espasmos musculares (Grau de recomendação B).⁽⁵²⁾

Vaginismo

No vaginismo, há um círculo vicioso que deve ser interrompido: o medo da penetração gera tensão, dessa forma, levando a aumento da contração involuntária da musculatura externa da vagina (às vezes de toda a pelve) na tentativa de penetração, por conseguinte, ocasionando dor. O tratamento é baseado em técnica de dessensibilização sistemática, podendo-se combinar fisioterapia do assoalho pélvico, com o objetivo de impedir o espasmo da musculatura pélvica. Na dessensibilização são propostos exercícios em sequência: técnicas de relaxamento, exercício de Kegel e massagem intravaginal para relaxamento dos músculos perivaginais, realizados por um fisioterapeuta, focalização sensorial, participação do parceiro nos exercícios até a permissão gradativa da penetração, sob o controle exclusivo da mulher. O coito só deve ser liberado depois de superada a contratura involuntária da musculatura externa da vagina (Grau de recomendação B).⁽⁵⁴⁾ É imprescindível a psicoterapia associada a qualquer outro tipo de intervenção médica e fisioterapêutica.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- O tratamento das DSFs consiste principalmente na educação e na TS (bases na TCC), podendo ser individual e de casal, associando ou não medicações.
- As abordagens psicológicas mais promissoras para tratar o DSH incorporam elementos de TS, TCC e intervenções baseadas na atenção.
- A tibolona e a testosterona melhoram a função sexual em mulheres pós-menopáusicas com distúrbio do DSH e da excitação.
- O estrogênio local melhora a dispareunia associada à atrofia vulvovaginal em mulheres na pós-menopausa.
- As intervenções que melhoram as habilidades, particularmente a masturbação dirigida e o foco sensorial, são tratamentos efetivos para a disfunção do orgasmo.
- O tratamento da vulvodínea é multidisciplinar e envolve medicamentos, fisioterapia, psicologia e, até mesmo, em alguns casos, intervenção cirúrgica.
- O tratamento do vaginismo é baseado na técnica de dessensibilização sistemática, podendo combinar fisioterapia do assoalho pélvico.

REFERÊNCIAS

1. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? *J Sex Med.* 2006;3(4):639-45.
2. Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(4):184-94.
3. 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;7(4 Pt 1):1454-63.
4. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):314-26.
5. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):675-81.
6. Kratochvíl S. [Vaginal contractions in female orgasm]. *Cesk Psychiatr.* 1994;90(1):28-33.
7. Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R, Nieuwenburg A, Pruijm J, Reinders AA, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci.* 2006;24(11):3305-16.
8. Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med.* 2010;7(9):3080-7.
9. Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1978;4(3):177-85.
10. O'Connell HE, Eizenberg N, Rahman M, Cleeve J. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med.* 2008;5(8):1883-91.
11. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol.* 2005;174(4 Pt 1):1189-95.
12. 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;34(7):1819-28.
13. Ruether RR. Sex and the body in the Catholic tradition. *Conscience.* 2000;20(4):2-12.
14. Ruether RR. Women, sexuality, ecology, and the church. *Conscience.* 1993;14(1-2):6-11.
15. World Health Organization (WHO). Working definitions of sex, sexuality, sexual health and sexual rights. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008.
16. Stephenson KR, Rellini AH, Meston CM. Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Arch Sex Behav.* 2013;42(1):143-52.
17. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017;14(12):1463-91.



18. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*. 2001;76(3):456-60.
19. Gozuyesil E, Gokyildiz Surucu S, Alan S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *J Health Psychol*. 2017 Nov 1;1359105317742194. doi:10.1177/1359105317742194.
20. Martins WP, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Nastri CO. Hormone therapy for female sexual function during perimenopause and postmenopause: a Cochrane review. *Climacteric*. 2014;17(2):133-5.
21. Genazzani AR, Pluchino N, Bernardi F, Centofanti M, Luisi M. Beneficial effect of tibolone on mood, cognition, well-being, and sexuality in menopausal women. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(3):299-307.
22. Achilli C, Pundir J, Ramanathan P, Sabatini L, Hamoda H, Panay N. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017;107(2):475-482.e15.
23. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3489-510.
24. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and Female Sexual Function and Dysfunction – Findings From the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2016;13(2):168-78.
25. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013;100(4):905-15.
26. Shifren JL, Davis SR. Androgens in postmenopausal women: a review. *Menopause*. 2017;24(8):970-9.
27. 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. *J Sex Med*. 2006;3(3):541-9.
28. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women—a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4046-53.
29. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M Jr, et al.; BEGONIA trial investigators. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*. 2013;10(7):1807-15.
30. Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(3):339-42.
31. Bossini L, Casolaro I, Koukouna D, Cecchini F, Fagiolini A. Off-label uses of trazodone: a review. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(12):1707-17.
32. Nappi RE, Cucinella L. Advances in pharmacotherapy for treating female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(6):875-87.
33. Althof SE. Sex therapy and combined (sex and medical) therapy. *J Sex Med*. 2011;8(6):1827-8.
34. Bradford A. Inhibited sexual desire in women. In: Grossman LW. *Translating psychological research into practice*. New York: Springer; 2014. Pt. IV.
35. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitions, emotions, and sexual response: analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 2008;37(4):652-61.
36. Sills T, Wunderlich G, Pyke R, Segraves RT, Leiblum S, Clayton A, et al. The Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F): item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2005;2(6):801-18.
37. Nelson AL, Purdon C. Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Arch Sex Behav*. 2011;40(2):395-406.
38. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013;20(9):888-902.
39. Utian WH, Maamari R. Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climacteric*. 2014;17(1):29-36.
40. Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on sexual function in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2014;11(5):1262-70.
41. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;300(4):395-404.
42. Dasgupta R, Wiseman OJ, Kanabar G, Fowler CJ, Mikol D. Efficacy of sildenafil in the treatment of female sexual dysfunction due to multiple sclerosis. *J Urol*. 2004;171(3):1189-93; discussion 1193.
43. Caruso S, Rugolo S, Agnello C, Intelisano G, Di Mari L, Cianci A. Sildenafil improves sexual functioning in premenopausal women with type 1 diabetes who are affected by sexual arousal disorder: a double-blind, crossover, placebo-controlled pilot study. *Fertil Steril*. 2006;85(5):1496-501.
44. Philippsohn S, Kruger TH. Persistent genital arousal disorder: successful treatment with duloxetine and pregabalin in two cases. *J Sex Med*. 2012;9(1):213-7.
45. Korda JB, Pfaus JG, Goldstein I. Persistent genital arousal disorder: a case report in a woman with lifelong PGAD where serendipitous administration of varenicline tartrate resulted in symptomatic improvement. *J Sex Med*. 2009;6(5):1479-86.
46. Ishak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med*. 2010;7(10):3254-68.
47. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):66-8.
48. 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;5(5):1177-83.
49. Nairne KD, Hemsley DR. The use of directed masturbation training in the treatment of primary anorgasmia. *Br J Clin Psychol*. 1983;22(Pt 4):283-94.
50. Cobin RH, Goodman NF; AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee. Committee, American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on Menopause-2017 Update. *Endocr Pract*. 2017;23(7):869-80.
51. Mazzeo S, Hutton B, Ibrahim MF, Jacobs C, Shorr R, Smith S, et al. Management of urogenital atrophy in breast cancer patients: a systematic review of available evidence from randomized trials. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;152(1):1-8.
52. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al.; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD); International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH); International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med*. 2016;13(4):607-12.
53. Miranda Varella Pereira G, Soriano Marcolino M, Silveira Nogueira Reis Z, Vale de Castro Monteiro M. A systematic review of drug treatment of vulvodynia: evidence of a strong placebo effect. *BJOG*. 2018 Mar 23. doi:10.1111/1471-0528.15223.
54. Crowley T, Richardson D, Goldmeier D; Bashh Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS*. 2006;17(1):14-8.