



# IMERSÃO

# *Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

## **DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

**39% DESEJAM AJUDA**

**6 % RECEBERAM AJUDA**

## **CARMITA ABDO E GERSON LOPES**

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB)

26,6% das mulheres queixam-se de dificuldade de excitação,

26,2% referem anorgasmia,

17,8% têm dor à relação sexual

9,5% têm desejo sexual hipoativo

A dificuldade de excitação, por exemplo, ocorre a 28,0% das mulheres entre 18 e 25 anos, contra 38,1% das brasileiras acima dos 60 anos e 24,4% daquelas entre 41 e 50 anos.

Doenças	Condições e procedimentos médicos	Medicamentos e substâncias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressão</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Psicoses</li> <li>• Doenças cardiovasculares</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipo/hipertireoidismo</li> <li>• Doença de Addison</li> <li>• Hipopituitarismo</li> <li>• Câncer</li> <li>• Insuficiência hepática</li> <li>• Insuficiência renal</li> <li>• Esclerose múltipla</li> <li>• Doenças degenerativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirurgias pélvicas e perineais</li> <li>▪ Traumas raquimedulares</li> <li>▪ Estresse</li> <li>▪ Incontinência urinária</li> <li>▪ Contraceptivos orais</li> <li>▪ Esterilidade</li> <li>▪ Ciclo gravídico-puerperal</li> <li>▪ Ciclo de vida</li> <li>▪ Patologias pélvicas</li> <li>▪ inflamações, endometriose, tumores, cistos, gravidez ectópica, algias</li> <li>▪ Desordens genitais               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aderências clitoridianas, fibroses, vaginite atrófica, agenesia vaginal, vaginismo, infecções geniturinárias, debilidade muscular, leucorreia, hímen imperfurado, dismenorrea, transtorno pré-menstrual, vulvodinia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antidepressivos tricíclicos</li> <li>▪ Estabilizadores de humor e anticonvulsivantes</li> <li>▪ Neurolépticos</li> <li>▪ Ansiolíticos (benzodiazepínicos)</li> <li>▪ Inibidores da monoamina-oxidase</li> <li>▪ Inibidores da recaptação da serotonina</li> <li>▪ Diuréticos</li> <li>▪ Anti-hipertensivos</li> <li>▪ Antialérgicos</li> <li>▪ Antiulcerosos (cimetidina)</li> <li>▪ Anorexígenos</li> <li>▪ Anticancerígenos</li> <li>▪ Drogas de adição (inclusive nicotina)</li> <li>▪ Hormônios (especialmente progesterona, corticoide)</li> </ul>

*Tabela 6. Fatores predisponentes, desencadeadores e mantenedores associados às disfunções sexuais na mulher.*

Fatores predisponentes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Educação rígida</li> <li>Informação inadequada ou insuficiente, mitos, tabus e preconceitos</li> <li>Relações familiares conflituosas</li> <li>Tendências religiosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiência sexual traumática</li> <li>Insegurança no desempenho do papel sexual social</li> <li>Técnicas sexuais inadequadas</li> <li>Impulso/interesse sexual reduzido</li> </ul>
Fatores desencadeadores	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Expectativas inadequadas</li> <li>Relacionamentos extraconjugais ou desarmônicos</li> <li>Disfunção sexual do(a) parceiro(a)</li> <li>Gravidez, parto, lactação e menopausa</li> <li>Experiência sexual traumática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupação com problemas orgânicos</li> <li>Depressão e ansiedade</li> <li>Envelhecimento e mudanças involutivas fisiológicas</li> <li>Problemas geniturinários</li> <li>Saúde geral deficitária</li> </ul>
Fatores mantenedores	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Saúde geral deficitária</li> <li>Antecipação do fracasso</li> <li>Perda ou ausência de atração pelo(a) parceiro(a)</li> <li>Discórdia no relacionamento</li> <li>Medo da intimidade</li> <li>Falta de comunicação entre os parceiros</li> <li>Sentimentos negativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedade em relação ao desempenho sexual</li> <li>Distúrbio psiquiátrico</li> <li>Distorções cognitivas em relação à sexualidade</li> <li>Estimulação inadequada, precedendo o coito</li> <li>Prejuízo da autoimagem e autoestima</li> <li>Informação inadequada sobre a sexualidade</li> </ul>

*Adaptado de Graham CA et al., 2004;<sup>18</sup> Abdo CH et al., 2005.<sup>19</sup>*

## TERAPIA SEXUAL

A terapia sexual está indicada, quando a disfunção sexual é psicogênica ou mista (orgânica e psicológica).

Pode ser breve, com 16 a 20 sessões ou 20 a 30 sessões, sendo uma sessão por semana.

A prescrição de tarefas terapêuticas (diferencial com a terapia convencional) aplica-se a todas as disfunções sexuais. **Resultados melhores são obtidos na anorgasmia** (principalmente a primária, ou seja, aquela que ocorre desde o início da vida sexual) e no vaginismo.

Já o **desejo sexual hipoativo feminino** tem pior prognóstico e exige tratamento mais longo.

Em geral, são casos em que há **maior resistência à terapia sexual**, particularmente quando a **disfunção é primária** ou quando o parceiro, por alguma razão, não deseja participar

Na terapia sexual de base cognitivo-comportamental são combinadas estratégias de abordagem dos eixos corporal (técnicas de autofocagem, por exemplo), cognitivo (autorização à masturbação) e afetivo-relacional (treinamento da assertividade e foco nas sensações).

Psicoterapia individual (não-sexual) e/ou terapia de casal estão indicadas se o problema for mais complexo, envolvendo aspectos pessoais e relacionais.

## DESEJO SEXUAL HIPOATIVO

Uma vez afastados componentes orgânicos e biológicos (doenças sistêmicas/psiquiátricas, uso de medicamentos com efeitos adversos sobre a libido) e conflitos conjugais importantes, a terapia sexual pode ser indicada. Treinamento de fantasias, foco nas sensações, exercícios de Kegel, coito não exigente, distração cognitiva, interrupção do pensamento e dessensibilização in vivo são algumas das técnicas utilizadas na terapia sexual para transtornos do desejo.

Se há conflitos conjugais importantes, recomenda-se terapia de casal.

## TRANSTORNO DA EXCITAÇÃO SEXUAL

A terapia sexual está indicada quando o transtorno de excitação for subjetivo (há lubrificação, porém não há prazer).

Problemas psicológicos significativos podem ser a causa, bem como preliminares sexuais inadequadas ou pobres.

Atualmente trata-se como um só problema o bloqueio desejo-excitação.

## TRANSTORNO DO ORGASMO

O tratamento da anorgasmia deve se **iniciar com o esclarecimento, para a paciente, sobre o que é o orgasmo, bem como dirimir expectativas irreais e mitos** que permeiam essa etapa da resposta sexual. É fundamental informar que prazer sexual não é sinônimo de orgasmo e nem toda relação sexual satisfatória é obrigatoriamente orgásmica.

Recomenda-se trabalhar as fantasias sexuais, pois são elas que proporcionam os estímulos cerebrais para a resposta sexual completa.

Mulheres que nunca sentiram o clímax sexual devem inicialmente ser orientadas a conhecer seu corpo, em particular os genitais, por meio da automanipulação.

## TRANSTORNO DO ORGASMO

A técnica masturbatória de LoPiccolo, ensina o autoconhecimento, sendo mais eficaz naquelas com anorgasmia primária. Para as mulheres que conseguem atingir o orgasmo na masturbação, mas não no intercuro, são indicadas técnicas auxiliadas pelo parceiro.

Por exemplo, a “manobra de ponte”: na posição lado a lado ou com a mulher na posição superior, o clitóris é estimulado manualmente (por ele ou por ela).

Quando o nível de excitação estiver alto, próximo de atingir o orgasmo, interrompe-se o estímulo. Na sequência, é feita a penetração, com movimentos e sem estímulo manual. Outro método é a autoestimulação clitoridiana associada à contração dos músculos perineais e à movimentação da pelve.

## DISPAREUNIA E VAGINISMO

A terapia sexual está indicada nos casos de dispareunia de causa psicogênica e vaginismo, especialmente a técnica de dessensibilização sistemática.

Há necessidade de treinamento do profissional para aplicar a terapêutica de modo adequado e eficaz.

O vaginismo instala um ciclo vicioso de medo tensão aumento de contratura muscular dor e medo.

O primeiro passo é orientar o casal para a supressão temporária das tentativas de coito e associar terapia sexual, fisioterapia (dilatadores e eletroestimulação) e medicação.

## PREVENÇÃO

Educação sexual

Informar sobre os fatores biológicos e psicossociais que interferem na resposta sexual Explicar sobre anatomia, função sexual e alterações do comportamento sexual nas diferentes fases da vida da mulher

Orientar sobre a necessidade de manter bons hábitos alimentares e atividade física ☐

Recomendar técnicas de relaxamento e mudança da rotina ☐

Esclarecer sobre o impacto negativo que o consumo abusivo de álcool e o uso de drogas ilícitas exercem sobre a função sexual

## FUNÇÃO SEXUAL FEMININA ADEQUADA

A resposta sexual feminina sofre a influencia dos costumes, de fatores biológicos, psíquicos, emocionais, ambientais, e depende de como foi construída a sexualidade ao longo de sua infância, adolescência e na vida adulta. A possibilidade de disfunção sexual existe quando um destes níveis está afetado.

A função sexual feminina é adequada quando o ciclo da resposta sexual está completo estando preservadas as fases do desejo, excitação e orgasmo, e a mulher se sente satisfeita com sua vida sexual. Mas, estas fases variam em intensidade e frequência de manifestação e são fortemente influenciadas pela idade da mulher e qualidade de sua relação diádica. A falta de desejo sexual espontâneo é comum em relacionamentos de longa duração porém, se a relação com o parceiro for adequada, a mulher pode responder ao estímulo sexual erótico recebido e alcançar a satisfação sexual obtendo o orgasmo ou não. A mulher satisfeita com sua vida sexual mantém a intimidade com sua parceria sendo este aspecto, um indicador importante de satisfação sexual.

## INADEQUAÇÃO SEXUAL

A inadequação é um conceito que foi se perdendo ao longo dos anos por ser uma condição de abordagem mais psicológica, porém, é importante que o profissional faça a diferenciação com a disfunção sexual para referenciar corretamente a mulher para outro profissional. É importante lembrar que a pessoa tem uma resposta sexual individual e uma resposta sexual compartilhada com outra pessoa. Assim, a mulher pode ter pensamento sexual e se excitar com estímulo erótico mas, no compartilhamento com a parceria, esta resposta pode ser inibida dependendo da qualidade do seu relacionamento diádico. Então, a insatisfação sexual refere-se ao descontentamento da pessoa com o seu próprio comportamento sexual e/ou com o comportamento da sua parceria que determinam desconforto emocional e psíquico.

O profissional deve suspeitar da inadequação sexual quando a pessoa refere que não tem vontade de ter relações sexuais, não excita, tem ou não orgasmo na interação sexual com sua parceria (atividade sexual compartilhada), no entanto, quando a resposta sexual individual é aferida (sonhos eróticos, fantasias sexuais, desejo sexual espontâneo, desejo sexual por terceiros, resposta positiva ao estímulo erótico, às vezes o autoerotismo está presente), esta está preservada.

Os fatores mais comumente associados a inadequação sexual são: relacionamentos de longa duração, pobre comunicação do casal, desajustes conjugais (indiferença, incompatibilidade, conflitos, violência), distanciamento do casal, redução da atratividade, entre outros.

## Conduta nas inadequações sexuais

A escuta é fundamental e o aconselhamento baseado no esquema EOP elaborado a partir do modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, ntensive Therapy) são fundamentais e podem gerar benefício já comprovado.

Tratamento é com psicoterapia ou terapia sexual.

A terapia sexual caracteriza-se pelo emprego integrado de técnicas sistematicamente estruturadas, juntamente com a exploração psicoterapêutica dos conflitos intrapsíquicos de cada parceiro, bem como da dinâmica de suas interações.

