

# Capítulo 1

## SEXOLOGIA

AMY FERRAZ PIZZOL<sup>1</sup>

1. Discente -Graduanda em Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES-UNIVAÇO).

**Palavras Chave:** Disfunção sexual; sexualidade feminina.

## INTRODUÇÃO

A busca do prazer; além da procriação para a manutenção da espécie, rege a sexualidade humana. A saúde sexual é um dos pilares básicos da qualidade de vida feminina. É definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por um estado de saúde físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, não se caracterizando somente pela ausência de doença (BARRETO *et al.*, 2018).

O ciclo de resposta sexual é mais uniforme no sexo masculino do que do feminino. Masters e Johnson (1984) na década de 1960 propuseram um modelo de 4 etapas: excitação, platô, orgasmo e resolução. Alguns anos depois, Kaplan (1977) sugeriu que o desejo fosse o degrau principal; assim, passou-se a aceitar um novo modelo teórico: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

## Etiologia

As disfunções sexuais podem ter diversas causas, incluindo patologias agudas ou crônicas, tais como doenças neurológicas, cardiovasculares, endócrinas, estigmatizantes, infecciosas ou consumptivas (BRASILEIRO *et al.* 2017). Além disso, outras causas comuns de disfunção sexual incluem fatores psicológicos, tais como inabilidade do parceiro para carícias sexuais, desconhecimento da anatomia, dificuldade de entrega, repressão sexual familiar, social e religiosa, preconceito contra o autoerotismo, desconhecimento da resposta sexual e repertório sexual limitado (LARA *et al.*, 2008).

O uso de medicamentos também é uma causa comum de disfunção sexual. Inibido seletivos de serotonina (ISRSS) e benzodiazepínicos podem aumentar os níveis de serotonina e interferir na resposta sexual. Outros medicamentos que podem levar às disfunções sexuais incluem

antidopaminérgicos, antipsicóticos, antiandrogénicos, betabloqueadores adrenérgicos, anti-hipertensivos de ação central e anticoncepcionais hormonais (FERNANDES & SÁ, 2019). Além disso, o álcool, pode exercer um efeito desinibido que facilita a resposta sexual, mas seu uso crônico e em altas doses pode levar às disfunções sexuais (PASSOS, 2017). Em resumo, as disfunções sexuais podem ser causadas por uma ampla variedade de fatores.

## Tipos de disfunção sexual

As formas de disfunções sexuais, segundo Souza (2019), são classificadas conforme o CID-10 e DSM-V, listas na **Tabela 1.1**:

**Tabela 1.1** Classificação das disfunções sexuais pelo CID-10 e DSM-V

CID-10	DSM-V
F52.0 - Ausência ou perda do desejo sexual	N01 - Transtorno do orgasmo feminino
F52.1 - Aversão sexual e ausência de prazer sexual	N04 - Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
F52.2 - Fracasso da resposta genital	N06 - Transtorno de dor genitopélvica de penetração
F52.3 - Disfunção orgâsmica	N07 - Disfunção sexual induzida por substância/medicação
F52.5 - Vaginismo não orgânico	N08 - Disfunção sexual sem outra especificação
F52.6 - Dispareunia não orgânica	
F52.7 - Impulso sexual excessivo	
F52.8 - Outras disfunções sexuais de origem não orgânica	
F52.9 - Disfunção sexual não especificada de origem não orgânica	

Entende-se como disfunção sexual qualquer modificação na função do órgão ou nas etapas do ciclo sexual, ou seja, é uma diminuição total ou parcial da resposta sexual (BRASILEIRO *et al.*, 2017). A anamnese deve focar se a disfunção ocorre com um parceiro específico ou em uma situação específica. Diante disso, deve-se avaliar a resposta sexual individual e a adequação na resposta sexual compartilhada (FERNANDES & SÁ, 2019).

## Diagnóstico

O diagnóstico da disfunção sexual feminina é eminentemente clínico, sendo a queixa da paciente, em conjunto com a presença de alguns achados de anamnese, exame ginecológico, avaliação psicológica e neurológica, busca de comorbidades e de fatores etiológicos (MENDONÇA *et al.*, 2012).

É necessário considerar um mínimo de seis meses de sintomas para caracterizar o diagnóstico de disfunção (ABDO & FLEURY, 2006). Os sintomas da disfunção sexual em mulheres, estão relacionados com a incapacidade de atingir o orgasmo, lubrificação insuficiente antes e durante a relação sexual, incapacidade de relaxar os músculos vaginais para permitir a penetração, diminuição do desejo sexual e dores durante a relação sexual. Sendo esses os aspectos que devem ser investigados na consulta médica (LARA *et al.*, 2008).

Para o tratamento e prognóstico da disfunção sexual é importante salientar a diferença entre a disfunção primária, caracterizada quando a resposta sexual não alcança êxito ao longo da vida, e a secundária ou adquirida, assim como entre a disfunção generalizada, que está presente independente da parceria, e a situacional, que está presente em dadas circunstâncias (ABDO & FLEURY, 2006; SOUZA 2019).

