

Capítulo 1

SEXOLOGIA

ALINE ZANELLA¹

JOÃO PAULO ANDRÉ ARAGON ALMANZA¹

LARISSA DO CANTO MÜLLER¹

VÍTOR TEIXEIRA DE ALMEIDA¹

1. Discente - Medicina Universidade Luterana do Brasil de Canoas/RS.

Palavras Chave: Sexologia Feminina; Disfunções Sexuais Femininas; Saúde Sexual Feminina.

INTRODUÇÃO

A sexologia é um pilar fundamental para a qualidade de vida humana (VENTRIGLIO & BHUGRA, 2019) e deve ser abordada em todas as etapas do desenvolvimento sexual, incluindo na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma ciência vital e de extrema importância para a compreensão da sexualidade humana.

Béjin (1987) dividiu a história da sexologia em dois momentos de desenvolvimento. O primeiro ocorreu no século XIX, com foco na compreensão das dificuldades da sexualidade reprodutiva. Já o segundo momento surgiu a partir da década de 1920, com a introdução do conceito de "orgasmo ideal" como norma fundamental (CARRARA & RUSSO, 2002; ROHDEN & RUSSO, 2022).

Com o passar dos anos, a sexologia evoluiu consideravelmente e, atualmente, a introdução de conceitos como identidade de gênero e fluidez sexual tornaram-se essenciais para descrever a sexologia moderna.

Ao analisar aspectos fisiológicos relacionados à sexologia, é importante considerar que a função sexual é regulada pela ação de neurotransmissores, mecanismos neurológicos e neuroendócrinos, além de fatores ambientais e relacionais. Disfunções em qualquer uma dessas fontes pode determinar a ocorrência de disfunções sexuais (PASSOS, 2017). Portanto, além da abordagem psicológica, é relevante levar em conta a fisiologia humana e seus mecanismos, uma vez que cerca de 3% a 20% das disfunções sexuais têm origem orgânica (PASSOS, 2017). Esse achado epidemiológico reforça a necessidade de avaliar e excluir fatores físicos como causa de disfunções sexuais.

Sexologia humana

Definição

A saúde sexual refere-se ao estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade. Portanto, a sexologia é um dos pilares da qualidade de vida humana e é essencial para garantir que todos os envolvidos no processo se sintam seguros e livres de coerção, discriminação ou violência (VENTRIGLIO & BHUGRA, 2019; PASSOS, 2017).

É importante esclarecer a diferença entre sexo e sexualidade. Sexo refere-se ao fator biológico, ou seja, ao ato sexual e suas variações. Por outro lado, a sexualidade está relacionada à expressão do desejo, às escolhas, aos sentimentos e à comunicação com o outro (LOPES & MAYA, 2001).

Histórico desde o surgimento

O surgimento da sexologia pode ser rastreado ao longo do século XIX, quando autores começaram a investigar de forma sistemática as variações da sexualidade e a questionar as normas e tabus em torno do assunto. No entanto, foi somente no século XX que a sexologia ganhou maior visibilidade e institucionalização, com a criação de sociedades e institutos dedicados ao estudo da sexualidade. Entre os autores que contribuíram para esse processo estão Béjin, que propôs a criação de um campo interdisciplinar para a pesquisa da sexualidade; Carrara, que introduziu uma perspectiva histórica e cultural na análise da sexualidade; Russo, que criticou as normas de gênero e propôs a ideia de multiplicidade sexual; Rohden, que defendeu a importância da sexualidade na formação da identidade humana; e Kinsey, que realizou estudos pioneiros sobre a sexualidade humana nos Estados

Unidos, desafiando tabus e mitos em torno do assunto (BÉJIN, 1987; CARRARA & RUSSO, 2002; ROHDEN & RUSSO, 2022; KINSEY, 1998).

Epidemiologia

De acordo com dados coletados da plataforma de pesquisa UpToDate, aproximadamente 40% das mulheres têm alguma forma de disfunção sexual. Dentre esses casos, 12% estão associados a problemas psicológicos, como ansiedade pessoal ou interpessoal. No entanto, outras causas também podem estar envolvidas.

Estima-se que entre 3% e 20% dos casos de disfunção sexual feminina tenham origem orgânica, principalmente relacionada a doenças endocrinológicas, de acordo com Passos (2017). Entretanto, a presença de distúrbios endócrinos entre as principais disfunções sexuais femininas é raramente pesquisada, conforme destacam Jannini (2017) e Carosa *et al.* (2020), o que pode levar a uma subestimação da prevalência desses casos.

