

## Capítulo 27

# DISTÚRBIOS SEXUAIS FEMININOS

**ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE<sup>2</sup>**  
**ANA REGINA WERNECK FROTA<sup>1</sup>**  
**ANTÔNIO RIQUELME MARTINS NEGREIROS<sup>1</sup>**  
**BEATRIZ MENDONÇA ANCIÃS<sup>1</sup>**  
**BRUNA MAIA FURTADO DE FIGUEIREDO<sup>1</sup>**  
**CAMILA DE ALBUQUERQUE BATISTA<sup>1</sup>**  
**CAROLINA NEIVA MOUSINHO DE ARAÚJO<sup>1</sup>**  
**CAROLINE CASEMIRO GOMES<sup>1</sup>**  
**FERNANDA EUGÊNIO DE SOUSA LIMA<sup>1</sup>**  
**FRANCISCO MATHEUS ALVES MELO<sup>1</sup>**  
**JÚLIA ALMEIDA SARAIVA<sup>1</sup>**  
**NATHANAEL WILLIAN FLORENCIO DE FREITAS<sup>1</sup>**  
**THAMMY LYS CÂMARA BALBINO<sup>1</sup>**

1. Discente - Medicina da Universidade de Fortaleza
2. Docente - Doutorado em Saúde Coletiva pela associação ampla entre Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza

*Palavras-chave: Distúrbios sexuais; Sexualidade Feminina; Ciclo sexual.*

## INTRODUÇÃO

A sexualidade, conforme a Organização Mundial de Saúde, sofre influência de interações de diversos fatores, sendo esses biológicos, socioeconômicos, culturais, psicológicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 1992). Ela é expressa e vivenciada na forma de pensamentos, fantasias, desejos, comportamentos, práticas e relacionamentos, quando experimentados ou expressos ao longo da vida.

O ciclo da resposta sexual feminino contempla aspectos multidimensionais e considera que a mulher se engaja em sexo mesmo na neutralidade, isto é, em uma ausência de desejo sexual espontâneo, desde que tenha intimidade e que o estímulo sexual de seu parceiro seja efetivo. A excitação feminina consiste em um processo neurovascular caracterizado pelo aumento do fluxo sanguíneo genital e relaxamento do músculo liso, envolvendo agentes vasoativos, hormônios e neurotransmissores (FEBRASGO, 2022).

Além disso, a resposta sexual tanto em mulheres quanto em homens se forma a partir de três circunstâncias, sendo essas o instinto, o estímulo e a motivação. Contudo, a fisiologia da resposta sexual feminina é influenciada por fatores psicossociais, emocionais e relacionais, os quais dificultam a atividade dos esteroides sexuais, neurotransmissores e neuropeptídeos na resposta sexual.

As disfunções sexuais compõem um grupo heterogêneo de transtornos que são caracterizados por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual. Sendo possível que um mesmo indivíduo tenha várias disfunções sexuais ao mesmo tempo (DSM V-TR, 2022). Ademais, tais disfunções

fazem parte das síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos, além de serem mais comuns em mulheres do que em homens. São, portanto, afecções de condições clínicas que incluem desejo sexual hipotativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno de orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo (AUWAD WA *et al.*, 2012).

Os distúrbios sexuais podem ser classificados de acordo com o conceito de ciclo de resposta sexual humana, o qual foi elaborado pelos pesquisadores William H. Masters e Virginia E. Johnson, e mais tarde modificado por Kaplan, que estrutura o modelo em quatro fases diferentes, progressivas e lineares: excitação, platô, orgasmo e resolução. Por fim, um estudo realizado no Brasil, que realizou a análise de artigos de suma relevância sobre a temática, observou que as disfunções sexuais acometem cerca de 20 a 40% das mulheres com idades entre 18 a 59 anos (TOZO *et al.*, 2018).

