# Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento

Female sexual function: normal and pathological aspects, prevalence in Brazil, diagnosis and treatment

Carolina Rodrigues de Mendonça<sup>1</sup> Tatiana Moreira Silva<sup>2</sup> Jalsi Tacon Arrudai<sup>3</sup> Marco Tulio Antonio García-Zapata<sup>4</sup> Waldemar Naves do Amaral<sup>5</sup>

#### Palavras-chave

Sexualidade Disfunção Sexual Fisiológica Fisiopatologia Classificação Diagnóstico Terapêutica

#### **Keywords**

Sexuality Sexual Dysfunction, Physiological Physiopathology Classification Diagnosis Therapeutics A função sexual representa um componente importante da saúde e da qualidade de vida. O objetivo deste artigo foi descrever aspectos normais e patológicos da função sexual feminina e expor os métodos diagnósticos e terapêuticos, abordando a prevalência no Brasil. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura, de artigos publicados entre 1985 e 2012, dos quais foram selecionados 56, indexados no PubMed/Medline e SciELO. Os achados indicam que as disfunções sexuais nas mulheres apresentam etiologia multifatorial e são pouco estudadas na população brasileira. A terapêutica deve ser adaptada de acordo com a necessidade da paciente e desenvolvida por uma equipe multidisciplinar.

A Struct Sexual function represents an important component of health and quality of life. The purpose of this article was to describe normal and pathological aspects of female sexual function and expose the diagnostic and therapeutic methods, addressing the prevalence in Brazil. For this, was realized a literature review, of articles published from 1985 to 2012, which 56 were selected, indexed in PubMed/Medline and SciELO. The findings indicate that female sexual dysfunctions have multifactorial etiology and are not very well studied in the Brazilian population. Therapy should be tailored according to the needs of the patient and done by a multidisciplinary team.

Estudo realizado na Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

'Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>2</sup>Mestre em Ciências da Saúde pela UFG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>3</sup>Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>4</sup>Professor Titular e Responsável pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas de Agentes Emergentes (NUPEREME), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>5</sup>Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG; Diretor Técnico do Laboratório de Fertilização In Vitro e Criopreservação de Embriões da Clínica Fértile – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Carolina Rodrigues de Mendonça – Rua 236, Qd. 67 C, Lt. 33/34, apto 503 – Setor Universitário – CEP: 74610-070 – Gojánia (GO). Brasil – F-mail: carolinamendonca85@gmail com

Conflito de interesse: não há

# Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>(A), a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos ao longo da vida.

O termo Disfunção Sexual Feminina (DSF) diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem desejo sexual hipoativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo<sup>2</sup> (B), que são associados a uma diminuição acentuada na qualidade de vida e relações interpessoais<sup>3,4</sup> (D, A).

Este estudo tem por objetivo realizar uma revisão da literatura científica sobre as disfunções sexuais femininas, incluindo o ciclo de resposta sexual, definições, classificação, fisiologia, etiologia, fisiopatologia, prevalência e os aspectos diagnósticos e terapêuticos.

# Métodos

Foram pesquisados artigos publicados nas bases de dados PubMed/Medline e SciELO entre 1985 e 2012, selecionados por meio dos seguintes descritores: sexual dysfunctions, psychological; sexuality; women; classification; physiopathology; diagnosis; e treatment, de forma isolada ou conjuntamente.

Os estudos foram pré-selecionados após a leitura dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos publicados em inglês e português; e os de exclusão artigos não adequados ao tema, nenhuma associação com disfunção sexual feminina, e artigos com abordagem masculina.

# Resultados

Um total de 450 artigos foi encontrado, dos quais selecionou-se e utilizou-se nesta revisão 56. Foram consultadas outras bibliografias, quando necessário, a partir das referências dos artigos examinados, e acrescentadas 4 referências do modelo livro-texto e um material eletrônico, também justificado pela relevância.

# Discussão

Ciclo de resposta sexual feminina

O primeiro ciclo de resposta sexual feminino foi descrito por William Masters e Virginia Johnson em 1966<sup>5</sup> (A). O modelo foi constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Em 1979, Kaplan<sup>6</sup>(A) sugeriu um novo modelo, composto por três fases: desejo, excitabilidade e orgasmo, eliminando a de resolução, pois acreditava ser uma ausência de resposta sexual, em vez de parte do próprio ciclo. Excluiu-se também a fase de platô, por imaginar ser essencialmente uma continuação da fase de excitação.