**Tabela 1**

Modelo de aconselhamento médico para as inadequações sexuais (EOP)

Modelo EOP		
Acrônimo	Definição	Ações
E	Ensinar sobre a resposta sexual	Informar sobre a anatomia da genitália, mapeamento de áreas erógenas genitais e corporais e a fisiologia da resposta sexual feminina focando as definições nas três fases principais: desejo, excitação e orgasmo.
O	Orientar sobre a saúde sexual	Informar sobre a construção da sexualidade desde a infância (vide capítulo específico), e sobre a função sexual prazerosa que deve ser vivenciada de forma integral para uma boa qualidade de vida. Discutir fatores que limitam a expressão da sexualidade a vivência sexual prazerosa: repressão familiar, social, religiosa, vergonha, autoimagem negativa, autoestima rebaixada, conceitos distorcidos sobre sexo e sexualidade, mitos e as crenças sexuais.
P	Permitir e estimular o prazer sexual	Medidas para reduzir a culpa no exercício da sua sexualidade mediante argumentação sobre benefícios físicos e psíquicos do prazer sexual, direito ao prazer sexual, importância da vivência plena da sexualidade para as relações interpessoais.

Febrasgo, 2017

**Tabela 2**

Condições que desencadeiam disfunção sexual feminina

Fator desencadeante	Disfunção
Relacionados a parceria	Disfunção sexual do parceiro, problemas de saúde do parceiro.
Relacionamento diádico	Pobre comunicação, discrepância de necessidade sexual entre os parceiros, preliminares insuficiente, falta de ritual de sedução, traição.
Vulnerabilidade individual	Distúrbio de autoimagem por ganho de peso e modificações corporais após gravidez e parto, mágoa, dificuldade de entrega, violência emocional e sexual (abuso, estupro), comorbidade psiquiátrica (depressão, ansiedade), ou estressores (perda do emprego, luto).
Fatores culturais e religiosos	Proibições da prática sexual, culto a virgindade, prazer sexual vinculado ao pecado, etc.
Condições médicas	Que interferem na evolução, no prognóstico, e no tratamento da queixa sexual. Hiperprolactinemia, tireoidopatia, determinados medicamentos.

Febrasgo, 2017

O peso destas condições na gênese da disfunção sexual feminina varia de acordo com a fase da vida da mulher.

Com o amadurecimento a mulher vai reformulando os pré-conceitos familiares e sociais a respeito da vivência da sua sexualidade e apossa de sua autonomia, que vai sendo cunhada a partir das experiências acumuladas.

Assim, em mulheres adolescentes, a disfunção sexual mais comum é a dor coital e a anorgasmia. Já em mulheres na fase reprodutiva o desejo sexual hipoativo (DSH) é a condição mais prevalente. Um estudo populacional realizado na Bélgica evidenciou que o desejo sexual responsivo (ao estímulo sexual) variou entre 4.5%, 8%, 12% em mulheres entre 20 e 44 anos (43). Em mulheres na pós menopausa o DSH, dor na relação sexual e anorgasmia se tornam mais frequentes.

## De maneira geral são causas mais comuns de disfunção sexual por faixas etárias:

- **Mulheres adolescentes:** - Desejo Sexual Hipoativo: repressão sexual severa (familiar e religiosa), violência sexual (abuso sexual), repressão ao comportamento sexual na infância, e DSH primário por polimorfismos de nucleotídeos do receptor de estrogênios e de receptores de dopamina - Anorgasmia primária: é a persistente ou recorrente ausência ou dificuldade em obter o orgasmo após a excitação adequada. Entre 20 e 30% das mulheres refere dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo na relação sexual. A anorgasmia pode ocorrer devido a inabilidade na prática sexual da mulher e/ou de sua parceria, por pressa que impossibilita a excitação adequada, por falta de compartilhamento de preliminares durante a relação sexual, pelo desconhecimento da anatomia e das áreas erógenas, pela dificuldade de entrega (medo, insegurança, por ser ou ter sido vítima de violência geral e/ou sexual) que levam a reduzida excitação o que pode impossibilitar a mulher a atingir o orgasmo.

**Mulheres na fase reprodutiva:** - Pós-parto: uma pesquisa com 1500 mulheres evidenciou que 89% delas tinha queixa sexual nos três primeiros meses seguintes ao parto e, após um ano do parto, 51% delas apresentava queixa sexual, e a dor coital foi referida por 30 % delas após os 12 meses do parto. Além das modificações hormonais devido a amamentação, as mudanças no corpo, condições psíquicas e alteração da dinâmica do casal são condições que podem interferir na função sexual da mulher. - Relacionamento de longa duração: em casais com relacionamento estável e não conflituoso pode ocorrer redução do interesse por sexo devido a rotina relacional, e redução do desejo sexual espontâneo e pensamento sexual. Isto pode ocorrer também pela perda de intimidade pela presença dos filhos, ou mesmo, pela redução de fantasias sexuais e investimento limitado em preliminares.

As mulheres que se encontram em relacionamentos de longa duração podem não manifestar o desejo sexual espontâneo em relação a sua parceria, mas, quando são estimuladas, elas respondem com excitação, passam a ter desejo e podem ter orgasmo ou não, e ficarem sexualmente satisfeitas. Este quadro foi classificado de neutralidade sexual e, clinicamente, não configura disfunção sexual. Se o casal modificar a rotina relacional passando a ter momentos de intimidade em locais e momentos diferentes, longe da rotina da casa, dos filhos, este quadro pode ser revertido.

**Qualidade do relacionamento:** carícias, beijos, afagos, boa comunicação, comprometimento na relação, parceiro feliz, relação sexual satisfatória, são fundamentais para a satisfação sexual. Relações diádicas complexas e conflituosas podem cursar com disfunção sexual para ambos os parceiros. Ao contrário, casais com relacionamento adequado tem mais chances de relacionamentos sexuais satisfatórios, e são mais motivados para engajar nas relações sexuais. As expectativas não atingidas quanto ao relacionamento tais como comprometimento, romantismo, fidelidade, respeito admiração, entre outros podem gerar disfunção sexual.

Quando os parceiros são comprometidos e responsivos na relação há maior satisfação sexual da mulher e maior satisfação com o relacionamento conjugal

- Níveis de testosterona: a hipoandrogenemia pode estar associada com disfunção sexual nesta fase, porém não existe correlação entre nível sérico de testosterona e disfunção sexual, isto é, não se sabe qual o menor nível sanguíneo de testosterona que pode causar disfunção sexual. É importante ressaltar que usuárias de anticoncepcionais conjugados apresentam baixas concentrações séricas de testosterona.

Não é recomendado dosar testosterona de rotina nestas mulheres e não está recomendado prescrever testosterona para mulheres em uso de anticoncepcional hormonal.

- Traição: a monogamia é uma pratica universal entre seres humanos, mas é praticada com certa flexibilidade. Entre os casais que a monogamia está implícita, a quebra deste contrato pode levar a dificuldades relacionais e disfunção sexual.
- Diferença na expectativa sexual nas relações heterossexuais: a satisfação sexual da mulher está mais relacionada com a intimidade com o parceiro e bom relacionamento conjugal o que a motiva para engajar na relação sexual. Já para o homem a satisfação sexual está relacionada mais com os aspectos físicos do sexo.

- Redução da frequência sexual: a redução da frequência sexual pode interferir na qualidade de relacionamento e distanciar o casal sendo um preditor de insatisfação sexual.
- Método anticoncepcional hormonal: o uso de anticoncepcional hormonal combinado está associado a redução do pensamento sexual e pode reduzir o escore do desejo sexual, excitação e prazer sexual aferido pelo FSFI (female sexual function index) porém, não interfere na satisfação sexual desde que haja bom relacionamento diádico. Um estudo evidenciou que 52% das usuárias de pílula anticoncepcional descontinuaram o método devido às mudanças na função sexual.

### ***Mulheres na pós-menopausa:***

Menopausa e o avançar da idade: estas duas condições se sobrepõe aumento tendo o risco de disfunção sexual. O tálamo, amígdala e córtex cingulado anterior são as áreas cerebrais que normalmente são ativadas pelo estímulo sexual. Mulheres na pós menopausa ativam menos estas áreas em comparação as mulheres na fase reprodutiva.

Após a menopausa as áreas mais ativadas são o corpo caloso e o giro frontal superior. Em mulheres na senescência a prevalência de disfunção sexual é em torno de 54,4%. Hipoestrogenismo: é uma das causas mais importantes de DSH e dor coital nesta fase. Entretanto, o hipoestrogenismo pode sobrepor ao relacionamento de longa duração e conflitos relacionais nesta fase e piorar a função sexual. O estrogênio modula a expressão dos receptores de dopamina no sistema nervoso central (SNC) que é um neurotransmissor que estimula a pulsão sexual.

O estrogênio modula também a interação entre ocitocina e dopamina, ambos envolvidos na função sexual. A dor coital devido ao ressecamento e às alterações na mucosa vaginal consequentes do hipoestrogenismo podem cursar com disfunção sexual. O hipoestrogenismo a síndrome urogenital da menopausa, e ao ressecamento vaginal com redução da lubrificação, bem como ao afinamento da mucosa vaginal levando a dor na relação sexual que, potencialmente, pode induzir ao desejo sexual hipoativo, e dificuldade para obter orgasmo. Esta coexistência de disfunções sexuais já foi demonstrada em mulheres chinesas nas quais a existência de uma disfunção pode levar a outros tipos de queixas sexuais.

Hipoandrogenismo: a redução dos androgênios ocorre com o progredir da idade e não propriamente com o instalar da menopausa. É conhecido que a testosterona é um hormônio prosexual relacionado com o desejo sexual. - Dor genitopelvica de penetração (dispareunia e vaginismo): Na quinta edição do DSM-5 a dispareunia e o vaginismo foram incorporadas sob esta denominação. Para o diagnóstico considerase duração de pelo menos 6 meses de queixa persistente ou recorrente com uma ou mais ou mais das seguintes queixas: i) dor vulvovaginal ou pélvica durante a relação pênis-vagina ou durante tentativa de penetração; ii) medo ou ansiedade em relação a dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante, ou como resultado da penetração vaginal; iii) tensão ou contração dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal que causa sofrimento a mulher.

É necessário excluir patologias psiquiátricas, algumas condições médicas como liquem escleroatrófico, doença inflamatória pélvica, endometriose, atrofia vaginal, medicações que interferem na resposta sexual, e uso abusivo de substâncias ilícitas.

- Anorgasmia secundária: pode ocorrer após o prolapso genital e incontinência urinária, e também, após a correção cirúrgica destas condições pela redução da sensibilidade bem como por procedimentos cirúrgicos na genitália que possam reduzir a sensibilidade prazerosa local.
- Medicamentos: inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS), antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos, antidepressivos, hipotensores, etc.

### ***Intervenção Medidas gerais***

São medidas de aconselhamento baseado no tripé informação, sugestão e permissão, abordadas no modelo EOP. Independente da causa da disfunção sexual este modelo deve ser aplicado na tentativa de tornar o tema sexo/função sexual mais comum para a paciente. O médico precisa usar os termos técnicos e imediatamente oferecer o termo correspondente em uma linguagem acessível para a paciente, no entanto, os termos populares chulos estão proscritos.

A seguir estão descritas com mais detalhes o modelo EOP sendo uma sugestão de comunicação técnica do prof para a paciente com disfunção sexual.

***-Ensinar sobre a resposta sexual***

Explicação concisa e esquemática sobre a fisiologia da resposta sexual feminina focando as três fases principais: i) desejo é o pensamento sexual, a vontade de ter relação sexual quando a pessoa é exposta a um estímulo sexual seja por fantasias sexuais, estímulo sexual (visual, olfativo, lembranças positivas), toque, beijo, presença do parceiro; ii) excitação é a sensação de prazer e lubrificação na região genital quando a mulher é exposta a um estímulo sexual seja pelo toque, beijo, cena erótica, ou fantasia sexual (pensamento sexual estimulante); iii) orgasmo é o mesmo que gozar.