Além disso, diferentes tipos de disfunção sexual feminina podem ter prevalências distintas. McCabe *et al.* (2016) e Lewis *et al.* (2010) indicam que a prevalência de desejo sexual hipotativo varia entre 17% e 55% das mulheres, sendo mais comum em faixas etárias mais avançadas. Já os problemas de excitação e lubrificação são relatados por cerca de 8% a 15% das mulheres, enquanto a disfunção sexual orgásica é vista em 16% a 25% das mulheres entre 18 e 74 anos de idade. A dispareunia, ou dor durante a relação sexual, pode afetar entre 14% e 27% das mulheres, mas pode chegar a 80% em mulheres no período pós-parto.

É importante ressaltar que as disfunções sexuais femininas têm uma origem multifatorial e podem estar associadas a fatores biológicos, psicológicos, culturais, entre outros. A compreensão

são desses fatores é fundamental para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais efetivas e para a promoção da saúde sexual das mulheres.

Contextos atuais

Atualmente, apesar do aumento no número de estudos sobre disfunções sexuais em mulheres com distúrbios endócrinos nos últimos anos, ainda há uma escassez na investigação e tratamento dessas disfunções relacionadas às causas orgânicas. Este cenário é preocupante, pois impacta diretamente a qualidade de vida e bem-estar sexual das mulheres afetadas. É importante destacar a relevância de investimentos em pesquisas nessa área para um maior entendimento das causas e melhores tratamentos dessas disfunções (CAROSA *et al.*, 2020).

Ciclo de resposta sexual

O ciclo de resposta sexual descrito inicialmente por Kaplan foi baseado na resposta genital. No entanto, com o avanço do conhecimento sobre a fisiologia sexual e o desenvolvimento humano, novas teorias foram desenvolvidas. Uma dessas teorias é o modelo linear de estímulo sexual, que inclui quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. No entanto, ao longo do tempo, o desejo sexual foi reconhecido como um componente central da resposta sexual, o que levou ao desenvolvimento de um modelo circunferencial de resposta sexual. Esse modelo leva em conta não apenas a resposta genital, mas também as motivações emocionais que afetam a sexualidade. Alguns autores sugerem que o modelo circunferencial é mais aplicável à sexualidade feminina, enquanto o modelo linear é mais adequado para descrever a sexualidade masculina. Desde então, o modelo circunferencial é o mais utilizado para entender a resposta sexual (BASSON, 2001).

Etiologia

As disfunções sexuais podem ter diversas causas, incluindo patologias agudas ou crônicas, tais como doenças neurológicas, cardiovasculares, endócrinas, estigmatizantes, infecciosas ou consumptivas. Essas condições podem predispor as disfunções sexuais, como indicado por 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, conforme descrito por Fernandes & Sá (2019).

O uso de medicamentos também é uma causa comum de disfunção sexual. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e benzodiazepínicos, por exemplo, podem aumentar os níveis de serotonina e interferir na resposta sexual. Outros medicamentos que podem levar às disfunções sexuais incluem antidopaminérgicos, antipsicóticos, antiandrogênicos, betabloqueadores adrenérgicos, anti-hipertensivos de ação central e anticoncepcionais hormonais (BURROWS *et al.*, 2012; FERNANDES & SÁ, 2019). Além disso, o uso de drogas e álcool pode interferir em qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual, conforme indicado por Brasileiro *et al.* (2017). O álcool, em particular, 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 fato-

res, incluindo patologias crônicas e agudas, fatores psicológicos, uso de medicamentos e drogas, e álcool em doses excessivas.

É importante compreender essas causas para que as disfunções sexuais possam ser tratadas de forma adequada.

Classificação diagnóstica das disfunções sexuais

Entende-se como disfunções sexuais qualquer modificação na função do órgão ou nas etapas do ciclo de resposta sexual, ou seja, é um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica da sexualidade (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

A anamnese sexual deve discorrer se a disfunção ocorre com um parceiro específico, em situação específica e se a resposta sexual não compartilhada¹ está adequada. Assim, deve-se avaliar a resposta sexual individual e a adequação da resposta sexual compartilhada com a parceria (FERNANDES & SÁ, 2019).

A realização de exames complementares à anamnese e exame físico é útil para o diagnóstico de condições orgânicas que podem estar relacionadas à disfunção sexual, bem como: tireoidopatias, diabetes *mellitus*, dislipidemias, alterações nos níveis de prolactina e, em casos selecionados (mulheres na pós-menopausa), a dosagem de testosterona total e livre também se faz importante, principalmente para programação do tratamento (LEIBLUM, 2011).

