

ABORDAGEM DE QUEIXAS SEXUAIS EM CONSULTA DE PSIQUIATRIA GERAL: A PARTIR DE UMA REVISÃO DA LITERATURA

Diogo Almeida,¹ Guadalupe Marinho²

ADDRESSING SEXUAL COMPLAINTS IN GENERAL PSYCHIATRY CONSULTATION:
FROM A LITERATURE REVIEW

ABORDAR LAS QUEJAS SEXUALES EN CONSULTA DE PSIQUIATRÍA GENERAL:
DE UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Resumo: As disfunções sexuais são frequentes em indivíduos portadores de transtornos mentais, com importante impacto na qualidade de vida e na adesão às terapias medicamentosas. No entanto, as queixas sexuais seguem sendo subinvestigadas na prática clínica da psiquiatria geral. Objetivos: Este trabalho pretende rever a evidência científica relativamente à relação entre doença mental e sexualidade, bem como propor uma abordagem às queixas sexuais em consulta de psiquiatria geral, partindo de uma reflexão crítica. Métodos: Foi efetuada uma revisão bibliográfica não sistemática de artigos científicos publicados entre janeiro de 2000 a julho de 2020, através da base de dados Pubmed/Medline, usando as seguintes palavras-chave: mental illness, sexual dysfunctions, sexuality. Os artigos foram escolhidos de acordo com a sua relevância para o objeto de estudo. Resultados: A prevalência de Disfunção Sexual (DS) em pessoas com doença mental varia entre 5 a 94% na literatura, sendo consideravelmente mais elevada do que em relação à população geral, apresentando desafios específicos no diagnóstico e tratamento. Uma abordagem à DS em consulta de psiquiatria geral deve basear-se no modelo PLISSIT. Deve incluir a recolha de história sexual, médica e psicossocial, formulação diagnóstica, psicoeducação e adoção de estratégias terapêuticas básicas. A articulação com serviços especializados será necessária numa minoria de casos, em presença de refratariedade ou avaliações específicas. Conclusão: A competência em sexologia é essencial para o profissional de saúde mental generalista providenciar uma intervenção holística e significativa, tendo em conta a elevada prevalência de queixas sexuais em pessoas com doença mental.

Palavras-chave: Doença mental; disfunção sexual; sexologia; prática clínica.

Abstract: Sexual dysfunctions are frequent and have an important impact on the quality of life of individuals with mental disorders. However, sexual complaints continue to be underinvestigated in general psychiatric clinical practice. Objectives: This work aims, firstly, to review the scientific evidence regarding the relationship between mental illness and sexuality. Secondly and starting from a critical reflection, it is intended to propose an approach to sexual complaints in general psychiatry consultation. Methods: A non-systematic bibliographic review of scientific articles published between January 2000 and July 2020 was carried out through Pubmed/Medline database, using the following keywords: mental illness, sexual dysfunctions, sexuality. The articles were chosen according to their relevance to the object of study. Results: The prevalence of sexual dysfunction (SD) in people with mental illness varies between 5 and 94% in the literature, but it is considerably higher than in relation to the general population, presenting specific challenges in diagnosis and treatment. An approach to SD in general psychiatric consultation should be based on the PLISSIT model. It should include sexual, medical and psychosocial history, diagnostic formulation, psychoeducation and adoption of basic therapeutic strategies. The articulation with specialized services will be necessary in a minority of cases, in the presence of specific characteristics or evaluations. Conclusion: Competence in sexology is essential for general mental health professionals to provide a holistic and meaningful intervention, taking into account the high prevalence of sexual complaints in people with mental illness.

Keywords: Mental disorder; Sexual Dysfunction; Sexology; Clinical Practice.

¹ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. E-mail: diogosmmalmeida@gmail.com

² Mestrado Integrado em Medicina pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: glupe.marinho@gmail.com.

Resumen: Las disfunciones sexuales son frecuentes y tienen un impacto importante en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Sin embargo, las quejas sexuales continúan siendo poco investigadas en la práctica clínica psiquiátrica general. Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo, en primer lugar, revisar la evidencia científica sobre la relación entre enfermedad mental y sexualidad. En un segundo paso y partiendo de una reflexión crítica, se pretende proponer un abordaje de las quejas sexuales en consulta con la psiquiatría general. Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática de artículos científicos publicados entre enero de 2000 y julio de 2020 a través de la base de datos Pubmed / Medline, utilizando las siguientes palabras clave: enfermedad mental, disfunciones sexuales, sexualidad. Los artículos fueron elegidos según su relevancia para el objeto de estudio. Resultados: La prevalencia de disfunción sexual (DS) en personas con enfermedad mental varía entre 5 y 94% en la literatura, pero es considerablemente mayor que en relación a la población general, presentando desafíos específicos en el diagnóstico y tratamiento. Un abordaje de la DS en la consulta psiquiátrica general debe basarse en el modelo PLISSIT. Debe incluir la recopilación de antecedentes sexuales, médicos y psicosociales, formulación de diagnósticos, psicoeducación y adopción de estrategias terapéuticas básicas. La articulación con servicios especializados será necesaria en una minoría de casos, en presencia de características o evaluaciones específicas. Conclusión: La competencia en sexología es fundamental para que los profesionales de la salud mental en general proporcionen una intervención holística y significativa, teniendo en cuenta la alta prevalencia de quejas sexuales en personas con enfermedades mentales.

