

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

BRUNA HOLANDA LUZ DO NASCIMENTO

**EFEITO DA ABORDAGEM DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO  
FEMININO PELO GINECOLOGISTA EM UM SERVIÇO  
ESPECIALIZADO DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DA MULHER**

Ribeirão Preto - SP

2023

BRUNA HOLANDA LUZ DO NASCIMENTO

**EFEITO DA ABORDAGEM DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO  
FEMININO PELO GINECOLOGISTA EM UM SERVIÇO  
ESPECIALIZADO DE CUIDADO À SAÚDE SEXUAL DA MULHER**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

Aluna: Bruna Holanda Luz do Nascimento

Ribeirão Preto - SP  
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Holanda Luz do Nascimento, Bruna

Efeito da abordagem do Desejo Sexual Hipoativo feminino pelo Ginecologista em um serviço especializado de cuidado à saúde sexual da mulher.

Dissertação para o título de Mestre apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.  
Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientadora: Lúcia Alves da Silva Lara

1. desejo sexual hipoativo. 2. Disfunção sexual.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Nome: HOLANDA LUZ DO NASCIMENTO, Bruna.

**Título: Efeito da abordagem do Desejo Sexual Hipoativo feminino pelo Ginecologista em um serviço especializado de cuidado à saúde sexual da mulher**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_  
 Profª. Dra.  
 Instituição \_\_\_\_\_ Julgamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profª. Dra.  
 Instituição \_\_\_\_\_ Julgamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profª. Dra.  
 Instituição \_\_\_\_\_ Julgamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profª. Dra.  
 Instituição \_\_\_\_\_ Julgamento \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Ao Autor e Consumador da fé: Jesus

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Universidade de São Paulo *campus* Ribeirão Preto – USPRP por ter me dado oportunidade de ter realizado meu mestrado nesse local, ambiente onde os docentes são felizes em ensinar, onde respira-se e vive-se a ciência.

À minha orientadora Profa. Dra. Lúcia Alves da Silva Lara quem primeiro me incentivou a fazer o mestrado e quem sempre acreditou em mim. Obrigada por ser essa orientadora completa que ensina do básico ao avançado; por me mostrar e fazer me apaixonar pela área de sexualidade humana e incongruência de gênero.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) pelo apoio financeiro através da concessão de bolsa de estudo de Mestrado.

Ao meu marido quem me apoiou quando disse que iria iniciar mestrado em pleno o ano de pandemia onde tudo estava incerto e caótico.

À minha família, minha base, por sempre me apoiar nos meus projetos.

“Bom mesmo é ir à luta com determinação,  
abraçar a vida com paixão,  
perder com classe  
e vencer com ousadia,  
porque o mundo pertence a quem se atreve  
e a vida é muito para ser insignificante.”

(Augusto Branco)

## RESUMO

NASCIMENTO, B.H.L. Efeito da abordagem do Desejo Sexual Hipoativo feminino pelo Ginecologista em um serviço especializado de cuidado à saúde sexual da mulher. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2023.

**Introdução:** O Desejo Sexual Hipoativo (DSH) é a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres. Está associado ao sofrimento psicológico significativo e à baixa qualidade de vida. No Brasil, uma revisão sistemática mostrou prevalência de 11 a 75%. Apesar da alta prevalência, os médicos, raramente, avaliam a função sexual de suas pacientes decorrente da inabilidade em abordar tal assunto devido à educação médica sobre sexualidade humana ser incompleta na graduação. Assim, é fundamental ensino sobre sexualidade humana desde a graduação médica e, para os Ginecologistas e Obstetras, um treinamento para prepara-los para a abordagem da queixa sexual feminina.

**Objetivo:** verificar os resultados das estratégias utilizadas pelo Ginecologista e Obstetra no tratamento do desejo sexual hipoativo feminino e caracterizar o perfil das mulheres atendidas com DSH em serviço especializado. **Método:** coorte retrospectiva com revisão de prontuários e coleta de dados dos casos de DSH do ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do Centro de Reprodução Humana, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia FMRPUSP de 2005 a 2019. Foi realizada análise exploratória e as variáveis foram resumidas em frequências absolutas e relativas e o teste qui-quadrado foi aplicado. Em seguida, estimado o risco relativo bruto e o risco relativo ajustado. No modelo multivariado, foram incluídas as variáveis que apresentaram uma relevância estatística na análise univariada. **Resultados:** Das 437 (100%) mulheres com DSH incluídas no estudo, 361(82,60%) responderam ao questionamento sobre o efeito do protocolo ao qual foram submetidas. Destas, 234 (64,82%) mulheres referiram melhora do desejo sexual. O modelo univariado (Tabela 4) evidenciou que pacientes sem dor pélvica crônica têm 19% menos chances de referir melhora do DSH em relação a quem tem dor pélvica crônica (188/301 (62,45%) vs. 46/60 (76,66%); RR 0,81 IC 95% 0,69-0,96/ p= 0,03). As pacientes sem depressão têm 32% mais chances de melhorar o DSH em relação àquelas que tem (176/252 (69,84%) vs. 57/108 (52,77%); RR 1,32 IC 95% 1,08-1,6/ p= 0,001). As pacientes sem disfunção orgásmica tem 23% mais chances de melhorar o DSH do que as mulheres que relataram esta disfunção (125/175 (71,42%) vs.



105/181 (58%) RR 1,23 IC 95% 1,05-1,43/ P=0,008). As mulheres com disfunção de excitação têm 19% menos chances de referir melhora do DSH em relação às mulheres com excitação preservada (119/202 (58,91%) vs. 110/152 (72,36%); RR 0,81 IC 95% 0,69-0,94/ P= 0,008). Quem não fez fisioterapia tem 22% menos chances de melhora do DSH em relação a quem fez (41/52 (78,84%) vs. 190/306 (62%); RR 0,78 IC 95% 0,66-0,92/ p= 0,01). A análise univariada evidenciou relevância estatística em: dor pélvica crônica, depressão, excitação, disfunção orgásmica e fisioterapia, porém este efeito não se confirmou no modelo multivariado.

**Palavras-chave:** Desejo sexual hipoativo. Disfunção sexual

## ABSTRACT

NASCIMENTO, B.H.L. NASCIMENTO, B.H.L. Effect of the approach of female Hypoactive Sexual Desire by the Gynecologist in a specialized service of women's sexual health care. Dissertation (Master in Obstetrics and Obstetrics) – Postgraduate Program in Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2023.

**Introduction:** Hypoactive Sexual Desire (HSD) is the most prevalent sexual dysfunction among women. It is associated with significant psychological distress and poor quality of life. In Brazil, a systematic review showed a prevalence of 11 to 75%. Despite the high prevalence, doctors rarely assess the sexual function of their patients due to the inability to address this issue due to incomplete medical education on human sexuality at undergraduate level. Thus, it is essential to teach human sexuality from medical school and, for Gynecologists and Obstetricians, training to prepare them to approach female sexual complaints. **Objective:** to verify the results of the strategies used by Gynecologists and Obstetricians in the treatment of female hypoactive sexual desire and to characterize the profile of women assisted with DSH in a specialized service. **Method:** retrospective cohort with review of medical records and data collection of DSH cases from the Human Sexuality Studies outpatient clinic of the Human Reproduction Center, Department of Gynecology and Obstetrics FMRPUSP from 2005 to 2019. An exploratory analysis was performed and the variables were summarized in absolute and relative frequencies and the chi-square test was applied. Then, estimated the gross relative risk and the adjusted relative risk. In the multivariate model, variables that were statistically relevant in the univariate analysis were included. **Results:** Of the 437 (100%) women with DSH included in the study, 361 (82.60%) answered the question about the effect of the protocol to which they were submitted. Of these, 234 (64.82%) women reported improvement in sexual desire. The univariate model (Table 4) showed that patients without chronic pelvic pain are 19% less likely to report improvement in DSH compared to those with chronic pelvic pain (188/301 (62.45%) vs. 46/60 (76, 66%); RR 0.81 CI 95% 0.69-0.96/ p= 0.03). Patients without depression are 32% more likely to improve their DSH than those who do (176/252 (69.84%) vs. 57/108 (52.77%); RR 1.32 95% CI 1.08 -1.6/p=0.001). Patients without orgasmic dysfunction are 23% more likely to improve DSH than women who

report this dysfunction (125/175 (71.42%) vs. 105/181 (58%) RR 1.23 CI 95% 1, 05-1.43/ P=0.008). Women with arousal dysfunction are 19% less likely to report improvement in DSH than women with preserved arousal (119/202 (58.91%) vs. 110/152 (72.36%); RR 0.81 CI 95% 0.69-0.94/ P=0.008). Those who did not undergo physiotherapy are 22% less likely to improve their DSH compared to those who did (41/52 (78.84%) vs. 190/306 (62%); RR 0.78 CI 95% 0.66-0.92/p=0.01). The univariate analysis showed statistical relevance in: chronic pelvic pain, depression, excitement, orgasmic dysfunction and physiotherapy, but this effect was not confirmed in the multivariate model.

Keywords: Hypoactive sexual desire. Sexual dysfunction.

## **LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1: Fluxograma de elegibilidade dos prontuários .....	<b>32</b>
Figura 2: Abordagem do DSH feminino em um serviço de saúde sexual.....	<b>35</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Protocolo de intervenção para mulheres com Desejo Sexual Hipoativo .....	<b>34</b>
<b>Tabela 2:</b> Dados demográficos, clínicos, ambientais e relacionais de mulheres com desejo sexual hipoativo .....	<b>37</b>
<b>Tabela 3:</b> Resultado do questionário semiestruturado que avaliou a presença de queixas sexuais concomitantes com Desejo Sexual Hipoativo...	<b>39</b>
<b>Tabela 4:</b> Análise univariada das variáveis em mulheres que referiram melhora da queixa sexual .....	<b>40</b>
<b>Tabela 5:</b> Análise multivariada das variáveis com relevância estatística na análise univariada em mulheres com DSH.....	<b>43</b>

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACOG</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>AESH</b>	Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana
<b>CID</b>	Classificação internacional de doença
<b>DA</b>	Dopamina
<b>DSH</b>	Desejo Sexual Hipoativo
<b>DSM-IV</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
<b>EOP</b>	Ensino, orientação e permissão
<b>FDA</b>	Federal Drug Administration
<b>FMRPUSP</b>	Faculdade de Medicina Ribeirão Preto Universidade São Paulo
<b>GO</b>	Ginecologista e Obstetra
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>LI</b>	Limite inferior
<b>LS</b>	Limite superior
<b>MAC</b>	Método anticoncepcional
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>RR</b>	Risco Relativo
<b>R1/2/3</b>	Residente do 1 ano ou 2 ou terceiro ano respectivamente
<b>SHBG</b>	Globulina ligadora de hormônios sexuais
<b>WHO</b>	World Healthy Organization

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Contexto histórico.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Resposta Sexual Feminina.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Desejo Sexual Hipoativo.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Prevalência do Desejo Sexual Hipoativo.....</b>	<b>21</b>
<b>1.5 Fatores associados ao Desejo Sexual Hipoativo.....</b>	<b>22</b>
<b>1.6 Diagnóstico do Desejo Sexual Hipoativo.....</b>	<b>24</b>
<b>1.7 Aspectos terapêuticos do Desejo Sexual Hipoativo.....</b>	<b>25</b>
<b>1.8 Abordagem das queixas sexuais femininas pelo Ginecologista.....</b>	<b>27</b>
<b>2.JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>36</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>
<b>Apêndice .....</b>	<b>60</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto histórico

Os primeiros vestígios de sexualidade aparecem no período Paleolítico, através de pinturas e gravuras nas cavernas, bem como esculturas contemplando o corpo feminino. A sexualidade era percebida como algo mítico, onde havia exaltação à mulher e cultos à fertilidade feminina. Já na cultura grega, onde o patriarcalismo predominava, a mulher foi desvalorizada e a sexualidade adota um caráter religioso, ao mesmo tempo que não há repressões em relação à expressão da sexualidade masculina (Nunes et al, 1987).

Historicamente, o tema sexualidade tem sido tratado como um tabu, principalmente, religioso que colocava o sexo como necessário para a procriação, mas suspeito na perspectiva do prazer. Em determinadas religiões, a masturbação ainda é tida como ato “anti-natural” e os desejos sexuais deveriam ser restringidos para evitar que as pessoas se envolvessem apenas para experimentar prazer sexual. Dessa forma, muitos indivíduos foram ensinados a um tipo de dualismo sexual: a alma é boa, o corpo é mau (Davidson & Moore, 1994).

