

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024	Próxima revisão: 16/12/2026
		Versão: 2	

1. AUTORES

- Alexia Araújo Ribeiro
- Débora Fernandes Britto

2. SIGLAS

DFS: Disfunção Sexual Feminina

DSH: Desejo Sexual Diminuído

TDSH: Transtorno do Desejo Sexual Hipotativo

3. OBJETIVO

Esse protocolo tem como objetivo propor diretrizes para identificação, abordagem e manejo das queixas de diminuição do desejo sexual em mulheres atendidas nos ambulatórios da MEAC, tanto como sintoma quanto como parte de um diagnóstico mais complexo de disfunção sexual.

4. INTRODUÇÃO

O desejo sexual compreende aspectos fisiológicos objetivos, psicológicos subjetivos e comportamentais, e pode ser definido como uma presença de desejo e fantasia sobre a atividade sexual, sendo impulsionado pela expectativa de prazer sexual. A manutenção do desejo sexual da mulher adulta requer uma interação funcional positiva entre os fatores citados. Cada um desses componentes biológicos, relacionais e cognitivos pode se sobrepôr e influenciar mudanças em qualquer um dos outros. Quando os três componentes estão funcionalmente intactos, então provavelmente o desejo sexual feminino estará sadio.

O desejo sexual diminuído (DSD), muitas vezes referido como baixo desejo sexual ou baixa libido, pode ser um sintoma de disfunção sexual feminina (DSF). Para os fins didáticos, neste protocolo, desejo sexual diminuído (DSD) será usado como um termo geral para cobrir todos os termos clínicos e leigos para o sintoma (queixa de diminuição do desejo sexual), e o termo transtorno do desejo sexual hipotativo (TDSH) será usado para referência à disfunção sexual de acordo com os critérios diagnósticos que serão estabelecidos posteriormente.

O TDSH é uma das disfunções sexuais mais comuns em mulheres, podendo trazer impacto negativo no bem-estar, na qualidade de vida e na satisfação no relacionamento. Segundo o estudo PRESIDE, que avaliou aproximadamente 31.500 mulheres americanas, 8.9% das participantes entre 18 e 44 anos apresentaram TDSH e na faixa etária entre 45 e 64 anos, 12.3%. Está associado a baixo desejo e angústia sexual. Mulheres de idade mais avançada são mais propensas a sofrer desse transtorno em comparação às mais jovens, porém mulheres jovens geralmente apresentam maior sentimento de sofrimento relacionado.

As mulheres muitas vezes não mencionam espontaneamente as queixas de baixo desejo sexual ou de problemas sexuais angustiantes aos profissionais de saúde. Por isso, cabe aos prestadores de serviço ginecológico abordar o assunto com suas pacientes. No entanto, muitos

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UGIN.014
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO		Emissão: 16/12/2024
			Próxima revisão: 16/12/2026
			Versão: 2

não conseguem iniciar uma discussão sobre a saúde sexual das pacientes, citando razões que incluem tempo limitado, desconforto com o tópico e uma percepção da falta de terapias eficazes.

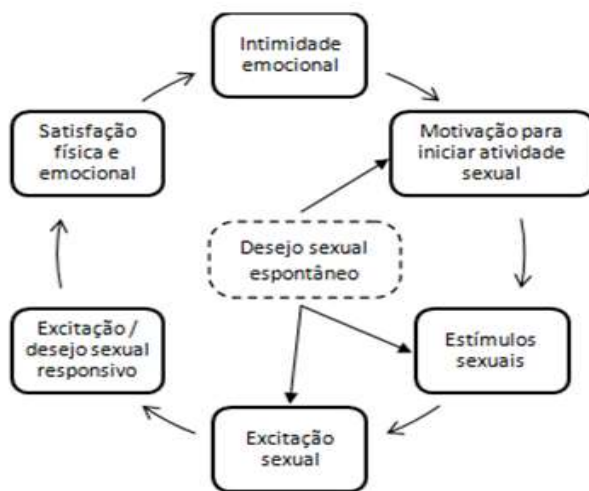
5. CONCEITOS

5.1. Resposta Sexual Feminina:

Existem vários modelos para compreensão da resposta sexual. Resumidamente, apresentamos três desses modelos que colaboram para compreensão do porquê essa queixa ser tão prevalente.