Basson<sup>7</sup> (A) propôs um modelo de resposta sexual diferente e composto por quatro aspectos da sexualidade da mulher:

- comparada ao homem, em que a testosterona inicia a estimulação, a mulher tem pouca influência de hormônios para o início do estímulo sexual;
- a motivação feminina decorre de "recompensas" ou "ganhos" que não são estritamente sexuais, como a proximidade emocional com o parceiro que ativa o ciclo de resposta sexual seguinte;
- a excitação sexual da mulher é mental e subjetiva, podendo ou não ser acompanhada por alterações vasoconstritoras na genitália e outras manifestações físicas;
- o orgasmo pode ou não ocorrer, e quando acontece manifesta-se de formas diferentes, variando de mulher para mulher.

Em seu entendimento, o ciclo de resposta sexual clássico, proposto por Masters e Johnson e Kaplan refere-se a mulheres em início de relacionamento, pois num relacionamento mais longo o desejo sexual passa a ser uma resposta ao invés de um evento espontâneo<sup>7</sup> (A).

Seguindo como referencial os modelos propostos por Masters e Johnson e Kaplan o "Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais" classificou o ciclo de resposta sexual como um conjunto de quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução<sup>8</sup> (A).

A fase do desejo consiste em fantasias e vontade de ter a atividade sexual. Na de excitação, ocorre o sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. A do orgasmo é o momento em que ocorre o ápice do prazer sexual, com contrações do terço inferior da vagina e contrações rítmicas do esfíncter anal. E na fase de resolução há sensação de bem-estar geral e relaxamento muscular, sendo que as mulheres são capazes de responder quase que imediatamente a uma estimulação adicional<sup>8</sup> (A). Qualquer alteração no processo psicossomático

da resposta sexual pode ser comumente envolvida na causa das disfunções sexuais<sup>9</sup>(A).

Sand e Fisher<sup>10</sup> (B), na tentativa de verificar a aprovação dos modelos teóricos atuais da função sexual feminina, com base nos trabalhos efetuados por Masters e Johnson<sup>5</sup> Kaplan<sup>6</sup> e Basson<sup>7</sup> medido pelo *Female Sexual Function Index* (FSFI), sugerem que o modelo de Basson reflete melhor os problemas sexuais femininos.

#### Definição e classificação das disfunções sexuais femininas

As DSFs são caracterizadas por perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria<sup>8,9</sup> (A).

O "Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais" e classifica:

#### • transtornos do desejo sexual:

são divididos em hipoativo ou transtorno de aversão sexual. O primeiro consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundário a outras dificuldades sexuais, como a dispareunia<sup>8,9</sup> (A). Já o transtorno de aversão sexual se refere à aversão ou fuga do contato sexual genital com um parceiro<sup>8</sup> (A);

## • transtornos da excitação sexual:

diz respeito à incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação-turgescência até o término da atividade sexual<sup>8</sup>(A);

# • transtornos do orgasmo:

consiste no atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. O julgamento clínico é fundamental para o diagnóstico e deve ser levado em conta se a capacidade da mulher atingir o orgasmo for menor do que se poderia esperar para a sua idade, a experiência sexual e a adequada estimulação que recebe<sup>8</sup> (A);

## transtornos sexuais dolorosos:

são classificados em dispareunia e vaginismo. A primeira é caracterizada por dor genital associada ao intercurso sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso. Já o vaginismo é caracterizado por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há tentativa da penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo<sup>8</sup> (A);

- disfunção sexual devida a uma condição médica geral: refere-se à presença de disfunção sexual clinicamente expressiva, decorrente exclusivamente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral<sup>8</sup> (A);
- disfunção sexual induzida por substância:

disfunção sexual clinicamente significativa que tem como consequência acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância como drogas ilícitas, medicamentos ou exposição a toxinas<sup>8</sup>(A);

disfunção sexual sem outra especificação:

DSFs que não atendem aos critérios para qualquer disfunção sexual específica, como ausência de sensações eróticas subjetivas, apesar de excitação normal e orgasmo<sup>8</sup> (A).