## MÉTODO

O trabalho consiste numa revisão integrativa acerca dos Distúrbios Sexuais Femininos realizada durante o mês de setembro de 2023, a partir das bases de dados: PubMed, LILACS, SciELO e livros referência sobre a temática. Como critérios de seleção da literatura foram utilizados artigos recentes que abordam os distúrbios sexuais femininos, capítulos de livros relevantes, como exemplo do Tratado de Ginecologia (Febrasgo) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Para a pesquisa dos artigos foram utilizados os descritores: excitação sexual, disfunções sexuais fisiológicas, sexualidade, vaginismo, disfunções sexuais psicogênicas, comportamento sexual, *sexual compulsivity*, saúde sexual. Além disso, foram atribuídos os *filtros free full text, books*

*and documents, review, systematic review e 5 years.*

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Fatores Etiológicos

Existem diversos fatores responsáveis por alterações na resposta sexual, desde a idade, humor, relacionamentos, fatores psicológicos pessoais decorrentes de relacionamentos com figuras parentais na infância, perdas anteriores, traumas e maneiras de lidar com as emoções, doença, preocupações com fertilidade até ao uso de medicamentos, álcool e substâncias ilícitas (BEREK, 2021).

Com o avançar da idade, há uma diminuição da lubrificação vaginal, justificado pelo menor fluxo sanguíneo basal da vagina, devido a deficiência de estrogênio. Na síndrome geniturinária da menopausa (SGM) há a perda da elasticidade e adelgaçamento do epitélio vaginal, deixando-o mais vulnerável a lesões durante o ato sexual. Além disso, a falta de estrogênio também contribui para o aparecimento de vulvovaginites e infecções do trato urinário, o que contribui para a dispareunia e a redução da autoestima sexual (BEREK, 2021).

Fatores ligados às relações interpessoais também possuem relação causal com os distúrbios sexuais, como inabilidade do parceiro, preconceitos culturais e repressão sexual, além de vínculos de longa duração, nos quais a convivência podem predispor à rotina relacional, que pode interferir diretamente na atração sexual entre os parceiros. Ademais, ressaltam-se questões psicossociais, como sentimentos de vergonha e não aceitação da sexualidade e do corpo, bem como traumas relacionados à violência sexual, como estresse pós-traumático e ansiedade (FEBRASGO, 2018).

Além desses aspectos relacionados à mulher, disfunções sexuais na parceria sexual também podem influenciar na sua função sexual,

como dificuldades na excitação e na satisfação (BEREK, 2021).

Outros fatores neurogênicos também estão associados aos distúrbios sexuais, como polimorfismos dos receptores da dopamina DRD4 e de outros neurotransmissores e neuropeptídeos, que interferem diretamente no desejo sexual, na excitação e na experiência orgásmica (FEBRASGO, 2018).

Transformações fisiológicas relacionadas a variações hormonais ao longo do ciclo de vida das mulheres, como os estágios de gravidez e puerpério, a chegada da menopausa e o processo de envelhecimento, podem ter um impacto notável na resposta sexual feminina (DEGAUQUIER *et al.*, 2012). A menopausa, por exemplo, está associada a distúrbios sexuais em aproximadamente 52% das mulheres (MOREIRA JR. *et al.*, 2006). Durante essa fase, a diminuição do desejo sexual e a presença de dispareunia emergem como queixas mais frequentes (DENNERSTEIN *et al.*, 2001).

A diminuição dos androgênios pode originar o Distúrbio do Desejo Sexual Hipoativo (DDSH) (VAN ANDERS *et al.*, 2007; WAHLIN-JACOBSEN *et al.*, 2017). À medida que a idade avança, ocorre uma diminuição nos níveis de dehidroepiandrosterona e testosterona, o que pode resultar nesse distúrbio (GRACIA *et al.*, 2007). O hipoestrogenismo que ocorre naturalmente na pós-menopausa pode causar ressecamento vulvovaginal, dispareunia e uma redução no desejo sexual (LARA *et al.*, 2009).

Alguns medicamentos podem interferir na resposta sexual, como é o caso de alguns agentes antidepressivos serotoninérgicos (ISRSs) e, com menos frequência, aos antidepressivos serotoninérgicos noradrenérgicos (ISRNs). Além disso, outras drogas, como anti-hipertensivos, lítio e o consumo de álcool e drogas ilícitas, também podem interferir (BEREK, 2021).

No que tange aos contraceptivos hormonais orais, não se há um consenso acerca do seu impacto na resposta sexual feminina, em que alguns autores afirmam a sua interferência, sendo necessário a avaliação de outros fatores que possam estar associados com a disfunção sexual (BOTH *et al.*, 2019).