5.1.1. Modelo Circular de Resposta Sexual de Basson:

A resposta sexual feminina pode ser iniciada por diversas razões. A receptividade a estímulos sexuais, em um contexto apropriado, permite a excitação sexual (subjéctiva ou objectiva). Uma vez que a excitação é experimentada, se continuar por tempo suficiente e for positiva, o desejo sexual pode ser percebido (desejo sexual responsivo). Nem sempre o desejo é inato ou espontâneo, como reflexo de pensamentos, ou



fantasias.

Figura 1: Modelo de Resposta sexual feminina de Basson. Fonte: Adaptado de (Kirana E, 2012).

5.1.2. Modelo Biopsicossocial:

Além dos fatores biológicos, aspectos psicológicos, interpessoais e socioculturais são significativos no desenvolvimento das queixas sexuais, seja por atuarem desencadeando o seu início, seja atuando para sua manutenção a longo prazo. Até mesmo experiências de vida reprodutiva feminina podem afetar o desejo sexual. Esses eventos incluem ciclos menstruais, o uso anticoncepcionais hormonais, os estados pós-parto e a lactação, ooforectomia, histerectomia e estados de perimenopausa e pós-menopausa.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024	Próxima revisão: 16/12/2026
		Versão: 2	

O quadro 1 apresenta alguns fatores que podem ser considerados durante a avaliação de uma paciente com queixa de DSD.

Quadro 1: Fatores avaliados em paciente com queixa de DSD.

Patologias associadas	Diabetes, hipertensão arterial, incontinência urinária, artrites, tireoidopatias, distúrbios neuromusculares
Medicações	Antipsicóticos, benzodiazepínicos, barbitúricos, lítio, inibidores da MAO, ISRS, beta-bloqueadores, clonidina, digoxina, metildopa, agonistas do GnRh, tamoxifeno, inibidores da aromatase, contraceptivos combinados
Aspectos psicológicos	Estresse, ansiedade, dismorfia corporal, histórico de violência sexual ou experiências humilhantes
Dinâmica do relacionamento	Disfunções sexuais da parceria, relação conflituosa, traição, dificuldade na comunicação/expressão das necessidades sexuais, desejos e medos; repertório sexual limitado
Aspectos culturais e socioeconômicos	Valores, costumes, mitos, repressão sexual social, familiar ou religiosa

Fonte: Adaptado de (FEBRASGO, 2018).

5.1.3. Modelo de Controle Dual:

O modelo de controle duplo propõe que as respostas sexuais envolvem uma interação entre os processos excitatórios e inibitórios sexuais. O modelo postula que os indivíduos variam em sua propensão tanto para a excitação sexual quanto para a inibição sexual, e que tais variações nos ajudam a compreender muito da variabilidade na sexualidade humana.

6. DIAGNÓSTICO

6.1. Anamnese

As mulheres apresentam uma variedade de razões e incentivos para se engajar numa atividade sexual. A estimulação sexual adequada é parte integrante de uma resposta sexual e

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024 Versão: 2	Próxima revisão: 16/12/2026

deve sempre ser avaliada ao considerar a queixa de diminuição do desejo, antes de formular-se um diagnóstico de disfunção.

A sensação de desejo pode ser percebida de maneira prazerosa em três situações: espontaneamente, pelo instinto sexual, que é natural do ser humano; recebendo estímulo sexual de sua parceria ou por meio de fantasias sexuais. O desejo sexual torna a mulher receptiva e pode conduzi-la à busca por uma relação prazerosa.

