

# Capítulo 2

## SEXOLOGIA

DEBORAH FERREIRA DUGUET ARRUDA<sup>1</sup>  
FERNANDA CHAIB FONSECA PEREIRA<sup>1</sup>  
RAFAEL DE OLIVEIRA MARRA<sup>1</sup>  
SÁVIO LAGUARDIA MARRA FILHO<sup>1</sup>

1. Discente - Medicina - Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).

**Palavras Chave:** Disfunção sexual; Dispareunia; Sexologia

## INTRODUÇÃO

No século passado, a sexologia era abordada com os recursos terapêuticos herdados da psicanálise. À medida que a medicina ginecológica foi evoluindo, abriu-se o leque de novas teorias e seus respectivos manejos, além do aperfeiçoamento na condução das comorbidades性uais até então descobertas.

Acometimentos性uais são corriqueiros e fazem parte do cotidiano da mulher em múltiplas faixas etárias, e manifestam-se de formas variadas como queda ou até mesmo supressão da libido, desconcerto ou falha em se chegar ao orgasmo e desconforto físico durante o ato sexual. Tal quadro costuma vir acompanhado de relatos que provocam grande sofrimento mental na mulher, atrapalhando seu convívio com a sua parceria sexual e também na sua qualidade de vida de uma forma generalizada. Quando o médico recebe essas queixas de sua paciente, pode-se assim dizer que está diante de um quadro de disfunção sexual feminina.

Com o aumento das informações disponíveis para o público de uma forma geral, tem-se nos dias atuais surgido um aumento na demanda de pacientes que buscam soluções e terapias para os seus acometimentos性uais.

A disfunção sexual feminina surge a partir de uma descompensação nos estágios da resposta sexual conectando-se com relevantes sistemas endócrinos, anatômicos, neural, vascular, psíquico, além também do fator social, acarretando quase sempre em deficiências na qualidade de vida feminina.

A maioria dos distúrbios性uais dá-se devido à falta de conhecimento, lendas, e crenças sobre a parte fisiológica e anatômica dos órgãos性uais.

O profissional que acolhe e trata pacientes com queixas de distúrbios na vida sexual neces-

sita estar preparado plenamente para lidar com tal situação, então recomenda-se que esse indivíduo tenha o devido conhecimento sobre o tema e seus recursos propedêuticos, como também possíveis tratamentos, além de também compreender e aceitar a sexualidade de cada indivíduo; esse preparo tem por finalidade reduzir possíveis influências maléficas e iatrogênicas no enfermo.

## Tipos de disfunção sexual

As formas de disfunções性uais, segundo Ribeiro *et al.* (2013), são catalogadas em:

**Distúrbio do desejo Sexual Hipoativo (Desejo Sexual Inibido):** Ocorre quando há diminuição ou ausência total de fantasias e de desejo de ter atividade sexual.

**Aversão Sexual (Evitação Sexual. Fobia Sexual):** Evitação ativa de ter sexo com parceiros, com sentimentos de repulsa, ansiedade e medo.

**Transtorno de Excitação (Frigidez):** É a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter a lubrificação vaginal e turgescência até o fim do ato sexual. A mulher tem pouca ou nenhuma sensação de excitação. Antigamente, esse problema era denominado de Frigidez.

**Anorgasmia (Inibição do Orgasmo):** Quando a mulher se sente incapaz de atingir orgasmo. Pode haver um atraso ou ausência recorrente ou persistente do orgasmo, mesmo após estímulo sexual adequado.

**Dispareunia:** É a dor genital associada ao ato sexual. Para ser denominada dispareunia não deve ser causada por fatores orgânicos, como infecções ou nódulos, por exemplo.

**Vaginismo:** É a contração involuntária dos músculos próximos à vagina que impedem a penetração pelo pênis, dedo, ou espéculo ginecológico ou mesmo um tampão. A mulher não

consegue controlar o movimento de contração, apesar de até desejar o ato sexual.

**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica:** Caracteriza-se quando há um problema orgânico que gera problemas sexuais, como, por exemplo, a diminuição de desejo devido a Diabetes Mellitus.