#### Fisiologia da resposta sexual feminina

O sistema nervoso atua sobre a função sexual por meio da transmissão de estímulos nervosos para a genitália, seja sensorial da medula espinhal ou controlada pelo sistema parassimpático e simpático. Os estímulos são transmitidos pelo nervo pudendo (S2-S4), pelos nervos pélvicos (S2-S4) e hipogástrico (T10-L2)<sup>11</sup> (B).

O estímulo sexual é reconhecido pelas recompensas fornecidas ao nosso cérebro, por experiências emocionais positivas e negativas. Uma vez experimentando o estímulo, a resposta acontece primeiro em nível inconsciente e posteriormente de forma consciente<sup>12</sup> (D).

Fatores motivacionais, como a proximidade emocional, união, compromisso, tolerância com as diferenças, expectativa e aumento do bem-estar do parceiro, são componentes importantes que ativam o ciclo sexual. Se na intimidade há a interação entre o aspecto emocional e o bem-estar físico, o ciclo de resposta sexual é reforçado<sup>13</sup> (A).

O estímulo do sistema nervoso parassimpático provoca inchaço dos grandes e pequenos lábios e do clitóris, bem como a lubrificação vaginal. Já o simpático provoca contrações rítmicas do útero, tuba uterina, glândulas uretrais e da musculatura do assoalho pélvico<sup>11</sup> (B).

Durante a excitação sexual há um aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais, resultando em vasocongestão, vasoconstrição pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgescência da genitália externa<sup>8,14</sup> (A, D). A lubrificação vaginal ocorre como resultado de vários processos, incluindo a transudação de plasma pelo epitélio vaginal, secreções do útero e glândulas vestibulares. A vagina se alonga e dilata devido ao relaxamento do músculo liso.

Ocorre um fluxo sanguíneo maior para o clitóris, que aumenta a pressão intracavernosa, com tumescência, protrusão da glande do clitóris, eversão e ingurgitamento dos pequenos lábios. Durante o orgasmo ocorrem contrações rítmicas musculares na vagina, útero e ânus<sup>14</sup> (D) (Tabela 1).

#### Etiologia

O ciclo de resposta sexual é influenciado negativamente por fatores psicológicos, entre eles a ansiedade, baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas, histórico de abuso e qualidade do relacionamento 15 (C), e outros fatores como desequilíbrio hormonal (baixos níveis de andrógenos e hiperprolactinemia), vasculares, fisiológicos, condições médicas específicas (urogenital, neurológicas e distúrbios endócrinos, disfunções do assoalho pélvico, menopausa, gravidez e pós-parto), musculares (lacerações perineais decorrentes do parto, fraqueza muscular e músculos disfuncionais hipertônicos) e ou em virtude de cirurgia ou medicamentos 16-23 (B, D, D, C, C, C, B, C).

Deve-se considerar também a bagagem cultural, religiosa e social da pessoa, que pode influenciar o desejo, e expectativas quanto ao desempenho sexual<sup>8</sup>(A).

Outro determinante importante que interfere na capacidade de resposta sexual são os fatores biológicos, incluindo a depressão, que pode inibir a excitação sexual, e a fadiga decorrente de alguma condição médica (como insuficiência renal ou esclerose múltipla) ou por falta de sono<sup>16</sup> (B).

Approbato<sup>24</sup> (B) relata que a libido em mulheres é influenciada por múltiplos fatores: sociais (estabilidade de parceiro e tipo de trabalho), econômicos (renda familiar) e biológicos (cirurgia pélvica, tempo de relacionamento sexual, leucorreia, dispareunia, gestações, idade, dor no hipogástrio, coitos por semana, orgasmo), e são extremamente complexos para avaliação.

Dados recentes apontam também uma predisposição genética para a função sexual<sup>25</sup> (D). Um estudo exploratório correlacionou fatores genéticos e não genéticos da sensibilidade à ansiedade, angústia sexual e disfunção sexual feminina e encontrou um componente genético comum destacando a necessidade da inclusão