Para diagnóstico de TDSH, o quadro deve ter duração mínima de seis meses e impactar negativamente a qualidade de vida, desencadeando sensação de frustração, culpa ou tristeza. Alterações de curto prazo no interesse ou na excitação sexual são comuns e podem ser respostas adaptativas a eventos na vida de uma mulher e não representam uma disfunção sexual.

O contexto interpessoal deve ser levado em conta nas avaliações do transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Uma “discrepância de desejo”, em que a mulher sente menos desejo para a atividade sexual que sua parceria, não é suficiente para o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Deve-se considerar desde a idade, experiências sexuais pessoais e interpessoais, eventos de vida e possíveis problemas de relacionamento, sem esquecer de avaliar os possíveis componentes orgânicos, como status de saúde, comorbidades, efeitos colaterais de medicações, entre outros.

A descrição do TDSH como uma diminuição do desejo assume que ocorre em situações que seriam apropriadas para a sua expressão. Deve ser levado em consideração o contexto de vida da pessoa. O diagnóstico não deve, por exemplo, ser dado a alguém que perde o desejo de sexo em um relacionamento abusivo. Em resumo, o profissional deve avaliar a complexa interação dos fatores biológicos, psicossociais, interpessoais, culturais e ambientais, como esta interação pode afetar e perpetuar a disfunção sexual do paciente.

6.2. Exame Físico

Muitas dessas mulheres terão exame físico normal, mas em alguns casos o exame ginecológico pode ser particularmente informativo. Uma atrofia vulvovaginal pode estar causando dispareunia e interferindo no desejo sexual. Outros achados, como vulvodínia, vaginismo ou até mesmo prolapso de órgãos pélvicos também podem contribuir para a disfunção sexual.

6.3. Avaliação Complementar

Geralmente, exames laboratoriais não são necessários para o diagnóstico. Em mulheres jovens com queixa de amenorréia ou irregularidade menstrual sem quadro clínico esclarecedor é indicada dosagem de FSH e estradiol. A dosagem de testosterona não é recomendada. A depender do quadro clínico e da presença de comorbidades associadas, a investigação deve prosseguir com demais exames complementares individualizados caso a caso.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024 Versão: 2	Próxima revisão: 16/12/2026

7. TRATAMENTO

O tratamento de TDSH pode envolver estratégias psicossociais e biológicas. Compreender e orientar sobre a resposta sexual e identificar fatores associados a inibição do comportamento sexual podem ser ferramentas valiosas para psicoeducar sobre as diferenças no interesse sexual e problemas psicogênicos no funcionamento sexual.

Além disso, a partir da compreensão do modelo de resposta circular de Basson, do grau de comprometimento e de quais são fatores associados à inibição do desejo, o planejamento da abordagem terapêutica pode ser individualizado. É de suma importância que se identifique os fatores causais e realize o tratamento direcionado. É importante também que sejam estabelecidas metas e expectativas realistas e que a paciente seja esclarecida sobre a necessidade de assumir um papel ativo em seu tratamento. Algumas pacientes necessitarão de estratégias mais abrangentes e intensivas que podem incluir farmacoterapia, psicoterapia e terapia sexual e/ou de casal.

A partir do modelo PILSET, ferramenta que pode auxiliar profissionais de saúde a abordar queixas sexuais trazidas durante a consulta com técnicas de terapia sexual, abordado no capítulo/protocolo de avaliação da sexualidade, propomos:

- Permissão: Abertura de espaço durante a consulta para percepções em relação aos possíveis fatores relacionados ao quadro, bem como seus sentimentos e crenças relacionadas ao quadro.
- Informação limitada: Informações sobre a resposta sexual e o componente do desejo sexual a partir dos modelos propostos, proporcionando melhor compreensão acerca da sexualidade para construção da educação sexual.
- Sugestão específica: Aconselhamento e estratégias específicas para resolução da queixa. Considerar os possíveis fatores levantados pela paciente e identificados durante a consulta é importante para individualização do processo de cuidado.
- Terapia intensiva: Casos mais complexos podem necessitar de seguimento por profissional especializado, sendo orientado o encaminhamento do caso.^{14/15}

7.1. Tratamento farmacológico

A farmacoterapia para disfunção sexual feminina é bastante restrita.