As disfunções sexuais femininas são multifatoriais, sendo seu diagnóstico predominantemente clínico (PASSOS, 2017). A classificação das disfunções conforme CID-10 e DSM-V são listadas na **Tabela 1.1**.

¹ **Resposta sexual não compartilhada:** quando o indivíduo expressa, espontaneamente, interesse sexual ou quando esse interesse é ativado por fantasias sexuais ou

por exposição às cenas sexuais, fora da relação sexual com o parceiro (FERNANDES & SÁ, 2019).

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	P00 - Disforia de gênero em crianças
F52.7 - Impulso sexual excessivo	P01 - Disforia de gênero em adolescentes ou adultos
F52.8 - Outras disfunções sexuais de origem não orgânica	
F52.9 - Disfunção sexual não especificada de origem não orgânica	
F64 - Transtorno da identidade de gênero	

Tratamento

Opções terapêuticas

O tratamento das disfunções sexuais deve ser abordado de forma multidisciplinar, envolvendo a participação de médicos, psicólogos e terapeutas sexuais. A escolha da terapia mais adequada depende da avaliação individualizada da paciente, que deve ser feita em conjunto com a equipe médica. Algumas opções terapêuticas incluem terapia sexual, terapia cognitivo-comportamental, terapia hormonal, uso de dispositivos de estimulação, além de mudanças no estilo

de vida, como prática regular de atividades físicas, dieta equilibrada e redução do consumo de álcool e drogas. O uso de medicamentos é reservado para casos especiais e deve ser cuidadosamente avaliado pelos profissionais de saúde (PASSOS, 2017).

Psicoeducação

A psicoeducação é uma etapa crucial no tratamento das disfunções sexuais, uma vez que oferece uma base educacional sobre anatomia e funcionamento da resposta sexual, além de ajudar a eliminar mitos e tabus sobre a sexualidade (BACHMANN, 2006; PASSOS, 2017). É importante que a paciente seja orientada sobre o autoconhecimento do corpo e das preferências sexuais. O modelo EOP (Educational, Operative and Psychotherapeutic) publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, se concentra em educar a paciente sobre sua resposta sexual, fornecendo orientações sobre saúde sexual e incentivando o prazer sexual (LARA *et al.*, 2017). É fundamental que a educação sexual seja individualizada para cada paciente, permitindo uma compreensão mais abrangente de suas necessidades e preocupações específicas.

Medicamentos ansiolíticos e antidepressivos

Os distúrbios de ansiedade e depressão podem estar relacionados a problemas na resposta sexual. Nesse sentido, medicamentos ansiolíticos e antidepressivos podem ser utilizados para auxiliar na melhora da função sexual prejudicada por esses quadros. 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. É importante ressaltar que a decisão terapêutica deve ser tomada em conjunto com a paciente e

que o uso de medicamentos deve ser reservado para casos especiais (BALDWIN & FOONG, 2013; PASSOS, 2017).

Importante sempre estar atento às indicações de tais medicações, dosagens, feitos adversos e contraindicações de cada medicamento.

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 justificado nos casos em que há 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).

A tibolona, um esteroide sintético, pode ser utilizada para pacientes com desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, sempre se atentando para a janela de oportunidade (KINGSBERG, 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, progestagênio 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 potencial interação com o álcool. Contraindicada para terapia de outras disfunções hormonais, que não seja o desejo sexual hipoativo (LARA *et al.*, 2018; KINGSBERG, 2017; KATZ *et al.*, 2013).

Outros medicamentos não hormonais incluem: bupropiona, trazodona e buspirona, já citados acima em medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

Cirurgia

Alguns procedimentos cirúrgicos estéticos podem ser realizados naquelas mulheres em que a estética genital está incomodando-as. Os procedimentos variam conforme a queixa da paciente e possuem somente finalidade cosmética, bem como rejuvenescimento vaginal, lipoescultura e himenoplastia (PASSOS, 2017).

No entanto, a labioplastia pode ser realizada tanto por insatisfação estética quanto por hipertrófia ou assimetria importantes dos pequenos lábios. Outrossim, a correção de prolapsos genitais seja por vaginoplastia posterior ou anterior, perineoplastia ou histerectomia vaginal também demonstraram efeitos positivos sobre a satisfação sexual (GIUSSY *et al.*, 2015; GLAVIND *et al.*, 2015; PASSOS, 2017).