Durante a era Vitoriana, as mulheres consideradas moralmente corretas não deveriam sentir prazer no sexo (Archer & Lloyed, 1982) e o orgasmo era retratado como doentio e imoral para a mulher. A maioria das pessoas, incluindo profissionais da área da saúde, não sabia da existência do orgasmo feminino ou da função do clitóris o qual até já foi considerado como causa de doença uterina (Tannahill, 1989).

Sob este histórico negativo, a mulher vem desenvolvendo a sua sexualidade conforme as suas conquistas lentas, mas progressivas, em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca a sexualidade como um dos indicadores da qualidade de vida e a saúde sexual também como direito humano básico (WHO, 2002). Sexualidade é uma experiência sensorial completa, que envolve não somente a genitália, mas também aspectos da mente e do corpo como um todo (WHO; 2010). A sexualidade é dinâmica e pode ser moldada pelos valores e experiências individuais ao longo do tempo, bem como pelas diferentes influências exercidas pelo meio social (Tozo, 2007). Ela envolve diversos aspectos complexos do ser humano, entre eles a personalidade, a autoestima, a história sexual, a família, a sociedade, a cultura, a religião, a saúde física e mental, o status hormonal, entre outros (Fourcruoy, 2003).



## **1.2 Resposta Sexual Feminina**

A resposta sexual é composta pelas fases do desejo sexual, da excitação do orgasmo e da satisfação sexual. A fase de desejo sexual, foi proposta por Helen Singer Kaplan em 1977, descrita como a vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial, pela memória positiva de vivências eróticas e de fantasias. Para ela, antes da fase de excitação, há o desejo e o platô não existe, em vista de ser a excitação crescente o que leva ao orgasmo. O novo esquema da resposta sexual masculina e feminina compunha-se, então, de três fases: desejo, excitação e orgasmo (Kaplan, 1977; Abdo, 2006; Verit, Yeni, Kafali, 2006).

Rosemarie Basson, em 2002, descreveu o modelo circular da resposta sexual feminina no qual, a resposta sexual feminina é dinâmica e não linear, englobando uma variedade de sequências dos quatro estágios originais da resposta sexual, também como outras etapas. Segundo Basson, o desejo sexual pode ser experimentado após os estímulos sexuais desencadearem a excitação, assim, excitação e desejo coexistem e reforçam-se mutuamente. Dessa forma, nos relacionamentos de longa duração, a mulher iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando o parceiro a estimula, ela pode atingir graus crescentes de excitação, motivada por outros fatores, tais como a intimidade, o ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, que podem anteceder a excitação e ao desejo. O desejo viria, posteriormente, sendo uma consequência, e não a causa do ato sexual. Este modelo foca na resposta e na receptividade feminina, onde experiências sexuais positivas, fornecem mais motivação para um novo encontro sexual. Nesta perspectiva, o que desencadeia o ciclo de resposta sexual é o desejo de intimidade, ao invés de ser um impulso biológico (Luria, Hochner-Celnikier, Mock, 2004; Basson et al, 2000; Lara et al, 2017; ACOG 2019).

Em resumo, pode-se dizer que a resposta sexual em humanos se forma em três circunstâncias: por instinto, por meio de um estímulo dos órgãos do sentido e por motivação provocada pela parceria. É efetivada em cinco níveis: no sistema nervoso central, especialmente no sistema límbico, pela ação de neurotransmissores e neuropeptídeos; no sistema endócrino, pela ação dos esteroides sexuais (estrogênio, progesterona, testosterona), da oxitocina e da melatonina; na medula espinhal, por meio do centro medular sexual (T11-L2) sensitivo e motor e do arco reflexo (S2-S4) e por meio da ação dos neurotransmissores e neuropeptídeos; no sistema nervoso simpático (frenador

da resposta sexual) e parassimpático (ativador da resposta sexual), pela ação dos neurotransmissores e neuropeptídeos; e na genitália com anatomia e função adequadas (FEBRASGO, 2022).

### **1.3. Desejo Sexual Hipoativo**

O Desejo Sexual Hipoativo (DSH) é conceituado pela CID-11 como ausência ou redução acentuada no desejo ou motivação para se envolver na atividade sexual manifestada por qualquer um dos seguintes: desejo espontâneo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); desejo responsivo reduzido ou ausente a estímulos eróticos ou incapacidade de manter o desejo ou interesse na atividade sexual uma vez iniciada. O DSH ocorre persistentemente durante período de pelo menos vários meses e está associado a sofrimento clinicamente significativo (CID-11, 2018).

O DSH é a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres e está associado ao sofrimento psicológico significativo, à baixa qualidade de vida e aos transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior (Pettigrew et al, 2021). O DSH está associado ao prejuízo funcional significativo, insatisfação com relacionamentos e baixa felicidade geral (Parish & Hahn, 2016).

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define DSH como fantasias sexuais deficientes (ou ausentes) persistentes ou recorrentes e desejo de atividade sexual que causa sofrimento, angústia acentuada ou dificuldade interpessoal e não é melhor explicado por outro transtorno psiquiátrico (exceto outra disfunção sexual), problemas no relacionamento ou devido exclusivamente ao efeito direto de uma substância, medicamento ou condição médica geral (DSM-IV, 2003). A angústia pessoal indica que a própria paciente está incomodada por seu baixo desejo, enquanto a angústia interpessoal pode resultar de seu sentimento de insatisfação porque seu baixo desejo por atividade sexual não satisfaz e causa conflito com seu parceiro (Parish & Hahn, 2016).

Tanto o DSM-IV quanto o DSM-V classificam seus respectivos transtornos como ao longo da vida ou adquiridos e generalizados (todos os parceiros, atividades, formas de expressão sexual) ou situacionais (certos parceiros, práticas).

O DSM-V une o desejo sexual e excitação em mesmo transtorno: transtorno de interesse e excitação sexual. A gravidade é classificada como leve, moderada e grave e os sintomas devem estar presentes por pelo menos 6 meses durante mais de 75% dos

encontros. Os critérios para transtorno de interesse e excitação sexual, no DSM-V, não distinguem entre sofrimento pessoal e interpessoal, mas classificam o sofrimento como leve, moderado ou grave (Parish & Hahn, 2016).

A fisiopatologia do DSH ainda não está totalmente esclarecida, embora existam muitos agentes fisiológicos potenciais no desejo sexual feminino. O modelo de duplo controle propõe que as respostas sexuais envolvem uma interação entre os processos sexuais excitatórios e inibitórios mediados por neuropeptídeos e neurotransmissores e pelos hormônios sexuais que potencializam o desejo sexual (Parish & Hahn, 2016; Calabro et al, 2019). O DSH ocorre quando há um desequilíbrio das vias excitatórias ou inibitórias, impedindo a excitação adequada ou promovendo inibição excessiva (Pettigrew et al, 2021).

Os neurotransmissores e neuropeptídeos que favorecem o desejo sexual incluem a dopamina (DA), agindo no sistema límbico e hipotálamo, responsável pelo mecanismo de motivação e recompensa; a norepinefrina que promove um estado geral de excitação e engajamento focado (Parish & Hahn, 2016; Clayton et al, 2018; Calabro et al, 2019; Pettigrew et al, 2021) e o hormônio estimulador de melanócitos alfa e a ocitocina, ambos, estimulam a liberação de dopamina, melhorando o desejo sexual e o orgasmo (Clayton et al, 2018; Calabro et al, 2019). Já aqueles que prejudicam o desejo sexual são a serotonina e os opioides mais frequentemente (Pettigrew et al, 2021).

Os hormônios sexuais estradiol e testosterona, desempenham um papel importante na promoção da motivação para a atividade sexual (Lara et al, 2022). A relação dos esteroides sexuais com a DA também já está estabelecida, com o estradiol aumentando os níveis de DA no córtex pré-frontal no período perinatal, ao passo que a testosterona não influencia síntese de DA, mas favorece a sua liberação (FEBRASGO, 2022). O estradiol além de agir, diretamente no sistema nervoso central, estimulando a liberação de hormônio estimulador de melanócitos alfa e da ocitocina, também tem efeitos periféricos no trofismo vaginal. Já, a testosterona age diretamente via receptor de androgênio ou por conversão em diidrotestosterona ou aromatização em estradiol e metabólitos, melhorando o desejo sexual (Davis et al, 2019). Além disso, na área pré-óptica, o estrogênio bem como a testosterona, por meio de seus receptores, regulam a síntese do óxido nítrico cujo é responsável pelo aumento na liberação de catecolaminas, como a DA, e pela inibição da recaptção. Assim, são essenciais para a manutenção da integridade estrutural e do trofismo genital, modulando a lubrificação vaginal e a hemodinâmica genital (FEBRASGO, 2022).

#### **1.4 Prevalência do Desejo Sexual Hipoativo**

Sabe-se que a disfunção sexual feminina é relativamente prevalente mundialmente com aproximadamente 43% das mulheres americanas relatando problemas sexuais (Shifren et al, 2008) e 49% das mulheres brasileira apresentando disfunção sexual, sendo o desejo sexual hipoativo o distúrbio mais prevalente (Abdo et al, 2014).

A prevalência do DSH varia nas diferentes culturas. Um estudo, realizado em 29 países envolvendo 14.000 mulheres com idade 40 a 80 anos, mostrou que 26 a 43% apresentaram DSH. No Brasil, uma revisão sistemática mostrou prevalência de 11 a 75% de DSH (FEBRASGO Position Statement, 2021).

Outro estudo, com 1219 mulheres com mais de 18 anos de idade, apontou uma prevalência de 26.7% (Abdo et al, 2004). Quando estratificado por idade, a prevalência de DSH foi de 5,8% em mulheres na faixa etária entre 18 e 25 anos, de 8,6% entre 41 a 50 anos, de 15,3% entre 51 e 60 anos e atingindo o máximo de 19,9% nas mulheres com idade superior a 60 anos (Abdo et al, 2014). Um estudo populacional com mulheres americanas, PRESIDE, evidenciou que o desejo sexual reduzido com angústia acomete 8.9% das mulheres entre 18 e 44; 12.3% mulheres entre 45 e 64 e 7,4% com mais de 65 anos de idade (Parish & Hahn, 2016).

Apesar da prevalência de baixo desejo sexual aumentar com a idade, a angústia sobre o baixo desejo sexual diminui com a idade. Assim, a prevalência de DSH permanece relativamente constante com o aumento da idade (Parish & Hahn, 2016). Esse dado foi corroborado no estudo de Hayes et al, realizado nos Estados Unidos e na Europa em mulheres de 20 a 70 anos, o qual também evidenciou que a proporção de mulheres com baixo desejo aumentou com a idade, mas o aumento foi contrabalanceado por uma diminuição na proporção de mulheres angustiadas com baixo desejo. A prevalência de DSH foi relativamente constante com a idade com 6% a 13% na Europa e 12% a 19% nos Estados Unidos (Hayes, 2008; Parish & Hahn, 2016). Também corroborando com tal evidencia, um estudo transversal baseado na comunidade no Reino Unido, Alemanha, França e Itália revelaram a prevalência de baixo desejo aumentou de 11% em mulheres de 20 a 29 anos para 53% em mulheres de 60 a 70 anos, enquanto o sofrimento diminuiu

de 65% a 22% nas mesmas faixas etárias. Portanto, a prevalência de DSH permaneceu relativamente estável em mulheres de 20 a 70 anos (6-13%) (Parish et al; 2021).

### **1.5 Fatores associados ao Desejo Sexual Hipoativo**

O DSH é, muitas vezes, multifatorial, existindo vários fatores biológicos, psíquicos, e sociais associados a esta queixa em mulheres. Dentre os fatores psíquicos, a má experiência sexual pregressa, a repressão severa religiosa (Parish & Hahn, 2016) e familiar, os tabus e mitos e as dificuldades relacionais (FEBRASGO Position Statement, 2021) precisam ser considerados na gênese do DSH. Assim, é imprescindível identificar fatores associados ao diagnóstico de Disfunção Sexual Feminina, porque uma etiologia médica ou psiquiátrica sozinha pode não ser útil na seleção do tratamento (Lara et al, 2022).

O transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e experiências estressantes oferecem alto risco para DSH. O estresse crônico pode aumentar os níveis de cortisol circulante, o que pode alterar a função do eixo hipotálamo-hipófise, levando à alteração na síntese de esteroides sexuais. Além disso, o estresse emocional pode alterar a cognição e a concentração nos estímulos sexuais durante as relações sexuais. As chances de mulheres apresentarem disfunção sexual aumentam 4,11 vezes com a depressão (FEBRASGO Position Statement, 2021).

Aspectos interpessoais como infidelidade, violência (sexual, doméstica, psicológica e física), a disfunção sexual do parceiro (disfunção erétil, ejaculação precoce), desemprego, baixa escolaridade, estresse pós-traumático, infecções sexualmente transmissíveis, relação sexual focada na penetração e repertório sexual limitado também são comumente inter-relacionados com DSH (FEBRASGO Position Statement, 2021).

A história de abuso sexual na infância tem altas chances de cursar com DSH. As mulheres vítimas de abuso sexual, frequentemente, usam estratégias para evitar o contato sexual, tais como abuso de substâncias, dissociação, supressão emocional, e apresentam maior prevalência de ansiedade generalizada e depressão que afetam a desejo sexual (Staples, Rellini, Roberts, 2012).

Outro importante fator é o relacionamento de longa data que pode ter o desejo sexual afetado por fatores individuais, interpessoais e sociais (Mark et al, 2018) como rotina relacional, discrepâncias sexuais entre casais, envelhecimento (Marieke et al,

2020). Além disso, o estresse e a fadiga provocados pelo cotidiano da vida da mulher, como pressões familiares ou de trabalho, estão geralmente associados a um menor interesse sexual e diminuição do desejo. Nas mulheres com estresse e/ou fadiga, geralmente, observa-se melhora típica no interesse e na resposta sexual nas férias (Galanakis et al, 2015).

Quanto aos fatores biológicos, podem ser caracterizados pelas patologias sistêmicas como síndrome metabólica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e hipertensão arterial (Clayton et al, 2018; FEBRASGO Position Statement, 2021) e pelo uso de medicamento crônico. A fisiopatologia dessas doenças está relacionada à disfunção endotelial e, frequentemente, associada a transtornos de ansiedade e depressão que culminam em altas (68,2%) taxas de DSH em mulheres (Nascimento et al, 2015).

Diabetes tipo 1 e 2 estão associados a uma taxa 2 a 3 vezes maior de disfunção devido ao dano microvascular crônico que pode afetar pequenos nervos e vasos sanguíneos, reduzir a sensibilidade prazerosa no clitóris e vulva dificultando a excitação e a lubrificação tendo repercussão negativa no desejo sexual (Thomas 2018). Também, DSH está fortemente associado à resistência à insulina (Clayton et al, 2018). Por meio de mecanismos semelhantes, a hipertensão tem um risco 3 vezes maior de disfunção sexual em mulheres, com os efeitos mais fortes no domínio da lubrificação (Thomas 2018).

O uso de medicamentos também pode estar associado ao DSH. Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) (Calabro et al, 2019; Pettigrew et al, 2021), os tricíclicos, os antipsicóticos (Thomas, 2018). As drogas antiepilépticas que induzem a enzima P450 hepática, como fenitoína, fenobarbitona, primidona e carbamazepina, estão associadas a aumento progressivo nos níveis de globulina de ligação aos hormônios sexuais (SHBG) e, conseqüente, diminuição da testosterona livre biodisponível, levando à disfunção sexual, principalmente, do desejo e da excitação (Rees et al, 2007; FEBRASGO, 2022), mecanismo semelhante ao dos anticoncepcionais orais combinados. Entre os antihipertensivos, os alfas e beta bloqueadores e diuréticos podem estar relacionados (Thomas, 2018), bem como os contraceptivos hormonais (Parish & Hahn, 2016), anti-androgênicos (Cocchetti et al, 2021) os bloqueadores do receptor H2, narcóticos e anfetaminas também podem interferir no desejo sexual (Basson et al 2007). Os antipsicóticos e estabilizadores de humor aumentam os níveis de prolactina, o que contribui ainda mais para o DSH nessas mulheres (Düring et al, 2019; Montejo et al, 2018).

## **1.6 Diagnóstico do Desejo Sexual Hipoativo**

No diagnóstico clínico, utiliza-se os critérios propostos na CID-11 sendo fundamental a presença do sofrimento, angústia e DSH de longa duração (CID-11, 2018). Os exames laboratoriais e de imagem são solicitados de acordo com histórico médico da mulher e achados do exame físico. A falta de correlação clara entre a função sexual e o declínio dos níveis de andrógenos foi explicada pela complexidade do metabolismo e medição de andrógenos e pela observação de que os níveis circulantes de testosterona não refletem adequadamente as concentrações teciduais (Parish et al; 2021). Por isso, não há biomarcadores ou teste laboratorial específico que confirmem ou excluam DSH (Clayton et al, 2018) e não é recomendado que o diagnóstico seja feito baseado nas concentrações de androgênios (testosterona total ou livre) pela falta de correlação clínica com possíveis queixas sexuais (Davis et al, 2005; Wierman et al, 2006; Van der Stege et al, 2008).

O FDA recomenda para o diagnóstico de DSH a autoavaliação da paciente e o trabalho conjunto do médico com a paciente, respeitando suas autoavaliações, em vez de julgá-la. Não recomendando a avaliação isolada do médico com formulários (Robert E. Pyke; 2021).

A fim de diagnosticar o DSH é preciso utilizar uma entrevista semiestruturada desenvolvida com base no modelo de resposta sexual feminina, levando em consideração os múltiplos fatores que podem estar associados à queixa sexual (Parish & Hahn, 2016). É fundamental ter uma escuta diferenciada, respeitando a avaliação da paciente, e uma observação clínica minuciosa, especificando, quanto ao tempo de aparecimento, se é situacional ou geral, se existem fatores de melhora ou piora, e se coincidiu com o uso de medicamentos, álcool e outras substâncias, ou hábitos adquiridos, investigar a influência de fatores ambientais e psíquicos, e averiguar todos os fatores associados ao aparecimento das disfunções sexuais (Basson et al, 2015; FEBRASGO, 2022). É, também, fundamental avaliar a história sexual pregressa, a história obstétrica e a qualidade do relacionamento diádico (Lara et al, 2017, 2021).

### **1.7 Aspectos terapêuticos do Desejo Sexual Hipoativo**

Considerando o aspecto multidimensional na gênese do DSH, vale ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar no seu manejo. A abordagem holística da mulher permite oferecer o acompanhamento psicoterápico e medicamentoso, caso necessário, além de suporte psicoeducacional (Parish & Hahn, 2016; Pettigrew et al, 2021; Lara et al, 2022). Por isso, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) vem defendendo a importância do GO na abordagem da função sexual feminina (ACOG, 2019). Assim, é fortemente recomendado que GO inclua uma abordagem da função sexual de suas pacientes.

Classicamente, as opções de tratamento para o DSH na mulher incluem educação sexual, psicoterapia, terapia sexual e farmacoterapia utilizadas de forma isolada ou combinada (Kingsberg e Faubion 2022).

As estratégias de abordagem do DSH envolvem medidas educativas e o aconselhamento que devem ser oferecidos a todas as mulheres com esta queixa sexual independente do fator causal, sendo consideradas terapia de primeira linha do DSH (Clayton et al, 2018; Pettigrew et al, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a educação sexual significa aprender sobre os aspectos cognitivos, emocionais, sociais, interativos e físicos da sexualidade (“BZgA\_Standards\_English.pdf” s.d.). Trata-se de uma estratégia utilizada para informar a pessoa sobre as evidências existentes sobre a função sexual para que ela realize a reestruturação cognitiva sobre suas crenças e mitos relacionados com a prática sexual e inclui um conceito amplo que vai desde a anatomia sexual humana e a saúde reprodutiva até as relações emocionais e sexuais (“BZgA\_Standards\_English.pdf” s.d.). Muitos modelos de educação sexual têm sido adaptados do modelo PLISSIT (Annon, 1976; Pettigrew et al, 2021; Merve Tuncer et al, 2022) como é o caso do modelo EOP (Lara et al, 2017) (Tabela 1).

O protocolo semiestruturado, utilizado no AESH, é baseado no modelo EOP (E = ensinar sobre a resposta sexual, O = orientar sobre a saúde sexuais, P = permitir e estimular o prazer sexual) (Lara et al, 2017, 2021) (Tabela 1). De forma sucinta, o modelo EOP compreende três medidas básicas: o ensino da resposta sexual, no qual o GO explica a fisiologia da resposta sexual feminina e foca nas três fases (desejo, excitação e orgasmo); orientar a mulher para a saúde sexual, utilizando a educação sexual para fornecer informações sobre o conceito e vivência saudável da sexualidade,



desmistificando crenças errôneas e reformulando conceitos; permitir e estimular o prazer sexual, um direito individual e importante para o bem-estar físico e emocional (Lara et al, 2017).

Em relação ao tratamento do DSH de origem biológica, é preciso compreender a fisiopatologia para utilizar as modalidades farmacológicas disponíveis e adequadas para tratar o fator causal como a terapia estrogênica, androgênica, modulador seletivo do receptor de estrogênio, inibidores da fosfodiesterase tipo 5, bremelanotide e flibanserina (Pettigrew et al, 2021).

A terapia hormonal estrogênica é efetiva para o tratamento do DSH que surgiu com o instalar da menopausa (Nastri et al, The Cochrane Library 2013). A Tibolona é um esteroide sintético com atividade androgênica fraca capaz de reduzir os níveis de SHBG, aumento a fração livre de testosterona, podendo ser usado para tratar os sintomas em mulheres na pós-menopausa. Porém, seu impacto é incerto na função sexual na menopausa devido à baixa qualidade dos estudos (Cocchetti et al, 2021; Lara et al, 2022).

A literatura é ampla a respeito do uso de androgênios em mulheres na pós-menopausa com o objetivo de tratar alterações na função sexual. Atualmente, não há testosterona aprovada pela FDA para uso em mulheres. Embora os profissionais de saúde muitas vezes prescrevam os produtos usados em homens em doses modificadas (mais baixas), essa prática é desencorajada por sociedades profissionais, incluindo a Endocrine Society, devido ao risco acentuado de dosagem inconsistente e superdosagem (Vegunta et al, 2019). O uso de testosterona 300 mcg de liberação diária, por via transdérmica sob a forma de adesivo, foi o que trouxe melhores resultados com menos efeitos colaterais em até 24 semanas de utilização (Consenso brasileiro de terapêutica hormona na menopausa, 2018).

Recentemente, algumas drogas foram aprovadas pelo FDA como a Bremalanotide e a Flibanserina. A Bremalanotide é um agonista do receptor de melanocortina aprovado pelo FDA para DSH em pré menopausa. Age aumentando liberação de dopamina e ocitocina, além de atuar diretamente sobre os nervos que inervam o clitóris e a vagina (Pettigrew et al, 2021).

A flibanserina, uma droga antidepressiva moduladora adrenérgica, dopaminérgica e serotoninérgica, apesar de ser aprovada pelo FDA para DSH em mulheres pré-menopausa, tem dados conflitantes. Atua diminuindo a serotonina e aumentando a

dopamina e a norepinefrina no córtex pré-frontal. Alguns estudos mostram aumento no desejo sexual, aumento de relações satisfatórias e redução do desconforto sexual no grupo que fez uso de flibanserina em relação ao placebo. Contudo, uma meta-análise recente concluiu que não houve diferença significativa entre flibanserina e placebo (Addyi et al, 2019; Pettigrew et al, 2021; Lara, 2022; FEBRASGO, 2022).

Já os fitoterápicos têm sido prescritos para o tratamento das disfunções sexuais, entretanto com evidências muito fracas. Porém, uma revisão sistemática e metanálise evidenciou que o *Tribulus terrestris* melhora a excitação e o desejo sexual em mulheres com DSH, mas qualidade dos estudos é fraca (FEBRASGO, 2022).