## Tratamento

### Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental tem como objetivos principais explicar e modificar questões relacionadas tanto ao cognitivo quanto questões que envolvam a distorção de crenças, responsáveis por fomentar o declínio do desejo e da função sexual feminina. Uma peça significativa que compõe a terapia cognitivo-comportamental é a questão do conhecimento, pois costuma ser de grande auxílio tanto para a mulher quanto o casal estabelecendo formas de se compreender pontos relacionados ao estímulo erótico físico e mental (FEBRASGO, 2019).

### Terapia hormonal

Nos casos em que a diminuição do desejo sexual for associada a sintomas e sinais de menopausa, a terapia hormonal está indicada (LARA *et al.*, 2018). O uso de estrogênio é usado nos casos de atrofia da vulva e da vagina, as quais levam a dispareunia. Geralmente, usa-se estrogênio tópico na forma creme. Nos casos, em que há contraindicação ao uso de hormônio, opta-se por cremes de promestrieno que não possuem ação no endométrio, somente na proliferação do epitélio vaginal (PASSOS, 2017).

### Terapia androgênica

Os androgênios possuem papel importante na resposta sexual humana, visto que eles melhoram o desejo, a excitação, o fluxo sanguíneo vaginal, a frequência, a intensidade do orgasmo e a satisfação sexual (PASSOS, 2017).

### Uso de anticoncepcional hormonal

Algumas mulheres queixam-se de disfunção sexual após iniciar o uso de pílula. Desse modo, o tratamento consiste na substituição do método

para outro, a exemplo do DIU de cobre, progestogênio oral ou DIU com levonorgestrel (LARA *et al.*, 2018).

### **Tratamento não hormonal**

Flibanserina (100 mg/noite): pode aumentar a liberação de noradrenalina e dopamina e diminuir a serotonina no córtex cerebral. Recomendada para mulheres na pré-menopausa para promover o equilíbrio de neurotransmissores cerebrais, melhorando assim, a resposta sexual. Deve-se atentar para os efeitos colaterais, como náuseas, fadiga, insônia e boca seca, além da interação com o álcool. Contraindicada para terapia de outras disfunções hormonais, que não seja o desejo sexual hipoativo (LARA *et al.*, 2008).

Outros medicamentos não hormonais incluem medicamentos ansiolíticos e antidepressivos que podem ser utilizados para auxiliar na melhora da função sexual. A bupropiona e a buspirona são os medicamentos antidepressivos

mais indicados para esse fim. Além desses, outras medicações podem ser utilizadas para auxiliar na resposta sexual positiva, como a trazodona, mirtazapina, desvenlafaxina e agomelatina (PASSOS, 2017).

### **Cirurgia**

Alguns procedimentos cirúrgicos estéticos podem ser realizados naquelas mulheres em que a estética genital não as agrada. Os procedimentos variam conforme a queixa da paciente e possuem a finalidade cosmética, bem como rejuvenescimento vaginal, lipoescultura e himenoplastia (PASSOS, 2017). No entanto, a labioplastia pode ser realizada tanto por insatisfação estética quanto por hipertrofia ou assimetria importantes dos pequenos lábios (GIUSSY *et al.*, 2015).

Cabe salientar que os procedimentos cirúrgicos não são livres de complicações, como dispareunia, dor crônica e fibrose (PASSOS, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C. & FLEURY, H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 3, p. 162–167, 2006.
- BARRETO, A.P.P. *et al.* O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 8, n. 4, p. 511-517, 2018.
- BRASILEIRO, J.P.B. *et al.* *Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília*. 2 ed, Brasília: Editora Luan Comunicação, 2017. p. 601-614.
- FERNANDES, C.E. & SÁ, M.F.S. *Tratado de Ginecologia da Febrasgo*. 1 ed, Rio de Janeiro: Elsevier, p. 266-336, 2019.
- GIUSSY, B. *et al.* “The first cut is the deepest”: a psychological, sexological and gynecological perspective on female genital cosmetic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 94, p. 915-920, 2015.
- LARA, L.A. *et al.* Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.
- LARA, L.A.S. *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, p. 312- 321, 2008.
- MENDONÇA, C.R. & AMARAL, W.N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. *Femina*, v. 39, n. 3, p. 1–4, 2011. 57.
- MENDONÇA, C.; *et al.* Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, v. 40, n. 4, p. 196–202, 2012.
- PASSOS, E.P. *Rotinas em Ginecologia*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 278-296.
- WHO - World Health Organization. 2006. *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health*, 28- 31 January 2002, Geneva. Suíça: World Health Organization; 2006.
- SCHWARTZ, M.F. & MASTERS, W.H. The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *The American journal of psychiatry*, v. 141, n. 2, p. 173-181, 1984.