### **Tipos de Distúrbios:**

#### **Disfunções do Desejo Sexual**

O desejo sexual feminino pode ser iniciado por diversos estímulos e é influenciado diretamente por aspectos biológicos e psicossociais da mulher, como a presença de doenças crônicas e os sentimentos em relação à parceira sexual, respectivamente (BEREK, 2016).

Nesse contexto, dentre as disfunções do desejo sexual, destaca-se o Desejo Sexual Hipoaetivo (DSH), que é caracterizado pela diminuição significativa ou ausência persistente de desejo espontâneo e de respostas a estímulos sensoriais, bem como a dificuldade de sustentar o interesse ou ímpeto sexual, em uma atividade sexual uma vez já iniciada, por, no mínimo, seis meses (FEBRASGO, 2018).

Essa condição possui uma etiologia multifatorial e, dentre os diversos fatores que podem diminuir o desejo sexual, como depressão, uso de medicamentos (como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina - ISRS) e distúrbios hipotálamo-hipofisários, o envelhecimento e a menopausa destacam-se como os principais contribuintes para o DSH em mulheres (FLEURY, 2009).

Além disso, o DSH apresenta-se como uma das disfunções sexuais mais comuns em mulheres, trazendo, além dos sintomas anteriormente utilizados para fins diagnósticos, diversos impactos negativos no bem-estar da paciente, como sentimento de frustração e culpa, principalmente para a parcela mais jovem. Destaca-se, ainda, que muitas mulheres não mencionam

tais queixas sexuais aos profissionais da equipe de saúde, dificultando, assim, o diagnóstico da doença, recrutando a atenção dos trabalhadores ginecológicos para abordar essas questões (BRASIL, 2019).

### **Disfunção de Excitação**

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2000), o transtorno de excitação sexual feminina pode ser classificado como uma incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual. Geralmente a mulher nessas condições tem pouca ou nenhuma sensação de excitação (DSM-IV-TR, 2000). Já Wincze e Carey referem que, subjetivamente, existe uma dificuldade de encontrar prazer na atividade sexual e uma ausência de sentimentos eróticos. (WINCZE; CAREY, 2001).

As informações relacionadas à prevalência das disfunções sexuais em geral são escassas e mostram uma grande variabilidade entre si no que tange aos estudos. A utilização de diferentes sistemas de classificação, métodos de avaliação e variáveis dos grupos populacionais em que esses estudos foram realizados são as razões para tamanha diversidade de resultados. No entanto, o estudo epidemiológico americano *National Social and Health Life Survey*<sup>12</sup>, elaborado por Laumann, Paik e Rosen em 1999, estudou as disfunções sexuais em 1.749 mulheres com idade entre os 18 e os 54 anos nos Estados Unidos, das quais 14% apresentam uma perturbação da excitação sexual (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999).

Do ponto de vista nacional, no Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife, foi aplicado um estudo com 100 mulheres

de idades entre 20 e 39 anos, em que a prevalência de algum tipo de disfunção sexual foi de 36%, sendo que desse percentual 8% relatam disfunção da excitação. Observou-se uma relação estatisticamente significativa das disfunções sexuais femininas com a idade da coitarca menor que 20 anos, frequência de apenas uma relação sexual por semana ou menos e lactação (BROSENS *et al.*, 2000).

Fisiologicamente, durante a excitação sexual, percebem-se os fenômenos de vasocongestão na pélvis, lubrificação vaginal e entumescimento da genitália externa. No caso de disfunção, os processos fisiológicos da excitação podem ser afetados por lesões nos sistemas vasculares, que originam diminuição da lubrificação vaginal, e no neurológico, como déficits secundários à neuropatias periféricas ou à neoplasia cerebral.

Observando alterações endocrinológicas, as hipostrogenias (como ooforectomia e menopausa, por exemplo), acromegalia e lesões hipotalâmicas podem aumentar a escassez de lubrificação vaginal, podendo até conduzir a um quadro de dispareunia, além do uso de medicamentos (como a pílula anticoncepcional e anti-histamínicos), que também pode contribuir para a disfunção de excitação sexual (ARAÚJO, SOARES, 1987).