### **1.8. Abordagem das queixas sexuais femininas pelo Ginecologista:**

Apesar da alta prevalência da disfunção sexual feminina, paradoxalmente, é improvável que as mulheres discutam o assunto com seus ginecologistas, a menos que sejam solicitadas, e muitos profissionais de saúde se sentem desconfortáveis (ACOG, 2019). Um estudo prévio evidenciou que 21% dos obstetras e ginecologistas e 38% dos médicos de assistência primária referiram não se sentirem confiantes em abordar o DSH em mulheres (Abdorasulnia et al. 2010). Mesmo em cenários como serviço de reprodução assistidas, 26.7% dos residentes de GO não acessaram a função sexual das mulheres ou o fizeram perguntando sobre a frequência sexual ou categorizando como yes/no (26.2%) (Lara LA et al, 2016).

Várias são as barreiras mencionadas: a falta de conhecimento e treinamento adequado do médico para diagnosticar e manejar; tempo clínico inadequado para abordar o problema; uma subestimação da prevalência (ACOG, 2019; Kingsberg et al, 2006); poucos protocolos disponíveis para a gestão de queixas sexuais orgânicas e não orgânicas (Lara et al, 2017); disponibilidade limitada de serviços de referência de atenção secundária especialmente serviços psicosexuais (Humphery S; 2001).

Dentre essas barreiras que limitam o início de discussões sobre questões sexuais com as pacientes, uma de grande importância é o conhecimento médico limitado sobre sexualidade e experiência limitada no tratamento de questões de saúde sexual devido à falta de formação acadêmica. Assim, é um problema grave que a maioria dos estudantes de medicina e dos residentes de ginecologia recebam pouco treinamento em sexualidade em seus programas de faculdade de medicina (Lara et al, 2016).

Essa escassez de recursos técnicos e humanos úteis para lidar com problemas

sexuais tem implicações negativas para a saúde dos pacientes (Lara et al, 2017), afetando qualidade de vida dessas mulheres. Por isso, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) enfatiza que os obstetras e ginecologistas devam iniciar uma conversa sobre função sexual durante as consultas de rotina para identificar problemas que podem exigir mais exploração e ajudar a desestigmatizar a discussão sobre a função sexual para paciente (ACOG, 2019).

Muitos problemas sexuais podem ser abordados se um ginecologista fornecer informações sobre sexualidade e os mecanismos psicológicos, sociais e biológicos da resposta sexual. Vários tipos de queixas sexuais que não preenchem os critérios para o diagnóstico de disfunção sexual podem ser abordadas com uma simples assistência básica realizado pelos GO (Lara et al, 2017).

## 2. JUSTIFICATIVA

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres têm alguma queixa de disfunção sexual (Lewis et al, 2004) e a prevalência de DSH varia de 32 a 58% (Hayes et al, 2008). Em um estudo realizado em 18 cidades brasileiras com 3244 mulheres, identificou-se uma taxa de 9,5% de DSH e, destas, 69,6% tinham disfunção de excitação e orgasmo concomitantemente. Apesar dessa alta prevalência, 32,4% dessas queixas sexuais não foram relatadas ao seu ginecologista, relacionando este fato à vergonha da mulher e a falta de habilidade e do preparo do profissional em abordar o assunto (Abdo et al, 2010). Muitos médicos, incluindo os ginecologistas, não se sentem capacitados devido à educação médica sobre sexualidade humana ser incompleta na graduação (Kingsberg, 2006; Lara, 2008; ACOG 2017). Assim, é necessário um ensino direcionado aos distúrbios da resposta sexual humana desde a graduação médica e, para os Ginecologistas e Obstetras (GO), é fundamental que seja oferecido um treinamento para prepará-los para a abordagem da queixa sexual feminina. Este estudo pretende caracterizar o perfil das mulheres atendidas com queixa de DSH em serviço especializado. Este conhecimento poderá contribuir para a abordagem adequada da queixa sexual feminina ao facilitar a identificação dos fatores relacionados à gênese da disfunção sexual, promovendo uma atenção integral à saúde da mulher. Além disso, visa verificar o resultado das estratégias utilizadas pelo ginecologista na abordagem do desejo sexual hipoativo feminino.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivos primários**

**3.1.1** Verificar o resultado das estratégias utilizadas pelo residente de ginecologia e obstetrícia na abordagem do desejo sexual hipoativo feminino.

**3.1.2** Verificar as características sexuais, clínicas e demográficas de mulheres com DSH no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Centro de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no período de 2005 a 2019.

#### **3.2. Objetivos secundários**

3.2.1 Identificar a prevalência das disfunções sexuais femininas concomitantes ao DSH.

3.2.2 Avaliar quais das variáveis analisadas (dados sociodemográficos; dados da história clínica geral; dados da história sexual) estão associadas de forma independente com a melhora das queixas sexuais.

#### 4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma coorte retrospectiva com revisão de prontuários médicos para a qual foram selecionados relatórios de atendimento de mulheres em seguimento no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Centro de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo no período de 2005 a 2019.

Foram considerados como potencialmente elegíveis as mulheres sexualmente ativas que mantiam relações sexuais com seus parceiros masculinos e que receberam o diagnóstico de DSH de acordo com critério da CID-10. Foram incluídos, neste estudo, as mulheres que tiveram pelo menos dois atendimentos no serviço e aquelas com preenchimento completo da ficha clínica, já parcialmente (Lara, LA, et al. 2016) ou totalmente (Lara, LA, et al. 2017) publicadas, contendo dados sociodemográficos e clínicos bem como perguntas sobre o funcionamento sexual geral e as fases da resposta sexual, o funcionamento sexual do parceiro e qualidade do relacionamento diádico (apêndice 1). Em 2008, a ficha clínica foi elaborada com base nos fatores das definições das disfunções sexuais e nos fatores associados disponíveis e foram testadas em um estudo piloto com 52 mulheres (publicação nacional) para ancorar o protocolo de assistência do AESH. Desde então, este protocolo vem sendo atualizado periodicamente de acordo com as publicações disponíveis sobre a atualização e introdução de novos conceitos sobre função sexual feminina e os métodos de investigação da queixa sexual como o Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)<sup>®</sup> Sexual Function and Satisfaction measure (SexFS) (Weinfurt et al. 2015). Foram excluídas as mulheres transgêneros com genitália masculina e aquelas cujos prontuários continham queixas sexuais diversas sem o diagnóstico de DSH.

Foram elegíveis para este estudo 1536 prontuários e destes, 1099 foram excluídos e 437 prontuários preencheram os critérios de inclusão e foram elegíveis para o estudo (Figura 1).

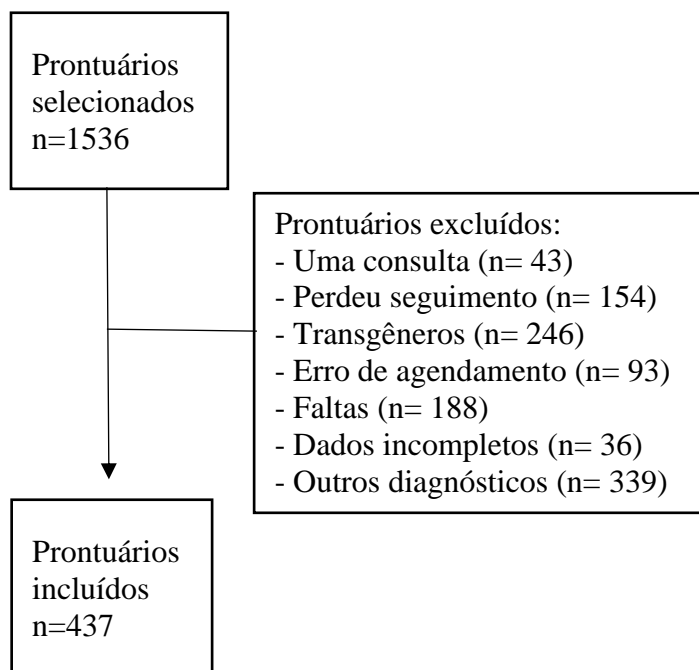


Figura 1: Fluxograma de elegibilidade dos prontuários.

O AESH é um serviço dedicado à assistência de mulheres com queixas sexuais com funcionamento semanal às segundas-feiras, no horário de 8 às 12 horas, sendo atendidas neste período, um total de 15 a 23 mulheres. O AESH é um serviço público pertencente a uma instituição pública de treinamento em saúde sexual para graduandos do 5º e 6º anos de medicina e para treinamento de residentes de GO para cuidar de mulheres com disfunção sexual. A equipe de preceptores responsável por este serviço e pelo treinamento em saúde sexual consta de Ginecologistas e Sexologistas com título de área de atuação em sexologia, além de Psicólogo e Psiquiatra e recebe o suporte de enfermeiros e assistente social da equipe geral do hospital.

As mulheres são referenciadas ao AESH mediante o agendamento eletrônico realizado por médicos da assistência primária do serviço público de saúde. Ao chegarem no AESH, as mulheres são acolhidas pela equipe de enfermagem que medem a pressão arterial e as conduzem para a tomada de peso e altura que são incluídos no sistema eletrônico para cálculo automático do índice de massa corporal. Na sequência, as mulheres são direcionadas para o atendimento médico. O primeiro atendimento é realizado pelo médico residente (R) de Obstetrícia e Ginecologia (GO) do primeiro e segundo anos de residência médica (R1, R2), supervisionados pela equipe responsável

pelo treinamento dos residentes. Os atendimentos subsequentes são realizados pelos médicos R3 de GO ou pelo médico R4 de Sexologia ou R4 de Reprodução Assistida.

O protocolo de manejo das queixas sexuais pelo R1 e R2 envolve a coleta da história clínica, com base na ficha clínica utilizada no AESH (apêndice 1); realização do exame ginecológico para mulheres com queixa de dor na relação sexual e solicitação de exames laboratoriais específicos para eventual comorbidade sistêmica. Após o atendimento, o residente discute o caso com a equipe de preceptores e formula a hipótese diagnóstica de DSH de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aplica o protocolo com medidas educativas em sexualidade (Tabela 1) para todas as mulheres e medidas específicas conforme o(s) fator (es) causal(is). Os casos em que a queixa sexual está associada a violência sexual ou alguma comorbidade psiquiátrica são direcionados para avaliação dos profissionais de saúde mental. Um retorno ao serviço é agendado em um prazo máximo de 60 dias.

As medidas educativas oferecidas a todas as mulheres derivam do modelo EOP (E = ensinar sobre a resposta sexual, O = orientar sobre a saúde sexuais, P = permitir e estimular o prazer sexual) (Lara et al, 2017, 2021) que, por sua vez, foi inspirado no já consagrado modelo PLISSIT (Tuncer e Oskay 2022). Esse protocolo de intervenção é aplicado no AESH, para todas as mulheres com diagnóstico de DSH, independente do fator causal, no primeiro atendimento da mulher. O modelo EOP consiste no oferecimento de medidas educativas que, em resumo, oferece informação sobre anatomia e função da genitália, fisiologia da resposta sexual feminina e masculina, esclarecimentos sobre os fatores associados às disfunções sexuais, métodos contraceptivos e direito ao prazer sexual (Tabela 1). Para o DSH relacionado às comorbidades, uso de medicamentos, ou menopausa, utilizou-se a prescrição de fármacos associados às medidas educativas, conforme protocolo específico para cada caso. Todos os casos de DSH associado a fator diádico, histórico de violência sexual ou doméstica, patologia mental e distúrbio da autoimagem, autoestima rebaixada ou sem identificação do fator causal foram referenciados para avaliação e seguimento com os profissionais da saúde mental do próprio serviço. Esta equipe seleciona as mulheres para terapia de grupo no próprio serviço e para a psicoterapia individual que é realizada no Departamento de Psiquiatria e Psicologia da própria instituição.



**Tabela 1: Protocolo de intervenção para mulheres com Desejo Sexual Hipoativo**

Acrônimo	Significado	Conteúdo
E	Ensinar sobre a resposta sexual	Anatomia dos órgãos genitais, mapeamento de áreas erógenas genitais e corporais e a fisiologia da resposta sexual feminina focando as definições do desejo, excitação e orgasmo.
O	Orientar sobre a saúde sexuais	Discutir a construção da sexualidade desde a infância. Informar sobre a função sexual prazerosa a ser vivenciada de forma integral como parte da qualidade de vida. Discutir fatores que interferem na construção da sexualidade: repressão familiar, social, religiosa. Discutir fatores que limitam a expressão da sexualidade: vergonha, repressão, autoimagem negativa, autoestima rebaixada, violência sexual, conceitos distorcidos sobre sexo e sexualidade, mitos e as crenças sexuais, e medidas para quebrar a rotina no relacionamento de longa duração.
P	Permitir e estimular o prazer sexual	Medidas para reduzir a culpa no exercício da sexualidade. Informar sobre os benefícios físicos, psíquicos e emocionais do prazer sexual. Discutir o direito ao prazer sexual, e a vivência sexual plena para potencializar a saúde sexual e as relações interpessoais.

