

# BMJ Best Practice

## Disfunção sexual em mulheres

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	6
Classificação	8
<b>Prevenção</b>	<b>10</b>
Rastreamento	10
<b>Diagnóstico</b>	<b>11</b>
Caso clínico	11
Abordagem passo a passo do diagnóstico	12
Fatores de risco	14
Anamnese e exame físico	19
Exames diagnóstico	20
Diagnóstico diferencial	21
<b>Tratamento</b>	<b>22</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	22
Visão geral do tratamento	27
Opções de tratamento	28
Novidades	34
<b>Acompanhamento</b>	<b>35</b>
Recomendações	35
Complicações	36
Prognóstico	36
<b>Diretrizes</b>	<b>37</b>
Diretrizes de diagnóstico	37
Diretrizes de tratamento	37
<b>Recursos online</b>	<b>38</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>39</b>
<b>Referências</b>	<b>40</b>
<b>Imagens</b>	<b>52</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>55</b>

## Resumo

- ◇ As disfunções sexuais femininas são mais fortemente relacionadas com problemas de saúde mental e sentimentos negativos pelo parceiro que com quaisquer níveis hormonais séricos (ou metabólitos hormonais).
- ◇ Mudanças normais causadas pela idade e pela duração do relacionamento não devem ser confundidas com transtornos do desejo/interesse. O transtorno do desejo é diagnosticado quando há falta de desejo sexual antecipatório, e o desejo (junto com o prazer e a excitação) não pode ser deflagrado durante a atividade sexual, resultando em sofrimento.
- ◇ A síndrome mais comum consiste em falta de desejo inicial e pouca excitação subjetiva (excitação sexual mental), de forma que o desejo não é deflagrado durante a relação sexual e o orgasmo é infrequente ou inexistente.
- ◇ Considerando a natureza delicada das informações coletadas e a relutância/vergonha de revelá-las em consultas iniciais, o médico deve continuar avaliando informações relevantes e integrá-las ao tratamento durante o contato com a paciente.
- ◇ O tratamento inclui componentes de psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia sexual, atenção plena e psicoterapia e, ocasionalmente, medicamentos.

## Definição

As disfunções sexuais femininas incluem um vasto espectro de transtornos geralmente de etiologia multifatorial e incluem transtorno do interesse/excitação sexual (TIES), transtorno orgástico feminino (TOF) e transtorno de dor gênito-pélvica/penetração, que frequentemente combina diagnósticos sobrepostos de vaginismo e dispareunia.[1]

Existem três critérios para diagnosticar um distúrbio sexual: os sintomas devem ter persistido por um período mínimo de 6 meses, eles precisam ter sido apresentados em todos ou quase todos (75% a 100%) os encontros sexuais ou foram recorrentes, e ter causado sofrimento clinicamente significativo.[1] Saúde mental reduzida, estresse,[2] e baixos níveis de intimidade emocional entre os parceiros estão fortemente associados à disfunção.[3] [4] [5] enquanto o mesmo não ocorre com concentrações séricas de hormônios sexuais.[6] [7] [8] [9] [10] [11]

Vaginismo e dispareunia, agora agrupados como transtorno de dor gênito-pélvica/penetração, são doenças específicas que não serão abordadas neste tópico; no entanto, mais informações estão disponíveis no tópico sobre dispareunia.

Há apenas uma pesquisa limitada sobre transtorno da excitação genital persistente (PGAD)[12] e sua fisiopatologia e tratamento não são bem compreendidos.

## Epidemiologia

A prevalência do transtorno sexual feminino - mesmo quando se leva em conta o sofrimento individual - é incerta, considerando-se que os estudos epidemiológicos usaram questionários baseados em definições desatualizadas de transtornos sexuais que refletem mais a sexualidade masculina (por exemplo, ausência de fantasias e desejo sexual antes da relação sexual como transtorno significativo).

Frequentemente, mulheres relatam disfunção sem sofrimento, de forma que os números de prevalência de transtornos do desejo geralmente sofrem uma redução de 35% para aproximadamente 9% quando o critério de sofrimento é incluído.[16] [17] No entanto, um grande estudo britânico usando o critério de 6 meses ou mais de duração identificou 11% de mulheres, das quais 28% procuraram ajuda (medida alternativa ao sofrimento).[18] Os números de prevalência produzidos por pesquisas nacionalmente representativas de mulheres nos EUA sugerem uma prevalência de transtorno do desejo de 8.3% e 9.5% com variação mínima para a maioria das faixas etárias, com uma queda para mulheres com mais de 60 anos.[16] [19] A prevalência alcança, em geral, 12.5% para mulheres menopausadas por indução cirúrgica e 19.9% para mulheres com menos de 45 anos.[19] A maioria das pesquisas enfatizaram o componente de lubrificação do transtorno da excitação, em oposição a problemas com excitação subjetiva; uma grande pesquisa recente com mulheres com mais de 40 anos mostrou que quase 17% relataram excitação moderada ou altamente problemática.[20]

A pesquisa Natsal-3 (que estudou 6777 mulheres na Grã-Bretanha em termos de resposta sexual problemática, função sexual dentro de um relacionamento e avaliação da vida sexual usando um novo questionário validado onde os aspectos biomédicos da disfunção não são o foco principal) se concentrou nos problemas ocorridos durante pelo menos 3 meses no ano anterior.[21] Aproximadamente 34% das mulheres não apresentaram interesse sexual, 16% das mulheres achavam que o orgasmo era algo difícil, 12% mostraram incapacidade de sentir prazer, 8% sentiam dor e 8% não sentiam excitação.[21] Todos esses problemas mostraram pouca variação com a idade. Ansiedade durante o sexo foi mais comum em mulheres mais jovens (8%), e ressecamento vaginal foi mais comum na década pós-menopausa, afetando

27%.<sup>[21]</sup> Os critérios de sofrimento não foram utilizados. Outra grande pesquisa britânica, usando medidas substitutas dos transtornos sexuais do DSM-5, descobriu que, enquanto 23% das mulheres relataram uma ou mais dificuldades sexuais (incluindo orgasmo problemático, pouco interesse sexual e excitação sexual ou sexo doloroso), apenas 4% das mulheres atendiam todos os três critérios do DSM-5 para o distúrbio.<sup>[22]</sup>

Entre mulheres nos EUA, a prevalência de disfunção foi maior entre as de ascendência japonesa e chinesa e menor entre as afro-americanas.<sup>[23]</sup> Um estudo internacional revelou maior prevalência de disfunção em mulheres que vivem na Ásia Oriental, no Sudeste Asiático e no Oriente Médio, em comparação aos grupos pesquisados na Europa e na América do Norte.<sup>[24]</sup>

A prevalência de transtorno orgástico feminino (TOF) foi relatado por 24% das norte-americanas e 9% das britânicas. No entanto, o uso mais rigoroso do critério de sofrimento produziu uma prevalência próxima a 5%.<sup>[3]</sup>

## Etiologia

A etiologia da disfunção sexual geralmente é multifatorial, envolvendo fatores pessoais, psicológicos, contextuais, socioculturais e, às vezes, clínicos.<sup>[25] [26]</sup>

Sintomas subjacentes de depressão e ansiedade também são comuns. Mesmo quando um diagnóstico clínico de transtorno do humor ou de ansiedade está ausente, mulheres com transtornos do desejo demonstram mais labilidade humoral, baixa autoestima e pensamentos ansiosos ou depressivos que mulheres sem problemas sexuais.<sup>[3] [4] [5] [6]</sup>

Experiências sexuais e não sexuais da infância e adolescência também moldam o desenvolvimento psicosssexual, de tal forma que negligência, abuso ou intolerância com demonstrações de emoções da criança podem ter importância etiológica.<sup>[27] [28]</sup>

Baixa qualidade do relacionamento interpessoal atual, falta de ambiente e estímulos sexuais que conduzem à excitação feminina, disfunção sexual no parceiro e pressões e restrições socioculturais são outros fatores que contribuem para esse quadro.<sup>[3] [6] [21] [26]</sup> assim como afecções clínicas crônicas<sup>[24] [29] [30]</sup> e intervenções, incluindo medicamentos, especialmente inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs).<sup>[31]</sup> Outros medicamentos que podem afetar negativamente a função sexual incluem anti-hipertensivos (betabloqueadores, diuréticos tiazídicos), lítio, antipsicóticos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), inibidores da aromatase, antiandrogênicos (como a espironolactona), contraceptivos combinados contendo drospirenona, norgestimato e desogestrel,<sup>[32]</sup> analgésicos opioides, cocaína e bebidas alcoólicas.

Ooforectomia bilateral (SOB) em uma mulher jovem pode contribuir,<sup>[16] [17]</sup> embora a cirurgia eletiva na meia-idade não pareça estar associada à disfunção sexual subsequente.<sup>[33]</sup> Estes achados sugerem que a perda de androgênio ovariano pode não ser o fator relevante que liga a SOB às sequelas sexuais. Deficiência de estrogênio pode causar perda de sensibilidade sexual da área genital e não genital e dispareunia, ambos contribuindo para a redução do interesse sexual. Uma falta de conhecimento sexual adequado, seja pela educação sexual seja através de experiência, pode ser etiolologicamente relacionada ao transtorno orgástico feminino vitalício.<sup>[34]</sup>

A etiologia do transtorno da excitação genital persistente (PGAD) é desconhecida, mas sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo, hipervigilância em relação a sensações corporais, catastrofização desses sintomas e ansiedade resultante parecem ser característicos.<sup>[35] [36]</sup> Síndrome das pernas inquietas

(SPI) e bexiga hiperativa podem acompanhar PGAD.[37] [38] O tratamento de SPI com clonazepam ou um medicamento dopaminérgico pode reduzir os sintomas do PGAD.[37] Considerando a existência de pesquisa limitada sobre PGAD, sua fisiopatologia e seu tratamento não são discutidos detalhadamente.

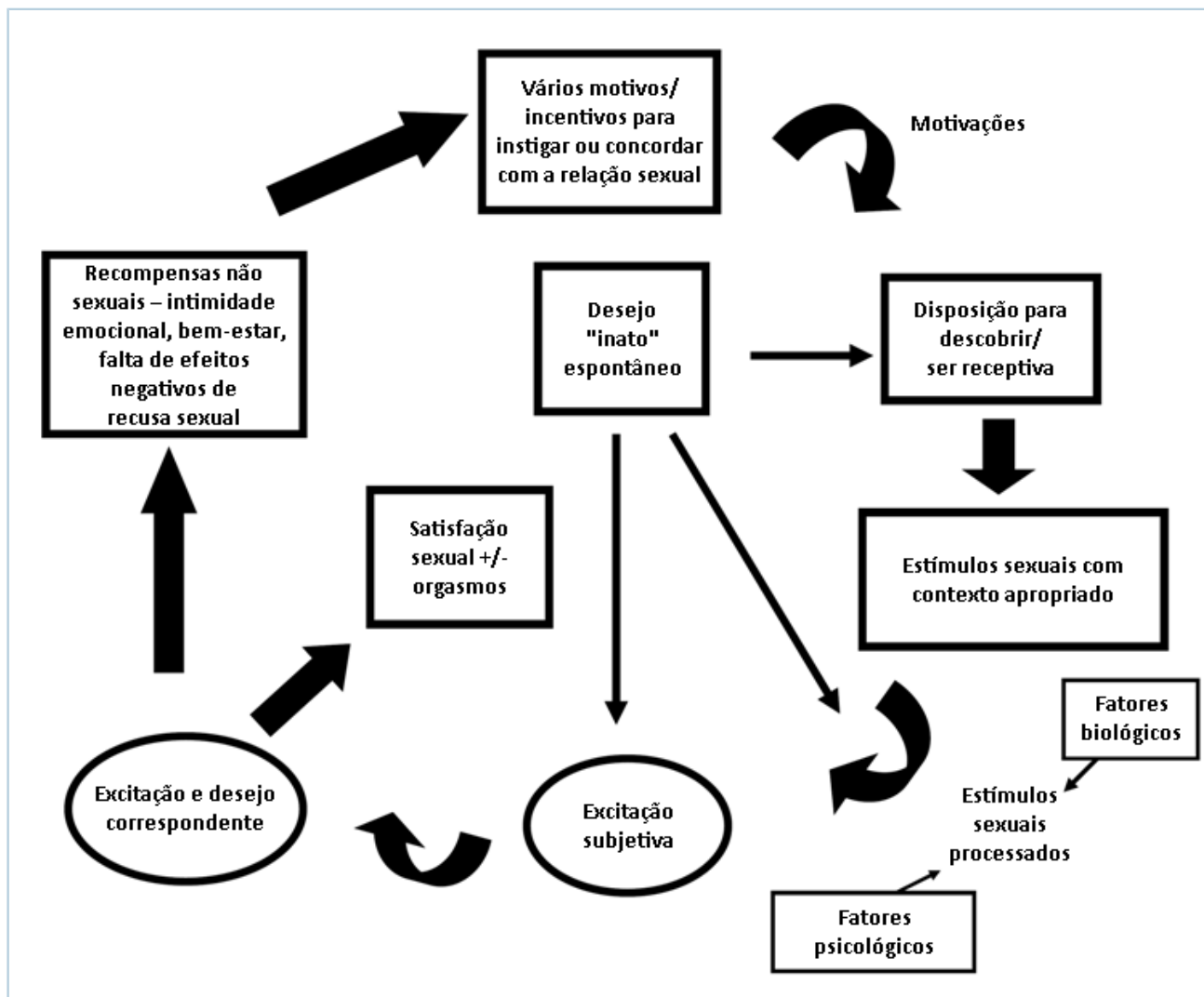
## Fisiopatologia

As mulheres se envolvem sexualmente por vários motivos,[39] frequentemente para melhorar a intimidade emocional, mesmo que o desejo não esteja inicialmente presente. O desejo geralmente é desencadeado posteriormente, durante a experiência, e uma vez surgido, excitação e desejo tornam-se indiferenciáveis.[25] [39] [40] Excitação envolve circuitos cerebrais complexos que ligam as regiões cortical, límbica e paralímbica associadas à cognição, atenção, motivação e emoções, com áreas modulando o sistema nervoso autônomo.[29] Assim, a resposta sexual é afetada por emoções negativas, incapacidade de resposta a estímulos sexuais ou ausência de motivos para o sexo.

Os mecanismos biológicos subjacentes não são totalmente conhecidos, mas envolvem diferentes neurotransmissores, peptídeos e hormônios. Noradrenalina, dopamina, melanocortina, oxitocina e serotonina que agem sobre alguns receptores de serotonina são pró-sexuais, enquanto prolactina, serotonina que agem sobre outros receptores e ácido gama-aminobutírico (GABA) são inibitórios. Há uma complexa interação entre os neurotransmissores e os peptídeos e os hormônios sexuais, e entre fatores ambientais e neuroendócrinos. Assim, as circunstâncias sexuais, bem como doenças ou medicamentos moduladores de neurotransmissores e/ou hormônios, podem interromper a resposta sexual.