## ORGASMO

É uma sensação de prazer intenso com contrações fortes na região genital que vão reduzindo de intensidade até desaparecerem e são seguidas de uma sensação de relaxamento. É preciso esclarecer a mulher que o orgasmo é atingido com o movimento do pênis dentro da vagina, mas que, na maioria das vezes é necessário o estímulo direto no clitóris pela masturbação (dela ou de sua parceria), pelo sexo oral, por vibrador, e outros meios que devem ser utilizados por mulheres que não têm orgasmo espontâneo.

É preciso ficar claro que a maioria das mulheres pode atingir o orgasmo. Porém, parece que determinados polimorfismos de receptores hormonais e de neurotransmissores e neuropeptídeos podem desfavorecer esta fase da resposta sexual. Mas, esta informação pode ser omitida a paciente uma vez que não há como comprovar que anorgasmia da paciente está, de fato, relacionada a esta condição.

### *Orientar sobre a saúde sexual*

A educação sexual é o processo pelo qual a pessoa aprende sobre função sexual adequada e vivência sexual saudável. A partir desta informação a paciente pode reformular conceitos, redimensiona seus mitos e as crenças inadequadas sobre sexo e práticas sexuais. São informações a serem oferecidas: i) a sexualidade é formada desde a mais tenra idade; ii) a sexualidade compreende a afetividade, a busca por interações emocionais e físicas com parcerias visando, também, o prazer sexual; iii) a genitália é provida de terminações nervosas que são prazerosas ao toque e, se forem estimuladas podem levar ao prazer sexual; iv) nem sempre a mulher atinge o orgasmo com a penetração e movimento do pênis dentro da vagina. O orgasmo pode ser obtido pelo autoerotismo (masturbação); v) a mulher pode sentir a satisfação sexual mesmo sem sentir o orgasmo; vi) as praticas sexuais mais comuns são: sexo vaginal, oral e anal; vii) a concentração e entrega durante uma relação sexual são fundamentais para a obtenção de prazer sexual pelos parceiros.

### *Permitir e estimular o prazer sexual*

A repressão sexual feminina social e religiosa pode cursar com a culpa na relação sexual, constituindo um importante bloqueio para a relação sexual saudável. Isto exige uma argumentação em relação a finalidade reprodutiva do sexo e a importância do prazer sexual para o bem estar da pessoa como preconizado pela WHO: i) informar a paciente a importância do prazer sexual para o bem estar físico e emocional da pessoa; ii) a masturbação é parte importante do desenvolvimento sexual e serve como aprendizado e também, para que a pessoa conheça a sua capacidade de resposta sexual. Além disto, a masturbação prepara o adulto para a interação com seu parceiro sexual, além de servir para o alívio da tensão sexual, e constitui um tratamento para anorgasmia (Master & Jonson, 1979). A concentração e o uso de fantasias sexuais são importantes para a mulher conseguir chegar ao orgasmo com a masturbação ou com a relação pênis-vagina.

**Tabela 1**

Modelo de aconselhamento médico para as inadequações sexuais (EOP)

Modelo EOP		
Acrônimo	Definição	Ações
E	Ensinar sobre a resposta sexual	Informar sobre a anatomia da genitália, mapeamento de áreas erógenas genitais e corporais e a fisiologia da resposta sexual feminina focando as definições nas três fases principais: desejo, excitação e orgasmo.
O	Orientar sobre a saúde sexual	Informar sobre a construção da sexualidade desde a infância (vide capítulo específico), e sobre a função sexual prazerosa que deve ser vivenciada de forma integral para uma boa qualidade de vida. Discutir fatores que limitam a expressão da sexualidade a vivencia sexual prazerosa: repressão familiar, social, religiosa, vergonha, autoimagem negativa, autoestima rebaixada, conceitos distorcidos sobre sexo e sexualidade, mitos e as crenças sexuais.
P	Permitir e estimular o prazer sexual	Medidas para reduzir a culpa no exercício da sua sexualidade mediante argumentação sobre benefícios físicos e psíquicos do prazer sexual, direito ao prazer sexual, importância da vivência plena da sexualidade para as relações interpessoais.

Febrasgo, 2017

## ***Tratamento específico***

Desejo sexual hipoativo devido a:

- Relacionamento de longa duração: estimular a quebra da rotina, a comunicação, o namoro, a mudança de hábitos sexuais, aumentar as preliminares, e mudar as práticas sexuais convencionais, aconselhando que o casal tenha relações sexuais em lugares diferentes dos usuais. Relacionamentos conflituosos e traição: Encaminhar para psicoterapia, ou terapia de casal
- Diferença na expectativa sexual nas relações heterossexuais: explicar sobre diferenças na resposta sexual entre os gêneros. Para o homem o sexo tem contexto mais físico e para a mulher o sexo é mais intimidade, interatividade e bem estar psíquico e emocional. Falar com seu parceiro a sua necessidade e participar da necessidade dele.
- Abuso sexual: referenciar para o psiquiatra e para psicoterapia antes de prescrever biblioterapia, moviterapia, autoerotismo, e entrega por estas práticas aumentam a ansiedade e pode estimular a vivencia, de novo, da violência sexual.

- Disfunção sexual feminina consequente a disfunção sexual do parceiro: referenciar o parceiro para o tratamento. A melhora da resposta sexual da mulher é concomitante a do seu parceiro quando este recupera a capacidade eretiva com o uso de inibidor da 5-fosfodiesterase.
- Anticoncepção hormonal: propor método não hormonal, por exemplo, o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.
- Posmenopausa: se o DSH iniciou com o instalar da menopausa e está associado a outros sintomas neurovegetativos, mesmo que não estejam presentes os sintomas vasomotores, é preciso fazer a avaliação benefício/risco e, se esta equação for favorável deve-se propor a mulher a terapia hormonal com estrogênio. Se não houver melhora pode-se associar a testosterona durante até um ano. Após este tempo, uma possibilidade é substituir estrogênio e testosterona por tibolona. Drogas psicoativas, depressão e ansiedade: referenciar para o psiquiatra para substituição de drogas com menor interferência na função sexual. Ex: a bupropiona interfere menos no desejo sexual e pode ser adicionada a outros antidepressivos como terapia de resgate. O tratamento dos sintomas depressivos pode levar a melhora da queixa sexual desde que seja em doses mais baixas do antidepressivo.

### *Tratamento da anorgasmia*

O clitóris é a estrutura anatômica mais importante para o orgasmo e esta explicação deve ser oferecida a mulher. Informar que o orgasmo pode ser atingido pela masturbação, sexo oral, sexo anal, masturbação pelo parceiro, ou durante a relação sexual pênis-vagina, bem como pelo uso de vibradores (106). Para as mulheres na pós-menopausa o uso de tibolona pode restaurar a capacidade delas de ter orgasmo bem como melhorar o desejo sexual. Tratamento da dor a penetração vaginal pela atrofia da mucosa devido ao uso de anticoncepcional combinado: o progestogênio causa ressecamento vaginal por interferir na síntese de mucina. Pode-se prescrever baixa dose de estrogênio tópico, lubrificante, hidratante ou aumentar a dose do etinilestradiol. Se este tratamento falhar considerar a troca de método anticoncepcional por não hormonal.

### *Tratamento da dor as relações devido a menopausa*

O estrogênio intravaginal é eficaz para o tratamento da dor coital. Porém, o estriol tópico intravaginal oferece bom resultado com o mínimo de absorção. Nos casos apenas de dor a penetração pode ser passado com o dedo no introito vaginal em noites alternadas com redução deste sintoma. É necessário fazer o diagnóstico diferencial de dispareunia superficial e profunda e realizar o toque da parede vaginal a procura de espasmos musculares e pontos de gatilho da dor. A vulva precisa ser cuidadosamente examinada nos casos de dispareunia superficial para identificação de áreas avermelhadas localizadas que possam predizer a vulvodínia. Neste caso é necessário aconselhar cuidados higiênicos (limpeza, roupas em uso, proscrever uso de desodorantes e sabões irritantes, com pH diferente do pH vulvar), e tratar possível candidíase recorrente. Se estas medidas não forem suficientes pode-se prescrever antidepressivos tricíclicos, pregabalina, anestésicos locais.

# ***DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL***

Pacientes com depressão têm maior ocorrência de disfunção sexual do que a população geral. No entanto, a depressão nem sempre é a causa da disfunção sexual, já que a própria disfunção pode levar à depressão. A soma de fatores de ordem biológica, psicossocial e ambiental pode explicar a depressão como consequência de ritmos biológicos alterados por eventos estressores. Dentre os fatores biológicos estão as oscilações de hormônios e neurotransmissores, a vulnerabilidade genética e as doenças sistêmicas; os fatores psicossociais incluem perdas de parentes, de emprego, separações; medicamentos, uso de drogas, consumo de álcool em excesso, alterações do ritmo biológico, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância constituem os fatores ambientais. A sintomatologia da depressão se manifesta por baixa autoestima, isolamento social, crises de choro, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e decisão, prejuízo da memória, ideias de ruína e de suicídio. Podem ocorrer, também, sintomas físicos: fadiga, alterações do apetite (perda ou aumento), do sono (insônia ou hipersonia), diminuição do interesse sexual, e dores generalizadas ou localizadas.

Ao longo da vida, a expressão de qualquer interesse ou atividade sexual varia, entre e em diferentes situações/experiências, de acordo com o equilíbrio de elementos físicos e psicológicos, em um determinado momento (modulação da excitação versus inibição). Os principais mecanismos envolvidos nessa dinâmica são os anatômicos e bioquímicos, os efeitos de medicamentos e os preditores genéticos. Múltiplos fatores de risco influem na frequência de disfunção sexual, que varia de acordo com as condições sociodemográficas, idade, educação, situação conjugal e de emprego. Os efeitos adversos sexuais da depressão são mais comuns em indivíduos mais velhos e naqueles com nível educacional mais baixo, enquanto taxas menores são exibidas por pacientes casados e empregados. Medicamentos como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), antipsicóticos, lítio, estabilizadores do humor, diuréticos poupadores de potássio e tiazídicos, betabloqueadores e antiulcerosos bloqueadores da histamina (H2) afetam diferentes estágios da resposta sexual, por vários mecanismos.

Evidências sugerem que os hormônios ovarianos modulam a neurotransmissão de serotonina e noradrenalina, um processo que pode estar associado a processos fisiopatológicos subjacentes, envolvidos na deflagração de sintomas depressivos durante períodos de flutuação hormonal, em subpopulações biologicamente predispostas ... conduzindo a: transtorno disfórico pré-menstrual, depressão durante a gravidez, depressão no puerpério e depressão no climatério e na menopausa. É relevante avaliar a disfunção sexual, durante o tratamento da depressão, porque há uma relação bem estabelecida entre funcionamento sexual e qualidade de vida; além disso, o funcionamento sexual é valorizado pelos indivíduos, independentemente de seu estado de humor.

Em segundo lugar, em pacientes deprimidos, a disfunção sexual pode ser fonte adicional de angústia, prolongando ou agravando a doença. E em terceiro, disfunção sexual associada a antidepressivo pode levar à não adesão ao tratamento, incluindo a descontinuação do medicamento, o que prejudica a recuperação do quadro depressivo. Como orientação geral, recomenda-se que — se a avaliação inicial revelar disfunção sexual preexistente ou a preferência da paciente por efeito mínimo/nenhum do tratamento sobre a sua função sexual — os antidepressivos com menor risco de efeitos secundários sexuais (mirtazapina, bupropiona, vortioxetina) sejam a primeira escolha. Se, pelo contrário, o rastreio não indicar disfunção sexual prévia, ou o funcionamento sexual não for uma prioridade para a paciente, as opções de antidepressivos devem se basear nas diretrizes gerais.