Além disso, vale ressaltar os fatores psicossociais envolvidos em questão, visto que o contexto sócio-cultural interfere sobremaneira na expressão da sexualidade. É consensual na literatura a existência de fatores psicossociais comuns às disfunções sexuais femininas, como: a presença de questões individuais de baixa autoestima, experiências prévias traumáticas, formação educacional e cultural baseada em falta de informação sexual, ambiente familiar conturbado e em ortodoxia religiosa, e conflitos na interação conjugal (PACHECO, 1987).

O diagnóstico para esse tipo de disfunção é majoritariamente clínico, e engloba uma multiplicitude de fatores. A queixa da paciente, em conjunto com a presença de componentes de anamnese, é fundamental. Considera-se no mínimo seis meses de sintomatologia para a caracterização da disfunção. Além disso, é de extrema importância investigar as condições do(a) parceiro(a), para afastar possíveis equívocos de interpretação, visto que estimulação inadequada em foco, intensidade ou duração exclui o diagnóstico de disfunção de excitação (APA, 2002) e que a disfunção pode ser generalizada (presente com qualquer parceria) ou situacional (presente em determinada situação e/ou parceria), sendo importante fazer essa distinção.

Ademais, deve-se considerar, ainda, a idade da mulher e a sua experiência sexual, já que mulheres jovens e/ou iniciantes costumam relatar dificuldade para relaxamento e lubrificação, o que é compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente para ratificar isso. Também é importante salientar que não há diagnóstico de disfunção caso esta seja mais bem explicada por algum outro transtorno.

Dessa forma, analisando a diversidade de fatores envolvidos, recomenda-se avaliação psicossocial, preferencialmente por equipe multidisciplinar, principalmente naqueles casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre influência de questões psicológicas e relacionais (ABDO; FLEURY, 2006).

Diante do que foi relatado é possível observar a importância dos fatores de ordem psicossocial na manutenção da disfunção de excitação feminina. Assim, a intervenção psicológica pode ser uma estratégia terapêutica a se considerar em muitos casos, em que pode existir uma resignificação cognitiva de pensamentos, rótulos



los negativos e incidentes traumáticos relacionados ao sexo, além de trazer melhorias para a autoestima e autoimagem (ARAÚJO; SOARES, 1987).

Simultaneamente, o tratamento médico e farmacológico é de extrema relevância, se o caso clínico o exigir, revelando que uma terapia combinada poderá ser a melhor opção de tratamento na maioria dos casos. No que concerne à administração de fármacos, ansiolíticos parecem apropriados diante de quadros ansiosos disfuncionais. Além disso, a administração de preparados hormonais - como substâncias vasodilatadoras - podem ser benéficas para o momento de excitação (LEIBLUM SR *et al.*, 2000).

### **Disfunções do Orgasmo**

O orgasmo, de acordo com Berek, é um processo encefálico, normalmente, despertado por estimulação genital, que também pode ocorrer durante o sono, durante a estimulação de outras partes do corpo, incluindo as mamas e as papilas, ou pela imaginação. Em certas ocasiões, pode ser induzida por medicamento e, em mulheres com lesão da medula espinal, por estimulação vibratória do colo do útero. Envolve uma resposta miotônica do músculo liso e do músculo estriado, nas mulheres saudáveis, associada a sensações de súbita liberação da tensão sexual acumulada durante a excitação. O orgasmo é descrito como a mais intensa e mais prazerosa das sensações sexuais (BEREK, 2021).

Efetivamente, o transtorno orgásmico feminino (FOD) é definido, pela 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, como o atraso, raridade, ausência ou diminuição acentuada da intensidade do orgasmo em pelo menos 75% das experiências sexuais, que persiste por pelo menos 6 meses (MARCHAND, 2021).

Contextualizando tal transtorno na sociedade brasileira, um estudo avaliou 1219 mulheres, observando que 21% destas apresentavam FOD (Abdo CHN, *et al.*, 2004). Em uma outra coleta de dados, realizada pela mesma autora, desta vez analisando 2708 mulheres, percebeu-se que 26,2% não conseguiam atingir o orgasmo (ABDO, 2006).

Sob esse viés, diversos fatores podem afetar na hora dessa resposta sexual, os quais são: idade, menopausa, humor, a presença de diferentes hormônios sexuais, a saúde mental do indivíduo, a utilização de medicamentos, álcool e substâncias ilícitas e a qualidade do relacionamento (BEREK, 2021).