7.1.1. Estrogenioterapia:

É indicada quando há associação da queixa de redução do desejo a manifestações clínicas de menopausa (sintomas vasomotores, síndrome urogenital);

7.1.2. Uso de testosterona:

A única indicação baseada em evidências para o uso de testosterona em mulheres é para o tratamento de mulheres na pós-menopausa que foram diagnosticadas como tendo TDSH após avaliação biopsicossocial formal. Porém, não há relatos sobre sua segurança e eficácia a longo prazo, não tendo uso aprovado pelo FDA. Os potenciais efeitos virilizantes da testosterona exógena incluem acne, hirsutismo,

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024 Versão: 2	Próxima revisão: 16/12/2026

alopecia, disfonia e estão relacionados a doses elevadas, com níveis séricos acima da referência fisiológica feminina. A segurança a longo prazo da terapia com testosterona em relação ao câncer de mama e o risco cardiovascular são limitados. Mulheres com prescrição off-label de testosterona para TDSH devem ser cuidadosamente monitoradas. A eficácia pode não surgir para várias semanas, e o tratamento não deve ser continuado além de 6 meses se nenhum benefício for percebido.

7.1.3. Flibanserina:

Esta droga é agonista do receptor de serotonina 1A (5HT-1A), antagonista do receptor 2A (5HT-2A) e tem atividade agonista parcial sobre os receptores de dopamina (D4). O mecanismo de ação dá-se pelo aumento da liberação de noradrenalina e dopamina e diminuição de serotonina no córtex cerebral, restaurando o controle do córtex pré-frontal sobre as estruturas de motivação/recompensas do cérebro, assim, permitindo o início do desejo sexual. Está aprovada pela FDA, sendo recomendada para tratamento do DSH em mulheres na pré-menopausa, para promover o equilíbrio de neurotransmissores cerebrais, melhorando o funcionamento da resposta sexual. Não está disponível no Brasil.

7.1.4. Bupropiona:

Inibe a recaptção de dopamina e norepinefrina, além de bloquear os receptores da serotonina 5HT-2. Tem um efeito pró-sexual leve a moderado. Seu uso é recomendado em mulheres com DSH devido a estados depressivos e no manejo de DSF induzida por antidepressivos como “antídoto”.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UGIN.014	
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO	Emissão: 16/12/2024 Versão: 2	Próxima revisão: 16/12/2026

Opções Terapêuticas para abordagem de DSD e TDSH

Modificações de estilo de vida:

- Parar de fumar
- Evitar o abuso de álcool e / ou qualquer abuso de drogas ilícitas, quando possível;
- Incentivo à atividade física diária
- Dieta adequada
- Técnicas de higiene do sono
- Técnicas de gerenciamento do nível de estresse no cotidiano
- Sugestões para melhorar a interação conjugal (por exemplo, melhorar a afetividade no relacionamento, a comunicação diádica, o diálogo sobre sexualidade).

Mulheres na pré-menopausa

- Tratar qualquer problema médico que possa estar afetando o desejo (por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, depressão).
- Para mulheres no pós-parto ou lactantes, avaliar transtornos do humor, considerar uso de lubrificantes para as relações sexuais.
- Após avaliar os sinais e sintomas devido a medicamentos específicos que podem estar afetando o desejo sexual (por exemplo, pílulas anticoncepcionais orais, antidepressivos), considerar mudar para outros medicamentos com menos efeitos adversos sexuais ou adicionar um antídoto (por exemplo, bupropiona no caso dos antidepressivos).