## *Etiopatogenia da Depressão*

Múltiplos fatores etiológicos combinados desencadeiam a depressão, em indivíduos vulneráveis. A ação desses fatores converge para o sistema límbico, onde ocorre um desequilíbrio das aminas (serotonina, noradrenalina e dopamina), dos sistemas de segundo mensageiro (adenilciclase) e de peptídeos neuroativos. Observa-se, também, alteração dos eixos hipotálamo-hipófise-adrenal, tireoidiano e do hormônio do crescimento, distúrbios do sono, dos ritmos circadianos e do sistema imunológico. Há evidências de que a depressão esteja associada à hiperativação do eixo hipotálamo -hipófise-adrenal, a qual sensibiliza o indivíduo aos eventos vitais: eventos negativos na infância acompanham-se de alterações persistentes nos sistemas de resposta ao estresse, comprometendo o fator de liberação da corticotropina e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a vulnerabilidade para transtornos afetivos e ansiosos na vida adulta. Estima-se predisposição genética entre 31% e 42%, cuja hipótese é de envolvimento da transmissão múltipla de genes que afetam o transporte de monoaminas (serotonina, norepinefrina).

### ***Etiopatogenia da Depressão***

Depressão, outras doenças e condições médicas estão usualmente associadas: doenças neurológicas e infecciosas, endocrinopatias, colagenoses, distúrbios alimentares e neoplasias.<sup>18</sup> A depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade por doenças sistêmicas crônicas, especialmente em indivíduos acima de 50 anos. Essa associação duplica o prejuízo aos pacientes. Nesses casos, a depressão pode ser primária ou secundária à doença sistêmica. Ela pode causar doença física (por deficiência imunológica, pouca adesão ao tratamento antidepressivo, higiene e alimentação precárias) e por elevar o risco cardiovascular. Por outro lado, a depressão frequentemente é acompanhada por sintomas físicos inespecíficos. A associação de fatores de ordem biológica, psicossocial e ambiental pode explicar a depressão como consequência de ritmos biológicos alterados por eventos estressores. Dentre os fatores biológicos estão as oscilações de hormônios e neurotransmissores, a vulnerabilidade genética e as doenças sistêmicas; os fatores psicossociais incluem perdas de parentes, de emprego, separações; determinados medicamentos (esteroides, barbitúricos, anti-hipertensivos, betabloqueadores, benzodiazepínicos, antipsicóticos, interferon, quimioterápicos, L-dopa e digoxina), uso de drogas, consumo de álcool em excesso, alterações do ritmo biológico, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância constituem os fatores ambientais.

### ***Etiopatogenia da Depressão***

Múltiplos fatores etiológicos combinados desencadeiam a depressão, em indivíduos vulneráveis. A ação desses fatores converge para o sistema límbico, onde ocorre um desequilíbrio das aminas (serotonina, noradrenalina e dopamina), dos sistemas de segundo mensageiro (adenilciclase) e de peptídeos neuroativos. Observa-se, também, alteração dos eixos hipotálamo-hipófise-adrenal, tireoidiano e do hormônio do crescimento, distúrbios do sono, dos ritmos circadianos e do sistema imunológico. Há evidências de que a depressão esteja associada à hiperativação do eixo hipotálamo - hipófise-adrenal, a qual sensibiliza o indivíduo aos eventos vitais: eventos negativos na infância acompanham-se de alterações persistentes nos sistemas de resposta ao estresse, comprometendo o fator de liberação da corticotropina e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a vulnerabilidade para transtornos afetivos e ansiosos na vida adulta.<sup>16</sup> Estima-se predisposição genética entre 31% e 42%, cuja hipótese é de envolvimento da transmissão múltipla de genes que afetam o transporte de monoaminas (serotonina, norepinefrina).

### ***Etiopatogenia da Depressão***

A depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade por doenças sistêmicas crônicas, especialmente em indivíduos acima de 50 anos. Essa associação duplica o prejuízo aos pacientes. Nesses casos, a depressão pode ser primária ou secundária à doença sistêmica. Ela pode causar doença física (por deficiência imunológica, pouca adesão ao tratamento antidepressivo, higiene e alimentação precárias) e por elevar o risco cardiovascular. Por outro lado, a depressão frequentemente é acompanhada por sintomas físicos inespecíficos.

A associação de fatores de ordem biológica, psicossocial e ambiental pode explicar a depressão como consequência de ritmos biológicos alterados por eventos estressores. Dentre os fatores biológicos estão as oscilações de hormônios e neurotransmissores, a vulnerabilidade genética e as doenças sistêmicas; os fatores psicossociais incluem perdas de parentes, de emprego, separações; determinados medicamentos (esteroides, barbitúricos, anti-hipertensivos, betabloqueadores, benzodiazepínicos, antipsicóticos, interferon, quimioterápicos, L-dopa e digoxina), uso de drogas, consumo de álcool em excesso, alterações do ritmo biológico, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância constituem os fatores ambientais

A disfunção sexual associada ao uso de antidepressivo varia em intensidade e não afeta todos os que recebem tratamento. Essa observação levou à investigação de possíveis variantes genéticas que possam influenciar o risco de disfunção sexual. Estudos iniciais analisaram receptores de serotonina, genes transportadores de serotonina, genes glutaminérgicos, genes do citocromo p450 e genes transportadores de efluxo de fármacos. Vários desses estudos são limitados, pelo tamanho da amostra, e justificam a replicação em populações maiores, para validação adicional.

Um estudo recente investigou variantes do gene ABCB1, que codifica um transportador de efluxo de drogas na barreira hematoencefálica, e postulou que as variantes com função diminuída (levando a uma maior concentração de antidepressivos no sistema nervoso central) podem aumentar o risco de disfunção sexual. Essa hipótese parece ser verdadeira para uma variante genética particular, rs1128503, que foi associada com disfunção sexual em indivíduos que receberam um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), que serviu como substrato transportador.

## ***Fatores de Risco para Disfunção Sexual***

A frequência de disfunção sexual é afetada por múltiplos fatores de risco que podem confundir a estimativa de prevalência em pacientes que usam antidepressivos. A incidência varia de acordo com as condições sociodemográficas, incluindo idade, educação, situação conjugal e de emprego. Os efeitos adversos sexuais da depressão são mais comuns em indivíduos mais velhos e naqueles com nível educacional mais baixo, enquanto taxas menores são exibidas por pacientes casados e empregados. Doenças crônicas (neurológicas, diabetes, dor crônica, câncer e cardiopatia isquêmica) comprometem a função sexual. Além disso, doenças sexualmente transmissíveis, consumo excessivo de álcool e uso de substâncias ilícitas podem alterar o neurocircuito do ciclo de resposta sexual e levar à disfunção sexual. Idade avançada é um fator de risco independente, tanto para a depressão quanto para a disfunção sexual. Desfigurações (mastectomia, queimaduras) podem afetar a autopercepção sexual. Medicamentos que não sejam ISRS — incluindo antipsicóticos, lítio, estabilizadores do humor, diuréticos poupadores de potássio e tiazídicos, betabloqueadores e antiulcerosos bloqueadores da histamina (H2) —, afetam diferentes estágios da resposta sexual, por vários mecanismos. O abuso sexual anterior ou atual e as relações sexuais indesejadas também desempenham papel relevante.

## *Depressão e Disfunção Sexual no Ciclo da Vida da Mulher*

O maior risco para episódios depressivos, em determinados períodos da vida da mulher, pode ser explicado pela menor concentração de estrógeno circulante nesses períodos, o que estimula os sistemas serotoninérgicos e adrenérgicos. Evidências sugerem que os hormônios ovarianos modulam a neurotransmissão de serotonina e noradrenalina, um processo que pode estar associado a processos fisiopatológicos subjacentes, envolvidos na deflagração de sintomas depressivos durante períodos de flutuação hormonal, em subpopulações biologicamente predispostas. Síndrome Pré-menstrual e Transtorno Disfórico Pré-menstrual Cerca de 75% das mulheres que menstruam apresentam algum sintoma físico, emocional e/ ou comportamental de síndrome pré-menstrual (SPM), que se resolve por mudança no estilo de vida e/ou terapias conservadoras. Somente 3% a 8% das mulheres são diagnosticadas com transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), no qual sintomas somáticos estão presentes, mas os psíquicos são mais relevantes.

A principal hipótese etiopatogênica é a vulnerabilidade e a desregulação do sistema serotoninérgico, devido às flutuações dos hormônios sexuais. Depressão Durante a Gravidez A história prévia é o principal fator de risco para depressão durante a gravidez. São fatores secundários: casos prévios de aborto, malformação fetal, natimortos, gravidez não planejada, histórico familiar de doença psiquiátrica, situada em diferentes estágios da resposta sexual, por vários mecanismos.

Situações estressantes, ausência de apoio familiar e social, violência doméstica e abuso de álcool e uso de drogas também afetam.

Pesquisas recentes relatam a presença de dois biomarcadores epigenéticos que poderiam ser um fator preditivo na identificação de maior risco para depressão, o que permitiria intervenção precoce.

A prescrição de psicotrópicos durante a gestação deve ser discutida antes da concepção. A retirada do medicamento pode ser considerada nos casos de depressão leve, onde as terapias interpessoal e cognitivo-comportamental podem contribuir.

Se a depressão é recorrente ou refratária, pode-se manter o antidepressivo, dando preferência àqueles com mais informação de segurança.<sup>49</sup> Há sites na internet que fornecem informações de segurança sobre o uso de drogas na gestação

O uso de antidepressivos durante a gestação apresenta os seguintes riscos: abortamento, teratogênese, toxicidade neonatal e sequelas tardias no comportamento da criança.

A gravidade do quadro depressivo da mãe e a exposição do bebê ao transtorno depressivo materno e/ou à medicação são critérios fundamentais para as decisões clínicas. Quanto ao funcionamento sexual da mulher durante a gravidez, uma metanálise mostrou que no primeiro trimestre o interesse sexual se apresenta inalterado ou levemente diminuído, tornando-se bastante variável no segundo trimestre e bem reduzido no último. Estudos recentes confirmam o prejuízo à função sexual na medida em que a gravidez evolui. Inibição do desejo, dificuldade de excitação, falta de lubrificação, anorgasmia, dor à relação e insatisfação com a atividade sexual são as queixas mais comuns, o que leva à diminuição da frequência sexual ao longo dos trimestres. Além disso, presença de depressão no primeiro trimestre é preditor negativo da função sexual, da excitação, da lubrificação, do orgasmo e da dispareunia. No terceiro trimestre, depressão é preditor negativo para desejo e satisfação.

### *Depressão no Puerpério*

São três os transtornos depressivos no puerpério: disforia puerperal (blues), depressão puerperal e psicose puerperal. Até 85% das mães de recém-nascidos manifestam algum grau de disforia puerperal (blues), identificada por instabilidade emocional, irritabilidade, choro fácil, insônia, ansiedade e sentimentos de inadequação. Tal sintomatologia surge, geralmente, nos primeiros dias após o parto e costuma desaparecer espontaneamente em até duas semanas, não exigindo tratamento específico. A persistência dos sintomas por mais de duas semanas sugere evolução para quadro depressivo mais grave (depressão pós-parto), o qual ocorre entre 13% e 19% das puérperas, caracterizado por sintomatologia depressiva padrão, acompanhada de agressividade contra o bebê. Tem início insidioso e manifesta-se, geralmente, nas primeiras seis semanas após o parto, podendo ocorrer, também, meses depois do nascimento. O período mais crítico são os primeiros três meses, sendo necessário acompanhamento psiquiátrico. A recorrência pode atingir 50%,60 sendo necessários cuidados psiquiátricos precoces à mulher que planeja engravidar novamente. A psicose puerperal acomete entre 0,1% e 0,2% das puérperas. Trata-se de um quadro grave, de início súbito (1 a 4 semanas após o parto), com irritabilidade, inquietação e distúrbios do sono. Evolui para quadro psicótico, caracterizado por humor depressivo ou eufórico, labilidade emocional, comportamento confuso e desorganizado, delírios e alucinações. Eclâmpsia, encefalites, tireoideopatias, tromboflebite cerebral, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia devem ser descartados.

### *Causas desse quadro.*

A falta de tratamento adequado (incluindo internação hospitalar), põe em risco mãe e bebê. Quanto à função sexual no ciclo gravídico-puerperal, um estudo que acompanhou mulheres durante doze semanas após o parto, encontrou que depressão, fadiga, dispareunia e amamentação exercem impacto negativo sobre a função sexual da mulher.