**Disfunção Sexual Induzida por Substâncias:** Caracteriza-se quando há um problema sexual pelo uso de algumas substâncias. Por exemplo, diminuição do desejo sexual por uso de altas doses de sedativos hipnóticos, como o diazepam.

## Tratamento

O profissional deve começar orientando sobre as questões anatômicas e fisiológicas da atuação sexual. Durante o exame físico, o médico pode fazer o uso de espelho com o intuito de que a paciente possa acompanhar o exame e poder ser orientada sobre achados anatômicos normais e/ou alterados, tal prática tem como finalidade esclarecer de uma maneira melhor a explicação anatomo-fisiológica da ação sexual. Após a etapa do exame físico, é necessário explicar sobre o que é “normal” e esclarecer possíveis dúvidas que a mulher possa vir a ter relacionados com o ato sexual (FEBRASGO, 2019).

O manejo dos sintomas sexuais deve ser abrangido de forma global visando a estabilização dos sinais somáticos, psíquicos, local, além de abranger também a parceria sexual. Outro fator que não deve ser negligenciado envolve condutas direcionadas unicamente para as queixas da atual paciente, criando-se assim um manejo único para cada caso (BARRETO *et al.*, 2018).

Um modelo que tem mostrado muita eficiência e praticidade no manejo da disfunção sexual feminina, tendo ganhado muita atenção na prática médica, é o modelo conhecido como PILSET (PLISSIT). Tal protocolo proporciona

ao profissional da saúde executar uma aproximação amplificada capaz de abranger sintomas originados do sistema psíquico, biológico, e também de queixas que envolvam pouco ou nenhum conhecimento referente a questões anatômicas e sexuais (LARA *et al.*, 2008).

Sendo assim, o modelo de PILSET é utilizado como um mnemônico sendo apresentado da seguinte forma, segundo Lara *et al.* (2008): permissão (P): o especialista “permite” ao paciente praticar o ato sexual levando-se em conta a fisiologia da relação sexual. Abrangendo especialmente a elucidação, além de transpor as objeções que possam existir em relação ao ato sexual. Podendo ser exemplificado da seguinte forma: a “aprovação” do terapeuta para que a mulher com disfunção sexual faça uso de fantasias sexuais e consuma conteúdo erótico para a estimulação sexual; informação limitada (IL): orientar questões fisiológicas resultantes durante a prática sexual e também explicar a respeito da constituição anatômica do órgão genital feminino, explicando onde localizam-se os pontos com maior sensibilização e satisfação da região vulvar e vaginal que compreendem o clítoris, pequenos lábios e intróito vaginal, pois tais regiões possuem uma maior quantidade de pontos vaso-nervosos; sugestão específica (SE): orientar e propor alterações no comportamento sexual, tendo como modelo parâmetros baseados na função orgânica que constitui o ato sexual e consequentemente chegando a um resultado esperado, nortear alterações de conduta (atitude assertiva), podendo ser exemplificado da seguinte maneira: a mulher vive uma vida conflituosa com seu companheiro, mesmo assim preserva a relação, pois tem os seus motivos particulares para a causa. A aparência desfavorável da convivência resulta em uma situação onde os malefícios superam os benefícios e com isso desfavorece a relação afetiva-emocional do

casal. A medida que a mulher com disfunção sexual pontua e eleva as questões benéficas que a intimidade com o parceiro gera como produto, a possibilidade de se promover um progresso favorável a sua vivência sexual é extremamente alta; terapia sexual (T) a terapia sexual é indicada para todos os casos de extrema complexidade como por exemplo anedonia, confrontos que como consequência acarretem em ataques verbais e físicos, abuso sexual, alterações no comportamento sexual, manejos que não se obteve uma resolução positiva após explicações (LARA *et al.*, 2008).