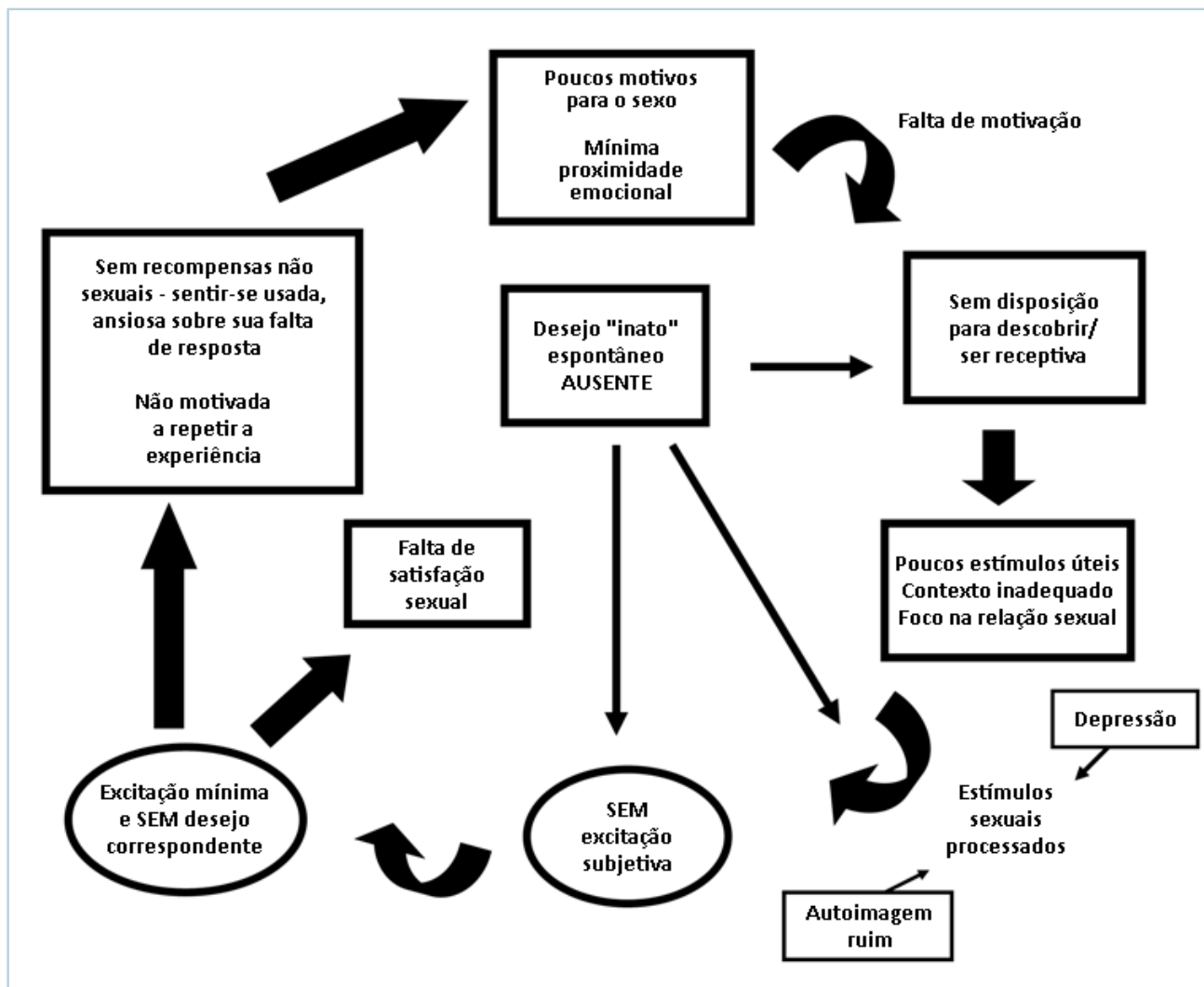
A congestão genital, uma resposta autônoma reflexa que ocorre alguns segundos após o estímulo sexual, causa ingurgitamento genital e aumento da lubrificação vaginal, mesmo quando não há qualquer excitação sexual subjetiva.[41] O grau de congestão genital tem pouca correlação com a excitação sexual e a excitação subjetiva,[41] [42] mas é importante para o conforto durante o coito e a sensibilidade sexual genital. Essa resposta pode ser interrompida por doença neurológica, deficiência de estrogênio (que reduz a vascularidade e a expansão através da redução do óxido nítrico biodisponível, o maior neurotransmissor do clitóris, e do polipeptídeo intestinal vasoativo biodisponível, o maior neurotransmissor presente na vagina) ou grave doença vascular. A privação de androgênio também pode estar associada à perda de sensibilidade sexual genital, mas não constitui a base da perda de excitação subjetiva identificada em mulheres diagnosticadas com transtornos de desejo/excitação. Grandes estudos epidemiológicos refutam uma associação entre os níveis de desejo sexual e níveis de testosterona sérica, e em um estudo pequeno foi identificada uma relação inversa entre a testosterona livre e a excitação.[43] Entretanto, a testosterona sintetizada intracelularmente a partir de precursores adrenais, incluindo desidroepiandrosterona (DHEA-S), não é refletida nos níveis séricos. Os metabólitos de androgênio podem, agora, ser medidos para refletir a atividade andrógena total (a partir das gônadas, adrenais e fontes precursoras). Em dois estudos, não houve diferenças de grupo nos metabólitos de andrógeno total em mulheres com e sem falta de desejo e excitação.[44] [45] Embora a menopausa cirúrgica esteja associada a níveis de testosterona menores que a menopausa natural, um estudo sugere que não há qualquer diferença entre desejo sexual e excitação, apenas lubrificação diminuída após a menopausa cirúrgica.[46] Ao estudarem a função sexual de 33,000 mulheres na transição menopausal, investigadores concluíram que a modesta associação observada de testosterona sérica com resposta sexual é indicativa de uma relação sutil e de significância clínica questionável.[47]





*Ciclo de resposta circular de fases sobrepostas: o desejo pode não estar presente inicialmente, mas é desencadeado durante a experiência; o desfecho sexual e não sexual influencia a futura motivação sexual*

*Adaptado de: Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2001;98:350-352; usado com permissão*



*Ciclo de resposta circular mostrando locais de interrupção que levam à disfunção*

*Adaptado de: Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2001;98:350-352; usado com permissão*

## Classificação

O(s) sintoma(s) deve(m) estar presente(s) por, no mínimo, 6 meses e se manifestar(em) em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual.[1]

### Transtorno do interesse/excitação sexual (TIES)[13]

Falta de interesse/excitação sexual por pelo menos 6 meses, manifestada por pelo menos três dos seguintes indicadores:

- Interesse ausente/reduzido pela atividade sexual
- Ausência/redução de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas
- Nenhuma iniciativa de atividade sexual e raramente ou nunca estar receptiva às tentativas de iniciativa do parceiro



- Ausência/redução de excitação/prazer sexual durante a atividade sexual (em todas ou quase todas as relações sexuais)
- Desejo raramente ou nunca deflagrado por um estímulo sexual/erótico interno ou externo (por exemplo, escrito, verbal, visual)
- Ausência/redução das sensações genitais e/ou não genitais durante a atividade sexual (em todas ou quase todas as relações sexuais).

## **Transtorno orgástico feminino (TOF)[14]**

Presença de pelo menos um dos dois sintomas abaixo:

- Demora, infrequência marcante ou ausência de orgasmo
- Intensidade significativamente reduzida de sensações orgásticas.

## **Transtorno da excitação genital persistente (PGAD)[15]**

Ocorrência de excitação genital espontânea, incômoda, persistente, indesejada (formigamento, latejamento), sem interesse ou desejo sexual e não aliviada por orgasmos.

## **Subtipos e detalhes**

Para acompanhar o diagnóstico de todos os tipos de disfunção sexual

- Subtipos:
  - Por toda a vida
  - Adquirida.
- Características descritivas detalhadas:
  - Localizado versus generalizado
  - Fatores relacionados ao parceiro (por exemplo, problemas sexuais ou condições de saúde do parceiro)
  - Fatores ligados ao relacionamento (por exemplo, pouca comunicação, discórdia no relacionamento, discrepâncias no desejo por atividade sexual)
  - Fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim, história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão ou ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto)
  - Fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições contra atividade sexual, atitudes em relação à sexualidade)
  - Com fatores clínicos relevantes para prognóstico, evolução ou tratamento.

# Rastreamento

## Recomendações

O principal motivo para o rastreamento reside no fato de que, embora a maioria das mulheres não inicie a discussão da disfunção sexual, elas consideram o médico uma pessoa legitimada a fazê-lo.<sup>[106]</sup> Disfunções não tratadas geralmente causam outras disfunções, não adesão terapêutica a medicamentos e possível disfunção do parceiro. Geralmente, o casal se adapta a uma menor interação sexual e o relacionamento pode ser afetado ou até terminar.

Recomenda-se a triagem de todas as pacientes ao realizar uma análise geral dos sistemas, como parte da história médica. Populações particularmente em risco incluem mulheres:

- com transtornos do humor
- com doença crônica (incluindo diabetes, insuficiência renal, hipertensão, doença neurológica e doença endócrina)
- que receberam qualquer tipo de tratamento contra o câncer (diretrizes da American Society of Clinical Oncology recomendam o início de rotina da avaliação sexual)<sup>[62]</sup>
- recebendo antidepressivos ou medicamentos anticonvulsivantes
- que foram submetidas à cirurgia pélvica.

Recomenda-se usar uma frase introdutória, como "muitas mulheres com sua doença/neste estágio da vida relatam problemas sexuais; você tem algum?" Dessa forma, as mulheres têm maior probabilidade de apontar seus problemas que quando perguntadas "você tem algum problema sexual?"<sup>[106]</sup>

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma professora de 54 anos, 3 anos após a menopausa, relata redução gradual do desejo e interesse sexual nos últimos 4 anos. Ela afirma que seu casamento de 15 anos é sólido, com poucos conflitos. No entanto, ela sente que a carreira do marido como advogado é prioridade na vida dele. Quando sexualmente ativa com o marido, ela raramente se excita com estimulação física, genital ou não genital. Ela também não se excita com livros ou vídeos. Ela não se masturba desde a adolescência. Seus últimos orgasmos ocorreram há 2 anos. Sua história pregressa inclui depressão pós-parto. Nos últimos 6 meses, ela usou citalopram, devido ao diagnóstico de distímia, e não por causa de transtorno depressivo maior. Por 3 anos ela recebeu estradiol transdérmico e progesterona oral diariamente. Exame físico e os exames laboratoriais, incluindo testes da função tireoidiana, estão dentro dos limites normais, exceto por um diagnóstico de diabetes mellitus do tipo 2, a ser tratado inicialmente com dieta e atividade física.

### Caso clínico #2

Uma mulher de 28 anos reclama de pouco desejo e excitação mínima em termos de excitação sexual mental. No entanto, ela relata que sua lubrificação vaginal é adequada. Esses sintomas persistiram durante seu atual e único relacionamento sexual de 2 anos. Não há história clínica ou psiquiátrica relevante ou abuso sexual. Durante os últimos 10 anos ela vem usando etinilestradiol e desogestrel, inicialmente para acne e, atualmente, também para contracepção. Ao contrário do marido, ela tem certeza de que não quer ter filhos. Sua criação foi conservadora, com pouca informação sexual. Ela diz que seu foco é o trabalho e, apesar de ser bem-sucedida profissionalmente, é muito autocrítica e expressa uma autoimagem ruim. Sua atividade sexual é focada no coito, com mínima orientação dela para o marido sobre como satisfazê-la. Ela nunca se masturbou. Seus exames laboratoriais de rotina, incluindo testes da função tireoidiana, e seu exame físico estão dentro dos limites normais.

## Outras apresentações

Os casos clínicos ilustram a ocorrência comum de dificuldades de desejo/interesse e excitação.

Mulheres com transtorno orgástico também podem expressar uma angustiante redução no desejo/interesse sexual.

O transtorno da excitação genital persistente (PGAD) é outra queixa sexual que foi descrita recentemente: há uma excitação genital intrusiva, indesejada e implacável que só é aliviada minimamente com o orgasmo.

Queixas sexuais não abordadas neste tópico incluem contração vaginal e/ou dor. Na primeira, a queixa apresentada pode ser uma relação não consumada pelo medo de penetração vaginal, com contração muscular e medo expresso de dor. Na última, a queixa apresentada pode ser dispareunia, e o exame pode mostrar ou não anormalidades, sendo as mais comuns a alodinia por vestibulodinia provocada pelo toque e a atrofia vaginal vulvar da deficiência de estrogênio. As últimas duas podem coincidir, explicando uma aparente falha do tratamento com estrogênio. Em todas essas situações, pode haver associação de transtornos do desejo/interesse e da excitação sexual.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é baseado em uma história prudente, mas detalhada, preferencialmente obtida de ambos os parceiros, separadamente e juntos.<sup>[25] [102]</sup> A avaliação detalhada, além de permitir intervenções terapêuticas posteriores, esclarece ao casal o ponto onde o ciclo de resposta sexual da mulher foi interrompido, o que por si só é terapêutico.

### História

O seguinte roteiro pode ser útil.

- Qual é o problema?
- As respostas sexuais de ambos os parceiros são avaliadas.
- Contexto: pessoal, interpessoal e ambiental.
- Depressão: atual e passada. Inclui sintomas de transtorno depressivo maior, bem como de distímia subclínica.

As seguintes características do funcionamento sexual devem ser determinadas.

- Áreas problemáticas: desejo/interesse (motivação), excitação subjetiva (excitação mental) por diferentes estímulos (por exemplo, pornografia, literatura ou música), congestão genital e lubrificação, sensibilidade sexual genital, orgasmo, dor ou contração muscular vaginal com ou evitando o coito ou outra penetração vaginal.
- A duração (vitalícia ou adquirida) e o surgimento (gradual ou súbito) do problema, se ocorre algum tipo de sexo entre o casal, a função sexual do parceiro e se o problema sexual está presente em todas as situações, incluindo masturbação (generalizada) ou somente com atividades/parceiros específicos (localizado).
- Fatores contextuais específicos da mulher: autoimagem, experiências sexuais anteriores, história de desenvolvimento, relacionamento interpessoal atual (grau de confiança, respeito, atração, capacidade de ser vulnerável), contexto sexual (ambiente, tipo de estímulo sexual, aspectos religiosos e culturais) e o humor da mulher.
- Experiências prévias de resposta sexual (com relações sexuais anteriores e masturbação anterior).
- Condições clínicas ou medicamentos.
- A reação de cada parceiro aos problemas e por que pediram ajuda agora. Se foi procurado tratamento no passado, deve-se perguntar o que foi tentado, se funcionou e o que não funcionou.

### Diferenciação do tipo de disfunção sexual

Quando a mulher relata falta de interesse/excitação sexual com duração de pelo menos 6 meses, com manifestação de pelo menos três dos indicadores abaixo, ela é diagnosticada com transtorno do interesse/excitação sexual (TIES):<sup>[13]</sup>

- Interesse ausente/reduzido pela atividade sexual
- Ausência/redução de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas
- Nenhuma iniciativa de atividade sexual e raramente ou nunca estar receptiva às tentativas de iniciativa do parceiro
- Ausência/redução de excitação/prazer sexual durante a atividade sexual (em todas ou quase todas as relações sexuais)

- Desejo raramente ou nunca deflagrado por um estímulo sexual/erótico interno ou externo (por exemplo, escrito, verbal, visual)
- Ausência/redução das sensações genitais e/ou não genitais durante a atividade sexual (em todas ou quase todas as relações sexuais).

Quando a mulher relatar pelo menos um dos dois sintomas abaixo, e os sintomas estiverem presentes por pelo menos 6 meses e se manifestarem em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual, ela será diagnosticada com transtorno orgástico feminino (TOF):[14]

- Demora, infrequência marcante ou ausência de orgasmo
- Intensidade significativamente reduzida de sensações orgásticas.

