



## DISFUNÇÃO SEXUAL NA MULHER: UMA ABORDAGEM PRÁTICA

### SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN: A PRACTICAL APPROACH

Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician*. 2015;92(4):281-8.

#### Introdução

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde frequente, com um impacto negativo na qualidade de vida e que inclui: disfunção no desejo/excitação sexual, disfunção do orgasmo e dor genitopélvica.

#### Etiologia e Patofisiologia

A disfunção sexual é multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais. Algumas patologias, como a diabetes *mellitus* ou algumas doenças neurológicas e neoplásicas, podem, de forma direta ou indireta, afetar a função sexual. O próprio envelhecimento está também associado a uma diminuição da resposta sexual, atividade sexual e da libido. A diminuição dos níveis de estradiol na menopausa provoca uma diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia.

Vários fármacos podem ter um efeito inibitório da função sexual, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN), os antiestrogênicos (tamoxifeno e inibidores da aromatase) e os estrogênios orais (como os contraceptivos hormonais combinados).

Em relação aos fatores psicológicos, os com maior impacto na função sexual feminina são a depressão, a ansiedade, imagem corporal negativa, abuso sexual e a negligência emocional. Os fatores socioculturais que mais frequentemente causam ou mantêm a disfunção sexual são problemas de relacionamento, a disfunção sexual do parceiro (*e.g.*, disfunção erétil), eventos de vida geradores de *stress* (*e.g.*, reforma, saída dos filhos de casa) e contextos culturais ou religiosos inibidores da sexualidade.

#### Avaliação

A melhor abordagem na avaliação da disfunção sexual feminina é o modelo biopsicossocial que deve incluir a história sexual e o exame objetivo.

#### – Disfunção no desejo/excitação sexual

O desejo sexual refere-se à motivação para o ato sexual; a excitação sexual refere-se ao processo fisiológico de excitação, que inclui a lubrificação e o fluxo sanguíneo vaginal.

Pouco ou nenhum desejo espontâneo mas resposta sexual com desejo, desejo espontâneo e resposta sexual mas discrepância no grau de desejo entre a mulher e o parceiro e diminuição da excitação sexual fisiológica relacionada com a menopausa são exemplos não de disfunção sexual, mas de variação normal da resposta sexual, pelo que a sua distinção é importante.

#### – Disfunção do orgasmo

A disfunção do orgasmo inclui um atraso marcado no atingimento do orgasmo ou orgasmo ausente/pouco frequente ou menos intenso durante pelo menos seis meses em 75 a 100% das relações sexuais. Esta disfunção pode existir desde sempre (primária) ou ser adquirida (secundária). A anorgasmia primária é sugestiva de que a paciente não está familiarizada nem confortável com a autoestimulação ou com a comunicação sexual com o parceiro ou, ainda, por falta de educação sexual adequada. Atraso ou diminuição da intensidade do orgasmo pode estar relacionada com a diminuição do fluxo sanguíneo genital ou a diminuição da sensibilidade genital, consequência do envelhecimento, e não é considerado como disfunção sexual.

O médico deve determinar se as dificuldades no orgasmo ocorrem apenas com determinados tipos de estimulação, situação ou parceiro. Se a paciente referir dificuldade na relação sexual com o parceiro, mas não na autoestimulação, pode ser resultado de estimulação sexual inadequada.

#### – Dor genitopélvica

O vaginismo e a dispareunia estão incluídos na dor genitopélvica/disfunção associada à penetração. A dor é definida como medo ou ansiedade, contração/tensão



dos músculos abdominopélvicos ou dor associada à penetração vaginal persistente e/ou recorrente durante, pelo menos, seis meses. Esta disfunção pode ser primária ou secundária. O médico deve determinar se a dor ocorre no início da penetração vaginal, com a penetração profunda, ou em ambas.

### Tratamento

A primeira consulta pode ser, desde logo, benéfica, apesar de a disfunção sexual requerer muitas vezes um tratamento multidisciplinar. O modelo **PLISSIT** – *permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy* – é utilizado para abordar a saúde sexual das pacientes.

- **Permissão:** dar abertura à paciente para falar sobre a sua saúde sexual;
- **Informação limitada:** educação sexual básica adequada (e.g., ciclo resposta sexual feminino, anatomia e impacto do envelhecimento na função sexual);
- **Sugestões específicas simples:** uso de vibrador, lubrificante e formas de aumentar a intimidade emocional;
- **Terapia intensiva:** validar as preocupações da paciente e referenciar.