Cabe salientar que os procedimentos cirúrgicos não são livres de complicações, a exemplo de dispareunia, dor crônica e fibroses (GIUSSY *et al.*, 2015; GOODMAN, 2011; PASSOS,

2017). Desse modo, deve-se sempre esclarecer juntamente com as demais dúvidas às pacientes.

Por conseguinte, é extremamente importante que a paciente seja avaliada por um psicólogo, preferencialmente por um terapeuta sexual, antes de submeter-se à cirurgia, uma vez que se faz necessário o entendimento sobre as queixas sexuais da paciente e os motivos pelos quais elas levam ao desejo do procedimento cirúrgico (GIUSSY *et al.*, 2015; GOODMAN, 2011; PASSOS, 2017).

Fisioterapia

O uso de fisioterapia em casos de disfunções sexuais pode auxiliar no tratamento de dispareunia, vaginismo, distopias genitais; informar sobre anatomia pélvica e autoconsciência corporal; reabilitar a musculatura do assoalho pélvico através de exercícios de fortalecimento e relaxamento por meio de *biofeedback* e terapia manual. Além disso, auxilia no caráter comportamental por meio do uso de dilatadores e modificações posturais (PASSOS, 2017).

O trabalho do fisioterapeuta deve ser concorrente ao de outros profissionais (psicóloga, médico) a fim de obter melhores resultados.

Psicoterapia

Em geral, as técnicas psicológicas mais promissoras para abordagem de disfunções do desejo sexual, transtornos do orgasmo e vaginismo incluem: terapia sexual, terapia comportamental cognitiva e intervenções baseadas na atenção plena à paciente (PASSOS, 2017; LARA *et al.*, 2018).

Mulheres com comprometimento psicológico devem realizar acompanhamento com psicoterapeuta. Além disso, outras indicações de psicoterapia são: comprometimento da autoimagem e do vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestações mais livres da própria sexualidade, ansiedade excessiva e dificuldade em lidar com a hostilidade em relação ao parceiro (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACHMANN, G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? *J Sex Med*, v. 3, p. 639–645, 2006.
- BALDWIN, D.S. & FOONG, T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry*, v. 202, p.396-397, 2013.
- BASSON, R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*, v. 27, p.33-34, 2001.
- BÉJIN, A. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. Sexualidades ocidentais. São Paulo: Brasiliense; p.210-35, 1987.
- 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.
- CARRARA, S. & RUSSO, J. A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro do entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*, v. 9, p. 273-290, 2002.
- CAROSA, E. *et al.* Management of endocrine disease: Female sexual dysfunction for the endocrinologist. *European Journal of Endocrinology*, v. 182, R101 - R116, 2020.
- 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.
- GLAVIND, K. *et al.* Sexual function in women before and after surgery for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 94, p. 80-85, 2015.
- GOODMAN, M.P. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med*, v.8, p. 1813-1825, 2011.
- JANNINI, E.A. SM=SM: the interface of systems medicine and sexual medicine for facing non-communicable diseases in a gender-dependent manner. *Sexual Medicine Reviews* v.5, p. 349–364, 2017.
- KATZ, M. *et al.* Begonia trial investigators. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*, v. 10, p. 1807–1815, 2013.
- KINGSBERG, S.A. *et al.* Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. v. 14, p. 1463–1491, 2017.
- KINSEY, A.C. Sexual behavior in the human female. Indiana University Press, 1998.
- KINSEY, A.C. *et al.* Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health*, v. 93, p.894-8, 2003.
- LARA, L.A. *et al.* Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FE-BRASGO); 2018.
- LARA, L.A. *et al.* A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v. 39, p. 184–194, 2017.
- LEIBLUM, S.R. Princípios e práticas da terapia sexual. 4 ed. São Paulo: Roca; 2011.
- LEWIS, R.W. *et al.* Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*, v. 7. p. 607 -1598, 2010.
- LOPES, G. & MAIA, M. Conversando com adolescentes sobre sexo. Quem vai responder? Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
- McCABE, M.P. *et al.* Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, v.13, p. 52-144, 2016.
- PASSOS, E.P. Rotinas em Ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 278-296.
- ROHDEN, F. & RUSSO, J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 722–729, 2011.
- UPTODATE. Overview of sexual dysfunction in females: Epidemiology, risk factors, and evaluation. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology>.
- VENTRIGLIO, A. & BHUGRA, D. Sexuality in the 21st century: Sexual fluidity. *Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi (East Asian Archives of Psychiatry)*, v. 29, p. 30–34, 2019.