O médico R3 de GO e o médico R4 de Sexologia ou R4 de Reprodução Assistida são responsáveis pelos atendimentos subsequentes e tem a missão de checar os exames, realizar a recheagem da queixa sexual para ajuste do diagnóstico e dos fatores a este relacionados. Neste segundo encontro, a mulher é convidada a se dirigir ao consultório médico através de um painel eletrônico que anuncia o número da sala. O médico a recebe em pé na porta, se apresenta, a convida para sentar e, após ler a identificação da mulher no prontuário eletrônico, faz um breve resumo do motivo que a fez procurar o serviço, comenta os resultados de exames (quando solicitados) e realiza uma breve avaliação da função sexual com a seguinte pergunta: Como está a sua função sexual, isto é, houve alguma mudança na sua função sexual? (Figura 2). A resposta da mulher é anotada na ficha clínica como melhora total, melhora parcial, ou não melhora. Para as mulheres que necessitaram novo atendimento para checagem de exames ou

ajustes no cumprimento do protocolo de educação sexual, as medidas educativas foram reforçadas e repetida a mesma pergunta sobre a função sexual após a intervenção.

As mulheres que referiam melhora completa do DSH e não apresentavam outras queixas eram consultadas se gostariam de receber alta do serviço ou se desejavam ser referenciadas para o ambulatório de terapia sexual que é conduzido por sexologistas e psicólogo. As mulheres que optavam por alta do serviço eram informadas de que poderiam agendar novo atendimento no serviço de acordo com sua necessidade.

Este estudo recebeu a aprovação do comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto tendo sido isento da necessidade de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

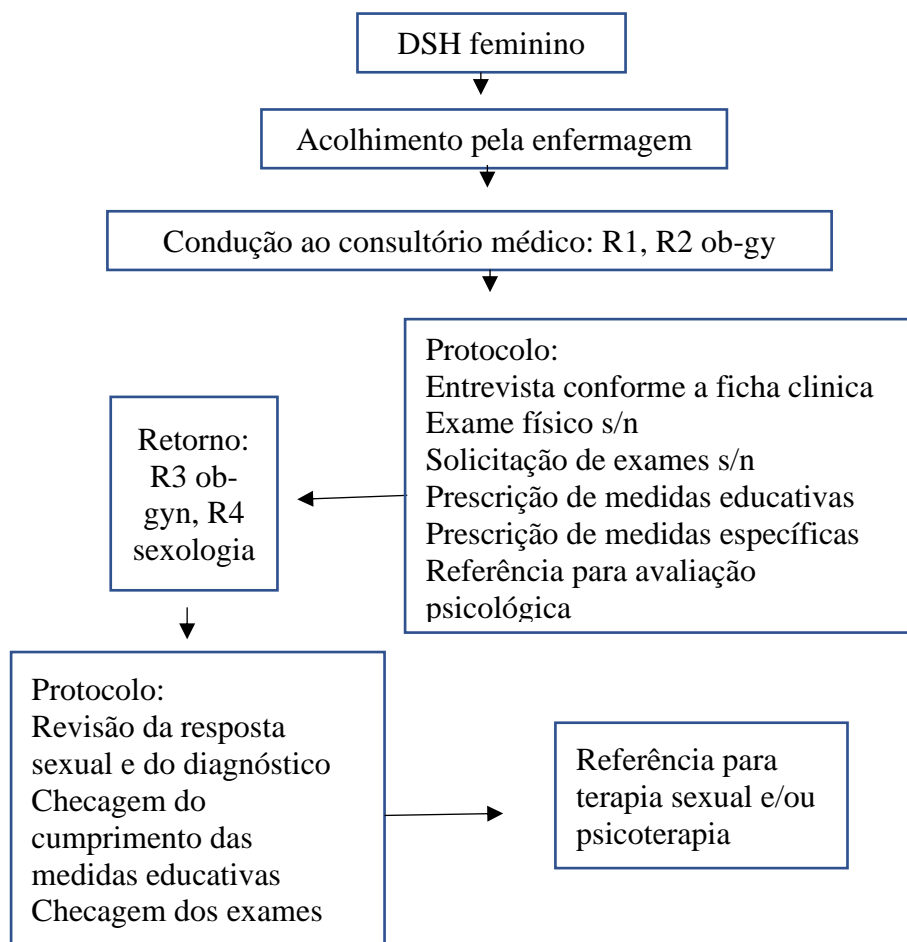


Figura 2: Abordagem do DSH feminino em um serviço de saúde sexual.

DSH: desejo sexual hipotativo, R1, R2, R3 ob-gyn: residente de gynecologia e obstetrícia, R4: médico ginecologista e obstetra no quarto ano recebendo treinamento em sexologia, s/n: se necessário.

## **5. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória dos dados através de medidas de posição central e de dispersão. As variáveis qualitativas foram resumidas considerando as frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado foi aplicado para verificar quais as variáveis qualitativas estão associadas de forma independente com a melhora das queixas. Em seguida, foi realizada um modelo de regressão log binomial para estimar o risco relativo bruto e o risco relativo ajustado. No modelo multivariado, foram incluídas as variáveis que apresentaram uma relevância estatística na análise univariada. As análises foram implementadas no programa SAS versão 9.4.

## 6. RESULTADOS

Ao todo, 437 mulheres com DSH foram incluídas no estudo. Destas 361(82,60%) responderam ao questionamento sobre o efeito do protocolo ao qual foram submetidas nas suas queixas sexuais. Duzentos e trinta e quatro (64,82%) mulheres referiram melhora do DSH.

Os dados demográficos, clínicos e relacionais são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2: Dados demográficos, clínicos, ambientais e relacionais de mulheres com desejo sexual hipoativo (n= 437).**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade (anos) (n= 419)</b>		
18-39	199	47.49
40-49	129	30.79
50-59	72	17.18
≥ 60	19	4.55
<b>Religião (n= 402)</b>		
Católica	225	55.97
Espírita	12	2.99
Evangélica	135	33.58
Nenhuma	23	5.72
Outras	7	1.74
<b>Tempo de relacionamento (anos) (n= 315)</b>		
< 10	102	32.38
≥ 10	213	67.62
<b>Estado civil (n= 418)</b>		
Sem parceiro	38	9,09
União estável	380	90.91
<b>Abuso sexual (n=403)</b>		
sim	111	27.54
<b>Obesidade (n= 397)</b>		
Sim	57	14.36
<b>Insuficiência Ovariana Prematura (n= 418)</b>		
Sim	32	7.66
<b>Câncer (n= 418)</b>		
Sim	46	11.00
<b>Dor pélvica crônica (n= 419)</b>		
Sim	64	15.27
<b>Diabetes melitus (n= 416)</b>		
Sim	35	8.41
<b>Hipertensão arterial crônica (n= 417)</b>		
Sim	84	20.14

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Depressão (n= 418)</b>		
Sim	122	29.19
<b>Anticoncepção Hormonal (n= 415)</b>		
Sim	136	32.77
<b>Anti-hipertensivos (n= 408)</b>		
Sim	73	17.89
<b>Antidepressivos (n= 415)</b>		
Sim	158	38.07
<b>Aspectos relacionais</b>		
DSH devido ao fator diádico (n=418)	160	38.27
Parceiro violento (n= 377)	48	12.73
Disfunção Erétil (n= 389)	43	11.05
Ejaculação precoce (n=386)	65	16.84
<b>Intervenção para DSH</b>		
<b>Medidas educativas (n= 414)</b>		
Sim	335	80.92
<b>Bupropiona (n= 419)</b>		
Sim	86	20.53
<b>Troca ou introdução de método anticoncepcional (n= 419)</b>		
Sim	82	19.57
<b>Terapia hormonal (estrogênio/ estrogênio + progesterona) (n= 418)</b>		
Sim	70	16.75
<b>Propionato de Testosterona 2% tópica (n= 419)</b>		
Sim	74	17.66
<b>Estrogênio tópico vaginal (n= 418)</b>		
Sim	117	27.99
<b>Lubrificante (n= 419)</b>		
Sim	75	17.90
<b>Psicoterapia (n= 419)</b>		
Sim	179	42.72
<b>Fisioterapia (n= 416)</b>		
Sim	55	13.22

DSH: desejo sexual hipoativo

O resultado do questionário semiestruturado que avalia a presença de queixas sexuais concomitantes com DSH, encontra-se na Tabela 3.

**Tabela 3: Resultado do questionário semiestruturado que avaliou a presença de queixas sexuais concomitantes com Desejo Sexual Hipoativo (n=437).**

<b>Queixas sexuais concomitantes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vaginismo</b>		
Não tem	351	89.77
Tem	40	10.23
<b>Disfunção de Excitação</b>		
Não tem	232	56.45
Tem	179	43.55
<b>Desejo Sexual Espontâneo</b>		
Não tem	223	53.22
Tem	196	46.78
<b>Disfunção orgásmica</b>		
Não tem	210	50.72
Tem	204	49.28
<b>Dispareunia</b>		
Não tem	282	67.46
Tem	136	32.54

O modelo univariado (RR bruto), (Tabela 4) evidenciou que pacientes sem dor pélvica crônica têm 19% menos chances de referir melhora do DSH em relação a quem tem dor pélvica crônica (188/301 (62,45%) vs. 46/60 (76,66%); RR 0,81 IC 95% 0,69-0,96/ p= 0,03).

As pacientes sem depressão têm 32% mais chances de melhorar o DSH em relação às aquelas que tem depressão (176/252 (69,84%) vs. 57/108 (52,77%); RR 1,32 IC 95% 1,08-1,6/ p= 0,001).

As pacientes sem disfunção orgásmica tem 23% mais chances de melhorar o DSH do que as mulheres que relataram esta disfunção. (125/175 (71,42%) vs. 105/181 (58%) RR 1,23 IC 95% 1,05-1,43/ P=0,008).

As mulheres que não excitam e aquelas que tem desejo sexual hipoativo responsivo têm 19% menos chances de referir melhora do DSH em relação às mulheres com excitação preservada (119/202 (58,91%) vs. 110/152 (72,36%); RR 0,81 IC 95% 0,69-0,94/ P= 0,008).

Quem não fez fisioterapia tem 22% menos chances de melhora do DSH em relação a quem fez (41/52 (78,84%) vs. 190/306 (62%); RR 0,78 IC 95% 0,66-0,92/ p= 0,01).

A análise univariada evidenciou relevância estatística nas variáveis: dor pélvica crônica, depressão, excitação, disfunção orgásmica e fisioterapia, porém este efeito não se confirmou no modelo multivariado.