Entende-se que as condutas habituais são táticas que devemos utilizar primariamente no manejo da disfunção sexual feminina, evidenciando-se a instrução anatomo-fisiológica do órgão genital, elucidando o produto que se obtém durante o ato sexual, a atribuição sexual da mulher, a orientação sexual tanto para a mulher quanto para a sua parceria sexual, alterações de cunho mutável pelo auxílio médico, modificação do estilo de vida, etc. Essas condutas englobam o modelo PILSET. (BARRETO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2013). De forma complementar e generalizada o médico deve abordar questões relacionadas a saúde geral e bem como o manejo de comorbidades infecciosas do trato genital que venham a acarretar em quadros de disparesunia, além de intervir cirurgicamente em quadros de incontinência urinária, prolapsos de órgãos pélvicos, ou outras queixas que tenham sofrido alguma alteração anatômica e possam interferir na atividade sexual da mulher (LARA *et al.*, 2008). Acrescenta-se também a necessidade avaliar e substituir quando necessário drogas que possam prejudicar a resposta sexual, também deve-se orientar sobre a prática e os benefícios que os exercícios físicos para o fortalecimento dos músculos da região pélvica vão promover a vida sexual da mulher. (SOUZA *et al.*, 2020).

## Terapia hormonal

A terapia hormonal em mulheres que estão na fase pós menopausa tem se mostrado bastante eficaz, já em mulheres que estão na fase do menacme, a terapia hormonal necessita de mais estudos que possam documentar e comprovar a sua real indicação e efetividade (STUDD, 2007). Mulheres que chegam no estágio da menopausa tem como consequência natural uma redução considerável nos níveis de estrogênio em seu organismo, a redução androgênica a medida em que se envelhece somada ao abrupto declínio hormonal acarretam em um quadro de distúrbio do desejo sexual hipoativo. O surgimento da redução do desejo/excitação sexual feminino ao longo do climatério sugere estar associado com quadros de hipoestrogenismo / hipogonadismo (FEBRASGO, 2019). Em quadros onde a mulher relata uma redução da libido que venha correlacionada ao surgimento de sintomas da menopausa sendo eles vasomotores e atrofia urogenital, a terapia hormonal mostra-se bastante eficaz e de fácil aceitação pela paciente. (PARDINI, 2007). Sendo assim, segundo Febrasgo (2019), o médico pode lançar mão dos seguintes medicamentos para o manejo do quadro:

- Tibolona (esteróide sintético advindo da noretisterona) utilizando-se a dosagem de 2,5 mg ao dia. Essa droga é indicada para mulheres que apresentam o quadro de distúrbio do desejo sexual hipoativo, e encontram-se pós menopausadas dentro da janela de oportunidade. Mulheres que fazem uso desta medicação, relatam o aumento do desejo sexual, excitação, e também satisfação durante o ato propriamente dito e redução dos sintomas urogenitais. O seu uso não é recomendado para mulheres com câncer de mama, câncer de endométrio, tromboembolismo agudo, hepatopatia aguda e/ou grave, cardiopatia grave e sangramento uterino sem causa diagnosticada.

- Undecanoato de testosterona: 40 mg por dia, durante 15 dias, realizando-se a sua suspensão durante os próximos 15 dias após a última dose. Essa droga é indicada para pacientes que apresentem déficit androgenal relacionado com queixas de disfunção sexual do desejo, ou previamente diagnosticada com distúrbio do desejo sexual hipoativo, e não necessite da aferição regularmente dos níveis de testosterona total e livre. A reposição de testosterona em mulheres pré e pós menopausa tem seu uso contraindicado relativamente em mulheres que apresentem alopecia androgênica, acne, hirsutismo, dislipidemia e disfunção hepática, já as contraindicações absolutas são para quadros de hirsutismo grave, acne grave e risco grande de câncer de mama, câncer de endométrio, episódios tromboembólicos e doença cardiovascular.