Outro estudo, com seguimento de 12 meses, mostrou que 64,3% das mulheres referem disfunções sexuais e 70,5%, insatisfação sexual, estando a depressão pós-parto significativamente associada à presença de disfunção sexual.

A retomada da atividade sexual no puerpério ocorre mais tarde em mulheres com depressão.

Uma pesquisa que comparou mulheres puérperas com e sem depressão demonstrou que, embora a prevalência de desejo hipoaetivo seja similar em ambos os grupos, os índices de outras disfunções sexuais (inibição da excitação, dificuldade para o orgasmo e dor à relação) são maiores no grupo de mulheres com depressão.

### ***Depressão no Climatério e na Menopausa***

No climatério, as mulheres podem experimentar ondas de calor (fogachos), insônia, alterações de humor, ansiedade, suores noturnos, secura vaginal e queixas cognitivas. Apesar desses sintomas não apresentarem risco maior, impactam negativamente a qualidade de vida das mulheres.

Os sintomas da falta de excitação sexual, tal como a dificuldade de lubrificação, ocorrem em 10% a 15% das mulheres pré-menopausadas, comparadas com 25% a 30% das mulheres pós-menopausadas. Dificuldade para o orgasmo é referida por 20% de todos os grupos etários, não obstante tenda a diminuir com a idade. A dispareunia atinge 12% a 45% das mulheres após a menopausa. Na menopausa e na pós-menopausa, as causas das disfunções sexuais podem também ser psíquicas (conflitos pessoais, depressão e ansiedade, por exemplo). As doenças que frequentemente causam disfunções sexuais são aquelas que comprometem vasos e nervos, dificultando a irrigação sanguínea dos genitais, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e dislipidemias. Esse quadro prejudica a excitação por comprometer a lubrificação vaginal e o intumescimento dos genitais. Prejudicada a excitação, o orgasmo pode não ocorrer e pode haver dor durante o ato sexual.

### *Depressão Tratada, Não Tratada e Disfunção Sexual*

As dificuldades sexuais são extremamente comuns entre indivíduos com depressão não tratada. Estudo recente observou prevalência de 86% entre os pacientes deprimidos que não recebem tratamento antidepressivo versus 73% entre aqueles que usam medicamentos. Tais achados sugerem que o tratamento adequado da doença pode promover melhor funcionamento sexual

A frequência de disfunção sexual associada a antidepressivos difere em certa medida com base no respectivo mecanismo. Um grande estudo prospectivo acompanhou mais de 1.000 pacientes, indicando que entre as classes de antidepressivos, os ISRSs e os inibidores da recaptação da serotonina e norepinefrina (IRSNs) evidenciaram maior incidência de disfunção sexual, o que variou entre 57% e 72%. O mesmo estudo sugeriu que o uso de outras classes de antidepressivos resulta em menor incidência de efeitos adversos sexuais: com bloqueadores 5-HT<sub>2</sub>, a incidência variou entre 8% e 24%, enquanto que com inibidores da monoamino oxidase (IMAOs) a taxa aproximou-se de 4%.<sup>32</sup> Uma metanálise apontou que citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina e venlafaxina apresentam maior probabilidade de induzir disfunção sexual (com prevalência entre 70% e 80%); fluvoxamina, escitalopram, duloxetina, fenzelina e imipramina estão associados a menores índices de incidência (25%-45%), mas superiores à do placebo; finalmente, amineptina, agomelatina, bupropiona, mirtazapina, moclobemida e nefazodona tiveram as menores taxas (5%-25%).

É relevante avaliar a disfunção sexual no tratamento da depressão, porque há uma relação bem estabelecida entre funcionamento sexual e qualidade de vida; além

disso, o funcionamento sexual é valorizado pelos indivíduos, independentemente de seu estado de humor. Em segundo lugar, em pacientes deprimidos, disfunção sexual pode ser uma fonte adicional de angústia, prolongando ou agravando a doença. E em terceiro, disfunção sexual associada a antidepressivo pode levar à não adesão ao tratamento, incluindo a descontinuação da medicação, o que prejudica a recuperação da depressão.

Limitam a atenção à função sexual da paciente em tratamento antidepressivo: a hesitação dela para relatar espontaneamente a ocorrência deste evento adverso, a concepção errônea dos médicos de que a depressão é a única causa da disfunção sexual e o pouco conhecimento do manejo dos sintomas. Outro obstáculo à avaliação da disfunção sexual em pacientes deprimidas é a expectativa dos médicos de que as pacientes relatem espontaneamente a disfunção. No estudo ELIXIR, os participantes que foram questionados diretamente sobre disfunção sexual apresentaram duas vezes mais probabilidade de relatar problemas (69%) em comparação com relatos espontâneos (35%).<sup>5</sup> No tratamento a curto prazo da depressão, a disfunção sexual pode não ser tão significativa, pois o foco das pacientes está em outros efeitos adversos agudos e na expectativa de melhora da depressão. No tratamento a longo prazo, a tolerância aos efeitos adversos sexuais diminui e se torna prioridade das pacientes.

## ***Manejo da Disfunção Sexual Induzida por Antidepressivo***

Diminuição do desejo sexual relacionada ao tratamento com antidepressivos atinge até 70% dos pacientes, resultando em abandono do medicamento, já a partir do primeiro mês. A disfunção sexual feminina induzida por antidepressivos tem como fatores de risco: idade menor que 50 anos (raça e gênero não influem); doses maiores (tempo de uso não influi); estar casada (influência da depressão no relacionamento); nível educacional baixo (menos que ensino médio); situação empregatícia instável; presença de comorbidades; uso concomitante de outras medicações; tabagismo; história de insatisfação sexual ou de disfunção prévia ao uso de antidepressivo. Embora os estudos que examinam o tratamento farmacológico da disfunção sexual induzida por antidepressivos sejam limitados, foram propostas várias abordagens. Algumas estratégias incluem a escolha de um antidepressivo com baixa incidência de disfunção sexual (bupropiona, mirtazapina, vortioxetina), redução da dose, aguardar por remissão espontânea (adaptação/tolerância), suspensão temporária (finais de semana) dos medicamentos, substituição do antidepressivo e adição de um “antídoto”. A paciente deve ser alertada que recuperar-se da depressão é prioridade maior que preservar a função sexual. Uma vez restabelecido o humor, o desempenho sexual melhora, mesmo na vigência do uso de antidepressivo. Só com a depressão superada pode-se avaliar o real comprometimento sexual. Por outro lado, se o antidepressivo utilizado não for adequado ao caso ou for interrompido precocemente, aumentam as chances de recaída da depressão e, com isso, o prejuízo à função sexual. Carmita Abdo Febrago 2017

## **ORGASMO**

A anorgasmia é a dificuldade persistente ou recorrente de atingir o orgasmo após estimulação sexual suficiente, o que causa angústia pessoal (McMahon, Althof et al. 2008). Pode ainda ser caracterizada como dificuldade ou atraso para atingir o orgasmo (McMahon, Althof et al. 2008). Não se considera, porém, anorgasmia caso o indivíduo seja capaz de obter o orgasmo através da masturbação. A anorgasmia pode ser classificada como primária e secundária. A primária é a impossibilidade de obter orgasmo desde a primeira relação sexual e pode perdurar por toda vida. Já a anorgasmia secundária é quando ocorre após um período de relações sexuais com presença de orgasmo. Vale ressaltar que a mulher tem múltiplas motivações para engajar em uma relação sexual. Além do prazer, a relação sexual lhe proporciona maior intimidade com seu parceiro e motiva para um novo contato sexual (Basson 2015). Assim, atingir o orgasmo não é, por si só, um marcador de satisfação sexual para mulher (Galecki, Depko et al. 2012), entretanto, aquelas que nunca conseguem ter orgasmo ou que perderam a capacidade orgástica podem perder a motivação para o sexo.

Yara Maria Villar de Carvalho e Beatriz Maria Villar de Carvalho Febrasgo 2017

### *Prevalência da disfunção do orgasmo*

A disfunção do orgasmo constitui a segunda maior queixa sexual reportada pelo sexo feminino (SALMANI, 2015), com uma prevalência que varia amplamente nas diferentes populações. Em um estudo com mulheres asiáticas, 16,6% delas tinham disfunção do orgasmo (Ishak, Low et al. 2010), em outro estudo com mulheres australianas, 39% apresentavam esta queixa (Ponholzer, Roehlich et al. 2005), e um estudo populacional brasileiro evidenciou anorgasmia em 21% das mulheres (Abdo, Oliveira et al. 2004). Amidu e colaboradores estudou uma amostra de 179 casais africanos e encontrou uma prevalência de anorgasmia de 74,9% (Amidu, Owiredu et al. 2010). IsHak et al (2010) realizou um estudo comparativo entre diversas etnias e constatou que mulheres asiáticas possuem as maiores taxas de queixas sexuais e de anorgasmia. Apesar das discordâncias numéricas em relação ao percentual de disfunções sexuais em mulheres nas diferentes populações, é consenso que esse tipo de alteração é mais comum nas mulheres e tende a ser diretamente proporcional a idade.

Causas	Técnica
Anorgasmia primária	Treinamento masturbatório, exercícios de Kegel e manobra de ponte, coito não exigente, treino assertivo e técnicas que incrementam a excitação sexual
Desconhecimento da anatomia, mitos e crendices.	Informar sobre áreas erógenas, importância do clitóris para o orgasmo, desmistificar orgasmo sincrônico com a parceria, orgasmos múltiplos e expectativas errôneas em relação a sensação do orgasmo (ver estrelas, ejaculação, expulsão de líquidos em jatos, etc).
Problemas psíquicos e emocionais.	Referenciar para psicoterapia
Medicamentos	Encaminhar ao especialista para avaliar substituição de medicamentos
Patologias genitais (infecções, distopias, ressecamento vaginal, fibroses) e sistêmicas (endocrinopatias, doença cardiovascular)	Tratar patologias genitais, terapia hormonal quando necessário, e encaminhar ao especialista para ajustes metabólicos, controle da hipertensão arterial, entre outros.
Problemas relacionais (dificuldade de entrega, mágoa, etc)	Psicoterapia para trabalhar problemas diádicos e, posteriormente, técnicas como foco sensorio 1 e 2, coito não exigente, reforçar a importância da entrega e uso de fantasias sexuais, treinamento assertivo.
Ansiedade por medo do fracasso	Técnicas de relaxamento, coito não exigente, foco sensorio 1 e 2, e pode ser necessário prescrever ansiolítico (Buspirona)
Falta de privacidade	Pontuar a importância da privacidade e de destinar tempo para a relação sexual
Violência sexual: abuso sexual, relação sexual não consentida (estupro)	Referenciar para psicoterapia ou terapeuta sexual

Obs: todas as estratégias necessitam da associação da masturbação seja pela própria mulher (individual ou compartilhada) ou pelo parceiro. Em todos os casos pode-se sugerir o uso de vibradores.

**Figura 1:** Técnicas para a abordagem da anorgasmia feminina

***Tratamento da disfunção do orgasmo Segundo Kaplan (1977)***, a melhor abordagem para o tratamento da anorgasmia é otimizar a estimulação sexual e, ao mesmo tempo, minimizar os fatores de inibição, reduzindo os níveis de ansiedade. Em 1979, Kaplan já distinguiu o tratamento da anorgasmia em duas vertentes: a primeira para aquelas mulheres totalmente anorgásmicas e a segunda, para as que atingem o orgasmo apenas durante a masturbação, não conseguindo êxito no coito. Embora o tratamento da anorgasmia possa envolver o uso de algumas técnicas que demandam profissionais com treinamento diferenciado, o profissional pode oferecer uma abordagem mínima diante de um diagnóstico de anorgasmia feminina que envolve medidas gerais e específicas. Vale salientar que a terapêutica é individualizada, isto é, de acordo com o caso de cada indivíduo particularmente. A mulher pode apresentar anorgasmia durante o coito, mas, se ela pratica o autoerotismo (masturbação), ela pode atingir o orgasmo. Sendo assim, incentivar o autoerotismo é fundamental para que a mulher aprenda a ter orgasmo. Porém, é preciso também lembrar que esta técnica é proscrita por determinadas religiões e pode haver repulsa da mulher em relação a esta prática por razões individuais que devem ser esclarecidas e trabalhadas. Assim, é fundamental saber a causa da anorgasmia para a aplicação de protocolo específico.