**Tabela 4: Análise univariada das variáveis em mulheres que referiram melhora da queixa sexual (n= 361).**

Variáveis	Melhora das queixas sexuais		P valor	RR bruto	IC 95%	
	Não	Sim			LI	LS
<b>Idade</b>						
18-39anos	58 (45.67)	109(46.58)	0.0830	1,1096	0,7343	1,6767
40-49anos	33 (25.98)	83 (35.47)		1,2164	0,8041	1,8401
50-59anos	29 (22.83)	32 (13.68)		0,8918	0,5608	1,4183
>= 60anos	7 (5.51)	10 (4.27)		Ref	Ref	Ref
<b>Religião</b>						
Católica	67 (54.03)	124(56.11)	0.8661			
Espírita	5 (4.03)	5 (2.26)				
Evangélica	43 (34.68)	77 (34.84)				
Nenhuma	8 (6.45)	12 (5.43)				
Outras	1 (0.81)	3 (1.36)				
<b>Tempo de relação</b>						
< 10anos	27 (26.47)	61 (36.09)	0.1012	1,1746	0,977	1,412
>= 10anos	75 (73.53)	108(63.91)		Ref	Ref	Ref
<b>Estado Civil</b>						
Divorciada	5 (3.94)	7 (3.00)	0.4512	0,908	0,5591	1,4746
Solteira	4 (3.15)	14 (6.01)		1,2107	0,9338	1,5697
união estável	118 (92.91)	212(90.99)		Ref	Ref	Ref
<b>Obesidade</b>						
Não	94 (79.66)	189(85.52)	0.1664	1,1687	0,9182	1,4876
Sim	24 (20.34)	32 (14.48)		Ref	Ref	Ref
<b>Falência Ovariana Prematura</b>						
Não	119 (93.70)	209(89.70)	0.2024	0,8496	0,6845	1,0545
Sim	8 (6.30)	24 (10.30)		Ref	Ref	Ref
<b>Doença Cardiovascular</b>						
Não	122 (96.83)	231(98.72)	0.2148	1,5269	0,6469	3,6038
Sim	4 (3.17)	3 (1.28)		Ref	Ref	Ref

<b>Câncer</b>						
Não	114 (90.48)	204(87.18)	0.3527	0,8981	0,7293	1,106
Sim	12 (9.52)	30 (12.82)		Ref	Ref	Ref
<b>Dor Pélvica Crônica</b>						
Não	113 (88.98)	188(80.34)	<b>0.0353</b>	<b>0,8147</b>	<b>0,6909</b>	<b>0,9606</b>
Sim	14 (11.02)	46 (19.66)		Ref	Ref	Ref
<b>Diabetes Melitus</b>						
Não	113 (89.68)	216(93.10)	0.2572	1,19	0,8493	1,6672
Sim	13 (10.32)	16 (6.90)		Ref	Ref	Ref
<b>Hipertensão Arterial Crônica</b>						
Não	92 (73.02)	191(81.97)	0.0474	1,2213	0,9822	1,5185
Sim	34 (26.98)	42 (18.03)		Ref	Ref	Ref
<b>Depressão</b>						
Não	76 (59.84)	176(75.54)	<b>0.0019</b>	<b>1,3233</b>	<b>1,0878</b>	<b>1,6098</b>
Sim	51 (40.16)	57 (24.46)		Ref	Ref	Ref
<b>Anticoncepção Hormonal</b>						
Não	90 (71.43)	145(62.23)	0.0803	0,8694	0,7475	1,0112
Sim	36 (28.57)	88 (37.77)		Ref	Ref	Ref
<b>Medicamento crônico</b>						
Não	64 (51.20)	126(53.85)	0.6323	1,0377	0,8914	1,2081
Sim	61 (48.80)	108(46.15)		Ref	Ref	Ref
<b>Anti-hipertensivos</b>						
Não	94 (77.69)	191(83.41)	0.1906	1,1464	0,9195	1,4292
Sim	27 (22.31)	38 (16.59)		Ref	Ref	Ref
<b>Antidepressivos</b>						
Não	74 (59.20)	142(61.21)	0.7114	1,0299	0,8801	1,2052
Sim	51 (40.80)	90 (38.79)		Ref	Ref	Ref
<b>Parceiro violento-agressivo</b>						
Não	93 (85.32)	190(89.20)	0.3125	1,1384	0,8654	1,4975
Sim	16 (14.68)	23 (10.80)		Ref	Ref	Ref
<b>Ejaculação rápida</b>						
Não	92 (77.97)	185(86.45)	0.0466	1,2667	0,9731	1,6488
Sim	26 (22.03)	29 (13.55)		Ref	Ref	Ref
<b>Ejaculação Retardada</b>						
Não	113 (95.76)	205(94.47)	0.6066	0,9133	0,6648	1,2545
Sim	5 (4.24)	12 (5.53)		Ref	Ref	Ref
<b>Disfunção erétil</b>						
Não	102 (87.18)	195(89.45)	0.5322	1,0848	0,8284	1,4205
Sim	15 (12.82)	23 (10.55)		Ref	Ref	Ref
<b>Abuso sexual</b>						
Não	83 (69.17)	166(73.45)	0.3984	1,0778	0,9009	1,2894
Sim	37 (30.83)	60 (26.55)		Ref	Ref	Ref
<b>Vaginismo</b>						



Não	109 (90.83)	193(88.13)	0.4449	0,9094	0,7254	1,1401
Sim	11 (9.17)	26 (11.87)		Ref	Ref	Ref
<b>Excitação</b>						
Não	83 (66.40)	119(51.97)	<b>0.0087</b>	<b>0,814</b>	<b>0,6997</b>	<b>0,9471</b>
Sim	42 (33.60)	110(48.03)		Ref	Ref	Ref
<b>Tem algum tipo de orgasmo</b>						
Não	70 (56.91)	105(45.85)	0.0479	-	-	-
Sim	53 (43.09)	124(54.15)				
<b>Desejo sexual espontâneo</b>						
Não	71 (55.91)	125(53.42)	0.6506	0,9654	0,8293	1,1239
Sim	56 (44.09)	109(46.58)		Ref	Ref	Ref
<b>Educação sexual</b>						
Não	19 (15.08)	38 (16.45)	0.7354	1,0363	0,8467	1,2682
Sim	107 (84.92)	193(83.55)		Ref	Ref	Ref
<b>Bupropiona</b>						
Não	106 (83.46)	178(76.07)	0.1014	0,8618	0,7317	1,015
Sim	21 (16.54)	56 (23.93)		Ref	Ref	Ref
<b>Troca ou introdução de MAC</b>						
Não	103 (81.10)	179(76.50)	0.3121	0,8618	0,7317	1,015
Sim	24 (18.90)	55 (23.50)		Ref	Ref	Ref
<b>Terapia hormonal</b>						
Não	110 (86.61)	187(80.26)	0.1293	0,8623	0,7249	1,0258
Sim	17 (13.39)	46 (19.74)		Ref	Ref	Ref
<b>Testosterona tópica</b>						
Não	105 (82.68)	191(81.62)	0.1293	0,9754	0,804	1,1834
Sim	22 (17.32)	43 (18.38)		Ref	Ref	Ref
<b>Estrogênio tópico vaginal</b>						
Não	88 (69.29)	164(70.39)	0.8285	1,0186	0,861	1,2052
Sim	39 (30.71)	69 (29.61)		Ref	Ref	Ref
<b>Lubrificante</b>						
Não	105 (82.68)	184(78.63)	0.3584	0,9168	0,7687	1,0935
Sim	22 (17.32)	50 (21.37)		Ref	Ref	Ref
<b>Faz psicoterapia</b>						
Não	66 (51.97)	127(54.27)	0.6750	1,0332	0,8867	1,2039
Sim	61 (48.03)	107(45.73)		Ref	Ref	Ref
<b>Fisioterapia</b>						
Não	116 (91.34)	190(82.25)	<b>0.0196</b>	<b>0,7875</b>	<b>0,6672</b>	<b>0,9295</b>
Sim	11 (8.66)	41 (17.75)		Ref	Ref	Ref
<b>Fator diádico</b>						
Não	76 (60.32)	175 (74.79)	0.0044	0.9624	0.6602	14030
Sim	50 (39.68)	59 (25.21)		Ref	Ref	Ref
<b>Disfunção orgásmica</b>						

Não	50 (39.68)	125(54.35)	<b>0.0081</b>	<b>1,2313</b>	<b>1,0541</b>	<b>1,4383</b>
Sim	76 (60.32)	105(45.65)		Ref	Ref	Ref
<b>Anorgasmia primária</b>						
Não	103 (82.40)	204(88.31)	0.1223	0,9317	0,7978	1,088
Sim	22 (17.60)	27 (11.69)		Ref	Ref	Ref
<b>Dispareunia</b>						
Não	86 (67.72)	147(63.09)	0.3801	0,9317	0,7978	1,088
Sim	41 (32.28)	86 (36.91)		Ref	Ref	Ref

**RR; risco relativo, IC; intervalo de confiança; LI; limite inferior; LS; limite superior; MAC; método anticoncepcional.**

No modelo multivariado foram incluídas as variáveis que apresentaram relevância estatística na análise univariada (Tabela 5) evidenciando que nenhum fator influenciou o resultado da nossa intervenção.

**Tabela 5: Análise multivariada das variáveis com relevância estatística na análise univariada em mulheres com DSH (n= 361).**

Variáveis	RR ajustado	IC RR 95%	
		LI	LS
<b>Dor pélvica crônica</b>	0,8766	0,537	1,4309
<b>Depressão</b>	1,3187	0,8043	2,1622
<b>Excitação</b>	1,0881	0,7644	1,5487
<b>Fisioterapia</b>	0,7907	0,5145	1,2153
<b>Disfunção orgásmica</b>	1,2509	0,8786	1,781

**RR; risco relativo, IC; intervalo de confiança, LI; limite inferior; LS; limite superior**

## 7. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos verificar o resultado das estratégias utilizadas pelo GO no manejo do desejo sexual hipotativo feminino, identificar a prevalência de disfunções sexuais concomitantes ao DSH nessas mulheres e verificar os fatores associados a resposta ao tratamento.

Nossos resultados evidenciam que o nosso protocolo de abordagem de mulheres com DSH foi eficaz para promover a melhora da queixa de em 64,82% delas, enfatizando a importância da atuação do GO no cuidado a estas mulheres. Nossa análise não permite determinar em que nível ocorreu esta melhora, porém foi possível evidenciar que grande parte das mulheres com DSH se beneficiam da atuação dos GO nas suas queixas sexuais.

Demonstramos, também, altas taxas de outras disfunções sexuais concomitantes ao DSH sendo que, 43,55% apresentaram disfunção de excitação, 49,28% disfunção orgástica e 32,44% apresenta queixa de dispareunia. A literatura demonstra ser comum a concomitância de disfunções sexuais em uma mesma paciente e que a queixa primária da mulher pode ser em consequência de uma disfunção sexual pré-existente (Abdo et al, 2010; Carey et al, 2006; Clayton e Parish et al, 2018). Isto implica, diante de uma queixa de DSH feminino, a necessidade de acessar a resposta sexual completa a fim de determinar o fator causal. Nossos resultados corroboram com um estudo populacional que demonstrou altas taxas (49%) de queixas sexuais femininas na população brasileiras, sendo o DSH o distúrbio mais prevalente (Abdo et al, 2014). Dessa forma, a discussão sobre questões relacionadas à sexualidade feminina é relevante.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) vem reiterando a importância da abordagem da função sexual feminina pelo GO, salientando que este profissional deve iniciar a conversa sobre função sexual durante as consultas de rotina. O ACOG defende, ainda, que esta ação poderá contribuir para desestigmatizar a discussão sobre a função sexual no consultório ginecológico e permite identificar problemas que possam necessitar uma abordagem mais específica de especialistas (ACOG; 2019).

Nossos resultados ratificam as recomendações do ACOG e comprovam que a intervenção do GO, baseada em medidas educativas, pode promover a melhora da queixa de DSH em mulheres. Além disso, nossos resultados podem contribuir reduzindo as várias barreiras que desestimulam os GO a progredirem na investigação das queixas sexuais de suas pacientes, sendo uma delas a falta de treinamento destes profissionais para lidarem com a saúde sexual de suas pacientes.

As medidas educativas visam fornecer informações sobre aspectos da sexualidade da mulher, sobre os mecanismos biológicos, psíquicos, sociais, relacionais da resposta sexual (Kingsberg et al, 2015; Clayton e Parish et al, 2018; Pettigrew et al, 2021). Estas medidas são oportunas para a mulher realizar uma autoavaliação sobre seu desempenho sexual o que poderá instigá-la a verbalizar suas queixas sexuais ao GO (Lara et al, 2017). Adicionalmente, podem favorecer para que a mulher se engaje melhor nos protocolos que envolvem a psicoterapia e/ou farmacoterapia (Clayton et al, 2018). Contribuem, ainda, para dirimir expectativas irreais ou possíveis mitos relacionados com as queixas sexuais das mulheres (Lara, et al, 2021; Kingsberg e Faubion, et al, 2022; Clayton et al, 2018). Um estudo randomizado e controlado evidenciou que um protocolo de intervenção semanal durante seis semanas com medidas educativas em sexualidade é efetivo para melhorar a queixa de DSH em mulheres (Kaviani et al. 2014). Nosso estudo utilizou o modelo *face-to-face interview*, realizada por residente R3 de GO e R4 de sexologia ou R4 de reprodução assistida, para checar o resultado da intervenção oferecida na primeira consulta da mulher (R1, R2). O resultado positivo da nossa intervenção poderá contribuir para elaboração de novos modelos de treinamento do GO para a abordagem breve da função sexual da mulher no consultório ginecológico.