Além disso, é importante destacar que há alguns farmacológicos que podem teoricamente ajudar nos casos associados a antidepressivos serotoninérgicos (ISRSs), como bupropiona e aripiprazol (BEREK, 2021). Porém, infelizmente não existe tratamento ideal para a disfunção do orgasmo. Assim, ele se baseia, geralmente, em abordar potenciais fatores causadores e na psicoterapia (JERKINGS *et al.*, 2015).

### **Aversão Sexual**

Descrito como aversão extrema recorrente ou persistente associada a uma evitação de todo contato genital com um parceiro sexual que não seja atribuível a outro transtorno psiquiátrico (APA, DSM IV-TR, 2000).

Os indivíduos costumam relatar ansiedade, medo e nojo quando confrontados acerca de uma oportunidade sexual por algum parceiro. Além disso, a aversão pode estar associada a alguma experiência específica do ato sexual, como secreções genitais e a penetração. Além disso, a aversão pode ser desencadeada por estímulos sexuais, como beijar ou o toque, não sendo restrita apenas ao ato sexual (APA, DSM IV-TR, 2000).

Atualmente, a aversão sexual é enquadrada como “Outra Disfunção Sexual Especificada”, tal categoria engloba as apresentações que possuem sintomas característicos de uma disfunção sexual, mas que não satisfazem critérios clínicos para outros transtornos na classe diagnóstica das disfunções sexuais (APA, DSM V-TR, 2022).

## **Vaginismo**

### **Introdução**

O vaginismo é um distúrbio que provoca dor durante a proliferação sexual e se caracteriza por, no mínimo, uma das seguintes situações (FEBRASGO, 2019):

I. Uma dificuldade marcante, persistente ou recorrente na descoberta, devido a uma contração involuntária ou tensão nos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de descoberta;

II. Uma dor acentuada e persistente ou recorrente na vulva, na região vaginal ou na pelve durante a penetração;

III. A presença de medo ou ansiedade em antecipação à dor vulvovaginal ou pélvica, durante ou como resultado da penetração vaginal.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o Transtorno de Dor Gêrito-Pélvica/Penetração (DGPP) engloba tanto a dispareunia quanto o vaginismo, uma vez que os critérios para caracterizar o vaginismo são os mesmos usados para diagnosticar o DGPP. O vaginismo interfere nas relações sexuais, causando sofrimento e dificuldades interpessoais, afetando a sensação de feminilidade nas mulheres (APA, 2014).

A dispareunia e o vaginismo são disfunções sexuais que, muitas vezes, são confundidas e consideradas iguais, apesar de suas diferenças. A dispareunia envolve dor genital persistente ou recorrente associada à atividade sexual e pode ocorrer em qualquer idade, antes, durante

ou após o coito, em diferentes graus de intensidade. Enquanto isso, o vaginismo se caracteriza por uma dificuldade persistente e recorrente de realização de perfuração com pênis, dedo ou objetos, devido a uma contração involuntária dos músculos que cercam a parte externa da vagina (GONZÁLEZ, 2017).

### **Epidemiologia**

No estudo com 553 pacientes diagnosticadas com vaginismo observou-se que a média de idade na qual as pacientes descobriram o vaginismo variou entre 10 e 19 anos. A duração dos sintomas abrangeu um período que variou de 3 meses a longos 44 anos, com uma média de 7,95 anos. É relevante destacar que 18,3% das mulheres que participaram desse estudo relataram ter sofrido violência sexual anteriormente (ACHOUR, 2019).

De acordo com Achour *et al.* (2019), embora seja desafiador determinar com precisão a frequência do vaginismo, a maioria dos especialistas estima que a prevalência desse transtorno entre mulheres em escala global varia de 1% a 2% (ACHOUR, 2019).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA) de 2014, embora a estatística exata seja desconhecida, ao considerar a consolidação de todas as subdivisões do transtorno da dor gênero-pélvica, cerca de 15% das mulheres nos Estados Unidos relatam experimentar dor durante a relação sexual. Isso ilustra a complexidade de obter uma estimativa precisa sobre a incidência do vaginismo (ACHOUR, 2019).