Quando há excitação genital indesejada espontânea (formigamento, latejamento), sem interesse ou desejo sexual e a excitação não é aliviada por orgasmos, o diagnóstico é de transtorno da excitação genital persistente (PGAD).[15] [36]

Todos os diagnósticos são baseados na história da paciente. O grau de sofrimento deve ser anotado e especificado da seguinte forma:

- Vitalício ou adquirido
- Generalizado ou localizado
- Fatores relacionados ao parceiro (problemas sexuais ou condições de saúde do parceiro)
- Fatores ligados ao relacionamento (por exemplo, pouca comunicação, discórdia no relacionamento, discrepâncias no desejo por atividade sexual)
- Fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, depressão ou ansiedade, imagem corporal ruim, história de abuso)
- Fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições contra atividade sexual)
- Fatores clínicos (por exemplo, doença, medicamentos)

## Exame físico

No contexto da doença clínica, o exame físico é importante. Na doença neurológica, pode haver perda sensorial na genitália; na doença renal, pode haver anemia e atrofia vulvovaginal, ambas reduzindo a motivação sexual; a galactorreia pode sugerir hiperprolactinemia, e a perda de pelos púbicos pode sugerir hipoadrenalismo. Exame pélvico e genital é necessário para excluir o líquen escleroso ou outra patologia quando a sensibilidade sexual genital está reduzida. Pode ser realizado, também, para tranquilizar as mulheres que acreditam que a causa de sua disfunção sexual é um problema na genitália (e é essencial quando há dispareunia concomitante é comórbida).

## Investigações

Medidas da congestão genital (por exemplo, fotopletismografia vaginal, exame de imagem com laser Doppler, ressonância nuclear magnética (RNM) genital, teste sensorial quantificado) não são usadas em diagnósticos, sendo reservadas para o âmbito de pesquisa. É importante ressaltar que as mulheres diagnosticadas com transtorno da excitação não têm congestão genital reduzida quanto examinadas por meio de fotopletismografia[41] ou RNM genital.[103] Questionários validados estão disponíveis, mas são baseados na definição de DSM-IV de distúrbio e oferecem apenas uma imagem superficial do funcionamento sexual e não devem ser usados em diagnósticos.

Investigações laboratoriais têm utilidade limitada, mas problemas clínicos como doença tireoidiana, hiperprolactinemia, diabetes e insuficiência renal devem ser monitorados.

## Fatores de risco

### **Fortes**

#### **depressão**

- A depressão é um grande fator de risco. As taxas de prevalência atingem 50% a 80% na disfunção sexual.[48] [49]
- Mesmo após o controle de sintomas depressivos atuais e uso de medicamentos psicotrópicos, mulheres com história de depressão maior têm probabilidade de apresentar mais problemas de excitação e desejo que os controles.[50] [51]
- Depressão (e pensamentos negativos, principalmente sobre o futuro do relacionamento da mulher) emergem como fator de risco para todas as disfunções sexuais de mulheres com idades entre 40 e 80 anos.[24]

#### **uso de antidepressivos**

- Antidepressivos altamente serotoninérgicos podem reduzir o desejo e a excitação e retardar o orgasmo em até 70% das mulheres (se especificamente perguntado),[31] e os efeitos sexuais adversos representam um importante motivo para a não adesão ao medicamento.[52]
- A disfunção sexual associada à depressão é amenizada na grande maioria das mulheres pela remissão da depressão, mesmo quando são usados medicamentos de efeitos adversos sexualmente negativos conhecidos.[48] [49]
- Os fatores de predisposição à disfunção associada a medicamentos incluem idade, ausência de formação superior, ausência de trabalho em tempo integral, pouca satisfação sexual antes da depressão, uso de medicamentos concomitantes de todos os tipos ou presença de comorbidade que possa afetar a função sexual.[53]

#### **transtorno da ansiedade comórbida**

- Mulheres com transtornos de ansiedade do Eixo I têm maior prevalência de problemas sexuais, incluindo transtornos da excitação.[54]
- A distração cognitiva induzida pela ansiedade desvia a atenção das sugestões sexuais e não sexuais e é considerada um fator importante na etiologia da disfunção sexual.[55]
- A ansiedade associada à presença do parceiro é um fator importante do transtorno orgástico feminino (TOF).

#### **aspectos psicológicos do câncer**

- Restou demonstrado que tanto o diagnóstico como o tratamento do câncer impactam significativamente a função sexual feminina.[56]
- Os preditores mais importantes de disfunção incluem mudanças na forma como a mulher se vê sexualmente. Elas podem ser induzidas pela presença de cicatriz, remoção da mama, queda de cabelos e outras consequências do tratamento do câncer, piora na qualidade do relacionamento e mitos mantidos por qualquer dos parceiros em relação aos problemas sexuais que possam existir em mulheres com câncer e seus parceiros.[57] [58] [59]



## câncer de mama

- Os efeitos sexuais adversos, incluindo sintomas de ressecamento vaginal e perda de libido, são geralmente relatados por pacientes que sobreviveram ao câncer de mama,[60] e o manejo deve ser tanto psicosssexual como clínico.[61] [62]
- A quimioterapia é uma grande causa de perda de desejo, excitação subjetiva, ressecamento vaginal e dispareunia.[57] [59] [63]
- Uma pesquisa preliminar sugeriu que a experiência da quimioterapia, e não fatores hormonais, modula seus efeitos na função sexual.[64]
- O tamoxifeno não altera de forma consistente a função sexual, mas os inibidores de aromatase, ao produzirem um estado próximo à total ausência de atividade estrogênica, podem ser relacionados a sintomas graves de dispareunia associada à atrofia vaginal vulvar e, portanto, à perda de motivação/interesse sexual.

## câncer ginecológico e outros cânceres pélvicos

- A extensão e o tipo de cirurgia podem influenciar o desfecho sexual: vulvectomy radical e exenteração pélvica são os exemplos mais extremos, enquanto procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos e mapeamento de linfonodos sentinela podem permitir menos linfotomias abrangentes e outras complicações.[65] [66] Radiação pode ter profundo efeito nos tecidos genitais agudamente e em longo prazo, além de oferecer risco de infertilidade permanente por danos a células granulosas em divisão que revestem os folículos dos ovócitos em maturação.[67] Os tratamentos contra o câncer geralmente invocam a dor sexual por mecanismos diferentes.[58]

## doença neurológica

- Disfunção sexual é comum.[30] [68]
- Envolvimento da medula espinhal e do sistema nervoso periférico (autônomo e somático) interrompem a resposta sexual.[69]
- O envolvimento do sistema nervoso central geralmente prejudica o desejo e a excitação, mas ocasionalmente pode causar intenso desejo discutível: por exemplo, com lesões envolvendo o lobo temporal e a amígdala, ou em doença de Parkinson tratada com agentes dopaminérgicos.[30] [68]

## hiperprolactinemia

- Em geral, a mulher tem excitação e orgasmo reduzidos e maior dispareunia, sem alterações aparentes nos outros hormônios.[70]

## histerectomia radical (sem preservação nervosa)

- A prevalência da disfunção é desconhecida, mas o sistema nervoso autônomo, especialmente nos ligamentos uterossacros e cardinais, pode ser interrompido, exceto quando usadas técnicas de preservação nervosa. Existem evidências preliminares em relação ao benefício dessas técnicas.[30] [71] [72]

## cistectomia ou proctectomia

- Somente a cirurgia com preservação nervosa permite resposta sexual.[30] [73]

## humor, afeto e personalidade

- A visão própria da mulher como pessoa sexual (isto é, sua autoimagem sexual) influencia fortemente a função sexual.[74]

- Fatores pessoais que diminuem a função incluem distrações, estresse, preocupação com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou gestação não planejada, falta de privacidade e experiências sexuais passadas negativas ou experiências não sexuais passadas nas quais perder o controle e ficar vulnerável causaram grande sofrimento.[27]
- A supressão da raiva direcionada ao parceiro atual ou aos pais ou a outras figuras do passado pode resultar em supressão de emoções em geral, incluindo sexuais.
- Estudos mostraram que mulheres que se queixam de pouco desejo e excitação apresentam autoestima vulnerável, altos níveis de ansiedade, culpa e imagem corporal mais negativa, além de traços de personalidade de maior introversão, perfeccionismo, insegurança e somatização.[4] [74] [75]

### **dificuldades com relacionamentos**

- Os sentimentos da mulher por seu parceiro, ou uma recente mudança de parceiro, foram identificados como maiores determinantes do desejo, responsividade, satisfação e liberdade da mulher em relação ao sofrimento com o sexo.[3] [5] [6] [21] [26] [76] Um relacionamento pode afetar mulheres não heterossexuais de formas diferentes, com pesquisa sugerindo que ele afeta a função, mas não o desejo e o interesse.[77] Evitar proximidade interpessoal pode prever dificuldade de orgasmo.[28]

### **atitudes**

- Crenças negativas ou distorcidas sobre sua função sexual, o impacto do envelhecimento na função sexual ou baixas expectativas em relação ao futuro do relacionamento foram fortemente preditivos de baixo desejo feminino e TOF.[24]

### **disfunção sexual do parceiro**

- Existe correlação entre a disfunção sexual do parceiro e a disfunção sexual da mulher.
- O tratamento da disfunção erétil masculina pode melhorar vários aspectos da disfunção da parceira.[2] [78] [79]

### **insuficiência ovariana prematura**

- Mulheres com falha ovariana primária têm excitação sexual reduzida e sentem mais dor genital, em comparação com as mulheres do grupo controle. É importante ressaltar que elas também apresentam mais queixas de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico.[82]
- De 16% a 20% das mulheres com menos de 49 anos relatam pouco desejo após menopausa cirúrgica recomendada (resultando em fertilidade indesejada para algumas mulheres).[16] [17] No entanto, mulheres que optaram pela ooforectomia bilateral eletiva com histerectomia indicada por doença benigna na meia idade não desenvolveram disfunção sexual nos 3 anos seguintes.[33] [83]

## **Fracos**

### **atividade androgênica reduzida**

- A disfunção sexual não está correlacionada com níveis séricos de testosterona.[7] [8] A atividade androgênica total (ovariana, refletida nos níveis de testosterona sérica, associada à testosterona produzida em células periféricas de substratos adrenais, incluindo desidroepiandrosterona [DHEA-S], sulfato de desidroepiandrosterona [DHEA-S] e androstenediona) não parece diferir entre mulheres com ou sem transtorno do interesse/excitação sexual (TIES).[9]
- A suplementação de testosterona para mulheres que relataram perda de desejo após a menopausa mas mantiveram a capacidade de ter relações sexuais satisfatórias mostrou benefício em uma de duas séries de ensaios clínicos randomizados e controlados recentes.[25] [80]

- Um subconjunto de mulheres em uso de contraceptivos orais combinados pode ter desejo e excitação reduzidos, mas os estudos são conflitantes: pílulas contendo drospirenona, norgestimato e desogestrel podem reduzir a resposta sexual.[32]
- A produção intracelular de androgênios diminui com a idade, devido à redução dos substratos adrenais em aproximadamente dois terços. No entanto, a suplementação de DHEA sistêmico não melhora a função sexual.[81]

## deficiência de estrogênio

- Níveis baixos de estrogênio são associados a períodos pós-menopausa e pós-parto, tratamento com agonista de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), falha ovariana induzida por quimioterapia, falha ovariana idiopática e, às vezes, contraceptivos combinados de baixa dose de estrogênio ou depomedroxiprogesterona. Depleção grave do estrogênio é associada a inibidores da aromatase.
- Os níveis de estrogênio foram relacionados somente ao sintoma sexual de dispareunia e ressecamento.[5] No entanto, a experiência clínica sugere que o baixo nível de estrogênio também pode ser associado à perda de sensibilidade sexual dos tecidos genitais, o que pode causar tanto TOF como perda de motivação para o ato sexual.

## pós-parto

- Incerteza sobre quando retomar as relações sexuais, desejo sexual reduzido, mudanças na imagem corporal e preocupações com a recuperação física após um parto vaginal foram apontados como fatores que influenciam o funcionamento sexual pós-parto nas mulheres.[84]
- O tipo de parto não afeta a função sexual após 3 meses pós-parto.[85]

## envelhecimento

- A maioria das pesquisas não relatou aumento na prevalência de transtornos com o envelhecimento; o motivo mais comum para o abandono do sexo é a falta de um parceiro funcional. No entanto, a maioria dos estudos só incluiu pessoas "sexualmente ativas" e, portanto, omitiram mulheres cujas disfunções sexuais causam potencial impedimento à atividade sexual.
- Um estudo relatou aumento na prevalência do desejo reduzido em função do estado de menopausa e do envelhecimento, aumentando de 22% no grupo na pré-menopausa para 32% no grupo pós-menopausa.[86] Como em muitos outros estudos, o baixo desejo estava fortemente associado a dificuldades de excitação e orgasmo.[86] Um grande estudo longitudinal entre mulheres que ultrapassaram os 10 anos de transição menopausal mostrou um declínio no desejo e na responsividade em função tanto do envelhecimento como da menopausa.[6] Um estudo ainda maior, com 14,000 mulheres de 17 países, indicou a lubrificação reduzida como o único fator relacionado à idade para as mulheres, mas só foram levadas em conta as que mantiveram relações sexuais no último ano.[24] A duração do relacionamento pode ser mais importante que a idade: usando análises multivariadas, após o ajuste de outros fatores, a duração do relacionamento, e não a idade, predisseram a falta de desejo.[87]
- Para TOF, há um aumento na prevalência com a idade.[88]

## diabetes

- A depressão pode predizer disfunção sexual em mulheres com diabetes.[51] [89] [90]
- A disfunção sexual não tem relação com idade, duração da doença, índice de massa corporal (IMC), controle glicêmico, terapia hormonal, complicações da doença ou estado menopausal.
- A redução na lubrificação é a disfunção consistentemente observada com mais frequência em mulheres com diabetes que nos controles.[51]

## insuficiência renal

- Anovulação, prolactina elevada, anemia e depressão comórbida podem contribuir para o comprometimento da função sexual.
- A excitação subjetiva pode melhorar após o transplante renal, mesmo que a resposta congestiva vaginal não melhore.[91]

## doença cardiovascular

- Um estudo mostrou associação entre a aterosclerose das artérias pudendas e a deficiência da função sexual, que ficava mais grave após uma intervenção vascular, apesar da melhora geral da saúde.[92]
- Comparado aos controles de mesma faixa etária, as mulheres na pré-menopausa com leve hipertensão, tanto as tratadas como as não tratadas, relataram redução na lubrificação e orgasmos insatisfatórios.[93]

## síndrome do ovário policístico (SOPC)

- Não há evidências de que níveis mais elevados de androgênio associados a SOPC ofereçam proteção contra queixas de falta de desejo e excitação. Há pouca pesquisa, mas as mulheres com SOPCs podem apresentar função orgástica reduzida, quando comparadas aos controles.[94]

## medicamentos

- Vários medicamentos prescritos comumente podem comprometer a função sexual e a satisfação.

## doença do eixo hipotálamo-hipofisário

- Um ensaio clínico randomizado e controlado revelou melhora em mulheres com hipopituitarismo que receberam testosterona com estrogênio.[95]

## infertilidade

- A avaliação da infertilidade e a necessidade de técnicas de reprodução assistida podem afetar negativamente a autoimagem sexual da mulher e, assim, sua função sexual.
- Uma gestação bem-sucedida não reverte necessariamente os problemas sexuais.[96]

## histerectomia simples

- Estudos não têm apoiado uma diferença no desfecho sexual em mulheres que foram submetidas à histerectomia vaginal, subtotal ou total. A satisfação sexual geral melhora na maioria das mulheres.[97]

## sintomas do trato urinário inferior (STUI)

- STUI com e sem prolapso são associados à disfunção sexual.
- A cirurgia definitiva pode ou não corrigir a disfunção e pode criar uma nova disfunção.[98] [99]
- A suspensão anterior por incontinência urinária de esforço pode reduzir a sensação, considerando que a inervação vaginal é concentrada nas regiões anterior e distal da parede vaginal.
- O TVT (tension-free vaginal tape) pode reduzir a sensação genital e a lubrificação vaginal.[99]

## condição socioeconômica

- Em um estudo com mulheres de 18 a 59 anos, maior escolaridade foi associada a menos problemas sexuais:[88] no entanto, em outro estudo com mulheres de 40 a 80 anos, maior escolaridade foi associada a uma maior probabilidade de problemas de excitação genital.[24]
- Problemas financeiros têm sido associados a TOF.