## **ANORGASMIA**

Na anorgasmia primária, as principais técnicas são treinamento masturbatório, exercícios de Kegel e manobra de ponte. Outras técnicas que podem ser utilizadas são coito não exigente, treino assertivo e técnicas que incrementam a excitação sexual. Já na anorgasmia no coito, as principais técnicas são coito não exigente e Kegel, podendo também lançar mão de técnicas que incrementam a excitação sexual (CAVALCANTI, 2012).

Exercícios de Kegel Os exercícios de Kegel (Clinic 2017) são de 4 tipos:

- **Contração:** realiza-lo quando estiver urinando. A mulher deve estar sentada no vaso sanitário com as pernas abertas e realizar duas a três manobras de interrupção do fluxo urinário.
- **Exercícios de palpitação ou tremulação:** a mulher deve contrair e relaxar os músculos do períneo o mais rapidamente possível. Está indicado para aumentar a consciência do autocontrole perineal e o indivíduo reconhecer as contrações orgásmicas.
- **Exercício de sucção:** inspirar fundo e contrair a musculatura perineal como se estivesse aspirando de fora para dentro, sem movimentar os músculos abdominais. Sustentar 10 segundos a contração seguida de 10 segundos de repouso. Iniciar com 4 a 5 exercícios /dia até atingir 10 exercícios/dia, 3 vezes ao dia.

. • Exercício de expulsão: deve ser realizado de forma oposta ao anterior. A paciente deve tentar empurrar algo para fora da vagina, enquanto respira regularmente. Iniciar com 10 exercícios Iniciar com 4 a 5 exercícios /dia até atingir 10 exercícios/dia, 3 vezes ao dia. Treinamento masturbatório Inicia-se com o toque da mulher em todo o corpo com o objetivo de identificar as áreas erógenas. Depois o contato visual da genitália com a ajuda de um espelho, seguida da exploração manual da genitália e massagem do clitóris. Recomenda-se, para isto, o uso de lubrificantes para evitar desconforto e estimular o emprego de fantasias sexuais neste momento para potencializar a excitação (Cavalcanti 2012).

Manobra de ponte Indicada para mulheres que já sabem atingir o orgasmo através da manipulação clitoridiana, mas não com o pênis introduzido na vagina. Essa manobra sugere uma posição em que se permita tanto a penetração quanto a estimulação do clitóris. Inicia-se com a autoerotização clitoriana.

... no momento do orgasmo, introduz-se o pênis na vagina. A estimulação manual do clitóris vai sendo interrompida e a penetração é mantida, sendo aquela interrompida cada vez mais cedo. Deve-se manter esta técnica até o ponto em que o orgasmo ocorra sem a manipulação manual do clitóris e somente com a penetração e os movimentos de vaivém (Cavalcanti 2012). Coito não exigente Essa manobra consiste em solicitar que o casal realize carícias até que o homem consiga uma boa ereção e a mulher lubrifique a vagina (naturalmente ou através de lubrificante artificial). O homem deve ficar em decúbito dorsal e a mulher em posição superior. Introduz-se, então, o pênis na vagina, porém sem realizar movimentos pélvicos, cabendo à mulher a conscientização do pênis dentro da vagina, associando ao exercício de contração de Kegel (Cavalcanti 2012).

### Treinamento assertivo

Consiste em fazer com que o relacionamento interpessoal se torne mais adequado. Antes de realizar a técnica, é importante que o terapeuta informe sobre o que é a assertividade e como atingi-la (Alberti and Emmons 1983). Assertividade é quando um indivíduo, sem agressão ou passividade, se dirige tranquilamente para o outro, defendendo os seus direitos. É realizado em três etapas: • 1ª etapa: utilizar questionário de assertividade, respondido pelo casal ou separadamente • 2ª etapa: pede-se ao cliente que faça anotações diárias, por semana, quando agiu assertivamente ou não, como se comportou e a sensação após o ato. É importante que contenha a “data”, “situação”, “como reagi”, “como me senti”, “o que gostaria de ter feito”. • 3ª etapa: em conjunto com o terapeuta, o paciente fará treinamento assertivo, com aumento progressivo do grau de dificuldade.

Dessensibilização Sistemática Tal abordagem contrapõe a ansiedade ao relaxamento muscular. Com essa técnica, o paciente pode aprender a enfrentar situações particularmente ameaçadoras e ser condicionado a enfrenta-las com naturalidade (Mannocci et al, 1995). Deve-se evocar cenas imaginárias, que produzem níveis de ansiedade semelhantes a situações reais e, posteriormente, transferir os resultados obtidos para situações reais. É realizada em três fases: relaxamento muscular, estabelecimento de uma hierarquia de situações ansiogênicas e apresentação progressiva dos itens que compõem a hierarquia (Cavalcanti, 2012) Foco sensorio 1 Os sentidos são importantes para a sensualidade e sexualidade, tendo em vista que as sensações auditivas, olfativas, visuais e táteis promovem aprimoramento no ato sexual.

Levando em consideração tal informação, a técnica no foco sensório 1 tem como base a estimulação dos sentidos para promover, a partir do encontro erótico, um momento de autodescoberta e descoberta do outro, sem obrigação de desempenho sexual pré-estabelecido. Nessa técnica, proíbe-se o coito, afastando-se a ansiedade do desempenho e a compulsão pela genitalidade (Cavalcanti, 2012). Foco sensório 2 Na técnica do foco sensório 2 amplia-se a experiência erótica, pois mantém-se a estimulação sensorial, permitindo-se carícias genitais, ainda sem o coito. O objetivo do toque genital não é necessariamente o orgasmo, que pode ser uma eventualidade, mas sim o despertar do prazer sensório (Cavalcanti, 2012). Técnicas que incrementam a excitação sexual Para que se incremente a excitação sexual é necessário que a paciente conheça seu corpo.



# IMERSÃO

# *Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

**“O homem sobrevive a terremotos, epidemias, os horrores das doenças, e todas as torturas da alma, mas a tragédia mais atormentadora de todos os tempos tem sido, é e será a tragédia da cama” – célebre frase do escritor russo Liev (Leon, em português) Tolstói (1828-1910)**

## Abdo (2006)

**47,9% dos homens com idade entre 18 e 39 anos apresentaram sintomas de disfunção erétil.**

## DOENÇAS DO HOMEM

PEYRONI

DISFUNÇÃO ERÉTIL

EJACULAÇÃO

Deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM)

### Disfunções sexuais masculinas

49% desejam ajuda

12% conseguiram ajuda

DE tem alta prevalência : 150 milhões / mundo  
322 milhões / 2025

DE é prevalente e prejudica a qualidade de vida do homem e de suas parcerias. A estratégia de diagnóstico é importante que todo profissional de saúde esteja apto.

Evidências demonstram que DE pode ser manifestação precoce de doença coronariana  
Prof. Dr. Fernando Nestor Facio Jr.

## DISFUNÇÃO ERÉTIL

Aprox. 12 milhões de brasileiros  
Prevalência 45,1% (Abdo et al., 2006)

Consequências : 1- Desajustes familiares 2- Distúrbios emocionais  
3- Prejuízo no desempenho profissional 4- Piora da qualidade de  
vida

Prof. Dr. Fernando Nestor Facio Jr.

## DISFUNÇÃO ERÉTIL DROGAS QUE AFETAM

HIPERTENSIVOS  
TRANQUILIZANTES ANTIPSICÓTICOS  
ANTIDEPRESSIVOS

FUMO

DROGAS CRACK COCAINA

ALCOOL

Prof. Dr. Fernando Nestor Facio Jr.

## 2ª REVOLUÇÃO SEXUAL

### VIAGRA 1998

Estima-se : que nove comprimidos de Sildenafil são usados a cada segundo - o que corresponde a quase 300 milhões por ano.

Ernani Luis Rhoden

## DAEM

Deficiência androgênica do envelhecimento masculino

No que concerne à população brasileira, esse fenômeno é igualmente surpreendente, estimando-se que no ano de 2045 o número de pessoas com mais de 65 anos ultrapasse o número de crianças.

DAEM é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas persistentes de hipogonadismo, associados a níveis de testosterona consistentemente subnormais, e que **apresenta íntima relação com o envelhecimento masculino**, uma vez que se manifesta em homens com passado de desenvolvimento puberal normal.

O cenário clínico resultante é heterogêneo, por vezes vago e insidioso, e muitas vezes não se traduz no principal motivo da consulta médica. Os pacientes podem apresentar graus variados de **diminuição de libido, disfunção erétil, sarcopenia e perda de massa óssea, pensamentos depressivos, fadiga e diminuição da capacidade laboral, diminuição dos pelos corporais, fogachos e infertilidade** (Tabela 1). A probabilidade da presença e a intensidade desses sintomas é diretamente proporcional à idade do paciente e inversamente aos seus níveis séricos de testosterona.

## Síndrome clínica de DAEM

- Reconhecimento simples da diminuição do desejo sexual e qualidade da função erétil, particularmente das ereções noturnas.
- Alterações do humor com diminuição concomitante da atividade intelectual.
- Desorientação espacial.
- Fadiga, depressão e irritabilidade.
- Distúrbios do sono.
- Diminuição da massa magra com diminuição associada no volume e força muscular.
- Aumento da gordura corporal.
- Diminuição dos pelos corporais e alterações da pele.
- Diminuição da densidade mineral óssea, osteopenia e osteoporose.

## DISFUNÇÃO ERÉTIL:

O mais importante estudo epidemiológico foi realizado em Massachusetts, nos Estados Unidos, e integra o “Massachusetts Male Aging Study” (MMAS). O estudo foi realizado com 1290 homens com idade entre 40 e 70 anos e identificou uma prevalência de **52% de disfunção erétil**

No Brasil, Moreira et al. realizaram um estudo epidemiológico envolvendo 1286 homens, com idade entre 40 a 70 anos, que demonstrou uma **prevalência de 48,8%**.

O fato de a disfunção erétil ser mais prevalente do que se estima e de que o número de pacientes em busca de tratamento é menor, são questões já bem aceitas. Sabe-se também que as razões variam desde a complexidade da sexualidade, **os tabus, as restrições culturais, a ignorância em relação aos tratamentos eficazes, até a aceitação da situação como uma sequência normal no envelhecimento.**

## EJACULAÇÃO PRECOCE

30% dos homens

Média: 8,5 minutos TEMPO PARA EJACULAR

### **FATOR PSICOLÓGICO:**

Primeira relação sexual apressada e/ou precoce

Ansiedade de performance

Baixa auto estima

Associação com doenças: desordens de pânico, fobia social, alexitimia (indivíduo é incapaz de identificar e descrever suas emoções)

Homem solteiro: evita atividade sexual totalmente, foco em outra atividade, ideação suicida.

Homem casado: 52% contra 21% das parceiras não atingem orgasmo, separação

## **EJACULAÇÃO PRECOCE E DISFUNÇÃO ERÉTIL**

Dos pacientes que apresentam disfunção erétil, 30 a 50% apresentam ejaculação precoce.

Em algumas circunstâncias, ejaculação precoce e disfunção erétil formam um ciclo vicioso, em que um homem tentando controlar sua ejaculação, instintivamente reduz seu nível de excitação (que pode levar à perda de ereção), ou este mesmo homem tentando ficar mais excitado para uma melhor ereção, pode apresentar ejaculação rápida.

## DOENÇA DE PEYRONI

É uma degeneração estrutural, adquirida, fibrótica e multifocal da túnica albugínea do pênis.

Fibrose e formação de placas, inclusive com calcificações, podem resultar em deformidade, encurtamento e tortuosidade peniana, evidentes principalmente durante a ereção.

Pode haver também dificuldade na penetração vaginal e insatisfação no intercuro sexual, sendo, portanto, uma causa de disfunção sexual.