Tabela 1 - Ciclo de resposta sexual feminina

Órgãos	Fase de excitação	Fase orgástica	Fase de resolução
Pele	Dura de vários minutos a várias horas; excitação elevada antes do orgasmo, de 30 segundos a 3 minutos Imediatamente antes do orgasmo: rubor sexual aparece de forma inconsistente; erupção maculopapular se origina no abdome e se espalha para a face e para o pescoço, podendo incluir ombros e antebraços	3 a 15 segundos Rubor bem desenvolvido	10 a 15 minutos; se não houver orgasmo O rubor diminui na ordem inversa do aparecimento; surgimento inconsistente de película de transpiração nas solas dos pés e nas palmas das mãos
Mamas	Ereção dos mamilos em dois terços das mulheres, congestão venal e aumento aureolar; o tamanho fica um quarto a mais que o normal	As mamas podem se tornar trêmulas	Retorno normal em cerca de 12 a 24 horas
Clitóris	Aumento do diâmetro da glande e do corpo do clitóris; imediatamente antes do orgasmo, o clitóris se retrai para dentro do prepúcio	Nenhuma alteração	O corpo do clitóris retorna à posição normal em 5 a 10 segundos; detumescência em 5 a 30 minutos; se não houver orgasmo, a detumescência leva várias horas
Grandes lábios	Nulípara: elevam-se e achatam-se contra o períneo; Multípara: congestão e edema	Nenhuma alteração	Nulípara: aumento ao tamanho normal em 1 a 2 minutos Multípara: diminuição para o tamanho em 10 a 15 minutos
Pequenos lábios	Tamanho aumenta para duas a três vezes do normal, mudança para rosa, vermelho profundo antes do orgasmo	Contrações dos pequenos lábios proximais	Retorno ao normal dentro de cinco minutos
Vagina	Mudança de cor para roxo escuro, transudato vaginal aparece de 10 a 30 segundos após o início da excitação; alongamento e distensão vaginal; terço inferior da vagina se contrai antes do orgasmo	3 a 15 contrações do terço inferior da vagina a intervalos de 0,8 segundos	A ejaculação forma <i>pool</i> seminal nos dois terços superiores da vagina; a congestão desaparece em segundos ou, se não houver orgasmo, entre 20 e 30 minutos
Útero	Ascende para a pelve falsa; contrações semelhantes às do parto começam na excitação elevada imediatamente antes do orgasmo	Contrações durante todo o orgasmo	As contrações cessam e o útero volta para a posição normal
Outros	Miotonia Algumas gotas de secreção mucóide das glândulas de Bartholin durante o aumento da excitação Colo incha literalmente e se eleva passivamente com o útero	Perda do controle muscular voluntário Reto: contrações rítmicas Hiperventilação e taquicardia	Retorno ao estado de linha de base em segundos a minutos Cor e tamanho do colo retornam ao normal e o colo baixa sobre o <i>pool</i> seminal

Fonte: Compêndio de psiquiatria clínica<sup>61</sup>.

da angústia na classificação de transtornos do funcionamento sexual feminino $^{26}(D)$ .

Outro estudo também verificou influência genética quanto à vulnerabilidade à disfunção sexual com o uso de medicações antidepressivas, relacionada ao polimorfismo dos receptores 5HT2A-1438 genótipo GG<sup>27</sup> (D).

Recentes avanços em neuro-imagem demonstraram regiões do cérebro envolvidas na atividade sexual<sup>25</sup> (D). Uma pesquisa utilizando ressonância magnética funcional sugere que a excitação subjetiva de estímulos eróticos foi significativamente maior em mulheres sem história de disfunção sexual quando comparados a mulheres com transtorno do desejo sexual hipoativo<sup>28</sup> (C).

Bianchi-Demicheli et al.<sup>29</sup> (B) sugerem que mulheres com transtorno do desejo sexual hipoativo não apenas mostram hipoativação em áreas do cérebro mediadoras do desejo sexual, mas também uma rede cerebral diferente da hiperativação, o que pode refletir diferentes interpretações subjetivas, sociais e cognitivas de estímulos eróticos.

## Fisiopatologia das disfunções sexuais femininas

A DSF é um fenômeno complexo neurovascular que está sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares<sup>30,31</sup> (D).

Como fatores hormonais, o estrogênio e a testosterona desempenham importantes papéis na regulação da função sexual feminina. Baixos níveis de testosterona estão associados à diminuição da excitação sexual, libido, orgasmo e sensação genital. Os níveis de estradiol exercem influência sobre transmissão nervosa das células de todo o sistema nervoso periférico e central. Um declínio nos níveis de estrogênio sérico resulta em afinamento do epitélio da mucosa vaginal e atrofia do músculo liso da parede vaginal e torna o ambiente do canal vaginal menos ácido, o que leva a infecções vaginais, infecções do trato urinário e incontinência, bem como queixas de disfunção sexual<sup>17</sup> (D).