## abuso sexual

- O abuso sexual é um fator de risco inespecífico que parece ser associado a várias dificuldades sexuais.
- Mulheres com história de abuso sexual demonstraram ter menos resposta e desejo sexual e mais dificuldades de orgasmo.[100]
- Observe que em amostragens universitárias, o abuso sexual durante a infância não foi associado à disfunção sexual adulta.[101]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### sintomas sexuais que causam sofrimento (comum)

- Necessário para o diagnóstico.

#### ausência/redução de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas (comum)

- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]

#### ausência/redução de excitação/prazer sexual durante a atividade sexual (comum)

- Em todas ou quase todas as relações sexuais.[13]
- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]

#### sem excitação subjetiva com pornografia (comum)

- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]

#### sem consciência de resposta genital (comum)

- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]

#### sem iniciativa de atividade sexual (comum)

- Também não receptiva às tentativas de iniciativa do parceiro.[13]
- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]

#### ausência de orgasmo ou de intensidade mínima ou com atraso marcante (comum)

- Integrante do diagnóstico de transtorno orgástico feminino (TOF).[14]

#### congestão genital espontânea, incômoda e desagradável e sentimento de orgasmo iminente (comum)

- Integrante do diagnóstico de transtorno da excitação genital persistente (PGAD).[15]

### Outros fatores de diagnóstico

#### estressores atuais (comum)

- Estressores atuais estão fortemente ligados à disfunção sexual (aumentando o nível de ansiedade da mulher ou agindo como distrações no cenário sexual imediato).[54] [2]

- Estressores agudos podem trazer à tona estima sexual negativa enquanto sensuais, o que interfere na capacidade de experimentar satisfação sexual e orgasmo.[101]

### interesse ausente/reduzido pela atividade sexual (comum)

- Integrante do diagnóstico de TIES.[13]
- Este sintoma sozinho não constitui transtorno; isso só ocorre quando ele é aliado ao relato da mulher de falta de desejo em qualquer momento da atividade sexual.[15]

### emoções negativas durante o sexo (comum)

- Como as emoções negativas surgidas durante o sexo geralmente são associadas a pensamentos e comportamentos negativos subjacentes, a mulher pode estar implicitamente adotando um comportamento que reduz sua capacidade de ficar excitada e ter desejo (por exemplo, estar atenta a partes da experiência das quais não gosta, posicionar o corpo de forma não apta a ter excitação, permitir que sua mente vagueie com estímulos não sexuais).[104] [105]

### alterações mínimas de temperatura, tensão muscular, frequência cardíaca durante o sexo (comum)

- Integrante do diagnóstico de TIES.[15]

### atrofia vulvovaginal (comum)

- Devido a baixos níveis de estrogênio.

### perda de pelos púbicos (incomum)

- Indicativo de baixa produção de pró-hormônios adrenais.
- Grau de correlação com surgimento de disfunção sexual de origem obscura.

### galactorreia (incomum)

- Altamente sugestiva de prolactina elevada, que é relacionada a transtornos do desejo e da excitação.[70]

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame inicial na avaliação geral de qualquer paciente, para excluir possíveis problemas clínicos subjacentes, como anemia.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>nível de glicose sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame inicial na avaliação geral de qualquer paciente, para excluir possíveis problemas clínicos subjacentes, como diabetes.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>função renal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame inicial na avaliação geral de qualquer paciente, para excluir possíveis problemas clínicos subjacentes, como insuficiência renal.</li> </ul>	<b>normal</b>



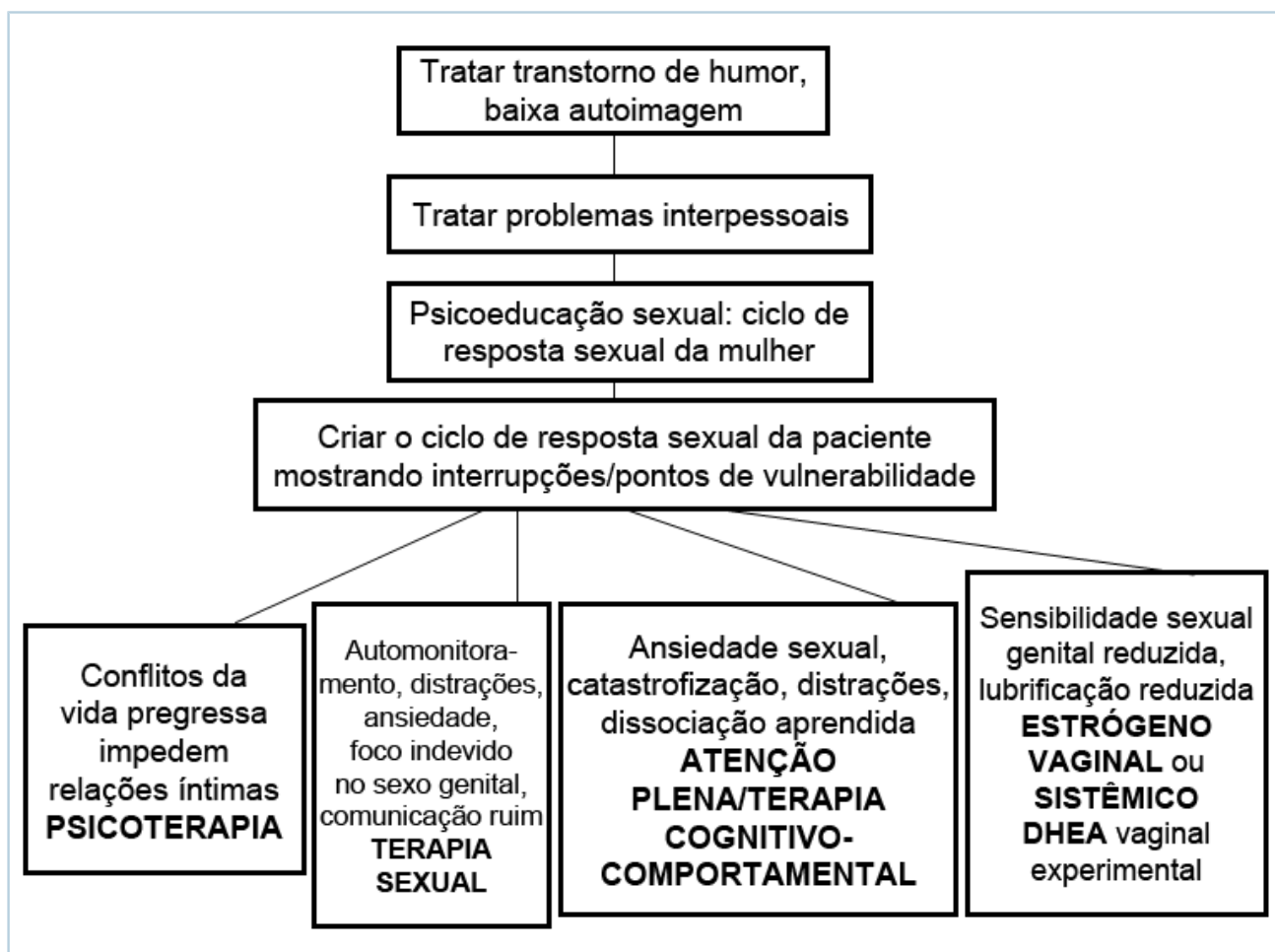
Exame	Resultado
<b>testes da função tireoidiana (TFTs)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Somente indicados se os sintomas e os sinais sugerirem um possível transtorno da tireoide subjacente.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>nível de prolactina sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Somente indicado se os sintomas e os sinais sugerirem um possível prolactinoma, como galactorreia, menstruação irregular e infertilidade.</li> </ul>	<b>normal</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Aversão sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ideia de atividade sexual, bem como de qualquer experiência sexual, causa intenso sofrimento, e a pessoa reage com ansiedade fóbica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há exame disponível para diferenciar a aversão sexual do transtorno do desejo/interesse sexual. Em vez disso, uma cuidadosa avaliação clínica confirmando a ansiedade fóbica e recusa a qualquer estímulo sexual seria característica de aversão sexual e não de transtorno do desejo/interesse sexual.</li> </ul>
<b>Discórdia marital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A falta de resposta e desejo é lógica e normal quando a proximidade emocional é insuficiente.</li> <li>Resposta solitária ou pornografia é normal, salvo quando há depressão concomitante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A discórdia marital pode ser a principal etiologia da disfunção sexual feminina. Somente após o tratamento da discórdia poderá ser confirmada qualquer disfunção sexual remanescente.</li> <li>Questionários de autoavaliação (por exemplo, a Escala de Ajustamento Diádico) podem oferecer uma visão detalhada do grau de insatisfação marital.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

A abordagem geral consiste em tratar as áreas problemáticas do ciclo de resposta sexual da mulher, identificadas durante a avaliação detalhada.[107] O tratamento é orientado pela forte correlação conhecida entre a satisfação sexual da mulher e sua saúde mental, incluindo autoimagem e seus sentimentos por seus parceiros.[107] A avaliação prossegue durante o tratamento à medida que surgem novas informações relevantes.



*Algoritmo da terapia de primeira linha para transtornos do desejo e excitação sexual feminina (DHEA-S - desidroepiandrosterona)*

*Adaptado de: Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med. 2004;1:140-148; usado com permissão*

### Manejo inicial[26]

1. Tratamento de qualquer transtorno do humor.[26]
2. Aconselhamento/encaminhamento para autoimagem negativa e autoimagem sexual negativa.[26]
3. Aconselhamento/encaminhamento para dificuldades interpessoais.[26]
4. Educação do casal em relação aos ciclos de resposta sexual da mulher (e do homem). Explicação de que contextos e estímulos sexuais adequados para o gatilho do desejo são requisitos normais.[108] [109]
5. Uso de técnicas de terapia cognitiva para identificar e desafiar pensamentos e mitos irracionais associados à resposta sexual da mulher, crenças sobre si mesma e erro na compreensão

dos sentimentos/desejos do parceiro. Uso de terapia comportamental especificamente para o transtorno orgástico feminino (TOF) vitalício, ensinando a mulher a chegar ao clímax via exercícios específicos, estruturados e graduais. Vibroestimulação pode ser sugerida. Terapia sexual sob a forma de trocas de foco sensatas é usada com o casal, com foco significativo na ansiedade antecipatória e de desempenho em relação à atividade sexual. Elas também podem orientar a paciente a oferecer feedback verbal e não verbal ao parceiro.[30]

6. Incentivar a mulher a praticar técnicas de atenção plena como meio de permanecer presente e evitar distrações, diminuindo a autocrítica e a avaliação, permitindo sensações sexuais mais intensas. Ela pode ser incentivada a praticar técnicas atenção plena em sua vida cotidiana não sexual e depois orientada a usar especificamente estas técnicas na atividade sexual.[110]
7. Abordar qualquer desfecho desagradável (por ex., interrupção prematura da atividade sexual com a ejaculação do parceiro ou a busca contínua pelo orgasmo próprio ou do parceiro sob o argumento errôneo de que ele deve ocorrer sempre).
8. Consideração do uso de adjuntos farmacológicos; o único medicamento aprovado atualmente é o estrogênio tópico para congestão/lubrificação reduzida. 1[A]Evidence A desidroepiandrosterona (DHEA) vaginal é agora aprovada nos EUA para o tratamento da dispareunia relacionada à menopausa. Um ensaio clínico randomizado e controlado confirmou seu benefício comparado ao placebo em termos de facilidade e intensidade do orgasmo.[114]

## Tipos de terapia psicológica

### 1. Psicoeducação

- Oferecida a todas as mulheres que tratam de problemas sexuais. Combina educação e informações didáticas a elementos de terapia psicológica (por exemplo, intervenções cognitivas e/ou comportamentais).
- Devido à prevalência disseminada de mitos sobre a sexualidade feminina (por exemplo, a ausência de desejo antes da atividade sexual denota disfunção sexual), a psicoeducação é usada durante a avaliação e a formulação para orientar as mulheres quanto ao contexto de suas queixas sexuais.
- A emoção pode ser evocada via questionamento socrático, e os pensamentos irracionais resultantes desafiados pelo profissional clínico "in vivo" para que sejam substituídos por pensamentos mais equilibrados, baseados em evidências.
- O uso de biblioterapia (leitura ou vídeos de autoajuda) foi considerada útil.[115] [116]
- Para mulheres com TOF, educação em anatomia e fisiologia pode ser oferecida, junto com a normalização da ausência de orgasmo durante o coito, enquanto simultaneamente afeto e pensamentos irracionais são abordados.
- A psicoeducação foi considerada eficaz para melhorar queixas e sofrimento sexual entre mulheres com perda de turgescência e lubrificação genital após câncer ginecológico.[117] Um ensaio clínico controlado da terapia cognitiva baseada na atenção plena mostrou benefício na disfunção sexual após câncer ginecológico.[118] Um ensaio clínico sobre a eficácia dos tratamentos para a disfunção sexual em mulheres após a terapia do câncer foi, no entanto, negligenciado.[119]

### 2. Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

- A TCC baseia-se na premissa de que os pensamentos, sentimentos e comportamentos são intrinsecamente ligados e que, ao alterar um desses, os outros dois são influenciados. É um tratamento psicológico que visa identificar e combater pensamentos mal-adaptativos (irracionais), reduzir comportamentos problemáticos e, em troca, melhorar o afeto.

- Metanálises relataram um grande efeito da TCC no desejo sexual e também um efeito moderado na melhora da satisfação sexual.[120] [121]
- Entre mulheres com perda de excitação sexual, a TCC pode identificar distrações que impedem a excitação sexual. Para mulheres com TOF, pode abordar emoções (por exemplo, medo da perda de controle, vulnerabilidade, perfeccionismo) que impedem a liberação orgástica.

### 3. Terapia sexual

- As técnicas de terapia sexual surgiram com o trabalho de Masters e Johnson;[122] [123] a mais usada é o foco sensorial, um método de redução da ansiedade relacionada ao desempenho sexual (ou seja, automonitoramento durante a atividade sexual).
- O foco sensorial envolve no mínimo três estágios, durante os quais o casal se reveza tocando um no outro (inicialmente, não nos seios nem nas genitais) e tenta relaxar e atentar para as sensações criadas. Incentiva-se o feedback verbal e não verbal do receptor. Com estágios sucessivos, mais contato genital é permitido, junto com toques mútuos; no entanto, a penetração não é permitida até o estágio final. Índices de eficácia originais eram extremamente altos, com uma recidiva de 5% após 5 anos. Os índices de eficácia posteriores alcançam aproximadamente 65%.[124]
- As técnicas de foco sensorial ainda são úteis para falta de desejo (para aumentar a consciência da mulher em relação aos estímulos eficazes), perda de excitação (para reduzir a ansiedade e as distrações) e TOF (para reduzir a ansiedade e ajudar a mulher a permanecer presente com excitação crescente).