O diagnóstico baseia-se no relato de ereções dolorosas, na curvatura peniana e na palpação de nódulos no pênis. Estima-se que essa afecção acometa **0,39 a 3,9% dos homens**, podendo chegar a 16% da população masculina adulta, sendo mais frequente na faixa dos 40 aos 70 anos de idade.

Curvatura peniana pode ser congênita ou adquirida.

Em 1743 o médico francês François Gigot de La Peyronie foi o primeiro a descrever e oferecer tratamento para endurecimento de placas do pênis, que posteriormente tornou-se conhecido como Doença de Peyronie.

### **CAUSAS**

Coito • Ereção noturna • Trauma direto



# IMERSÃO

# *Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

## **DESEJOS DIGITAIS** Richard Miskolci

NÃO VAMOS FALAR DE AMOR OU SEXO, DESEJO POR  
RECONHECIMENTO.

Homens que buscam sexo com outros homens

São seletivos, há naquele gesto uma possibilidade infinita de  
escolha, um aparente controle do dispositivo libidinal.

Em frente a tela do celular, as consultas podem ser demoradas e até mesmo divertidas, além de parecerem seguras.

As buscas mediadas por app moveis para fins sexuais e ou amorosos mudaram a paisagem sentimental contemporânea.

Ser publicamente heterossexual ainda é uma espécie de imperativo, e enfrentar esse regime regulatório da visibilidade dos desejos e afetos pode ter custos sociais altos.

Assim a internet se mostra um lugar onde se pode estar a salvo.

Regular a exposição física no intuito de evitar violências de diversas ordens é uma possibilidade muito recente e que pauta outros roteiros para a paquera.

Estar no app é estar fora do meio, é experimentar uma espécie de agência, de capacidade de escolha, que os coloca intencionalmente distantes da cena gay.

O fantasma da AIDS deu lugar à homofobia. Publicamente não se teme mais o “doente” perigoso, mas aqueles que parecem portar ameaças morais a estilos de vida anunciados como corretos.

Houve avanços, mas as recusas e a violência persistem.

Passamos a viver a privatização do desejo homossexual, o *match* substituiu o flerte, individualizando e higienizando os contatos.

O regime sexual que coloca a heterossexualidade não só, desejável, como compulsória, tende a efetiva-los como eternos buscadores. A busca online é feita em uma lógica de custo benefício estrita. Beneficiar-se da heterossexualidade (presumida ou afirmada nas relações cotidianas), é para muitos um bem simbólico que só pode ser arriscado caso o parceiro em potencial apresente ganhos ao outro.

O que estamos fazendo da tecnologia e como isso está nos transformando

Nunca é simples falar da vida emocional.

No amor, é preciso ter cautela. Arriscar-se pode ser excitante, e as paqueras mediadas pareciam unir o melhor dos dois mundos: ter o gozo da aposta sem a frustração da perda.

Final dos anos 90 - Ciberespaço

Mito do Ciberespaço – a comunicação mediada não é um espaço, é uma ferramenta adicional que as pessoas usam para se conectar, uma ferramenta que só pode ser entendida como profundamente embebida e influenciada pelas realidades diárias da vida corporificada.

Advento da Internet 2.0 – expansão da banda larga

Busca por parceiros amorosos por meio de plataformas comunicacionais online, o advento das câmeras e da vídeo conferência frustraram expectativas de contatos descorporificados ou flertes desprovidos do sex appeal dos interlocutores.

As paqueras textuais nas salas de bate-papo progressivamente se associaram ao uso de sites de anúncios de busca de parceiros, a troca de imagens entre os interessados por email e *messengers*, até chegar a vídeo conferência e a invenção dos smartphones e tablets, chegamos a era da conectividade perpétua, vivemos uma era digital.

### Digital:

Não é uma definição técnica, mas uma caracterização de nosso mundo como marcado pela conexão por meio de tecnologias comunicacionais contemporâneas que se definem cotidianamente como digitais e que envolvem o suporte material de equipamentos como note, tablet, smartphones, bem como diferentes tipos de acesso de rede, conteúdos compartilháveis e por fim plataformas de conectividade.



# IMERSÃO *Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

## INFERTILIDADE CONJUGAL

A infertilidade conjugal pode ser definida como a incapacidade de um casal obter uma gestação após um ano de relações sexuais frequentes, desprotegidas e bem distribuídas ao longo do ciclo menstrual

Pode ser primária quando há dificuldade na obtenção do primeiro filho e secundária quando há dificuldade em obter uma nova gravidez.

15 a 20% dos casais

30% das causas de infertilidade são decorrentes de fatores femininos;

30% são decorrentes de fatores masculinos e 40% são provenientes de fatores mistos.

Assim, cada cônjuge contribui com 50% do fator de infertilidade.

O casal deve ser abordado em conjunto, como uma unidade funcional; somente assim, investigações e manipulações desnecessárias serão evitadas, conferindo economia, rapidez e menos sofrimento ao casal.

## FATOR MASCULINO

A avaliação do homem infértil baseia-se na anamnese, no exame físico e nos exames subsidiários, sendo o mais importante, sem sombra de dúvida, o espermograma.

A anamnese deve incluir questões como antecedentes familiares relevantes, paternidade pregressa, duração da infertilidade, frequência de relações sexuais, antecedentes pessoais, fatores ocupacionais, uso de medicamentos, uso de drogas, uso de anabolizantes, estilos de vida.

Paternidade pregressa. O fato de o homem já ter filho(s) de relacionamento anterior é um fator de bom prognóstico, porém não o isenta de investigação complementar.

Duração da infertilidade. Em geral, quanto maior for o tempo de infertilidade, maior será a gravidade da situação, podendo ser decorrente de fator masculino, feminino ou de ambos.

Estilos de vida:

Hábitos ou vícios que fazem parte do estilo de vida e que podem representar fatores de agravo à fertilidade.

São eles:

- tabagismo • maconha, cocaína • álcool • anabolizantes • obesidade

## FATOR FEMININO

Assim como no homem, a investigação da mulher infértil compreende as mesmas etapas de anamnese, exame físico e exames complementares.

A anamnese deve incluir questões como antecedentes familiares, antecedentes pessoais como doenças com possível repercussão na fertilidade, cirurgias pregressas, uso de medicamentos, drogas, estilos de vida, antecedentes ginecológicos como menarca, periodicidade e duração do fluxo menstrual, métodos prévios de contracepção, presença de dismenorreia e/ou dispareunia e antecedentes obstétricos

## SENTIMENTOS DA MULHER

Sentimentos negativos (desvalor!) Culturalmente é delas o ato de conceber e criar filhos, reforçando sua culpa e afastando muitos homens do comprometimento e de serem co-responsáveis pelo fracasso mulheres inférteis referem pior ajuste marital e na qualidade de vida por anos

## CAUSAS DA INFERTILIDADE FEMININA

Diferentemente do homem, as causas de infertilidade feminina podem ser didaticamente divididas em: 30% por fator ovulatório, 30% por fator tubário, 30% por endometriose (que também pode levar a fator tubário) e 10% por outras causas como genéticas, malformações mullerianas e idiopáticas.

Endometriose

É importante causa de infertilidade e dor pélvica.

Avaliação da reserva ovariana Importância da avaliação da reserva ovariana A avaliação da reserva ovariana tem como objetivos: 1. Diagnóstico da infertilidade 2. Avaliação do potencial fértil da mulher 3. Avaliação prognóstica de sucesso nos diversos tratamentos assistidos.<sup>67,68</sup> 4. Escolha do melhor protocolo de estimulação ovariana nos processos assistidos

## SENTIMENTOS DO HOMEM

Quando férteis: suporte e apoio quando inférteis, sentem-se ameaçados: virilidade, potência

Pênis: símbolo da força, poder e fecundidade  
constrangimento, ansiedade, depressão, culpa, cobrança e pressão por performance alteração

No espermograma: piora da autoestima

## **FATORES IMPORTANTES A CONSIDERAR**

DECISÃO DE TER FILHOS  
FORTALECIMENTO DO VÍNCULO DO CASAL  
AUMENTO DA FREQUÊNCIA SEXUAL  
DESEJO DE ENGRAVIDAR NA 1ª TENTATIVA, POR VIAS  
NATURAIS

DESEJO X PAPEL SOCIAL – pressão

## É UMA CRISE QUE AFETA O CASAL

1/3 SE SEPARA

ACOMETE 30% CASAIS E AUMENTA COM A IDADE

DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE: CHOQUE, RAIVA,  
HUMILHAÇÃO, MEDO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, DESESPERO  
SOFRIMENTO PESSOAL E INSATISFAÇÃO SEXUAL

PERCEBE-SE DIFERENTE DOS FAMILIARES E AMIGOS (50%  
NÃO CONTA)

QUE SIGNIFICADOS OS CÔNJUGES, JUNTOS OU SEPARADAMENTE, ATRIBUEM A SEUS PROJETOS DE VIDA DIANTE DA (IM)POSSIBILIDADE DE TER UM FILHO?

**Filho como projeto de vida**

# Tratamento

TRATAMENTOS DOLOROSOS

ESTÍMULO HORMONAL: RETENÇÃO DE LÍQUIDO, GANHO DE PESO, ALTERAÇÃO DE HUMOR E DA IMAGEM CORPORAL, DIMINUIÇÃO DA AUTOESTIMA, COMPROMETIMENTO DA RESPOSTA SEXUAL (LUBRIFICAÇÃO!)

HOMENS SENTEM-SE EXCLUÍDOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E APRESENTAM DIFICULDADES COM PERÍODOS DE ABSTINÊNCIA SEXUAL E COITO PROGRAMADO

## FRUSTRAÇÕES

MENSTRUÇÃO: MARCADOR MENSAL DO FRACASSO

TRATAMENTO: EXPERIÊNCIA SOFRIDA

PERCURSO DE INÍCIO SEM PERSPECTIVA CONCRETA DE FINAL

ADOÇÃO: ASSUMIR PUBLICAMENTE SUA IMPOTÊNCIA

## CASAL

FORTALECIMENTO E AMADURECIMENTO X DESGASTE RELACIONAL  
MEMÓRIAS DOLORIDAS: O PIOR MOMENTO DA VIDA BLOQUEIO DE LEMBRANÇAS

A REPETIÇÃO DE TRATAMENTOS AUMENTA O SOFRIMENTO DO CASAL  
FORTE INVESTIMENTO: EMOCIONAL, TEMPO, DINHEIRO, DISCIPLINA,  
PERSISTÊNCIA, EXPECTATIVA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO

TRANSTORNOS EMOCIONAIS INDIVIDUAIS E/OU CONJUGAIS CAUSAM E AGRAVAM  
CONFLITO

## SEXUALIDADE

AVALIAR: ANTES DO DESEJO DE GESTAR X DEPOIS  
ATENÇÃO A DISFUNÇÕES TRANSITÓRIAS SEXO SE TORNA UM ATO MECÂNICO, DISSOCIADO DO  
PRAZER CONFLITOS PRÉVIOS? “AQUELE CASAL NÃO TRANSA”

QUESTIONAMENTOS: UTILIDADE DO SEXO

SEXUALIDADE EM STAND-BY

OSCILAÇÃO NA FREQUÊNCIA SEXUAL

SENSAÇÃO DE INVASÃO / EXPOSIÇÃO DE SUA VIDA SEXUAL

ASSOCIAÇÃO COM QUESTÕES PSI IMPORTANTES

TER RELAÇÕES SEXUAIS = CONFRONTO DIRETO COM SEU PROBLEMA DE INFERTILIDADE

EVITAÇÃO ALGUNS CASAIS APROXIMAM-SE EMOCIONALMENTE, COM MELHORA NA  
CUMPLICIDADE, COMUNICAÇÃO, LEALDADE E INTIMIDADE

## DISFUNÇÕES SEXUAIS

CASAS COM QUEIXA DE INFERTILIDADE E DISFUNÇÕES SEXUAIS PREFEREM QUE LHAS SEJA ATRIBUÍDA A DESIGNAÇÃO DA 2ª (ACEITÁVEL SOCIALMENTE) PODEM SER CAUSA E/OU CONSEQUÊNCIA DA INFERTILIDADE MULHERES INFÉRTEIS TÊM MAIS DISFUNÇÕES SEXUAIS DO QUE SEUS PARCEIROS

**Terapia sexual e psicoterapia** durante o tratamento de infertilidade aumentam as chances de sucesso de gravidez. Intimidade e sexualidade são partes importantes do relacionamento.