Vários distúrbios neurológicos podem levar à DSF, incluindo doenças do sistema nervoso central ou periférico e lesão medular (LM). Os neurônios motores superior e o arco reflexo sacral devem estar intactos para uma mulher atingir o orgasmo e sentir desejo sexual<sup>31</sup> (D).

A influência da LM é estritamente dependente do local e grau da lesão<sup>31</sup> (D). A resposta sexual pode ser incompleta, mas geralmente a cardiovascular, e as alterações características que ocorrem acima do nível da lesão, estão preservadas. Na lesão completa do neurônio motor superior, a vasocongestão vaginal psicogênica é impossível, mas a reflexa está geralmente presente. Mulheres com lesão completa ou incompleta podem

ter percepção de excitação, mas apenas aquelas com lesão incompleta apresentam vasocongestão em resposta à estimulação audiovisual<sup>32</sup> (D).

Doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão e hiperlipidemia, são fatores de risco importantes para a aterosclerose, que, quando envolve a vascularização pélvica, predispõe a impotência vasculogênica em homens e mulheres<sup>32</sup>(D). Diminuição do fluxo sanguíneo pélvico secundário à doença aterosclerótica leva à fibrose do músculo liso da parede vaginal e clitoriana, podendo resultar em sintomas de secura vaginal e dispareunia<sup>17</sup>(D).

Os músculos do assoalho pélvico, em especial o levantador do ânus e a membrana perineal, participam da capacidade de resposta e função sexual feminina. A membrana perineal consiste nos músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso, que, quando contraídos voluntariamente, contribuem e intensificam a excitação sexual e o orgasmo. Além disso, o bulboesponjoso e o músculo isquiocavernoso são responsáveis pelas contrações involuntárias rítmicas durante o orgasmo. O músculo levantador do ânus também modula respostas motoras e, quando hipertônico, pode contribuir para o desenvolvimento de vaginismo, causando dispareunia e outras desordens de dor sexual. Quando hipotônico, resulta em hipoestesia vaginal, anorgasmia e incontinência urinária durante a relação sexual<sup>30</sup> (D).

# Prevalência das disfunções sexuais femininas no Brasil

Poucos estudos avaliaram a prevalência de DSF em mulheres no Brasil<sup>33-35</sup> (B). A prevalência aumenta com a idade, multiparidade e menopausa, e são considerados fatores de risco importantes<sup>36</sup> (B).

Um estudo sobre o comportamento sexual realizado em 7 estados brasileiros, com 1.219 mulheres maiores de 18 anos, revelou que a prevalência de DSF aumentou de acordo com a idade e o baixo nível educacional. Pelo menos uma disfunção sexual foi relatada por 49,0% das mulheres; 26,7% afirmaram falta de desejo sexual; 23,1% dor durante o intercurso sexual; e 21% disfunção orgástica<sup>33</sup> (B).

Valadares et al.<sup>34</sup>(B), em um estudo transversal realizado com 315 mulheres brasileiras entre 40 e 65 anos de idade e 11 anos ou mais de escolaridade, encontraram prevalência de disfunção sexual em 35,9% do total.

Com base nos critérios do "Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais", Ferreira et al.<sup>35</sup> (B), em um estudo transversal realizado com 100 mulheres entre 20 a 39 anos, mostraram que 36% delas referiam algum tipo de disfunção sexual. A anorgasmia, seguida da dispareunia e da disfunção do desejo, foram as disfunções mais frequentes.

#### Aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas

O diagnóstico deve ser cuidadoso na tentativa de compreender e explicar algo, que serve como ponto de partida no processo de tratamento. Qualquer pesquisa sobre uma doença exige certo grau de homogeneidade das entidades estudadas, para explorá-las bem como seus respectivos tratamentos, mas, infelizmente, os recentes sistemas de diagnóstico raramente fornecem esta informação. Na área de disfunção sexual, a complexidade no diagnóstico é enorme e a confiança no julgamento clínico é acentuada, já que os critérios atuais de diagnóstico ainda são vagos nessa área em especial e especificam dependência do "julgamento clínico"<sup>37</sup> (D), justificando, assim, novos critérios para elevar o limiar diagnóstico<sup>8,9</sup> (A).