### 4. Psicoterapia

- Psicanálise, tratamento com psicodinâmica e variações desta, incluindo terapia dos sistemas, podem ser descritas sob o título geral de psicoterapia.
- A teoria psicanalítica afirma que a disfunção sexual é causada por processos patológicos no desenvolvimento da personalidade. O tratamento, portanto, tem como objetivo melhorar a capacidade da mulher de se relacionar intimamente com os outros, trabalhando conflitos presentes no coração do problema sexual. Análise de sonhos, interpretações e recuperação de memórias da infância podem ser incluídas. Devido à dificuldade de registrar o tratamento psicoterápico em manuais, não existem estudos empíricos para qualquer forma de disfunção sexual feminina, apesar da rica literatura clínica de apoio a esses tratamentos com pessoas e casais.
- A terapia dos sistemas deriva da terapia de família e de casal e tem como base a premissa de que um sistema (por exemplo, um casal) é mais que a soma de suas partes. A terapia dos sistemas, portanto, tem como foco os diferentes níveis de interação no sistema (por exemplo, quais são os símbolos compartilhados pelo casal, quais são as interações reguladas pelo afeto, quais são as trocas sentidas). Embora não existam dados sobre a eficácia da terapia dos sistemas no tratamento da disfunção sexual, ela é vista como um excelente componente nesse aspecto.[125] [126]
- Também foram descritos tratamentos multielementares que incorporam ingredientes de terapia cognitiva e comportamental a abordagens sistêmicas e psicodinâmicas; estes parecem especialmente úteis para casais de difícil tratamento.[127]

### 5. Atenção plena

- A atenção plena envolve a repetição de exercícios criados para manter a pessoa no momento presente (sem julgar o que é sentido, monitorando mas sem seguir pensamentos), e foi relacionada a uma redução nos níveis de estresse e melhora do humor, energia e bem-estar.

- O treinamento de atenção plena demonstrou aumentar a concordância entre congestão genital de estímulo sexual e agitação/excitação subjetiva.[128]
- Pesquisa qualitativa sugere que o benefício da atenção plena pode decorrer de diminuição da evitação e de renúncia a objetivos sexuais.[129]
- A atenção plena melhorou significativamente a resposta sexual em mulheres com disfunção sexual autorrelatada após o câncer ginecológico.[118]
- O tratamento psicoeducacional baseado na atenção plena pode ser particularmente benéfico para mulheres com transtorno do desejo e excitação sexual e com história de abuso sexual.[108] Em casais que não apresentam sofrimento, aumentou significativamente a felicidade no relacionamento, reduziu o estresse no relacionamento e melhorou a eficácia no enfrentamento do estresse.[130]

#### 6. Terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT)

- A terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT) pode ajudar a identificar pensamentos mal-adaptativos e exagerados que são vistos como "eventos mentais", "o que o cérebro faz", e não necessariamente verdade. Ao contrário da TCC, que busca mudar esses elementos, é dado incentivo para que simplesmente deixemos que eles existam por enquanto sem acompanhá-los ou acreditar neles. Foi demonstrado benefício em comparação com a avaliação detalhada e lista de espera.[109] [110] [131] [132]

## Terapias adjuvantes

### Bupropiona:

- Pode ser considerada para tratamento dos transtornos da excitação e desejo associados ao inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS).[133] [134] Foi investigada em mulheres com queixa de falta de desejo e excitação (apesar da ausência de depressão); um pequeno ensaio mostrou melhora na resposta sexual, mas não no desejo em mulheres na pré-menopausa sem depressão, diagnosticadas com transtorno do desejo.[135]

### Desidroepiandrosterona (DHEA) vaginal:

- Aprovada nos EUA para dispareunia relacionada à menopausa. Ensaios clínicos randomizados também confirmaram maior sensibilidade sexual genital, como refletido pela facilidade e intensidade do orgasmo, e aumento do desejo, em mulheres pós-menopausadas.[114]

### Testosterona:

- Apesar da incerteza do benefício clínico e da segurança em longo prazo, a terapia experimental com testosterona (em doses substancialmente mais baixas que as usadas nos homens) é às vezes prescrita para mulheres pós-menopausadas quando a deficiência acentuada de andrógeno é plausível.[25] No entanto, não foi encontrado déficit de atividade androgênica (medido pelos métodos de espectrometria de massa) em mulheres com falta de desejo e excitação quando comparadas aos controles, com todas as mulheres tendo sido cuidadosamente avaliadas com entrevistas detalhadas e estruturadas e com questionários validados. Foram medidos tanto a testosterona sérica como os metabólitos totais do androgênio.[9] [136] Apesar disso e de outra pesquisa[11] e ausência de dados de segurança em longo prazo, a terapia com testosterona ainda é utilizada. Alguns países europeus aprovaram um adesivo de testosterona com base na primeira

de duas séries de ensaios clínicos randomizados e controlados; no entanto, por solicitação do detentor da autorização de comercialização, a Comissão Europeia revogou sua autorização de comercialização.[137] A segunda série, usando uma formulação de gel, não mostrou qualquer benefício além do placebo.[138] Os níveis de testosterona endógena não anteciparam a resposta à terapia. Estão disponíveis o gel formulado para homens e produtos compostos, mas a prescrição deve ser acompanhada de divulgação total das evidências conflitantes em comparação aos benefícios e de informações sobre a falta de dados sobre a segurança em longo prazo. Diretrizes internacionais de consenso concluem que dados de segurança em longo prazo, incluindo o estudo de mulheres com transtorno definido pelo DSM-5 e mulheres com insuficiência ovariana prematura, são necessários.[139]

- Quando problemas psicológicos pessoais e interpessoais e fatores contextuais são considerados não etiologicamente importantes apesar das advertências acima, e a deficiência de androgênio acentuada é plausível, a testosterona experimental é prescrita por alguns médicos. Isso pode incluir a prescrição concomitante de corticosteroides; mulheres jovens com salpingo-ooforectomia bilateral; e mulheres com doença da hipófise ou da adrenal.
- Formulações personalizadas para os homens precisam ser adaptadas, usando-se aproximadamente um décimo da dose masculina.[25] [80] É essencial o acompanhamento detalhado contínuo, bem como consentimento informado, pois não estão disponíveis os dados sobre segurança em longo prazo. Níveis endógenos elevados de testosterona são associados a aumento do risco de doença cardiovascular, câncer de mama e síndrome metabólica. Atualmente, preparações fisiológicas de testosterona para uso em mulheres não estão disponíveis, e faltam dados sobre segurança em longo prazo. Recomenda-se que mulheres recebendo terapia com testosterona sejam monitoradas quanto aos sinais e sintomas de excesso de androgênio.[140]
- As diretrizes do Consenso Internacional de 2016 sobre Medicina Sexual[139] incluem evidências de que altas doses fisiológicas de testosterona transdérmica podem ser eficazes para o tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) em mulheres pós-menopausadas. Não houve estudos relacionados a mulheres com transtorno do interesse/excitação sexual (TIES). Foi observado que os dados de segurança foram limitados ao curto prazo.

Antidepressivos neutros em relação à atividade sexual:

- Quando pelo menos parte da etiologia é disfunção sexual associada a antidepressivos, a vortioxetina ou a vilazodona podem ser consideradas como tratamentos alternativos porque apresentam um risco muito baixo de disfunção sexual.[141] [142]

Flibanserina:

- A flibanserina é aprovada nos EUA para o tratamento do transtorno de desejo sexual hipoativo, apesar do benefício ser semelhante ao placebo e haver um grave risco de dano.[143] [144] Por esses motivos, raramente é usada, e os autores não a recomendam. Ela é contraindicada na insuficiência hepática e com o uso de álcool. Questões de segurança incluem hipotensão e síncope (sobretudo se combinadas com álcool, sonolência ou fadiga), possível carcinogenicidade e interações medicamentosas potencialmente perigosas.[145] [143] Também interage com contraceptivos orais, o que aumenta o risco de reações adversas e torna potencialmente impraticável o uso em mulheres sexualmente ativas na pré-menopausa.



## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Em curso		( resumo )
<b>transtorno do interesse/excitação sexual (TIES)</b>		
	1a	terapia psicológica
	adjunto	estrogênio ou desidroepiandrosterona
	adjunto	bupropiona
	adjunto	testosterona
<b>transtorno orgástico feminino (TOF): por toda a vida</b>		
	1a	terapia psicológica
	adjunto	vibroestimulação
<b>Transtorno orgástico feminino (TOF): adquirido (induzido por antidepressivos)</b>		
	1a	terapia psicológica
	adjunto	bupropiona ou sildenafil, ou mudar para antidepressivos alternativos
<b>Transtorno orgástico feminino (TOF): adquirido (não induzido por antidepressivos)</b>		
	1a	terapia psicológica
	adjunto	vibroestimulação

# Opções de tratamento

## Em curso

### transtorno do interesse/excitação sexual (TIES)

1a

#### terapia psicológica

- » O uso de cada tratamento psicológico (psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental [TCC], terapia sexual, psicoterapia, atenção plena e terapia cognitiva baseada na atenção plena [MBCT]) pode ser útil para a mulher com transtorno do interesse/excitação sexual.
- » A psicoeducação é oferecida a todas as mulheres que tratam de problemas sexuais.
- » A psicoeducação que incorpora a atenção plena também foi considerada útil para mulheres com transtorno do interesse/excitação sexual.[\[108\]](#) [\[109\]](#)
- » A terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT), aliada a outras práticas de atenção plena, identifica pensamentos mal-adaptativos e exagerados, mas em vez de serem alterados, como na TCC, estes são simplesmente considerados "eventos mentais", "o que o cérebro faz", e não necessariamente verdadeiros. A mulher é incentivada a simplesmente deixá-los existir por enquanto, sem segui-los ou acreditar neles. Foi demonstrado benefício em comparação com avaliação detalhada e lista de espera.[\[109\]](#) [\[110\]](#) [\[131\]](#)

adjunto

#### estrogênio ou desidroepiandrosterona

- » Estrogênio tópico: indicado se for identificada perda de excitação genital devido à atrofia vulvovaginal. [1\[A\]Evidence](#) Qualquer formulação local é adequada (por exemplo, pílula ou anel vaginal de estradiol, creme vaginal).[\[146\]](#) Não há aprovação para o uso de estrogênio vaginal em mulheres com câncer de mama dependente de estrogênio prévio; cada mulher deve ser avaliada individualmente.[\[30\]](#) O American College of Obstetrics and Gynecologists aconselha que nessas pacientes ele deve ser reservado para aquelas que não respondem a remédios não hormonais.[\[147\]](#)
- » Estrogênio sistêmico: é indicado somente se for identificada perda de congestão genital devido à atrofia vulvovaginal e for preferido o estrogênio sistêmico devido a

## Em curso

outras considerações de saúde referentes à menopausa. A metanálise sugere que o estrogênio isolado ou em combinação com progestogênios pode permitir uma melhora pequena a moderada na função sexual, mas principalmente na dor, porém não em mulheres menopausadas aleatórias.[148]

» Desidroepiandrosterona (DHEA) vaginal: evidências preliminares sugerem que a DHEA vaginal beneficia tanto a atrofia (ressecamento e dispareunia) como a resposta sexual (intensidade do orgasmo e desejo/motivação).[44] Ela é aprovada pela Food and Drug Administration dos EUA para dispareunia relacionada à menopausa; entretanto, ensaios clínicos randomizados também confirmam a sensibilidade sexual genital aumentada, refletida pela facilidade e intensidade do orgasmo, e o aumento do desejo em mulheres pós-menopausadas.[114]

» Consulte um especialista para obter orientação quanto à dose.

**adjunto bupropiona**

» Foi investigada em mulheres com queixa de falta de desejo e excitação (apesar da ausência de depressão). Um pequeno ensaio mostrou melhora na resposta sexual, mas não no desejo em mulheres na pré-menopausa sem depressão com queixa de falta de desejo.[135]

» Consulte um especialista para obter orientação quanto à dose.

**adjunto testosterona**

» Existem evidências conflitantes para dar suporte ao uso de suplementação de testosterona sistêmica experimental em mulheres menopausadas repletas de estrogênio que podem ter 2-3 eventos sexuais satisfatórios por mês (ou seja, não atendem o diagnóstico de TIES).[140] Nenhuma indústria farmacêutica está continuando esta comercialização.

» Não existe valor específico para testosterona sérica ou metabólitos de androgênio sérico abaixo dos quais a testosterona poderia ser benéficamente suplementada para melhorar o desejo.[9] [138] [149]

» Não recomendada para uso geral pela North American Endocrine Society.[140]

» As diretrizes do Consenso Internacional de 2016 sobre Medicina Sexual[139] incluem

## Em curso

evidências de que altas doses fisiológicas de testosterona transdérmica podem ser eficazes para o tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres pós-menopausadas. Não houve estudos relacionados a mulheres com transtorno do interesse/excitação sexual (TIES). Foi observado que os dados de segurança foram limitados ao curto prazo.

» As evidências conflitantes, a aparente falta de benefícios que justifica o fim de sua comercialização com aprovação já concedida e a natureza experimental da terapia, incluindo a falta de dados de segurança em longo prazo, devem ser explicados à paciente, junto com a necessidade de acompanhamento cuidadoso.

» Foi usada uma adaptação de formulações masculinas com estrogênio sistêmico, mas elas não são recomendadas.[140]

**transtorno orgástico feminino (TOF):  
por toda a vida**
**1a terapia psicológica**

» Os métodos psicológicos são a principal terapia.

» Para mulheres com TOF, educação em anatomia e fisiologia pode ser oferecida, junto com a normalização da ausência de orgasmo durante o coito, enquanto simultaneamente afeto e pensamentos irracionais são abordados.

» Nos estudos, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi considerada altamente eficaz para mulheres com TOF por toda a vida.[34] Duas formas específicas de TCC a serem consideradas como tratamentos de primeira linha são a masturbação orientada/direcionada e a técnica do alinhamento coital (TAC).

» Masturbação orientada/direcionada: das várias técnicas de TCC, a masturbação direcionada é usada com mais frequência e tem o suporte mais empírico para TOF vitalício. Ela envolve educação e informações seguidas por exercícios de conscientização corporal criados para melhorar a consciência da mulher em relação à sua genitália e superar pensamentos negativos ou distorcidos que possam surgir. Os exercícios aumentam progressivamente de intensidade, incluindo o uso de um espelho de mão para melhorar a experiência sensorial, até que a mulher aprenda a alcançar o orgasmo

## Em curso

sozinha. Em seguida, ela é orientada sobre como transferir esse novo conhecimento a um parceiro. As taxas de sucesso da masturbação direcionada são altas (80% a 90%),<sup>[150]</sup> mas a taxa de sucesso para TOF secundário é menor (10% a 75%).<sup>[151]</sup>

» TAC: a TAC é uma técnica comportamental na qual o parceiro masculino fica sobre a parceira e move-se sobre ela ligeiramente para cima, de forma que haja pressão clitoriana direta durante o coito. Um estudo que comparou diretamente a TAC à masturbação direcionada para mulheres com TOF secundário revelou que a TAC produziu uma resposta significativamente melhor (37% das mulheres do grupo TAC ganharam >50% de melhora contra 18% no grupo de masturbação direcionada).<sup>[152]</sup>

» Atenção plena: envolve aprender a estar presente no momento e a não reagir a sentimentos ou pensamentos potencialmente negativos, mas simplesmente observá-los e retornar às sensações sexuais. Embora o estudo científico dos benefícios só esteja começando, a experiência clínica dá suporte ao uso desta técnica meditativa para TOF.