Lembrar que o sexo não tem função apenas reprodutiva, mas também melhora o vínculo, proporciona prazer, divertimento e bem-estar.

Atenção: disfunções sexuais transitórias podem se tornar permanentes se não tratadas



# IMERSÃO

# *Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

## O CONSUMO ERÓTICO

# PPKARE É O NOVO SKINCARE

Depois da beleza, o lucrativo mercado do autocuidado mira no sexo como caminho para o bem-estar feminino



JÚLIA FLORES  
DE UNIVERSA



Dor, falta de lubrificação, vergonha do corpo. De acordo com uma pesquisa realizada em 2016 pelo Prosex (Projeto de Sexualidade da Universidade de São Paulo), metade das brasileiras não chegam ao orgasmo quando transam.

Pior: falar sobre sexo ainda é um estigma para muitas.

**"SEXUAL WELLNESS"** — status de autocuidado

Cada vez mais, marcas de bem-estar sexual feminino se destacam no mercado brasileiro, reinventando produtos e a maneira como as mulheres enxergam o prazer. Esse movimento busca distanciar o sexo e a masturbação da vergonha e de tabus para lá de datados e aproximá-los mais dos conceitos de saúde, bem-estar e autoconhecimento.

A masturbação é um momento de autocuidado, afinal de contas você está fazendo amor com você mesma

## "PLEASURE GAP" (lacuna de prazer)

É uma expressão em inglês para falar sobre a diferença entre o quanto homens e mulheres gozam.

Segundo uma pesquisa feita pela Indiana University, nos EUA, só 39% das mulheres gozam regularmente durante a relação. Entre os homens, o índice é de 91%.

Marília Ponte, que largou a carreira no terceiro setor para criar a Lilit, startup que integra essa nova onda e que comercializa apenas um produto, o bullet, um vibrador de clitóris.

Marília fez uma pesquisa virtual com 3.000 mulheres e também chegou a números desalentadores sobre a tal lacuna de prazer: **30% das brasileiras não gozam.**

"No começo, eu achava que o problema era a falta de ferramenta, no caso, de vibrador. Com o tempo, me dei conta de que era **falta de informação.**"

Marina Ratton, fundadora da Feel

"Há uns anos, tivemos o boom do fitness, com o foco no corpo. Depois, tivemos o auge do skincare e a atenção se voltou para a pele. Agora, a última fronteira do bem-estar é a sexualidade. Se você faz ioga, tem uma vida saudável e passa um super creme no rosto, não vai querer cuidar da sua intimidade?"

"A mulher sempre foi a principal compradora de produtos eróticos, mas antes esses acessórios eram uma forma de 'apimentar' a relação. Agora, os itens passaram a ser mais uma maneira de a mulher se dar prazer e se conhecer."

**"O autocuidado íntimo vem de uma reconstrução do papel da mulher na sociedade".**

**"O mercado de cosméticos fez com que a palavra autocuidado começasse a ser vinculada ao corpo. Mas ela vai bem além disso: autocuidado é estar física e mentalmente saudável."** Chris Marcello, da Sophie

**Qual o nosso papel como  
Psicólogos, Terapeutas,  
profissionais da área da saúde?**



# IMERSÃO

*Olympia*

**22 a 25**  
**JULHO**  
Gramado/RS

## CANCER E SEXUALIDADE

2025

20 milhões de novos casos

1º câncer de pele

2ª câncer de mama

3º câncer de colo do útero

## **CANCER DE MAMA E SEXUALIDADE**

A sexualidade é um conceito que abrange aspectos biopsicossociais e culturais. É uma construção sócio-histórica intermediada pela cultura, que resulta das sensações corporais relacionadas ao prazer sexual, dos discursos produzidos sobre tais sensações e das normas sociais de permissão e interdição da experiência ou ato que provoca a sensação.

A sexualidade pode ser radicalmente modificada durante o curso da vida de uma pessoa, sobretudo quando ocorre o adoecimento por uma doença grave como o câncer de mama

O câncer de mama tem altos índices de mortalidade entre as mulheres (WHO, 2012).

No mundo, em 2008 ocorreram 458 mil mortes causadas pela doença e, no Brasil, estima-se que em 2012 ocorreram 53.000 casos novos.

A taxa de sobrevida, após cinco anos, em países em desenvolvimento está em torno de 60%.

A experiência do câncer de mama é um fenômeno multidimensional, pois envolve fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Seu tratamento gera sérias consequências temporárias ou permanentes na vida da mulher. As acometidas precisam ser abordadas por uma equipe multiprofissional, cuja intervenção abrange o diagnóstico, o tratamento, a recorrência da doença e os cuidados paliativos, se necessários. A equipe de saúde deve identificar as necessidades da mulher em cada etapa, para evitar ou amenizar as consequências negativas da doença e dos tratamentos.

Os tratamentos são agressivos, com graves sequelas físicas que incidem na sexualidade e, principalmente, na vida sexual. Os procedimentos cirúrgicos abrangem a mastectomia e cirurgias conservadoras da mama, que alteram a aparência, a sensibilidade e a funcionalidade das mamas.

As demais modalidades terapêuticas (quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal) acarretam efeitos colaterais como náuseas, vômitos, fadiga, menopausa induzida, redução da lubrificação vaginal, redução da excitação sexual, dispaurenia e anorgasmia .

Entre as repercussões psicossociais destacam-se o medo da morte e as preocupações sobre a recuperação, o que pode levar a mulher a preocupar-se com os relacionamentos familiares e a reavaliar crenças e valores, confrontar concepções culturais de feminilidade e beleza, que incluem os seios e cabelos como atributos valorizados, além de reflexões sobre a corporeidade, preocupações com a imagem corporal e com o relacionamento com o(a) parceiro(a), bem como inquietações em relação à sexualidade e vida sexual.

Panorama das publicações sobre a sexualidade de mulheres acometidas pelo câncer de mama a partir das seguintes categorias: a cirurgia mamária e demais tratamentos para o câncer de mama; experiência da mulher acometida; o relacionamento afetivo-sexual; as relações entre sexualidade e características específicas do câncer; os profissionais de saúde e a atenção à sexualidade, e propostas para amenizar as consequências negativas dos tratamentos na sexualidade.

## A cirurgia mamária e demais tratamentos para o câncer de mama

Podem trazer consequências negativas para a imagem corporal.

Afetar a percepção de sua sexualidade, o resultado da cirurgia pode ser percebido pela mulher como uma mutilação. Essa percepção pode persistir mesmo após a reconstrução mamária, pois há modificação da mama, considerada um símbolo erótico e de feminilidade importante para a preservação da imagem corporal.

A função sexual da mulher foi afetada na diminuição da frequência, desejo e excitação sexual, redução do orgasmo ou anorgasmia, também problemas com a imagem corporal e atratividade sexual.

A participação da mulher no processo de tomada de decisão em relação ao tipo de cirurgia pode contribuir para que ela obtenha melhor ajustamento psicológico e, conseqüentemente, menor impacto negativo na sexualidade.

Os tratamentos para o câncer de mama (quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal) podem acarretar a menopausa induzida, cujos sinais incluem menor lubrificação vaginal, redução do desejo e da excitação sexual, dispareunia e anorgasmia, sintomas que caracterizam disfunção sexual.

Podem surgir experiências de angústia/estresse relacionadas aos sinais de menopausa induzida pela quimioterapia, dificuldade sexual resultante da secura vaginal. A diminuição do desejo sexual e dispareunia relacionados aos aspectos emocionais e hormonais, como o nível de testosterona decorrentes do tratamento.

## O QUE FAZ DIFERENÇA

Foram obtidos relatos sobre o ritmo da recuperação física e psicológica após o tratamento, o medo da resposta negativa dos parceiros, a importância da relação sexual para o casal e a compreensão e o apoio dos parceiros

A tarefa central para o ajustamento ao câncer é reconhecer que um novo self sexual é elaborado após o tratamento. As mulheres que procuram informações sobre os efeitos colaterais do tratamento na sexualidade e aquelas que mantêm relações fortalecidas com o parceiro íntimo, tem melhor experiência positiva na sexualidade.

## HOMO E HETERO

Pesquisas mostram que grupo de pacientes homossexuais apresentam menos problemas com a imagem corporal, bem como demonstram sentir-se mais confortáveis em mostrar seu corpo para outras pessoas, antes e depois do câncer de mama. O grupo heterossexual reportou maior satisfação com a vida sexual antes do acometimento. Entre aquelas que não tinham vida sexual ativa, as homossexuais relataram menor interesse em ter relações sexuais.

## ABUSO SEXUAL

As mulheres que sofreram abuso sexual na infância experimentariam maiores problemas após o câncer de mama. O estudo de Wyatt e colaboradores (2005) analisou o histórico de abuso sexual na infância em 147 mulheres dos Estados Unidos, entre 1994 e 1995, e examinou sua relação com o funcionamento sexual e intimidade após o câncer de mama.

Um terço da amostra relatou ter sofrido abuso sexual na infância. Destaca-se entre os resultados que o abuso sexual não foi preditor de maiores problemas físicos relacionados à vida sexual após o câncer de mama, exceto aquele em que houve penetração, que foi preditor significativo para o desconforto psicológico após o câncer de mama.

## O RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL

A relação íntima com o parceiro pode propiciar melhor qualidade de vida. A percepção que a mulher tem sobre o apoio recebido pelo parceiro é considerada elemento importante que favorece o enfrentamento da doença e a adaptação da vida sexual após os tratamentos, mesmo quando há alterações físicas da função sexual. A percepção a respeito do envolvimento emocional dos parceiros foi um forte preditor para o ajustamento sexual, conjugal e emocional após o tratamento.

**ATENÇÃO:** Muitos parceiros de pessoas com câncer tornam-se seus principais cuidadores e esse papel pode modificar a dinâmica do relacionamento. Ausência de desejo sexual da mulher acometida; estresse e exaustão relacionados ao cuidado; infantilização da parceira pelo parceiro ou a visão da parceira como um “ser doente”; e crenças sobre condutas sexuais “aceitáveis” no contexto do cuidado do câncer.

Os parceiros íntimos admitem a diminuição da frequência de relações sexuais com as parceiras, acompanhada de sentimentos de desapontamento, raiva e tristeza, revelando a relutância dos parceiros em assumir práticas diferentes da penetração pênis-vagina, bem como dificuldades de comunicação o que piora na vivência sexual após o câncer, porém mostraram altos índices de satisfação com o relacionamento.

Um estudo testou a eficácia de um programa psicoeducacional voltado para a sexualidade e o relacionamento íntimo. O programa foi dividido em seis módulos para discutir imagem corporal e anatomia sexual, atitudes e comportamentos sexuais, menopausa, funcionamento sexual, habilidades de comunicação, disfunções sexuais, melhora no funcionamento sexual e metas para o futuro.

Destaca-se que 78% das participantes da intervenção indicaram ter atingido, ao menos parcialmente, seus objetivos em relação à sexualidade e intimidade. Quase dois terços (64%) sentiram ao menos alguma melhora no seu relacionamento e 59% perceberam alguma melhora no funcionamento sexual. Quase todas (91%) declararam que recomendariam o grupo para outras mulheres

A combinação estruturada de terapia de casal e terapia sexual, denominada intervenção psicosssexual breve combinada, criada para auxiliar no enfrentamento das dificuldades com a imagem corporal e prejuízos sexuais.



## **IMERSÃO VOLÚPIA**

**JULHO DE 2021**

Todos os direitos reservados.

É proibido compartilhar este material (PDF) pois é exclusivo da Imersão.

Pode ser utilizado em postagens sem problemas.

Barbara Ahlert

Psicóloga, Terapeuta de casais e Terapeuta Sexual.

CRP 07/08704