Estratégias para tratar a disfunção sexual induzida pelos antidepressivos incluem a redução da dose, a troca por outro antidepressivo com menos efeitos adversos na função sexual ou adicionar bupropiona. Uma revisão da *Cochrane* sugere o uso de bupropiona 150mg, duas vezes por dia, mas são necessários mais es-

tudos (nível de evidência B).<sup>1</sup> Num pequeno estudo, o sildenafil reduziu a disfunção sexual induzida pelos ISRS e pelos ISRSN (nível de evidência B).<sup>2</sup>

A dor genital feminina é complexa e necessita de uma abordagem multidisciplinar, considerando os fatores biopsicossociais. A disfunção do pavimento pélvico é melhor tratada pela medicina física e de reabilitação. A utilização de vibrador, se não dolorosa, pode ser benéfica.

Psicoterapia e terapia sexual podem ser úteis em mulheres cuja causa de disfunção esteja associada a fatores relacionais, socioculturais ou com ansiedade. Técnicas de meditação (*mindfulness*) têm demonstrado efetividade no tratamento de vários tipos de disfunção sexual feminina. A masturbação é o tratamento de eleição nos casos de anorgasmia primária.

A terapêutica tópica com estrogénios é recomendada e preferível ao uso de terapêutica estrogénica sistémica para o tratamento da síndrome genitourinária da menopausa, assim como na dispareunia associada a secura vaginal. Face aos potenciais efeitos adversos dos estrogénios, especialmente os sistémicos, o seu uso deve ser limitado e de curta duração (nível de evidência A).

O ospemifeno tem uma eficácia modesta no tratamento da dispareunia (nível de evidência B). A testosterona transdérmica, associada ou não a estrogénios, pode ser efetiva no tratamento a curto prazo da disfunção do desejo/excitação sexual em mulheres pós-menopáusicas (nível de evidência B), mas, para além de não estar demonstrada a sua segurança e eficácia a longo prazo, está também associada a efeitos secundários de hiperandrogenismo.

### Comentário

A vivência da sexualidade da mulher constitui uma componente importante da qualidade de vida e da satisfação individual e relacional.<sup>3</sup> A disfunção sexual feminina, apesar de prevalente, é muitas vezes difícil de abordar quer por parte da paciente, quer por parte do seu médico de família.<sup>3-4</sup>

O médico de família tem uma posição privilegiada para, numa continuidade de cuidados de saúde,

estabelecer uma relação de confiança e facilitar a comunicação médico-paciente e entre o casal. A abordagem deste problema, baseada no modelo biopsicossocial, deve incluir o parceiro e ter em conta as expectativas de ambos.<sup>5</sup>

Existem fases da vida da mulher frequentemente associadas a alterações da função sexual, como a gravidez, o pós-parto e a menopausa.<sup>3,5</sup> Para a manutenção de uma boa função sexual feminina ao longo



da vida é fundamental promover a saúde física, mental e uma relação afetiva emocionalmente satisfatória.<sup>3,5</sup>

As opções farmacológicas no tratamento da disfunção sexual feminina são limitadas, dada a sua baixa eficácia e potenciais riscos, devendo ser dada primazia à abordagem não farmacológica.<sup>3,6-7</sup>

À exceção da terapêutica com estrogênios tópicos nas mulheres pós-menopáusicas com queixas de secura vaginal, que têm demonstrado a sua eficácia e segurança, são necessários mais estudos que comprovem a segurança a longo prazo dos restantes fármacos.<sup>1,5,7</sup>

A testosterona transdérmica e o ospimefeno não estão disponíveis em Portugal. O sildenafil e a bupropiona no tratamento da disfunção sexual secundária e o uso de antidepressivos necessitam de mais estudos que comprovem a sua eficácia.<sup>1,5,7</sup>

Na prática, a intervenção proposta, adequada a cada caso e culturalmente sensível, é desmistificar crenças e atitudes disfuncionais, facilitar informação específica sobre a resposta sexual feminina, explicar a importância de fomentar a intimidade emocional no casal e melhorar a comunicação, nomeadamente na área sexual.<sup>3,5</sup> Podem também ser propostos exercícios de autoestimulação e uso de material erótico. Nalguns casos pode justificar-se psicoterapia.<sup>3,5</sup>

Na disfunção do orgasmo podem ser sugeridos os exercícios de Kegel e na disfunção da dor o desenvolvimento de estratégias de *coping*, técnicas de relaxamento e o uso de dilatadores para dessensibilização progressiva.<sup>3,5</sup>

A disfunção sexual feminina constitui um espectro alargado de dificuldades, de etiologia multifatorial, que exige uma abordagem holística na sua avaliação e intervenção e, idealmente, um esforço multidisciplinar.<sup>3,5</sup>

Sara Robalo Santos, Catarina Magalhães Oliveira  
Médicas Internas de Medicina Geral e Familiar  
USF S. Julião

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD003382.
2. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2008;300(4):395-404.
3. Carvalheira AA, Gomes FA. A disfunção sexual na mulher. In Oliveira CF, editor. *Manual de ginecologia.* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia; 2011. p. 119-34.
4. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100(4):905-15.
5. Lamont J, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(8):769-83.
6. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal – An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(10):3489-510.
7. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD009672.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não ter conflito de interesses.