» Terapia cognitiva baseada na atenção plena: além das práticas de atenção plena, identifica pensamentos mal-adaptativos e exagerados, mas estes, em vez de alterados, como na TCC, são simplesmente considerados "eventos mentais", "o que o cérebro faz", e não necessariamente verdadeiros. A mulher é incentivada a simplesmente deixá-los existir por enquanto, sem segui-los ou acreditar neles. Foi demonstrado benefício em comparação com avaliação detalhada e lista de espera.<sup>[109]</sup>

adjunto **vibroestimulação**

» Pode aumentar o estímulo ao proporcionar uma estimulação direta mais prolongada do tecido clitoriano, incluindo os bulbos clitorianos profundos dos músculos perineais superficiais e em volta da uretra na parede vaginal anterior (o chamado ponto G). Isso pode ser recomendado em conjunto com as técnicas de atenção e foco, como o treinamento de atenção plena, mas os desfechos não foram publicados.

**Transtorno orgástico feminino (TOF): adquirido (induzido por antidepressivos)**
1a **terapia psicológica**

## Em curso

» Até 70% das mulheres com prescrição de antidepressivos, se perguntadas diretamente, admitirão uma disfunção associada ao medicamento.<sup>[153]</sup> Uma grande limitação desta pesquisa é que tanto os antidepressivos como a depressão são associados à disfunção sexual, por isso é difícil determinar a etiologia precisa.

» As técnicas psicológicas gerais são aplicáveis a mulheres com TOF induzido por antidepressivos. Psicoeducação sobre mecanismos pelos quais o TOF iatrogênico pode afetar o autoconhecimento, o humor e o relacionamento da mulher é essencial. Foram consideradas clinicamente úteis técnicas de atenção plena que ensinam a mulher a atentar para a excitação genital e técnicas psicológicas que incentivam a mulher a superar pensamentos irracionais sobre si mesmas como "disfuncionais".

» Terapia cognitiva baseada na atenção plena, além das práticas de atenção plena, identifica pensamentos mal-adaptativos e exagerados, mas estes, em vez de alterados, como na TCC, são simplesmente considerados "eventos mentais", "o que o cérebro faz", e não necessariamente verdadeiros. A mulher é incentivada a simplesmente deixá-los existir por enquanto, sem segui-los ou acreditar neles. Foi demonstrado benefício em comparação com avaliação detalhada e lista de espera.<sup>[109]</sup>

## adjunto

**bupropiona ou sildenafil, ou mudar para antidepressivos alternativos**

» Um estudo não conseguiu recomendar qualquer medicamento para melhorar o TOF associado a antidepressivos, mas observou que a bupropiona é uma estratégia potencialmente promissora para a disfunção sexual associada a antidepressivos.<sup>[134]</sup> Um ensaio revelou uma melhora no desejo sexual e na frequência das relações, mas nenhum efeito da bupropiona na função orgástica.<sup>[154]</sup>

» Um outro ensaio com mulheres na pré-menopausa altamente selecionadas que receberam sildenafil para TOF associado a antidepressivos mostrou benefícios para o orgasmo, mas não para desejo ou lubrificação.<sup>[155]</sup>

» Os benefícios de ambos os medicamentos no cenário clínico são incertos.

» Consulte um especialista para obter orientação quanto à dose.



## Em curso

» Para a disfunção sexual associada ao uso de antidepressivos, as pacientes podem ser transferidas para um antidepressivo alternativo associado a um menor risco de disfunção sexual.

**Transtorno orgástico feminino (TOF): adquirido (não induzido por antidepressivos)**
**1a terapia psicológica**

» Existem poucas evidências empíricas. A experiência clínica mostra que a avaliação cuidadosa orientará a terapia. Questões interpessoais como confiança podem precisar ser abordadas. Problemas psicológicos pessoais relacionados ao passado da mulher podem ter emergido (por exemplo, surgimento do problema coincidente com o nascimento de um filho). Assim, são empregados os métodos de psicoterapia.

» Para todas as mulheres com TOF, educação em anatomia e fisiologia pode ser oferecida, junto com a normalização da ausência de orgasmo durante o coito, enquanto simultaneamente afeto e pensamentos irracionais são abordados.

**adjunto vibroestimulação**

» Quando existe doença neurológica associada, são incentivados meios diferentes e mais fortes de estímulos sexuais (por exemplo, vibroestimulação, fantasias sexuais e estimulação de outras partes do corpo onde haja perda de sensação genital). Mulheres com lesão na medula espinhal podem ter orgasmos com a vibroestimulação do colo uterino.<sup>[68]</sup>

## Novidades

### **Bremelona**

A bremelona, um agonista do receptor de melanocortina-4, pareceu ser segura e eficaz em um ensaio clínico de fase II, controlado por placebo de determinação de dose em mulheres na pré-menopausa com transtorno de desejo sexual hipoativo (TDSH) ou transtorno de excitação sexual feminino.[156] Uma nova solicitação de medicamento foi submetido à Food and Drug Administration dos EUA para o uso de bremelona para o tratamento de TDSH em mulheres na pré-menopausa. Não se sabe qual possa ser a eficácia na prática clínica para mulheres com transtorno de interesse/excitação sexual.

## Recomendações

### Monitoramento

Não há orientação específica para o monitoramento de melhoras na resposta sexual. Recomenda-se períodos de acompanhamento mais curtos no início do tratamento, para identificar e solucionar dificuldades na execução de recomendações (por exemplo, a paciente não compreendeu as instruções, ansiedade em fazer o "dever de casa" sobre sua sexualidade, dificuldade em tornar a vida sexual uma prioridade). As pacientes frequentemente acham a mudança mais difícil no início do tratamento, mas depois, à medida que a ansiedade diminui, há menos obstáculos à realização dos exercícios ensinados em estágios posteriores do tratamento.

Recomenda-se um acompanhamento frequente para qualquer terapia medicamentosa experimental (por exemplo, a cada 3 meses). Recomenda-se repetir prescrições somente em consultas de acompanhamento agendadas.

Se for prescrita testosterona sistêmica experimental, níveis séricos de testosterona livre biodisponível ou calculada para detectar níveis suprafisiológicos serão verificados (os níveis totais podem ser imprecisos, pois a suplementação de testosterona reduz sistemicamente a globulina ligada ao hormônio sexual). Além disso, são verificados hematócrito, lipídios, peso, glicose sanguínea e mamografias. O médico também deve perguntar sobre a presença de acne ou qualquer efeito masculinizante e manter a paciente informada com dados atuais sobre os riscos e o uso nos países onde a testosterona é aprovada.

Os níveis séricos (usando métodos de espectrometria de massa) podem confirmar a falta de absorção sistêmica significativa de estradiol vaginal e de estrogênio e testosterona de DHEA-S (desidroepiandrosterona) vaginal.

### Instruções ao paciente

As pacientes são informadas que melhoras na função sexual ocorrem quando a mulher e seu parceiro se esforçam juntos para desafiar seus padrões sexuais normais. A superação de pensamentos irracionais (ou seja, mitos) requer uma consciência ativa de tais pensamentos e um esforço para substituí-los por maneiras de pensar mais equilibradas. Textos de autoajuda em terapia cognitiva (por exemplo, "como fazer a mente superar o humor" para pensamentos depressivos desafiadores)[159] podem ser um guia útil. Uma mudança comportamental, incluindo o reconhecimento do próprio comportamento mal-adaptativo da mulher (por exemplo, recusa, discussão, sabotagem deliberada da resposta sexual por distração) também requer a conscientização e o desejo de mudança da mulher. Os registros da terapia cognitivo-comportamental (TCC), que exigem que a mulher documente seus pensamentos, comportamentos e afetos em um cenário sexual, podem ser extremamente úteis. Também são recomendadas referências a livros relevantes sobre atenção plena (por exemplo, "Wherever you go, there you are";[160] "Full catastrophe living";[161] "The miracle of mindfulness";[162] "The mindfulness solution"[163]). É essencial planejar um tempo para praticar os exercícios indicados, e o reconhecimento das potenciais barreiras à prática também é muito importante. As pacientes devem ser informadas que um dos melhores preditores de melhora da função sexual é a motivação.[164]

[The Kinsey Institute]

[College of Sexual and Relationship Therapists]

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>efeitos adversos da testosterona</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>Síndrome metabólica, câncer de mama, doença cardiovascular: os riscos são teóricos, baseados no aumento do risco conhecido dessas doenças com elevados níveis de testosterona endógena. A testosterona deve ser descontinuada.</p> <p>Hirsutismo, acne: efeitos conhecidos da testosterona. Se esses efeitos forem superiores aos experimentados na pré-menopausa por androgênios endógenos, a dose deverá ser reduzida ou descontinuada.</p> <p>Clitoromegalia, mudança na voz: não esperadas com doses de 300 microgramas/dia. A testosterona deve ser descontinuada.</p>		
<b>efeitos adversos da bupropiona</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>Incluem xerostomia, insônia, agitação e convulsões.</p> <p>Descontinuar se ocorrer convulsão ou agitação ou se persistirem outros efeitos adversos.</p>		

## Prognóstico

### Resposta ao tratamento

Existem dados limitados sobre os efeitos em longo prazo dos tratamentos psicológicos para mulheres com disfunção sexual. Metanálise de ensaios clínicos controlados,<sup>[120] [121]</sup> especialmente envolvendo terapia de grupos pequenos, observou evidências claras de benefício quanto à gravidade dos sintomas e a satisfação sexual para mulheres com disfunção orgástica e com falta de desejo. Ensaios recentes de terapia cognitiva baseada na atenção plena não foram inclusos. A qualidade do método, as medidas de desfecho e a notificação foram altamente variáveis. A terapia incluiu terapia cognitivo-comportamental (TCC; 7 ensaios), terapia sexual (3 ensaios), ou ambas (7 ensaios).

A análise de metanálise concluiu que há benefício na terapia cognitiva baseada na atenção plena em comparação com a lista de espera.<sup>[132]</sup> Para mulheres com disfunção sexual após câncer de mama, uma revisão sistemática sugeriu que as intervenções mais efetivas são psicoeducacionais com o casal, incluindo um elemento de terapia sexual.<sup>[61]</sup>

Entre os estudos farmacológicos, há uma marcante resposta de placebo indicando que ter uma atitude positiva e antecipar o prazer e a excitação são ingredientes importantes para a melhora da função. O benefício em longo prazo da resposta do placebo é desconhecido. Em um estudo que explorou correlações da resposta do placebo em mulheres com disfunção sexual que procuraram tratamento, a idade da mulher e a duração do relacionamento foram fatores preditores positivos de uma resposta placebo.<sup>[157]</sup> Os componentes importantes do placebo, incluindo a empatia do médico e validação do sofrimento, precisam de estudo mais aprofundado.<sup>[158]</sup>

## Diretrizes de diagnóstico

### Internacional

#### Summary of the recommendations on sexual dysfunction in women

**Publicado por:** International Consultation on Urologic Diseases; International Society of Urology; International Society for Sexual and Impotence Research

**Última publicação em:** 2010

## Diretrizes de tratamento

### Internacional

#### Summary of the recommendations on sexual dysfunction in women

**Publicado por:** International Consultation on Urologic Diseases; International Society of Urology; International Society for Sexual and Impotence Research

**Última publicação em:** 2010

### América do Norte

#### Interventions to address sexual problems in people with cancer

**Publicado por:** American Society of Clinical Oncology

**Última publicação em:** 2018

#### Androgen therapy in women: a reappraisal

**Publicado por:** The Endocrine Society

**Última publicação em:** 2014

#### Female sexual dysfunction

**Publicado por:** American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicação em:** 2011 (re-affirmed 2017)

## Recursos online

1. [The Kinsey Institute](#) (*external link*)
2. [College of Sexual and Relationship Therapists](#) (*external link*)

## Nível de evidência

---

1. Satisfação sexual: existem evidências de alta qualidade de que o uso da terapia com estrogênio tópico melhora a satisfação sexual em mulheres com deficiência de estrogênio com atrofia vulvovaginal.[\[111\]](#) [\[112\]](#) [\[113\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---



## Artigos principais

- Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007 Feb 3;369(9559):409-24. [Resumo](#)
- Basson R, Bronner G. Management and rehabilitation of neurologic patients with sexual dysfunction. In: Vodusek DB, Boller F, eds. *Handbook of clinical neurology*. Vol. 130. Waltham, MA: Elsevier; 2015:415-34.
- Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav*. 2007 Aug;36(4):477-507. [Resumo](#)
- Goldhammer DL, McCabe MP. A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *Can J Hum Sex*. 2011;20:19-34. [Texto completo](#)
- Chivers ML, Brotto LA. Controversies of women's sexual arousal and desire. *Eur Psychol*. 2017;22(1):5-26. [Texto completo](#)
- Bradford A. Listening to placebo in clinical trials for female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(2):451-9. [Resumo](#)

## Referências

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. [Texto completo](#)
2. Maserejian NN, Shifren JL, Parish J, et al. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Sex Med*. 2010 Oct;7(10):3439-48. [Resumo](#)
3. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003 Jun;32(3):193-208. [Resumo](#)
4. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, et al. Low desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*. 2004 Nov-Dec;11(6 Pt 2):726-40. [Resumo](#)
5. Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2000 Sep-Oct;7(5):297-309. [Resumo](#)
6. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during mid-life due to aging or menopause? *Fertil Steril*. 2001 Sep;76(3):456-60. [Resumo](#)
7. Santoro N, Torrens J, Crawford S, et al. Correlates of circulating androgens in midlife women: the study of women's health across the nation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Aug;90(8):4836-45. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Davis SR, Davison SL, Donath S, et al. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005 Jul 6;294(1):91-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)

9. Basson R, Brotto LA, Petkau AJ, et al. Role of androgens in women's sexual dysfunction. *Menopause*. 2010 Sep-Oct;17(5):962-71. [Resumo](#)
10. Erekson EA, Martin DK, Zhu K, et al. Sexual function in older women after oophorectomy. *Obstet Gynecol*. 2012 Oct;120(4):833-42. [Resumo](#)
11. van Anders SM. Testosterone and sexual desire in healthy women and men. *Arch Sex Behav*. 2012 Dec;41(6):1471-84. [Resumo](#)
12. Facelle TM, Sadeghi-Nejad H, Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology, and management. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(2):439-50. [Resumo](#)
13. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):221-39. [Resumo](#)
14. Graham CA. The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):240-55. [Resumo](#)
15. Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;24(4):221-9. [Resumo](#)
16. 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 Jan-Feb;13(1):46-56. [Resumo](#)
17. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, et al. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med*. 2006 Mar;3(2):212-2. [Resumo](#)
18. Mitchell KR, Mercer CH, Wellings K, et al. Prevalence of low sexual desire among women in Britain: associated factors. *J Sex Med*. 2009 Sep;6(9):2434-44. [Resumo](#)
19. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, et al. The prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med*. 2008 Jul 14;168(13):1441-9. [Resumo](#)
20. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr;107(4):755-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013 Nov 30;382(9907):1817-29. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Mitchell KR, Jones KG, Wellings K, et al. Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. *J Sex Res*. 2016 Oct 12;53(8):955-67. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. 2003 Aug;40(3):266-76. [Resumo](#)

24. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men, aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Int J Impot Res.* 2005 Jan-Feb;17(1):39-57. [Resumo](#)
25. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006 Apr 6;354(14):1497-506. [Resumo](#)
26. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):538-71. [Resumo](#)
27. Scharff DE. Life processes that restructure relationships. In: Levine SB, Risen CB, Althof SE, eds. *Handbook of clinical sexuality.* New York, NY: Brunner-Routledge; 2003:37-55.
28. Staples J, Rellini AH, Roberts SP. Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav.* 2012 Apr;41(2):341-50. [Resumo](#)
29. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet.* 2007 Feb 3;369(9559):409-24. [Resumo](#)
30. Basson R, Bronner G. Management and rehabilitation of neurologic patients with sexual dysfunction. In: Vodusek DB, Boller F, eds. *Handbook of clinical neurology.* Vol. 130. Waltham, MA: Elsevier; 2015:415-34.
31. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018 Jan-Dec;14:1745506518762664. [Resumo](#)
32. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, et al. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med.* 2012 Feb;9(2):550-7. [Resumo](#)
33. Teplin V, Vittinghoff E, Lin F, et al. Oophorectomy in premenopausal women: health-related quality of life and sexual functioning. *Obstet Gynecol.* 2007 Feb;109(2 Pt 1):347-54. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Heiman JR. Orgasmic disorders in women. In: Leiblum SR, ed. *Principles and practice of sex therapy.* 4th ed. New York, NY: Guilford Press; 2007:66-8.
35. Leiblum S, Seehuus M, Brown C. Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response? *J Sex Med.* 2007 May;4(3):680-9. [Resumo](#)
36. Pereira VM, Silva AC, Nardi AE. Persistent genital arousal disorder: A literature review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria [in Portuguese].* 2010;59(9):223-32. [Texto completo](#)
37. Waldinger MD, Schweitzer DH. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder. *J Sex Med.* 2009 Feb;6(2):482-97. [Resumo](#)
38. Waldinger MD, de Lint GJ, Venema PL, et al. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: the role of adelta- and C-nerve fibers. *J Sex Med.* 2010 Mar;7(3):1190-9. [Resumo](#)

39. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. Arch Sex Behav. 2007 Aug;36(4):477-507. [Resumo](#)
40. Goldhammer DL, McCabe MP. A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. Can J Hum Sex. 2011;20:19-34. [Texto completo](#)
41. Chivers ML, Brotto LA. Controversies of women's sexual arousal and desire. Eur Psychol. 2017;22(1):5-26. [Texto completo](#)
42. Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, et al. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. Arch Sex Behav. 2010 Feb;39(1):5-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Heiman JR, Rupp H, Janssen E, et al. Sexual desire, sexual arousal and hormonal differences in premenopausal US and Dutch women with and without low sexual desire. Horm Behav. 2011 May;59(5):772-9. [Resumo](#)
44. Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. Menopause. 2009 Sep-Oct;16(5):923-31. [Resumo](#)
45. Wåhlin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? J Sex Med. 2015 Feb;12(2):358-73. [Resumo](#)
46. Kokcu A, Kurtoglu E, Bildircin D, et al. Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause? J Sex Med. 2015 Jun;12(6):1407-14. [Resumo](#)
47. Randolph JF Jr, Zheng H, Avis NE, et al. Masturbation frequency and sexual function domains are associated with serum reproductive hormone levels across the menopausal transition. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Jan;100(1):258-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Clayton A, Kornstein S, Prakash A, et al. Changes in sexual functioning associated with duloxetine, escitalopram, and placebo in the treatment of patients with major depressive disorder. J Sex Med. 2007 Jul;4(4 Pt 1):917-29. [Resumo](#)
49. Montejo AL, Perahia DG, Spann ME, et al. Sexual function during long-term duloxetine treatment in patients with recurrent major depressive disorder. J Sex Med. 2011 Mar;8(3):773-82. [Resumo](#)
50. Cyranowski JM, Bromberg J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. Arch Sex Behav. 2004 Dec;33(6):539-48. [Resumo](#)
51. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. Lancet. 2007 Feb 17;369(9561):597-611. [Resumo](#)
52. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. JAMA. 2002 Sep 18;288(11):1403-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer anti-depressants. J Clin Psychiatry. 2002 Apr;63(4):357-66. [Resumo](#)

54. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross-sectional population survey. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Mar;53(3):144-8. [Resumo](#)
55. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol*. 1986 Apr;54(2):140-8. [Resumo](#)
56. Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(suppl 1):5-15. [Resumo](#)
57. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Jan 2;94(1):39-4. [Resumo](#)
58. Coady D, Kennedy V. Sexual health in women affected by cancer: focus on sexual pain. *Obstet Gynecol*. 2016 Oct;128(4):775-91. [Resumo](#)
59. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):349-73. [Resumo](#)
60. Melisko ME, Goldman M, Rugo HS. Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *J Cancer Surviv*. 2010 Sep;4(3):247-55. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Taylor S, Harley C, Ziegler L, et al. Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. 2011 Dec;130(3):711-24. [Resumo](#)
62. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *J Clin Oncol*. 2018 Feb 10;36(5):492-511. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, et al. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause*. 2013 Feb;20(2):162-8. [Resumo](#)
64. Alder J, Zanetti R, Wight E, et al. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med*. 2008 Aug;5(8):1898-906. [Resumo](#)
65. Carter J, Stabile C, Gunn A, et al. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(suppl 1):21-34. [Resumo](#)
66. Abbott-Anderson K, Kwkkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012 Mar;124(3):477-89. [Resumo](#)
67. Incrocci L, Jensen PT. Pelvic radiotherapy and sexual function in men and women. *J Sex Med*. 2013 Feb;10(suppl 1):53-64. [Resumo](#)
68. Rees P, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. 2007 Feb 10;369(9560):512-25. [Resumo](#)

69. Agency for Clinical Innovation. Lever S, Leong G. Sexuality following spinal cord injury clinical guideline. March 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
70. Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakiodlu O, et al. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study reports. J Urol. 2005 Nov;174(5):1921-5. [Resumo](#)
71. Jongpipan J, Charoenkwan K. Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. J Sex Med. 2007 Nov;4(6):1659-65. [Resumo](#)
72. Plotti F, Nelaj E, Sansone M, et al. Sexual function after modified radical hysterectomy for early stage cervical cancer. A prospective study. J Sex Med. 2012 Mar;9(3):909-17. [Resumo](#)
73. Zippe C, Nandipati K, Agarwal A, et al. Sexual dysfunction after pelvic surgery. Int J Impot Res. 2006 Jan-Feb;18(1):1-18. [Resumo](#)
74. Andersen BL, Cyranowski JM. Women's sexual self-schema. J Pers Soc Psychol. 1994;67:1079-100.
75. Grauvogl A, Pelzer B, Radder V, et al. Associations between personality disorder characteristics, psychological symptoms, and sexual functioning in young women. J Sex Med. 2018 Feb;15(2):192-200. [Resumo](#)
76. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. J Sex Med. 2011 Sep;8(9):2420-30. [Resumo](#)
77. Shindel AW, Rowen TS, Lin TC, et al. An Internet survey of demographic and health factors associated with risk of sexual dysfunction in women who have sex with women. J Sex Med. 2012 May;9(5):1261-71. [Resumo](#)
78. Oberg K, Sjogern Fugl Myer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. J Sex Med. 2005 Mar;2(2):169-80. [Resumo](#)
79. Chevret-Méasson M, Lavallée E, Troy S, et al. Improvement in quality of sexual life in female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate: findings of the index of sexual life (ISL) in a couple study. J Sex Med. 2009 Mar;6(3):761-9. [Resumo](#)
80. 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 NM 1 Study. Menopause. 2006 Sep-Oct;13(5):770-9. [Resumo](#)
81. Davis SR, Panjari M, Stanczyk FZ. Clinical review: DHEA replacement for postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jun;96(6):1642-53. [Resumo](#)
82. 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 ovarian failure. Menopause. 2008 Jan-Feb;15(1):23-31. [Resumo](#)
83. Wierman ME, Nappi RE, Avis N, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. J Sex Med. 2010 Jan;7(1 Pt 2):561-85. [Resumo](#)



84. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med.* 2007 Jan;4(1):115-23. [Resumo](#)
85. Barrett G, Peacock J, Victor CR, et al. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth.* 2005 Dec;32(4):306-11. [Resumo](#)
86. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med.* 2005 May;2(3):317-30. [Resumo](#)
87. Hayes RD, Dennerstein L, Bennet C, et al. What is the 'true' prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008 Apr;5(4):777-87. [Resumo](#)
88. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)
89. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res.* 2010 May-Jun;22(3):179-84. [Resumo](#)
90. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care.* 2009 May;32(5):780-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
91. Toorians AW, Janssen E, Laan E, et al. Chronic renal failure in sexual functioning: clinical status versus objectively assessed sexual response. *Nephrol Dial Transplant.* 1997 Dec;12(12):2654-63. [Texto completo](#) [Resumo](#)
92. Hultgren R, Sjogren B, Soderberg M, et al. Sexual function in women suffering from aortoiliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1999 Apr;17(4):306-12. [Resumo](#)
93. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, et al. Does hypertension and its pharmacotherapy affect sexual function in women? *Am J Hypertens.* 2000 Jun;13(6 Pt 1):640-7. [Resumo](#)
94. Stovall DW, Scriver JL, Clayton AH, et al. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med.* 2012 Jan;9(1):224-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
95. Miller KK, Biller BM, Beauregard C, et al. Effects of testosterone replacement in androgen-deficient women with hypopituitarism: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006 May;91(5):1683-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
96. Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, et al. A longitudinal prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod.* 2005 Aug;20(8):2253-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
97. Thakar R. Is the uterus a sexual organ? Sexual function following hysterectomy. *Sex Med Rev.* 2015 Oct;3(4):264-78. [Resumo](#)
98. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, et al. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep;191(3):751-6. [Resumo](#)



99. Salonia A, Briganti A, Deho F, et al. Women's sexual dysfunction: a review of the "surgical landscape". *Eur Urol*. 2006 Jul;50(1):44-52. [Resumo](#)
100. Neumann DA, Houskamp BM, Pollock VE, et al. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreat*. 1996;1:6-16.
101. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar;26(1):67-78. [Resumo](#)
102. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):337-48. [Resumo](#)
103. Leddy L, Yang C, Stuckey B, et al. Influence of PDE5 inhibitor on genital engorgement in women with female sexual arousal disorder. *J Sex Med*. 2011;8(suppl 2):63.
104. Kuffel SW, Heiman JR. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Arch Sex Behav*. 2006 Apr;35(2):163-77. [Resumo](#)
105. Middleton LS, Kuffel SW, Heiman JR. Effects of experimentally adopted sexual schemas on vaginal response and subjective sexual arousal: a comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. *Arch Sex Behav*. 2008 Dec;37(6):950-61. [Resumo](#)
106. Sadosky R, Alam W, Enecilla M, et al. Sexual problems among a specific population of minority women aged 40 to 80 years attending a primary care practice. *J Sex Med*. 2006 Sep;3(5):795-803. [Resumo](#)
107. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, et al. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):586-614. [Resumo](#)
108. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*. 2008 Jul;5(7):1646-59. [Resumo](#)
109. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther*. 2014 Jun;57:43-54. [Resumo](#)
110. Mize SJS. A review of mindfulness-based sex therapy interventions for sexual desire and arousal difficulties: from research to practice. *Curr Sex Health Rep*. 2015;7:89-97.
111. Johnston JJ, Farrell S, Bouchard C, et al. The detection and management of vaginal atrophy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004 May;26(5):503-15. [Resumo](#)
112. Mainini G, Scaffa C, Rotondi M, et al. Local estrogen replacement therapy in postmenopausal atrophic vaginitis: efficacy and safety of low dose 17 beta-estradiol vaginal tablets. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2005;32(2):111-3. [Resumo](#)
113. Long CY, Liu CM, Hsu SC, et al. A randomized comparative study of the effects of oral and topical estrogen therapy on the vaginal vascularization and sexual function in hysterectomized post menopausal women. *Menopause*. 2006 Sep-Oct;13(5):737-43. [Resumo](#)

114. Labrie F, Derogatis L, Archer DF, et al. Effect of intravaginal prasterone on sexual dysfunction in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy. *J Sex Med.* 2015 Dec;12(12):2401-12. [Resumo](#)
115. Heiman JR, LoPiccolo J. *Becoming orgasmic: a sexual and personal growth program for women.* New York, NY: Fireside; 1988.
116. Jankovich R, Miller PR. Response of women with primary orgasmic dysfunction to audiovisual education. *J Sex Marital Ther.* 1978 Spring;4(1):16-9. [Resumo](#)
117. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, et al. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav.* 2008 Apr;37(2):317-29. [Resumo](#)
118. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol.* 2012 May;125(2):320-5. [Resumo](#)
119. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, et al. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2):CD005540. [Texto completo](#) [Resumo](#)
120. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, et al. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2013 Aug;42(6):915-33. [Resumo](#)
121. Günzler C, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions--a systematic review of controlled clinical trials: part 2--the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2012 Dec;9(12):3108-25. [Resumo](#)
122. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Boston, MA: Little, Brown & Co; 1966.
123. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy.* Boston, MA: Little, Brown & Co; 1970.
124. Sarwer DB, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther.* 1997 Summer;23(2):87-97. [Resumo](#)
125. Schnarch D. *Desire problems: a systemic perspective.* In: Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Principles and practice of sex therapy.* New York, NY: Guilford Press; 2000:17-56.
126. Verhulst J, Heiman JR. A systems perspective on sexual desire. In: Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Sexual desire disorders.* New York, NY: Guilford Press; 1988:243-67.
127. Pridal CG, LoPiccolo J. Multielement treatment of desire disorders. In: Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Principles and practice of sex therapy.* New York, NY: Guilford Press; 2000:57-81.
128. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, et al. Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Arch Sex Behav.* 2016 Nov;45(8):1907-21. [Resumo](#)
129. Kocsis A, Newbury-Helps J. Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): clinical protocol and theory development. *Mindfulness.* 2016;7(3):690-9. [Texto completo](#)

130. Carson JW, Carson KM, Gil KM, et al. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther.* 2004;35:471-94. [Texto completo](#)
131. Hucker A, McCabe MP. An online, mindfulness-based, cognitive-behavioral therapy for female sexual difficulties: impact on relationship functioning. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(6):561-76. [Resumo](#)
132. Stephenson KR, Kerth J. Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. *J Sex Res.* 2017 Sep;54(7):832-49. [Resumo](#)
133. Safarinejad MR, Hosseini SY, Asgari MA, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of bupropion for treating hypoactive sexual desire disorder in ovulating women. *BJU Int.* 2010 Sep;106(6):832-9. [Resumo](#)
134. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, et al. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD003382. [Texto completo](#)  
[Resumo](#)
135. Segraves RT, Clayton A, Croft H, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol.* 2004 Jun;24(3):339-42. [Resumo](#)
136. Labrie F, Belanger A, Belanger P, et al. Androgen glucuronides, instead of testosterone, as the new markers of androgenic activity in women. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2006 Jun;99(4-5):182-8. [Resumo](#)
137. European Medicines Agency. Intrinsa (testosterone): withdrawal of the marketing authorisation in the European Union. July 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
138. Basson R. Testosterone therapy for reduced libido in women. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2010;1:155-164.
139. Davis SR, Worsley R, Miller KK, et al. Androgens and female sexual function and dysfunction - findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016 Feb;13(2):168-78. [Resumo](#)
140. Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014 Oct;99(10):3489-510. [Resumo](#)
141. Jacobsen PL, Mahabeshwarkar AR, Palo WA, et al. Treatment-emergent sexual dysfunction in randomized trials of vortioxetine for major depressive disorder or generalized anxiety disorder: a pooled analysis. *CNS Spectr.* 2016 Oct;21(5):367-78. [Resumo](#)
142. Clayton AH, Durgam S, Li D, et al. of vilazodone on sexual functioning in healthy adults: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, and active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2017 Jan;32(1):27-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
143. Jaspers L, Feys F, Bramer WM, et al. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2016 Apr;176(4):453-62. [Resumo](#)