Existem várias barreiras que desestimulam o GO a progredir na investigação das queixas sexuais de suas pacientes. O tabu que permeia o tema sexo e a repressão sexual historicamente vivenciada pela mulher (Hourton, 1991) concorrem para dificultar a queixa sexual espontânea. O número limitado de serviços de treinamento em saúde sexual para o GO, a escassez de protocolos sobre a propedeutica da queixa sexual feminina como já demonstrado pelo nosso grupo de pesquisa (Lara et al, 2016) são barreiras reconhecidas. Esta lacuna tem sido discutida na literatura que chama a atenção do fato de que a educação médica, desde a graduação até a pós-graduação, negligencia a sexualidade humana (Kingsberg, Malemud, 2003; Solursh et al. 2003) o que limita a confiança do médico em questionar a mulher sobre sua função sexual (Kingsberg 2006). É paradoxal que a saúde sexual não seja tratada como prioridade na educação médica, entretanto, existe uma carência de educadores capacitados para replicar este conhecimento (Kingsberg, Malemud, 2003).

Um estudo pioneiro realizado no Reino Unido avaliou o manejo da disfunção sexual pelos médicos e elencou várias barreiras identificadas como entraves à gestão da disfunção sexual pelo médico. Os autores classificaram as principais barreiras em quatro categorias principais: o médico, o paciente, a interação médico-paciente e as barreiras

contextuais. A barreira médica deve-se à falta de conhecimento teórico e falta de treinamento em habilidades para abordagem terapêutica. A FEBRASGO propôs a matriz de competências em saúde sexual para a formação do médico residente GO, recentemente aprovada e publicada (Matriz de competências, FEBRASGO, 2021). A barreira centrada na paciente deve-se à relutância em discutir as questões sexuais em uma consulta de rotina. As barreiras da interação médico-paciente irá depender do vínculo estabelecido entre este binômio e, com relação às barreiras externas em torno de questões contextuais/estruturais, tem-se a falta de tempo e a disponibilidade limitada de serviços de referência de atenção secundária, especialmente serviços psicosssexuais (Humphery S, Nazareth I, 2001). Como possíveis soluções sugeridas nesse estudo, centrou-se, principalmente, no aumento da educação de médicos e pacientes sobre problemas sexuais; mais tempo de consulta médica para lidar com essas questões e a necessidade de mais especialistas neste campo.

A avaliação inicial de um paciente com disfunção sexual pode demandar uma consulta prolongada para que seja realizada uma história abrangente dos aspectos biológicos, psíquicos e ambientais relacionados e, quando indicado, o exame físico para avaliar possível causa ginecológica, ao passo que os testes laboratoriais em geral, não são necessários (ACOG, 2019). Visando facilitar a abordagem das queixas sexuais pelo médico, a ACOG aconselha o uso de um breve check list sobre função sexual durante a admissão do paciente para poder ajudar a facilitar discussão (ACOG, 2019).

O questionário semiestruturado utilizado (Apêndice 1), no nosso serviço, para aferir as queixas sexuais das mulheres pelo GO demonstrou ser eficaz (Lara et al, 2017) e foi elaborado com base nos questionários propostos na literatura que avaliam a função sexual feminina. São informações relevantes os aspectos sociodemográficos, clínicos, relacionais e psíquicos, bem como sobre a história sexual pregressa e atual da mulher (Dall'Agno et al, 2019; Parish et al, 2016). Da mesma forma, o protocolo para a abordagem da função sexual, utilizado em nosso serviço, está em linha com as recomendações do ACOG (Lara et al, 2017).

A análise univariada evidenciou que a depressão, a disfunção de excitação e orgástica e o DSH responsivo foram fatores que influenciaram negativamente a resposta ao nosso protocolo. A literatura evidencia que a depressão confere um aumento de risco de 50% a 70% de disfunção sexual em mulheres (Clayton e Parish et al, 2018; Sheryl et al, 2020) e que o tratamento da depressão resulta em melhora da queixa sexual (Baldwin, Moreno, e Briley, 2008; Clayton e Croft, 2014). Da mesma forma, as alterações das fases

da resposta sexual como dificuldade de excitação (Parish et al, 2016) e a anorgasmia (Parish et al, 2016) podem influenciar o desejo sexual (Carey et al, 2006) o que reforça a necessidade de uma ampla abordagem da mulher com queixa sexual.

A análise multivariada não evidenciou nenhum fator que tenha influenciado o resultado da nossa intervenção. Isto pode ser atribuído ao limitado número de mulheres em cada subgrupos. Embora a nossa amostra total de mulheres com DSH seja expressiva, a estratificação em subgrupos de acordo com os possíveis fatores causais do DSH na nossa amostra, pode ter interferido neste resultado. Desta forma, consideramos esta, uma limitação do nosso estudo e, portanto, esses dados devem ser analisados com cuidado. É possível que a expansão da amostra este resultado seja diferente.

Este estudo tem limitações pelo seu desenho retrospectivo, por não ter sido utilizado um instrumento validado para checar o efeito do protocolo na sua queixa sexual. No entanto, a pergunta sendo feita por outra equipe, não envolvida na implementação do protocolo, parece reduzir o viés da resposta. Outra limitação do estudo está na alta taxa de exclusão das mulheres por não terem seus prontuários adequadamente preenchidos, o que lança um alerta para a necessidade de motivação periódica da equipe para solução deste vies. Por outro lado, este estudo pode contribuir com a informação de que o GO pode promover a melhora da função sexual da mulher se receberem treinamento adequado para este fim. Assim, é urgente que os programas de residência de GO incluam a abordagem das queixas sexuais femininas conforme já bem discutido na literatura. Em linha com estas sugestões, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia junto ao Ministério da Educação e Cultura e outros órgãos federais validaram a matriz de competência em saúde sexual requerida para a formação do especialista em ginecologia e obstetrícia onde o residente tem treinamento para realizar o diagnóstico, aplicar as medidas educativas, tratar das queixas sexuais de origem biológica e referenciar para o sexologista os casos que demandam terapia sexual.

## **8. CONCLUSÃO:**

O presente estudo evidenciou altas taxas de outras disfunções sexuais concomitantes ao DSH sendo que, 43.55% apresentaram disfunção de excitação, 49.28% disfunção orgástica e 32,44% apresenta queixa de dispareunia.

Das variáveis analisadas, evidenciou-se relevância estatística na análise univariada: dor pélvica crônica, depressão, excitação, disfunção orgásmica e fisioterapia, porém este efeito não se confirmou no modelo multivariado.

Duzentos e trinta e quatro (64,82%) mulheres portadoras de DSH, assistidas por residentes de GO, tratadas com medidas educativas referiram melhora da queixa sexual. O acolhimento e a educação sexual são importantes estratégias na abordagem de mulheres com DSH. Os resultados deste estudo servem para ancorar a importância do treinamento do GO para abordar a queixa sexual feminina.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):160-6. PubMed PMID: 14961047.

Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010 NovDec;17(6):1114-21. doi: 10.1097/gme.0b013e3181e19755. PubMed PMID: 20651621.

Abdo CH. A new sexual revolution. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 Apr;12(2):xi-xii. English, Portuguese. PubMed PMID: 25003915.

Abdo CHN, Reis SLB. Benefits and risks of testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in woman: a critical review of studies published in decades preceding and succeeding the advent of phosphodiesterase type 5 inhibitors. *CLINICS* 2014;69(4):294-303

Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2006; 33:162-7.

Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2a.ed. São Paulo: Lemos; 2000. p.31-2.

Abdo, C. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Ver Diagn Trat*, 2005; 10(4), 220-222.

Abdo, Carmita Helena Najjar; Fleury, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006 .

Abdolrasulnia, Maziar, Richard M. Shewchuk, Nancy Roepke, U. Shanette Granstaff,



John Dean, Jill A. Foster, Andrew T. Goldstein, e Linda Casebeer. 2010.

ACOG; Female Sexual Dysfunction; Replaces Practice Bulletin Number 119, April 2011;  
Vol. 134, NO. 1, July 2019

Addyi. Informações de prescrição. Sprout Pharmaceuticals; 2019.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised: DSM-IV TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2003.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-V. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

Archer, J.; Lloyd, B. Sex and gender. Harmondsworth: Penguin, 1982

Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC); Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa; Copyright © 2018.

Baldwin, David, Ricardo A. Moreno, e Mike Briley. 2008. “Resolution of Sexual Dysfunction during Acute Treatment of Major Depression with Milnacipran”. *Human Psychopharmacology* 23 (6): 527–32. <https://doi.org/10.1002/hup.955>.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000; 163(3):888-93.

Basson R, et al., Sexuality in chronic illness: no longer ignored. 2007 *The Lancet* , Volume 369 , 409-424.

Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 2):314-26. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x. PubMed PMID: 20092441.

Basson R. Women's sexual desire--disordered or misunderstood? *J Sex Marital Ther.* 2002;28 Suppl 1:17-28. PubMed PMID: 11898699.

Basson R. Human Sexual Response. In: Vodusek DB, Boller F, editors. *Neurology of sexual and bladder disorders. In: Handbook of clinical neurology.* Amsterdam: Elsevier; 2015. Vol. 130, p. 11-8.

Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sex Med* 2013; 10:36-49.

Black, D.W.; Grant, J.E. (2014). *Guia para o DSM-5: complemento essencial para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* Porto Alegre: Artmed.

Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005

“BZgA\_Standards\_English.pdf”. s.d. Acedido a 1o de abril de 2023. [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/BZgA\\_Standards\\_English.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Standards_English.pdf).

Carey, J. Chris. 2006. “Disorders of Sexual Desire and Arousal”. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 33 (4): 549–64. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2006.10.004>.

Carvalho J, Vieira AL, Nobre P. Latent structures of female sexual functioning. *Arch Sex Behav.* 2012 Aug;41(4):907-17. doi: 10.1007/s10508-011-9865-7. Epub 2011 Dec 15. PubMed PMID: 22170444.

Calabro et al; Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?; *Brain and Behavior*; 2019.

Chiara Achilli, M.B.B.S; Jyotsna Pundir, Parimalam Ramanathan, Luca Sabatini, Haitham Hamoda, Nick Panay; Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis; *Fertility and Sterility* Vol. 107, No. 2, February 2017.

Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;110:7-11.

Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med.* 2014;126(2):91-9. doi: 10.3810/pgm.2014.03.2744

Clayton AH et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc.* n April 2018;93(4):467-487

Cocchetti et al; Management of hypoactive sexual desire disorder in transgender women: a guide for clinicians; *Sexual Medicine Journal*; feb 2021.

Dall'Agno et al. Validation of the Six-item Female Sexual Function. *RBGO*, 2019

Davison SL, Bell R, Donath S, Montalto JG, Davis SR. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005.

Davis SR, Davison SL, Donath S, et al. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA.* 2005.

Davis SR, van der Mooren MJ, van Lunsen RH, et al. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause.* 2006.

Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008.

Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Sex Med.* 2019;16(9):1331-1337. doi:10.1016/j.jsxm.2019.07.012

Davidson, J. Kenneth and Moore, Nelwyn, B. (1994). Masturbation and premarital sexual intercourse among college women: Making choices for sexual fulfillment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, (3), 178-199.

Derogatis LR, Komer L, Katz M, et ai. Tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres na pré-menopausa: eficácia da flibanserina no estudo VIOLET. *J Sex Med* 2012; 9:1047.

FEBRASGO Position Statement; Management of hypoactive sexual desire disorder in women in the gynecological setting; Number 5; May 2021

Female Sexual Dysfunction. Committee Opinion No. 213. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gyne-col* 2019; vol 134.

Fourcroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. *Drugs.* 2003;63(14):1445-57. Review. PubMed PMID: 12834363.

Graziottin A, Heiman J, Laan E, Sipski M, Wagner G, Whipple B (2000) Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 163(3):888–893

Galanakis M, Kallianta MD, Katsira C, Liakopoulou D, Chrousos PG, Darviri C. The association between stress and sexual dysfunctionality in men and women: a systematic review. *Psychology (Irvine).* 2015;6(14):1888-92.

Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril* 2007; 87:107.

Heard Davison A, Heiman JR, Kuffel S. Genital and subjective measurement of the time

course effects of an acute dose of testosterone vs. placebo in postmenopausal women. *J Sex Med.* 2007.