## Terapia não hormonal

O uso de drogas de ação no sistema nervoso central para o manejo da disfunção sexual feminina tem apresentado grande efetividade. Estudos relatam que alguns neurotransmissores atuam na sensibilização e não sensibilização de regiões do cérebro que influenciam na resposta sexual feminina. (PARDINI, 2007). Segundo a Febrasgo (2019), as medicações que podem ser utilizadas estão descritas a seguir:

- Flibanserina 100 mg ao dia. Trata-se de uma droga que atua como agonista do receptor 2A (5HT-2A), exerce de forma parcial agonista também sobre os receptores de dopamina (D4). Esse medicamento atua liberando grandes quantidades de noradrenalina e dopamina e reduzindo os níveis de serotonina no cortéx cerebral tendo como consequência o restabelecimento do controle pelo cortéx pré-frontal sobre as áreas de recompensa e motivação do cérebro, possibilitando o início do desejo sexual. Esse medica-

mento está indicado para mulheres na pré-menopausa que apresentem o quadro de distúrbio do desejo sexual hipoativo, admitindo-se que o balanceamento dos neurotransmissores cerebrais aprimore o desempenho da resposta sexual. A flibanserina pode apresentar como efeitos colaterais quadros de hipotensão, síncope, sonolência, náuseas, fadiga, insônia e xerostomia. Seu uso também não está indicado como terapia para outros tipos de disfunção sexual que não seja a de desejo. Além disso, recomenda-se abolir o seu uso quando a paciente não apresentar melhora após 2 meses de terapia.

- Bupropiona 150 mg por dia. Esse medicamento inativa a recaptação de dopamina e norepinefrina, além de bloquear os receptores de serotonina 5HT-2, além de promover um certo efeito prossexual. Seu uso está indicado para o tratamento da disfunção sexual feminina resultante do uso de antidepressivos. Pode ser usada também no manejo de mulheres com o quadro de distúrbio do desejo sexual hipoativo. Está contra indicada para pacientes com epilepsia, bulimia e anorexia.

Na maioria das vezes, o tratamento que tem se mostrado mais eficaz para mulheres com desejo sexual hipoativo é aquele desenvolvido a partir de componentes da terapia sexual, terapia cognitivo-comportamental, e abordagens que englobem a mulher como um todo (LARA *et al.*, 2008).

## Terapia sexual

A terapia sexual foi desenvolvida com o intuito de se abordar e auxiliar tanto a mulher quanto a sua parceria sexual com o intuito de compreender, antever e resolver situações relacionadas com a monotonia da vida conjugal, desajuste na comunicação do casal, bem como a ausência de intimidade entre os parceiros (LARA *et al.*, 2008).

Sua abordagem se dá através de técnicas que promovam a inclusão sensorial bem como o aconselhamento global da vida do casal. (STUDD, 2007).

A peça chave que a terapia sexual se baseia se dá através da terapia de foco sensorial ou sensitivo, que se desenvolve através de exercícios de toque sensual realizados de forma progressiva. Essa forma de terapia tem como objetivo reduzir a aversão aos toques sensuais ou da prática sexual ligada a quadros de muita ansiedade, permitindo-se assim a possibilidade de se reestabelecer o diálogo e a intimidade entre os parceiros. Recomenda-se que os primeiros toques não se comecem por áreas genitais, mas sim tocando-se regiões “comuns” como face, mãos e dorso, e à medida que os parceiros vão ganhando novamente intimidade entre eles, a indicação de toques em áreas genitais pode ser iniciada e só após essa etapa espera-se que tenha o reestabelecimento das relações sexuais (FEBRASGO, 2019).

### **Terapia cognitivo-comportamental:**

A terapia cognitivo-comportamental tem como objetivos principais elucidar 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).

Sua aplicabilidade se dá através de técnicas voltadas para a questão de aprendizagem como a prática de atenção plena, reconhecimento corporal, além da autoestimulação genital não masturbatória (STUDD, 2007; FEBRASGO, 2019).

### **Tratamento do distúrbio da excitação sexual:**

As excitações mental/subjetiva ou genital/objetiva ou fisiológica podem estar ou não relacionadas. A excitação sexual subjetiva constitui a compreensão feminina perante a sua reatividade genital ou não. Já, quando nos referimos a excitação genital, estamos diante de um quadro fomentado por uma questão fisiológica, que envolve vasocongestão e lubrificação da vagina. Podem estar ou não associados entre si, ou se manifestarem de forma singular (SILVA *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2013). Compreender qual o mecanismo excitatório encontra-se bloqueado e também quais os fatores desencadearam esse bloqueio disfuncional da excitabilidade sexual, é de suma importância para se estabelecer a terapia mais eficaz. Basicamente o manejo do quadro é realizado através da excitação psicomental da atenção plena na terapia cognitivo-comportamental, tornando-se peça chave para se alcançar resultados efetivos. Em situações onde o único componente é a excitação genital, opta pelo manejo do quadro fazendo-se o uso de medicamentos e/ou dispositivos vaginais (FEBRASGO, 2019).