144. Joffe HV, Chang C, Sewell C, et al. FDA Approval of flibanserin - treating hypoactive sexual desire disorder. *N Engl J Med*. 2016 Jan 14;374(2):101-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
145. Basson R, Driscoll M, Correia S. Flibanserin for low sexual desire in women: a molecule from bench to bed? *EBioMedicine*. 2015 Aug 6;2(8):772-3. [Texto completo](#) [Resumo](#)
146. Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Genitourinary syndrome of menopause: management strategies for the clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017 Dec;92(12):1842-9. [Resumo](#)
147. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, Farrell R. ACOG Committee Opinion No. 659: the use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. *Obstet Gynecol*. 2016 Mar;127(3):e93-6. [Resumo](#)
148. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, et al. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD009672. [Texto completo](#) [Resumo](#)
149. Hubayter Z, Simon JA. Testosterone therapy for sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*. 2008 Jun;11(3):181-91. [Resumo](#)
150. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. *J Consult Clin Psychol*. 1986 Apr;54(2):158-67. [Resumo](#)
151. Fichten CS, Libman E, Brender W. Methodological issues in the study of sex therapy: effective components in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1986 Spring;12(1):22-34. [Resumo](#)
152. Hurlbert DF, Apt CV. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *J Sex Marital Ther*. 1995 Spring;21(1):21-9. [Resumo](#)
153. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 3:10-21. [Resumo](#)
154. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, et al. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):62-7. [Resumo](#)
155. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Jul 23;300(4):395-404. [Resumo](#)
156. Clayton AH, Althof SE, Kingsberg S, et al. Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial. *Womens Health (Lond)*. 2016 Jun;12(3):325-37. [Texto completo](#) [Resumo](#)
157. Bradford A, Meston CM. Behavior and symptom change among women treated with placebo for sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2011 Jan;8(1):191-201. [Texto completo](#) [Resumo](#)

158. Bradford A. Listening to placebo in clinical trials for female sexual dysfunction. J Sex Med. 2013 Feb;10(2):451-9. [Resumo](#)
159. Greenberger D, Padesky C. Mind over mood: change how you feel by changing how you think. New York, NY: Guilford Press; 1995.
160. Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are. New York: Hyperion; 1994.
161. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY: Delta Trade Paperbacks; 1990.
162. Hanh TN. The miracle of mindfulness: a manual on meditation. Boston, MA: Beacon Press; 1976.
163. Siegel RD. The mindfulness solution: everyday practices for everyday problems. The New York: Guilford Press, 2009.
164. Hawton K, Catalan J, Fagg J. Low sexual desire: sex therapy results and prognostic factors. Behav Res Ther. 1991;29:217-224. [Resumo](#)

## Imagens

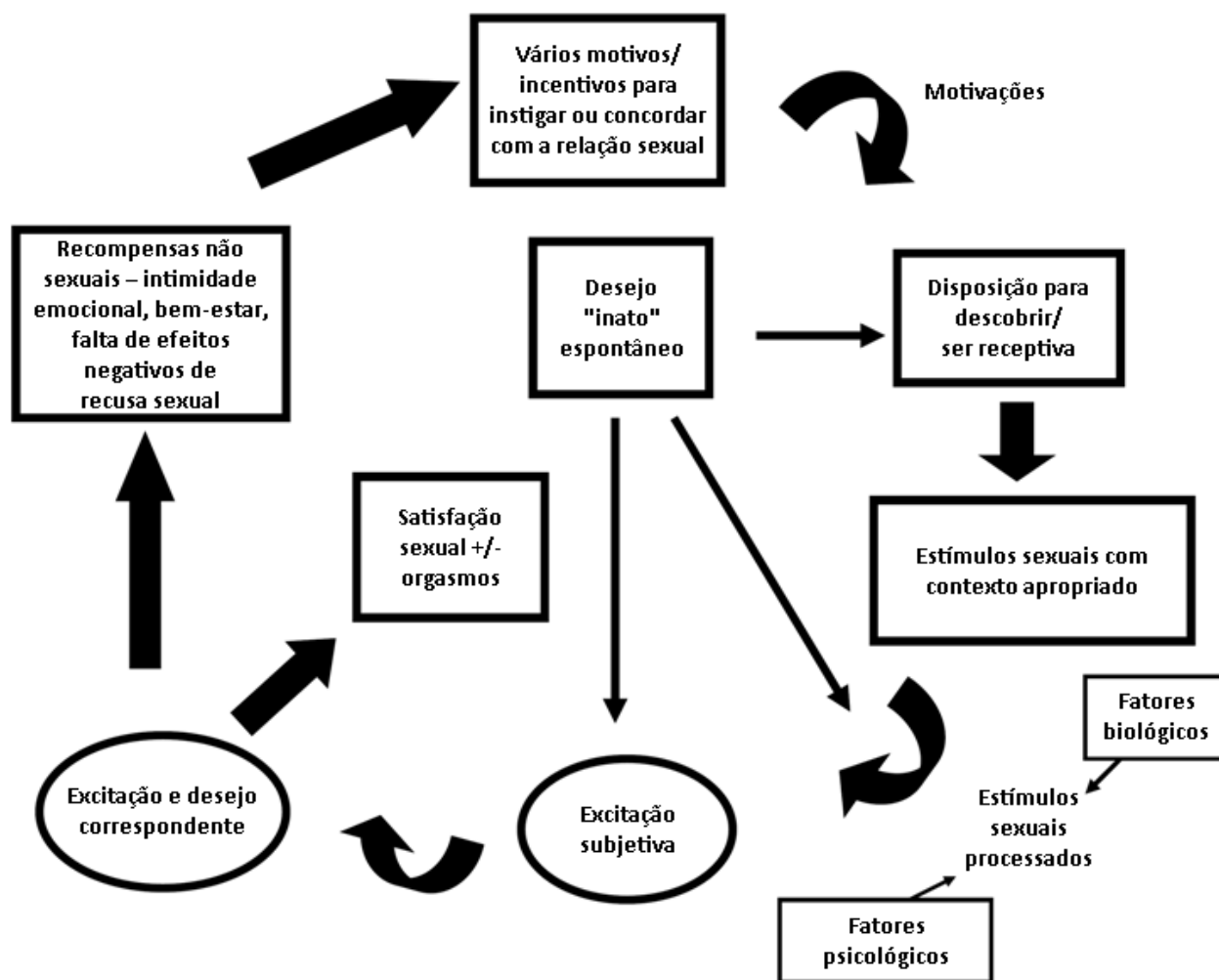


Figura 1: Ciclo de resposta circular de fases sobrepostas: o desejo pode não estar presente inicialmente, mas é desencadeado durante a experiência; o desfecho sexual e não sexual influencia a futura motivação sexual

Adaptado de: Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001;98:350-352; usado com permissão

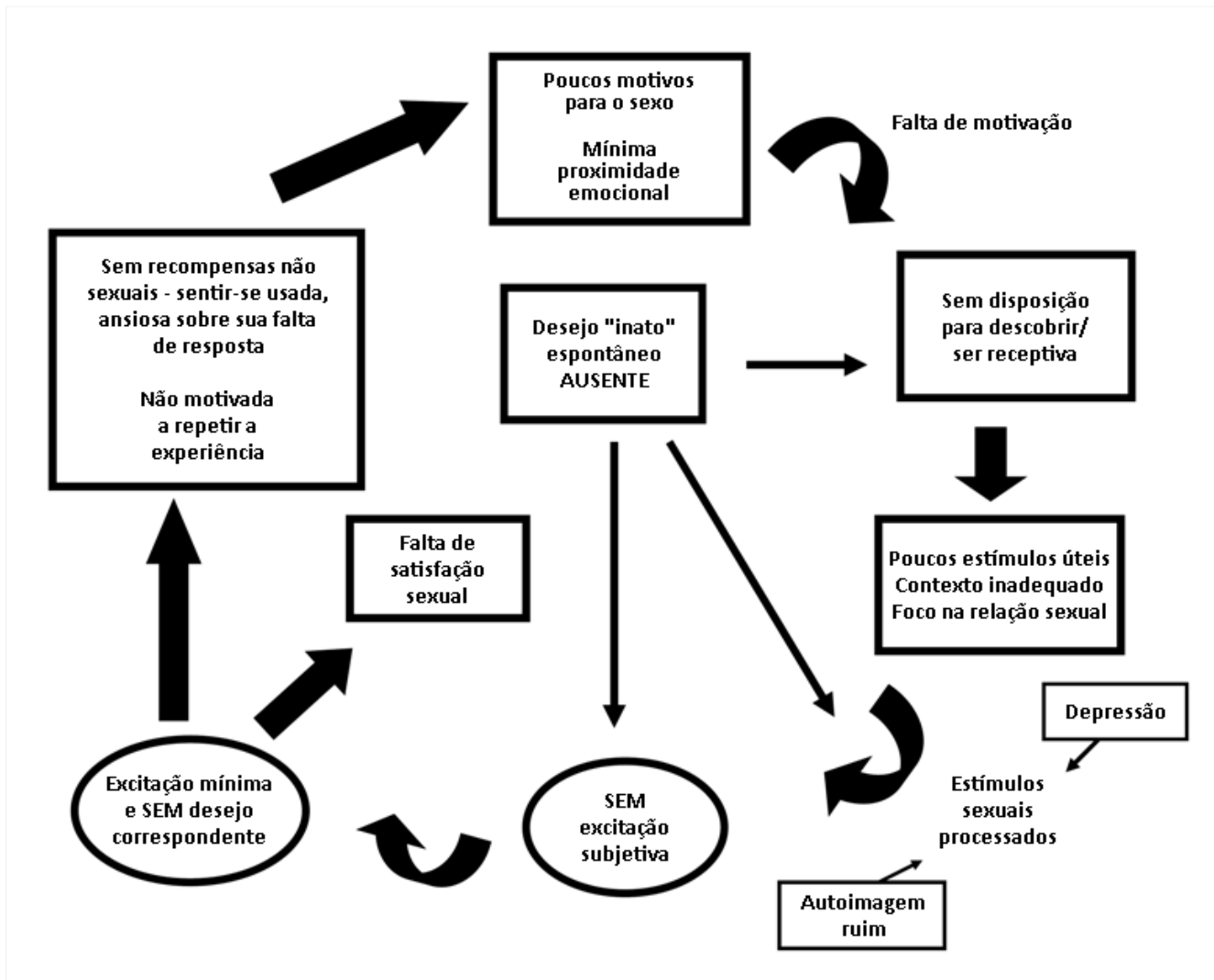


Figura 2: Ciclo de resposta circular mostrando locais de interrupção que levam à disfunção

Adaptado de: Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001;98:350-352; usado com permissão



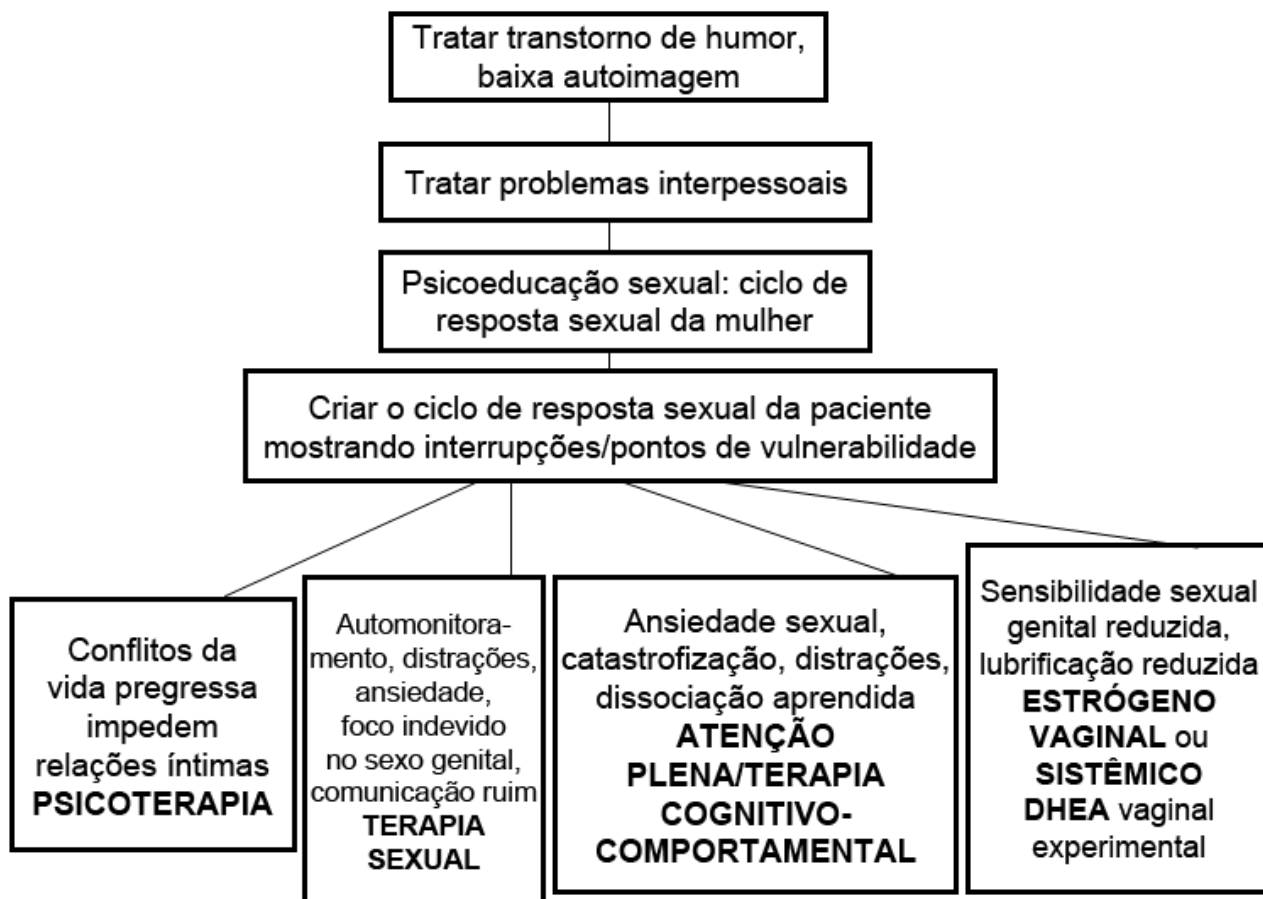


Figura 3: Algoritmo da terapia de primeira linha para transtornos do desejo e excitação sexual feminina (DHEA-S - desidroepiandrosterona)

Adaptado de: Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:140-148; usado com permissão

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Rosemary Basson, MD, FRCP (UK)**

---

Clinical Professor

University of British Columbia, Departments of Psychiatry and Obstetrics/Gynecology, Vancouver, Canada

DIVULGAÇÕES: RB is an author or co-author of several references cited in this monograph. RB's department has received research funding from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

### // Reconhecimentos:

Dr Rosemary Basson would like to gratefully acknowledge Dr Lori Brotto, a previous contributor to this monograph. LB is an author or co-author of several references cited in this monograph.

### // Colegas revisores:

#### **Milena Braga-Basaria, MD**

---

Endocrinology Consultant

Johns Hopkins University, Division of Obstetrics and Gynecology, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: MBB declares that she has no competing interests.

#### **Philip Kell, MBBS, FRCOG, FRCP**

---

Consultant Physician

Archway Sexual Health Clinic, Whittington Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: PK has undertaken research studies for Boehringer Ingelheim.