### **Diagnóstico**

O diagnóstico é principalmente clínico e envolve uma avaliação cuidadosa, incluindo uma anamnese detalhada e, se possível e com a permissão da paciente, um exame ginecológico.

Durante o exame, poderia ser possível observar espasmos involuntários ou a contração da musculatura vaginal ao toque, o que frequentemente pode dificultar uma exploração mais profunda.

O diagnóstico engloba a consideração da duração dos sintomas, que deve ser persistente por mais de seis meses, bem como a avaliação do sofrimento relatado pela paciente. Além disso, é importante excluir transtornos mentais, histórico de violência sexual pelo parceiro ou outros fatores estressantes que possam contribuir para a dor durante o ato sexual (FEBRASGO, 2019).

No diagnóstico diferencial de dor durante a relação sexual, há diversas condições que podem ser consideradas, tais como:

- Vulvodínia
- Infecção por Clamídia
- Disfunção do assoalho pélvico
- Atrofia vaginal

No entanto, cada uma dessas condições apresenta sintomas específicos e circunstâncias que, quando avaliados em conjunto, auxiliam na exclusão dessas condições para se chegar ao diagnóstico definitivo de vaginismo.

### Tratamento

O diagnóstico de um Distúrbio Sexual (DS) por si só não estabelece o tratamento, sendo crucial identificar a causa subjacente do DS para planejar a abordagem terapêutica adequada. Por exemplo, um Distúrbio Sexual Hipofuncional (DSH) pode ser decorrente de conflitos interpessoais, enquanto o vaginismo pode ser resultado de experiências de abuso sexual, entre outros fatores. Importante destacar que os DS são multifatoriais e envolvem influências de natureza biológica, psicológica, ambiental, relacional e outros, que podem agir de forma independente ou em conjunto. Alterações psico-

lógicas decorrentes do estresse, ansiedade e depressão frequentemente desempenham um papel significativo nos DS (FEBRASGO, 2019).

Diversas opções de tratamento eficazes estão disponíveis para auxiliar as mulheres a superar o vaginismo. Estes tratamentos incluem a utilização de dilatadores, fisioterapia com ou sem *biofeedback*, aconselhamento sexual, psicoterapia, hipnoterapia, terapia cognitivo-comportamental e, mais recentemente, o uso de Botox. A colaboração em equipe é fundamental para o tratamento, e muitas vezes é necessário o aconselhamento pós-tratamento (PACIK, 2011).

- Terapia tópica: A aplicação de lidocaína tópica ou cremes compostos pode ser útil para aliviar a dor associada a esta condição.
- Fisioterapia do assoalho pélvico: Um fisioterapeuta ensinará técnicas para relaxar os músculos do assoalho pélvico.
- Terapia com dilatadores vaginais: Dilatadores vaginais são dispositivos em forma de tubo disponíveis em diversos tamanhos, destinados a alongar a vagina. Pessoas com vaginismo usam dilatadores para aumentar seu conforto e reduzir a sensibilidade à penetração vaginal. Em alguns casos, o médico pode recomendar a aplicação de um creme anestésico tópico na parte externa da vagina para facilitar a inserção.
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC): A TCC auxilia na compreensão de como os pensamentos influenciam as emoções e comportamentos. É uma abordagem eficaz no tratamento de ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).
- Terapia sexual: Terapeutas sexuais especializados trabalham com indivíduos e casais para ajudá-los a redescobrir o prazer em seus relacionamentos sexuais.



### Compulsão Sexual

O vício sexual, também conhecido como hipersexualidade ou comportamento sexual compulsivo, refere-se a um padrão descontrolado de comportamento sexual, acompanhado por um desejo incontrolável e irresistível que persiste, mesmo quando o indivíduo experimenta consequências negativas e sofrimento, seja de natureza psicológica ou física. Pode se manifestar de forma contínua ou episódica. De acordo com os critérios geralmente utilizados; "consumo sexual excessivo" envolve a ocorrência de 7 ou mais orgasmos por semana durante pelo menos 6 meses consecutivos (após a idade de 15 anos) ou mais de um orgasmo por dia durante 1 ano ou mais.