A utilização de questionários como o Female Sexual Function Index (FSFI)<sup>38</sup> (B), Female Sexual Distress Scale<sup>39</sup> (A), Arizona Sexual Experience Scale<sup>40</sup> (B), Changes in Sexual Functioning Questionnaire<sup>41</sup> (B), Symptom Checklist Brief Sexual<sup>18</sup> (D), Profile of Female Sexual Function (PFSF), Brief Version of the Profile of Female Sexual Function (B-PFSF) e McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)<sup>42</sup> (C) podem ser usados em diferentes situações clínicas na avaliação de sintomas de DSF.

O exame físico inclui avaliação completa do assoalho pélvico para detectar hipo ou hipertonia dos músculos, aderências, infecção, atrofia, secura vaginal e dor<sup>18,43</sup> (D), além de avaliar aspectos do estado mental, alterações neurológicas, tireóide, pressão arterial e medição de pulso periférico. Achados anormais são mais comuns em mulheres com idade avançada, com patologia ginecológica ou doença crônica sistêmica e nas que não receberam assistência médica regular<sup>18</sup> (D).

# Aspectos terapêuticos das disfunções sexuais femininas

Atualmente há vários métodos disponíveis para a terapia das disfunções sexuais em mulheres, incluindo tratamento médico, psicológico, medicamentoso, hormonal e fisioterapêutico<sup>25,44,45</sup> (D, D, C).

É necessário que os profissionais que lidam com a sexualidade tenham uma compreensão completa da fisiologia e dos aspectos patológicos da disfunção sexual feminina, pois estes são essenciais para estabelecer uma estratégia terapêutica<sup>31</sup> (D).

O primeiro e mais importante passo é a educação sobre a anatomia, fisiologia, expectativas da paciente e orientações quanto a mudanças no estilo de vida, descanso adequado e exercícios regulares<sup>46,25</sup> (C, D).

Para Everaerd e Both<sup>12</sup> a angústia pessoal é considerada um requisito para as decisões de tratamento, uma vez que na ausência dela, possivelmente porque o sexo tem pouca prioridade, o tratamento não é exigido.

#### Tratamento psicológico

Os métodos de tratamento psicológico são fundamentados em intervenções não físicas, baseadas em interação verbal e não-verbal entre o terapeuta e o paciente<sup>47</sup> (C).

A terapia comportamental cognitiva pode ser uma ferramenta eficaz no tratamento de mulheres com DSF<sup>48</sup>(A). Um ensaio clínico randomizado em pacientes com disfunção sexual em terapia comportamental cognitiva, com ou sem *Ginkgo biloba*, sugere que mulheres com baixa satisfação no relacionamento antes do tratamento podem não ser o suficiente para aliviar a angústia sexual<sup>49</sup>(B).

#### Farmacoterapia

Vários agentes foram testados para o tratamento das DSFs em mulheres, e a bupropiona mostrou-se viável e eficaz na terapia do distúrbio de desejo sexual hipoativo<sup>50</sup> (A). O uso do valsartan, um bloqueador do receptor da angiotensina, pode reverter o problema de disfunção sexual com controle da pressão arterial e melhora da qualidade de vida<sup>20</sup> (C). O sildenafil, em estudo duplo-cego controlado com placebo, também mostrou-se eficaz na melhora do desempenho sexual em mulheres em pré-menopausa<sup>51</sup> (A).

#### Hormonioterapia

Mulheres na pós-menopausa com atrofia vaginal e DSF podem se beneficiar de tratamentos emergentes, como baixas doses de estradiol via comprimidos vaginais, novos moduladores seletivos de receptores de estrogênio e dehidroepiandrosterona intravaginal<sup>52</sup> (C).

O estrogênio vaginal pode ser usado no tratamento de distúrbios de excitação sexual feminina<sup>53</sup> (B), e suplementação com testosterona para distúrbio do desejo sexual hipoativo<sup>54</sup> (B).

# Fisioterapia

A fisioterapia é uma área recente no tratamento das DSFs femininas e pouco conhecida pela equipe que responde pelos cuidados de saúde da mulher. O fisioterapeuta ligado à saúde da mulher tem um importante papel na avaliação, prevenção e tratamento das DSFs<sup>45</sup> (C).