Mulheres pós-menopáusicas

- Avaliar os sinais e sintomas de deficiência de estrogênio e iniciar a reposição de estrogênio, se indicado.
- Tratar qualquer problema médico que possa estar afetando o desejo (por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, depressão).
- Avaliar os sinais e sintomas devido a medicamentos específicos (por exemplo, anti-hipertensivos, antidepressivos, tamoxifeno, cimetidina) e considere mudar para outros medicamentos com menos efeitos adversos sexuais ou adicione um antídoto.

Fonte: Adaptado de (Warnock JK, 2002).

8. REFERÊNCIAS

1. Pfaus JG, Jones SL. Central nervous system anatomy and neurochemistry of sexual desire. In: Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment. Oxford: Wiley-Blackwell, 2018. p. 25-51.
2. Warnock JK. Female hypoactive sexual desire disorder. CNS drugs. v. 16. n. 11. 2002. p. 745-753. <https://doi.org/10.2165/00023210-200216110-00003>.
3. Kingsberg SA, Woodard T. Disfunción Sexual Femenina Con Enfoque en la Disminución del Deseo. Obstet Gynecol, 2015. 125:477-86. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000620.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UGIN.014
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO		Emissão: 16/12/2024
			Versão: 2
			Próxima revisão: 16/12/2026

4. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med*, 2006; 3: 212–22.
5. Clayton, AH, Kingsberg SA, Goldstein I. Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexual medicine*, 2018. 6(2), 59–74. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.01.004>.
6. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, Nobre P, Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med*. 2016 Apr;13(4):538-71. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019. Epub 2016 Mar 25. PMID: 27045257.
7. Bancroft J, Graham CA, Janssen E, Sanders SA. The dual control model: current status and future directions. *J Sex Res*. 2009 Mar-Jun;46(2-3):121-42. doi: 10.1080/00224490902747222. PMID: 19308839.
8. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):314-26. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x. PMID: 20092441.
9. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no 11/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
11. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Fought BM, Parish SJ, Simon JA, Vignozzi L, Christiansen K, Davis SR, Freedman MA, Kingsberg SA, Kirana PS, Larkin L, McCabe M, Sadovsky R. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc*. 2018 Apr;93(4):467-487. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.11.002. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29545008.
12. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med*. 2009 Jun;6(6):1506-1533. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01309.x. Epub 2009 Apr 30. PMID: 19453889.
13. Kirana E. Sexual desire disorders in women. In: Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS. *The ESSM syllabus of sexual medicine*. Amsterdam: Medix, 2012.
14. Almeida NG, Britto DF, Figueiredo JV, Moreira TMM, Carvalho REFL, Fialho AVM. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm*. 2019 Aug 19;72(4):1109-1113. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0525. PMID: 31432972.
15. Annon JS. The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*. 1976;2(1):1- 15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483.
16. Lara LA, Rosa e Silva AC, Romão AP, Junqueira FR. Abordagem das disfunções sexuais femininas [The assessment and management of female sexual dysfunction]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008 Jun;30(6):312-21. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UGIN.014
Título do Documento	DESEJO SEXUAL HIPOATIVO		Emissão: 16/12/2024
			Próxima revisão: 16/12/2026
		Versão: 2	

72032008000600008. PMID: 19142510.

17. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, Kaunitz AM, Kingsberg SA, Lambrinoudaki I, Liu J, Parish SJ, Pinkerton J, Rymer J, Simon JA, Vignozzi L, Wierman ME. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Oct 1;104(10):4660-4666. doi: 10.1210/jc.2019-01603. PMID: 31498871; PMCID: PMC6821450.
18. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, Pfaus J, Simon JA, Kingsberg SA, Meston C, Stahl SM, Wallen K, Worsley R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017 Jan;92(1):114-128. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27916394.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Alexia Araújo Ribeiro Débora Fernandes Britto	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 235330412892024-80 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Karinne Cisne Fernandes Rebouças Chefe da Unidade de Ginecologia da Meac	Conforme Processo SEI nº 235330412892024-80 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Raquel Autran Coelho Peixoto Chefe do Setor de Saúde da Mulher	Conforme Processo SEI nº 235330412892024-80 , assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br