De Alarcon e colegas resumem as diferentes abordagens do DSM-5 (O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição) e da CID-11 (Classificação Internacional de Doenças 11.<sup>a</sup> edição) para classificar o comportamento hipersexual. Segundo o DSM-5, o transtorno hipersexual é conceituado como um modelo de dependência, embora não haja atualmente um diagnóstico oficial de transtorno hipersexual devido à falta de evidências suficientes para categorizá-lo como um transtorno de dependência. Por outro lado, de acordo com a CID-11, o comportamento hipersexual é considerado um transtorno de controle de impulsos e é definido como transtorno de comportamento sexual compulsivo. Características associadas incluem preocupações sexuais excessivas, aplicação de um "filtro sexual" nas relações interpessoais, uma sensação de perda de controle, especialmente em relação à frequência, tempo e custo financeiro, bem como sintomas depressivos.

O transtorno pode ser subdividido em três elementos clínicos distintos: fantasias sexuais repetidas, impulsos sexuais repetidos e compor-

tamentos sexuais repetidos, tais como masturbação, uso problemático de pornografia, atividades sexuais com múltiplos adultos consentidos, engajamento em cibersexo, sexo por telefone, visitas a clubes de strip, entre outros. Clinicamente, a vida sexual muitas vezes se desassocia do sentimento de amor e é caracterizada por uma sensação constante de insatisfação. Isso leva a uma preocupação persistente com pensamentos sexuais, dificuldades de concentração em outras áreas da vida cotidiana, e pode causar impacto significativo na qualidade de vida.

O processo de avaliação para o diagnóstico dessa disfunção pode se estender ao longo de vários anos. Adicionalmente, é frequente que pacientes que enfrentam essa disfunção também manifestem transtornos psicológicos concomitantes, como ansiedade ou transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Existe uma relação entre transtorno hipersexual e outros vícios, como transtorno por uso de substâncias. A literatura que inclui estudos com ambos os sexos revela que os usuários de metanfetamina relatam que essa droga estimuladora aumenta o desejo sexual, principalmente os comportamentos de risco. No entanto, foi demonstrado que a anfetamina reduz a atividade sexual de ratas. Com isto em mente, Holder, *et al.* avaliaram o papel da metanfetamina em ratas. Eles descobriram que, pelo contrário, a metanfetamina facilitou o comportamento sexual feminino, e este efeito é devido ao aumento da transmissão dopaminérgica e até mesmo à possível neurotransmissão devido à combinação de hormônios ovarianos e metanfetaminas. Especificamente, eles encontraram um aumento da motivação sexual juntamente com a ativação da atividade neuronal na amígdala medial e no núcleo ventromedial do hipotálamo.

Além disso, cientistas dos Países Baixos estudaram a relação do abuso de substâncias em

libertinos auto-identificados. Neste estudo, Spauwen, *et al.* concluíram que 79% dos libertinos relataram uso recreativo de drogas (incluindo álcool e uso de drogas para disfunção erétil); 46% deles relataram uso múltiplo de drogas. Assim, o uso recreativo de drogas (excluindo álcool e drogas para disfunção erétil) foi significativamente associado a comportamentos sexuais de alto risco em homens e mulheres.

Neste contexto, o tratamento da compulsão sexual é um processo complexo e multifacetado. O primeiro passo crucial é estabelecer um diagnóstico claro, diferenciando a dependência sexual da hipersexualidade secundária associada a condições neurológicas, especialmente aquelas relacionadas a disfunções frontais e temporais. Além disso, é fundamental descartar outros fatores, como episódios maníacos, hiperandrogenismo e o uso de substâncias, incluindo álcool, cocaína, anfetaminas, alucinógenos e tratamentos com agonistas dopaminérgicos.

Em relação aos medicamentos, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) desempenham um papel importante no tratamento, uma vez que não apenas ajudam a tratar comorbidades depressivas e ansiosas, mas também possuem efeitos colaterais bem

conhecidos que podem ser relevantes no tratamento da dependência sexual. Além dos ISRS, outros medicamentos como nefazodona e topiramato também mostraram potencial no tratamento da dependência sexual. A naltrexona, um inibidor de opiáceos, demonstrou eficácia no tratamento da dependência de álcool e opióides, e relatos de casos indicam sua utilidade no tratamento da dependência sexual. Vale destacar que o tratamento farmacológico muitas vezes é complementado com terapia psicoterapêutica, e a escolha do medicamento específico depende das necessidades individuais do paciente e da presença de comorbidades psiquiátricas.