Seus recursos incluem a eletroterapia, exercícios e técnicas manuais. A Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) e o biofeedback foram eficazes na melhora da dor vulvar e dispareunia<sup>55</sup> (A), e a estimulação elétrica do nervo tibial na melhora da satisfação, libido e frequência de atividades sexuais<sup>56</sup> (B). Exercícios com o treinamento dos músculos do assoalho pélvico aumentam a força muscular e melhoram a função sexual de mulheres com incontinência urinária, DSF e em período pós-parto<sup>57-59</sup> (A).

Como recursos manuais são utilizados a dessensibilização local do tecido, liberação do tecido cicatricial e alongamentos aplicados diretamente na pele e vulva, com o objetivo de melhorar a resposta sexual, aumentar o fluxo sanguíneo, flexibilizar o intróito vaginal e diminuir a dor. Dilatadores vaginais ajudam a superar a ansiedade da penetração, promovendo a abertura vaginal<sup>60</sup>(C), e orientações quanto ao uso de lubrificantes podem ajudar na secura vaginal e dispareunia resultante, melhorando a função do orgasmo<sup>25</sup> (D).

# Considerações finais

As disfunções sexuais femininas apresentam natureza multifatorial e está sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares. Poucos estudos foram realizados para avaliar a prevalência no Brasil, mas sabe-se que o aumento está relacionado à multiparidade e idade avançada, entre outros.

Recentemente, a criação de questionários validados para a língua portuguesa proporciona maior detecção de sintomas desta patologia que tanto afeta a qualidade de vida das mulheres.

O processo de avaliação e tratamento das DSFs envolve uma equipe multidisciplinar composta por médico, psicólogo e fisioterapeuta, que devem ter conhecimento amplo sobre anatomia e fisiologia. A avaliação deve contemplar exame médico completo e psicossocial, bem como a inclusão do companheiro ou cônjuge neste processo importante para uma boa escolha do método terapêutico. Pelo fato das disfunções sexuais interferirem tanto na saúde e bem-estar psicossocial, reforça-se a necessidade da interação e preparo da equipe multiprofissional para que haja confiança das pacientes no tratamento.

# Leituras suplementares

- Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. Social science methods for research on sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2012.
- Auwad WA, Hagi SK. Female sexual dysfunction: what Arab gynecologists think and know. Int Urogynecol J. 2012;23(7):919-27.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report
  of the international consensus development conference on female sexual
  dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000;163(3):888-93.
- 4. Burri A, Hysi P, Clop A, Rahman Q, Spector TD. A genome-wide association study of female sexual dysfunction. PLoS One. 2012;7(4):e35041.
- 5. Masters WC, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966.
- Kaplan HS. Disorders of sexual desires and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner/Maazel; 1979.
- Basson, R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):51-65.
- 8. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- World Health Organization (Internet). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> revision. Version: 2010 (updated 2010 July 22; cited 2012 Aug. 15). Available from: <a href="http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59">http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59</a>>
- Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. J Sex Med. 2007;4(3):708-19.
- Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens SA, Elliott SL. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. Spinal Cord. 2007;45(5):349-59.
- Everaerd W, Both S. Ideal female sexual function. J Sex Marital Ther. 2001;27(2): 137-9
- Basson, R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. J Sex Marital Ther. 2001;27(5):395-403.
- 14. Woodard TL, Diamond MP. Physiologic measures of sexual function in women: a review. Fertil Steril. 2009;92(1):19-34.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav. 2003;32(3):193-208.
- 16. Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. 2001;27(1):33-43.
- Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. Int J Impot Res. 2005;17 Suppl 1:S44-51.
- Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. Am Fam Physician. 2008;77(5):635-42.
- Butrick CW. Pathophysiology of pelvic floor hypertonic disorders. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(3):699-705.
- Okeahialam BN. Valsartan, an angiotensin receptor blocker treats sexual dysfunction in a female hypertensive: a case report. Afr J Med Med Sci. 2011;40(3):273-5.