Hourton J. [The Christian ethic and sexuality]. *Enfoques Aten Prim* 1991;6(01):3–6

Humphery S, Nazareth I. GP'S views in their manegament of sexual dysfunction. *Family Practice*, 2001; 18; 516-518.

Kaplan, H.S. "A Nova Terapia do Sexo". Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1977.

Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health.* 2015 Jun;18(3):423-33. doi: 10.1007/s00737-015-0535-y. Epub 2015 May 3. Review. PubMed PMID: 25934058.

Khanam M, Perveen S, Mirza S. Reproductive and sexual health issues: Knowledge, opinion and attitude of medical graduates from Karachi. *J Pak Med Assoc* 2011;61:648-652

Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using

DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress* 2013;26:537–47

Kaviani, Maasumeh, Tahereh Rahnavaard, Sara Azima, Masoumeh Emamghoreishi, Nasrin Asadi, e Mehrab Sayadi. 2014. "The Effect of Education on Sexual Health of Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Randomized Controlled Trial". *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2 (2): 94–102.

Kingsberg SA, Malemud CJ, Novak T, et al. Acomprehensive approach to enhancing sexual health education in the Case Western Reserve University School of Medicine. *Int J Impot Res* 2003;15(Suppl 5):S51–7.

Kingsberg SA. Taking a sexual history. *Obstetrics Gynecololy Clinics of North Am* 2006; 33:535–47.

Kingsberg SA, Althof SE. Eventos sexuais satisfatórios como medidas de resultado em ensaio clínico de disfunção sexual feminina. *J Sex Med* 2011; 8:3262.

Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23:817-823.

Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol* 2015;125:477-486.

Kingsberg, Sheryl A., e Stephanie S. Faubion. 2022. “Clinical management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women”. *Menopause* 29 (9): 1083–85. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002049>

Lara, Lúcia Alves da Silva et al . Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 6, p. 312-321, June 2008

Lara, Lucia Alves da Silva; ABDO, Carmita Helena Najjar. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da graduação do curso de medicina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 3, p. 99-101, Mar. 2014.

Lara, Lúcia Alves da Silva, Marcela de Alencar Coelho Neto, Wellington de Paula Martins, Rui Alberto Ferriani, e Paula Andrea Navarro. 2016. “Assessment of Sexual Function in Infertile Women in a Gynecological Care Setting”. *The Journal of Sexual Medicine* 13 (6): 938–44. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.065>

Lara et al; A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017 April

Lara, Lucia Alves da Silva, Sandra Cristina Poerner Scalco, Andréa Cronemberger Rufino, Stany Rodrigues Campos de Paula, Eduardo Siqueira Fernandes, Joice Martins de Lima Pereira, Siglia Sousa de França, et al. 2021. “Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women in the Gynecological Setting”. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De*

Ginecologia E Obstetricia 43 (5): 417–24. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731410>

Lara et al; Female Sexual Dysfunctions: an overview on the available therapeutic interventions. *Minerva Obstet Gynecol.* 2022 Feb 11.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537-44. Erratum in: *JAMA* 1999 Apr 7;281(13):1174. PubMed PMID: 10022110.

Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, et al. Hypoactive sexual desire disorder In postmenopausal women: US results from the Women’s International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006;13:46-56.

Lim-Watson et al; A Systematic Literature Review of Health-related Quality of Life Measures for Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder and Female Sexual Interest/Arousal Disorder; *Sex Med Rev* 2022.

Luria M, Hochner-Celnikier D, Mock M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. *Harefuah.* 2004; 143(11):804-10, 38. 14.

Marques, Florence Zanchetta Coelho. Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas.* Campinas ISSN: 1415-5796, vol. 17, nº3-6 (maio - dez., 2008). p. 175-183

Maia H Jr, Maltez A, Fahel P, Athayde C, Coutinho E. Detection of testosterone and estrogen receptors in the postmenopausal endometrium. *Maturitas.* 2001.

Margaret E. Wierman, Wiebke Arlt, Rosemary Basson, Susan R. Davis, Karen K. Miller, Mohammad H. Murad, William Rosner, and Nanette Santoro. Androgen Therapy in Women: A Reappraisal: American Endocrine Society Clinical Practice Guideline; *J Clin Endocrinol Metab*; October 2014.

Marieke D, Joana C, Giovanni C, Erika L, Patricia P, Yacov R, et al. Sexual desire discrepancy: a position statement of the European Society for Sexual Medicine. *Sex Med.* 2020;8(2):121-31. doi: 10.1016/j.esxm.2020.02.008

Mark KP, Lasslo JA. Maintaining sexual desire in long-term relationships: a systematic review and conceptual model. *J Sex Res.* 2018;55(4-5):563-81. doi: 10.1080/00224499.2018.1437592

Merve Tuncer, Ümran Yeşiltepe Oskay; Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review; *J Sex Marital*; 2022

Nascimento ER, Maia ACO, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: the role of depression and anxiety. *J Affective Disord.* 2015;181:96-100. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.050

Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-e-Silva ACJS, Figueiredo JBP, Martins WP; Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women (Review); *The Cochrane Library* 2013, Issue 6

Nunes, César Aparecido. *Desvendando a Sexualidade*. 5.ed. Campinas: Papirus, 1987.

Parish, Sharon J., e Steven R. Hahn. 2016. "Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment". *Sexual Medicine Reviews* 4 (2): 103–20. doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009.

Parish et al. Guideline for Testosterone in Women With HSDD; *J Sex Med* 2021;18:849e867.

Pettigrew et al; Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment; *Journal of Midwifery & Women's Health*; August 2021.

Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet.* 2007;369(9560):512-25.

Robert E. Pyke. FDA Decisions on Measures of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A History, With Grounds to Consider Clinical Judgment; *Sex Med Rev* 2021;9:186e193.



Rowland DL. Neurobiology of sexual response in men and women. *CNS Spectr*. 2006 Aug;11(8 Suppl 9):6-12. PubMed PMID: 16871132.

Santoro N, Torrens J, Crawford S, et al. Correlates of circulating androgens in mid-life women: the Study of Women's Health Across the Nation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005.

Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. 78p.

Sexual health. Committee Opinion No. 706. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gyne-col* 2017;130:e42–7.

Sheryl A. Kingsberg, PhD,1,2 and James A. Simon, MD. Female Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Practical Guide to Causes, Clinical Diagnosis, and Treatment. *Journal of women's health*; Volume 00, Number 00, 2020.

Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med*. 2000.

Shifren JL, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the Intimate NM1 Study. *Menopause*; 2006.

Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8.

Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, et al. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:461-468.

Shufelt C, Bretsky P, Almeida C, et al. DHEA-S levels and cardiovascular disease mortality in postmenopausal women: results from the National Institutes of Health–National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)-Sponsored Women's Ischemia

Syndrome Evaluation (WISE). *J Clin Endocrinol Metab.* 2010

Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005

Sobecki J, Curlin F, Rasinski K, Lindau S. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of U.S. obstetrician/gynecologists. *J Sex Med.* 2012;9(5):1285–94

Somboonporn W, Davis S. Testosterone effects on the breast: implications for testosterone therapy for women. *Endocr Rev.* 2004

Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for periand postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005.

Solursh, D. S., J. L. Ernst, R. W. Lewis, L. Michael Prisant, T. M. Mills, L. P. Solursh, R. G. Jarvis, e W. H. Salazar. 2003. "The Human Sexuality Education of Physicians in North American Medical Schools". *International Journal of Impotence Research* 15 Suppl 5 (outubro): S41-45.

Suneela Vegunta, MD,<sup>1</sup> Juliana M. Kling, MD, MPH,<sup>1</sup> and Ekta Kapoor, MBBS. Androgen Therapy in Women. *Journal of Womens's Health*; Volume 00, Number 00, 2019.

Tannahill, R. (1989). *Sex in history*. London: Cardinal. Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.

Tiefer, L. (1995). *Sex is Not a Natural Act and Other Essays*. San Francisco: Westview Press.

Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at midlife and beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 December ; 45(4): 709–722

Thorp J, Simon J, Dattani D, et al. Tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres na pré-menopausa: eficácia da flibanserina no estudo DAISY. *J Sex Med* 2012; 9:793.

Tozo, I.M. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento edo diagnóstico pelo ginecologista. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2007; 52(3)

Tuncer, Merve, e Ümran Yeşiltepe Oskay. 2022. “Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review”. *Journal of Sex & Marital Therapy* 48 (3): 309–18. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270>.

Tuiten A, Van Honk J, Koppeschaar H, Bernaards C, Thijssen J, Verbaten R. Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000.

Van der Stege JG, Groen H, Van Zadelhoff SJ, et al. Decreased androgen concentrations and diminished general and sexual well-being in women with premature ovarianfailure. *Menopause*. 2008.

Verit FF, Yeni E, Kafali H. Progress in female sexual dysfunction. *Urol Int*. 2006; 76(1):1-10.

Weinfurt, Kevin P., Li Lin, Deborah Watkins Bruner, Jill M. Cyranowski, Carrie B. Dombeck, Elizabeth A. Hahn, Diana D. Jeffery, et al. 2015. “Development and Initial Validation of the PROMIS(®) Sexual Function and Satisfaction Measures Version 2.0”. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (9): 1961–74. <https://doi.org/10.1111/jsm.12966>.

West SL, D’Aloisio AA, Agans RP, et al. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med* 2008; 168:1441.

Wierman ME, Basson R, Davis SR, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006.

World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: WHO; 2010

## APÊNDICE

### Apêndice 1: Ficha clínica para avaliação da queixa sexual feminina

**Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, setor de Reprodução Humana, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união consensual

Tempo de relacionamento: \_\_\_\_\_ (anos)

Religião: o residente escreve não tem \_\_\_\_\_ Situação econômica: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Parceria (nome): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Situação econômica: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal:** \_\_\_\_\_

Fase da resposta sexual afetada: desejo sexual excitação sexual orgasmo

**História da Queixa Sexual atual:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

**Antecedentes pessoais patológicos:**

HAS ( ) Diabetes ( ) Hiperprolactinemia ( ) Dist. Tiroidianos ( )

**Uso de medicamentos:**

Anticoncepcional hormonal ( ) Antidepressivo ( ) Ansiolítico ( ) Anti-hipertensivo ( )

Antiandrogenico ( ) Anti-histamínico ( )

**Uso de substâncias:** Fumo ( ) Álcool ( ) Drogas:( )

**Antecedentes Gineco-Obstétricos:**

Menarca: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_ G\_\_ P\_\_ A\_\_ C\_\_

Ciclos menstruais: intervalo e duração \_\_\_\_\_

Doenças ginecológicas: \_\_\_\_\_ Cirurgias ginecológicas prévias: \_\_\_\_\_

Menopausa: \_\_\_\_\_ Terapia hormonal ( ) sim ( ) não

**História sexual pregressa:**

Sexarca \_\_\_\_\_ Número de parceiros: \_\_\_\_\_

Frequência de relações sexuais/semana: \_\_\_\_\_

Relação sexual satisfatória: ( ) sim ( ) não

**Atração sexual por: homens ( ) mulheres ( ) ambos ( ) 1****Resposta sexual individual (“esqueça que tem um parceiro e responda sobre você”):**

Tem sonhos eróticos ( ) sim ( ) não

Fica excitada quando vê cenas eróticas ( ) sim ( ) não

Sente desejo sexual ( ) sim ( ) não

Tem lubrificação ( ) sim ( ) não

Você se masturba ( ) sim ( ) não

Tem orgasmo ( ) sim ( ) não

Precisa de estímulo no clitóris para ter orgasmo ( ) sim ( ) não

Tem orgasmo só com o movimento do pênis dentro da vagina ( ) sim ( ) não

**-Violência sexual**

História de abuso sexual ( ) sim ( ) não.

Idade: \_\_\_\_\_ Duração do abuso sexual: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Pode inibir e espantar a paciente e é difícil de perguntar. Só é possível no consultório depois de muito tempo de terapia sexual. Parceiro (descrição pela paciente) \_\_\_\_\_ Relacionamento \_\_\_\_\_

Ejaculação precoce ( ) sim ( ) não

Ejaculação retardada ( ) sim ( ) não

Disfunção erétil ( ) sim ( ) não

Outros: \_\_\_\_\_

**Hipótese Diagnóstica:** \_\_\_\_\_**Conduta:** \_\_\_\_\_**Encaminhamento a Psicologia:** ( ) sim ( ) não**Psiquiatria:** ( ) sim ( ) não**Resultados de exames laboratoriais:** PRL \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_