## CONCLUSÃO

A temática sobre a sexualidade e os distúrbios sexuais femininos é ainda cercada de tabus, de sorte que carece de uma maior quantidade de estudos científicos abordando o assunto, ainda mais por ser multifatorial e depender de equipes multidisciplinares para pesquisar sobre a fisiologia e anatomia, como também os aspectos psicossociais. Diante dessas limitações, o presente estudo objetiva contribuir para a literatura acerca da temática abordada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 63, n. 9, p. 477-482, 2006. Acesso em: 03 nov. 2023.

ABDO, Carmita Helena Najjar, *et al.* Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.*, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004. Acesso em: 03 nov. 2023.

ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. doi: <10.1590/S0101-60832006000300006>.

ACHOUR, Radhouane; *et al.* Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 12, p. 137-143, 2019. doi: < 10.2147/PRBM.S186950>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30881157/>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-4-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO MI, SOARES C. Como lidar com uma disfunção sexual feminina. In: GOMES, FA; ALBUQUERQUE, A; NUNES, JS. *Sexologia em Portugal – A sexologia clínica*. Lisboa: Texto Editora; 1987.

BEREK, Jonathan S.; BEREK, Deborah L. Berek & Novak Tratado de Ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

BLUM, Kenneth; BADGAIYAN, Rajendra D.; GOLD, Mark S. Hypersexuality Addiction and Withdrawal: Phenomenology, Neurogenetics and Epigenetics. *Cureus*, v. 7, n. 10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.348>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BOTH, Stephanie. *et al.* Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *The Journal of Sexual Medicine*, v. 16, n. 11, p. 1681-1695, nov. 2019. doi: < 10.1016/j.jsxm.2019.08.005>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31521571/>> Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Desejo Sexual Hipoativo. Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, 2019. Disponível em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/ginecologia/promed-gin-017-v1-desejo-sexual-hipoativo-sem-ass-1.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

BROSENS, Catalina; TERRASA, Sergio; ASTOLFI, Elsa; Vaginismo: Caso clínico. *Evid Act Pract Ambul*, v. 12, n. 3, p. 102-103, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO) (org.). Tratado de Ginecologia. 3. ed. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2018.

FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. Desejo sexual feminino. Diagnóstico e Tratamento, v. 14, n. 1, p. 47-51, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n1/a0016.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

JENKINS, Lawrence C; MULHALL, John P. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertility and Sterility*, v. 104, n. 5, p. 1082-1088, 2015. doi: <10.1016/j.fertnstert.2015.09.029>. Acesso em: 3 nov. 2023.

LARA, Lucia Alves da Silva; PEREIRA, Joice Martins de Lima. Fisiologia da resposta sexual feminina. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (org.). Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: FEBRASGO; 2022. p.5-10.

LAUMANN E O; PAIK, A; ROSEN, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999. doi: <10.1001/jama.281.6.537>. Acesso em: 03 nov. 2023.

LEIBLUN, Sandra R; ROSEN, Raymond C. Principles and practice of sex therapy. 3. ed. New York: Guilford Press; 2000.

MARCHAND, Erica. Psychological and Behavioral Treatment of Female Orgasmic Disorder. Sex Med Rev. v. 9, n. 2, p. 194-211, 2021. doi: <10.1016/j.sxmr.2020.07.007>. Acesso em: 03 nov. 2023.

PACHECO J. Determinantes psicossociais. In: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. Sexologia em Portugal – A sexologia clínica. Lisboa: Texto Editora; 1987.

PACIK Peter T. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. Aesthetic Plast Surg. v. 35, n. 6, p. 1160-1164, 2011. doi:<10.1007/s00266-011-9737-5>. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21556985/>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

PERROTTA, Giulio. The Concept of “Hypersexuality” in the Boundary between Physiological and Pathological Sexuality. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 10, p. 5844, 2023. doi: <10.3390/ijerph20105844>. Acesso em: 05 nov. 2023.

WINCZE, John P; CAREY Michael P. Sexual Dysfunction – A guide for assessment and treatment. 2. ed. New York: Guilford Press; 2001.