- 21. Rathi M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: pathophysiology. Indian J Endocrinol Metab. 2012;16(2):214-9.
- 22. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. Obstet Gynecol. 2012;119(3):647-55.
- Miner M, Sadovsky R, Buster JE. Hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: case studies. Postgrad Med. 2012;124(1):94-103.
- 24. Approbato MS. Disfunção sexual feminina: influência de fatores sociais, econômicos e biológicos. Rev bras ginecol obstet. 1985;7(1):13-5.
- 25. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(4):861-76.
- Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. J Sex Med. 2012;9(7):1887-96.
- 27. Bishop JR, Moline J, Ellingrod VL, Schultz SK, Clayton AH. Serotonin 2A -1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects. Neuropsychopharmacology. 2006;31(10):2281-8.
- Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. Neuroscience. 2009;158(2):484-502.
- Bianchi-Demicheli F, Cojan Y, Waber L, Recordon N, Vuilleumier P, Ortigue S. Neural bases of hypoactive sexual desire disorder in women: an event-related FMRI study. J Sex Med. 2011;8(9):2546-59.
- 30. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. World J Urol. 2002;20(2):111-8.
- Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. Fertil Steril. 2007;88(5):1273-84.
- 32. Vaz MI, Coelho MM. A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. Acta Urol. 2010;27(2):49-59.
- 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). Int J Impot Res. 2004;16(2): 160-6.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. Clinics. 2008;63(6):775-82.
- 35. Ferreira, ALCG; Souza, Al, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007;7(2):143-50.
- Jahan MS, Billah SM, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. J Obstet Gynaecol Res. 2012;38(1): 329-35.

- 37. Balon R, Wise TN. Update on diagnoses of sexual dysfunctions: controversies surrounding the proposed revisions of existing diagnostic entities and proposed new diagnoses. Adv Psychosom Med. 2011;31:1-15.
- 38. Varghese KM, Bansal R, Kekre AN, Jacob KS. Sexual dysfunction among young married women in southern India. Int Urogynecol J. 2012 [Epub ahead of print].
- Reed SD, Guthrie KA, Joffe H, Shifren JL, Seguin RA, Freeman EW. Sexual function in nondepressed women using escitalopram for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2012;119(3):527-38.
- Ablin JN, Gurevitz I, Cohen H, Buskila D. Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. Clin Exp Rheumatol. 2011;29 (6 Suppl 69):S44-8.
- 41. Stovall DW, Scriver JL, Clayton AH, Williams CD, Pastore LM. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. J Sex Med. 2012;9(1):224-30.
- 42. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009;20 Suppl 1:S33-43.
- Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;153(2):117-23.
- Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urol Nurs. 2007:27(1):57-63.
- 45. Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas revisão de literatura. Femina. 2011;39(3).
- 46. Feldman J, Striepe M. Women's sexual health. Clin Fam Pract. 2004;6(4):839-861.
- Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. Maturitas. 2009;20;63(2):160-3.
- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive – behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. Pain. 2001;91(3):297-306.
- Stephenson KR, Rellini AH, Meston CM. Relationship satisfaction as a predictor
  of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. Arch Sex
  Behav. 2012 [Epub ahead of print].

- Hartmann UH, Rüffer-Hesse C, Krüger TH, Philippsohn S. Individual and dyadic barriers to a pharmacotherapeutic treatment of hypoactive sexual desire disorders: results and implications from a small-scale study with bupropion. J Sex Marital Ther. 2012;38(4):325-48.
- 51. Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C. Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. BJOG. 2001;108(6):623-8.
- 52. Simon JA. Identifying and treating sexual dysfunction in postmenopausal women: the role of estrogen. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(10):1453-65.
- Feldhaus-Dahir M. Treatment options for female sexual arousal disorder: part II. Urol Nurs. 2010;30(4):247-51.
- 54. Woodis CB, McLendon AN, Muzyk AJ. Testosterone supplementation for hypoactive sexual desire disorder in women. Pharmacotherapy. 2012;32(1):38-53.
- Dionisi B, Anglana F, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. Minerva Ginecol. 2008;60(6):485-91.
- 56. van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BL. Sexual functioning in patients with lower urinary tract dysfunction improves after percutaneous tibial nerve stimulation. Int J Impot Res. 2006;18(5):470-5.
- BØ K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of live and sexual problems in genuine stress incontinent women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(7):598-603.
- 58. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira Nde O, Osis MJ. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-40.
- Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, Celik C. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(6):817-22.
- 60. Rosenbaum T. Managing postmenopausal dyspareunia: beyond hormone therapy. The Female Patient. 2006;31:24-30.
- 61. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.