### **Tratamento da desordem do orgasmo:**

O passo inicial para se obter êxito no tratamento da desordem do orgasmo consiste em elucidar e orientar a paciente (se possível, o casal) referentes ao orgasmo, dedicando-se as perspectivas do que seria, bem como o desenvolvimento do quadro e a sua periodicidade, deve-se também se situar o quanto compromete a vivência da mulher quanto do parceiro devido ao quadro. É necessário também distinguir orgasmo clitorinano de orgasmo vaginal. (STUDD, 2007; SILVA *et al.*, 2013). A conversa deve ser direcionada para episódios de orgasmo promovido durante o coito que não necessitou de estímulo do clitóris, e episódios de

orgasmo surgido durante estimulação do clitóris. É necessário ao longo da consulta orientar a paciente que o orgasmo pode não estar presente em todas as relações sexuais consideradas satisfatórias (FEBRASGO, 2019).

Outro ponto importante diz respeito a avaliação minuciosa se a anorgasmia está relacionada ao uso de determinadas substâncias que dificultem o seu acontecimento como por exemplo anorgasmia induzida pelo uso de antidepressivos ou pelo abuso de drogas, também deve ser perguntado se a mulher possui alguma comorbidade de causa vascular, neuropática e reumatólogica (LARA *et al.*, 2008). A partir do momento que se tiver excluído as causas orgânicas e a paciente encontra-se esclarecida quanto a sua situação, a terapia mais indicada é a técnica da masturbação dirigida, tal técnica tem como finalidade orientar a mulher a explorar o seu corpo tornando-a mais familiarizada e confortável com o seu órgão genital e outras partes anatômicas do seu corpo (FEBRASGO, 2019).

### **Tratamento da dor sexual:**

O manejo da dispareunia leve a moderada quando associada ao quadro de atrofia vulvovaginal, pode-se lançar mão do uso de constituintes não hormonais como lubrificantes a base de água, cremes hidratantes (LARA, *et al.*, 2008). A estrogenização local é proposta para quadros mais graves em mulheres que se encontram na pós menopausa e possuem atrofia vulvovaginal, outra alternativa de tratamento é a laserterapia (PARDINI, 2007).

### **Tratamento do vaginismo:**

A terapia consiste na aplicação de técnicas de dessensibilização sistemática, combinando-se com a fisioterapia do assoalho pélvico, tendo como meta não permitir que a musculatura pélvica apresente espasmos (SOUZA *et al.*, 2020).

O tratamento da disfunção sexual deve ser direcionado a queixa principal da paciente, sendo o foco primordial a instrução sexual, relacionando-se ou não a drogas, e a psicoterapia sexual. Por fim, é extremamente importante enfatizar que a cada caso deve ser individualizado e abordado a parte social, mental e física da mulher com disfunção sexual (FEBRASGO, 2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

FEBRASGO - Tratado de ginecologia. Editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho. [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019

LARA, L.A.S. *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, p. 312- 321, 2008.

PARDINI, D. Terapia hormonal da menopausa. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, n. 6, p. 938–942, ago. 2007.

RIBEIRO, B. *et al.* Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e factores associados. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.

SILVA, B.M. e; *et al.* Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 40, n. 3, p. 196–202, 2013.

SOUZA, L.C. de; *et al.* Fisioterapia na disfunção sexual da mulher: revisão sistemática. Revista Ciência e Saúde On-line, v. 5, n. 2, 2020.

STUDD J.A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. Gynecological endocrinology the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology, v. 23, n. 12, p. 673-681, 2007.