Palabras Clave: Enfermedad mental; Disfunción sexual; Sexología; Práctica clínica.

Introdução

A gênese da sexologia como área clínica esteve intimamente ligada ao desenvolvimento da psiquiatria no final do século XIX e início do século XX, nomeadamente com os contributos de Krafft-Ebing, Hirschfeld, entre outros, que também relevaram a importância do movimento psicanalítico (JANINI; SIRACUSANO, 2018). No entanto, este fulgor de interesse científico na área foi abruptamente interrompido pela Segunda Guerra Mundial, sendo que apenas nos anos 60 do século XX a investigação em sexualidade e o estudo das disfunções sexuais ressurgem com um novo ímpeto, agora mais associada à psicologia e a outras áreas do saber, o que alguns argumentam que poderá ter afastado muitos psiquiatras da área, não lhe reconhecendo validade científica (BHUGRA; COLOMBINI, 2013; JANINI; SIRACUSANO, 2018).

No entanto, o advento da medicação para o tratamento da Disfunção Erétil (DE), a sua efetividade e utilização massiva trouxeram um renovado interesse da área médica para este campo, com um aumento significativo na investigação das bases psiconeuroendócrinas das Disfunções Sexuais (DS). Vários autores acreditam que foi este o ponto de viragem para uma sexologia baseada na evidência, e num modelo biopsicossocial e multidisciplinar de abordagem, que fez com que a psiquiatria voltasse a se dedicar à sexologia como uma área de importante intervenção, sendo cada vez mais relevada a sua importância na formação de especialistas em psiquiatria (JANINI; SIRACUSANO, 2018).

Atualmente, encontra-se estabelecido que as disfunções sexuais são frequentes na população em geral, em ambos os sexos, com importante impacto na qualidade

de vida das pessoas (STEVENSON, 2004). Apesar da importância reconhecida da saúde sexual e da elevada prevalência de DS, ainda é reduzido o número de psiquiatras e residentes em psiquiatria que tem se dedicado a abordar, investigar e tratar estas questões com os seus doentes (STEVENSON, 2004).

Várias dificuldades têm sido apontadas para a não abordagem dessas queixas em consulta generalista dessa especialidade: a) morosidade na investigação das queixas sexuais; b) dificuldade em encontrar o momento adequado na entrevista para introduzir o tema; c) considerar que o sexo não é relevante para o quadro clínico da pessoa; d) desconforto do profissional em lidar com as queixas sexuais da pessoa; e) sensação de falta de competência para lidar com o tema; f) constatação dos próprios problemas sexuais do profissional; g) excitação do profissional e/ou do doente enquanto falam sobre sexo (LEVINE et al., 2016; STEVENSON, 2004). Não obstante, vários trabalhos têm demonstrado que a presença de disfunção sexual é superior em pessoas com doença mental, destacando a necessidade de investigação das DS nesta população (ZEMISHLANY; WEIZMAN, 2008).

Este trabalho pretende, em primeiro lugar, rever a evidência científica relativa à relação entre doença mental e sexualidade, nas suas várias vertentes. Num segundo momento, e partindo de uma reflexão crítica sobre os resultados e de consensos existentes na área, pretende-se propor uma abordagem sistemática às queixas sexuais em consulta de psiquiatria geral.

Métodos

Foi efetuada uma revisão bibliográfica não sistemática de artigos científicos em língua inglesa e portuguesa publicados entre janeiro de 2000 e julho de 2020, através da base de dados Pubmed/Medline, usando as seguintes palavras-chave: *mental illness*, *sexual dysfunctions*, *sexuality*. Os artigos foram escolhidos de acordo com a sua relevância para o objeto de estudo.

Resultados

Epidemiologia das Disfunções Sexuais em Pessoas com Doença Mental

Em pessoas com doença mental poderá tornar-se difícil de destrinçar se as DS se encontram em relação

com a patologia psiquiátrica, se são causadas pela terapêutica realizada para a mesma, ou se, por sua vez, estavam presentes antes da instalação desta (JANINI; SIRACUSANO, 2018). No entanto, a hipótese mais provável é que seja o resultado de vários fatores, numa interação entre sexualidade, psicopatologia e psicofarmacologia (NUNES et al., 2012).

Foram encontrados poucos estudos que investigam a proporção de doentes com patologia psiquiátrica que são afetados por disfunções sexuais. Contudo, algumas considerações poderão ser realizadas sobre a epidemiologia nesta população (Tabela 1):

Tabela 1 – Prevalência de disfunções sexuais em pessoas com patologia psiquiátrica

Patologia	Homens	Mulheres
Transtornos de Ansiedade	7-47,3%	22-64%
Transtornos de Humor	5,1-36,4%	40-65%
Transtornos Psicóticos	6,9-94%	37-50%
Transtornos do Comportamento Alimentar	s.d.	40%
Transtornos da Personalidade	5,8%	s.d.

Fonte: adaptado de Janini e Siracusano (2018).

a. Transtornos de Ansiedade: compreensivelmente, parece existir uma comorbidade frequente nos homens entre Disfunção Erétil (DE) e Ejaculação Precoce (EP), e ansiedade, sendo que autores como Rakjumar e Kumaran (2015) apontam para uma prevalência de 23,4%. Já Figueira e outros (2001), num trabalho com homens com fobia social e transtorno de pânico, reportou prevalências de 47% de EP na fobia social, de 21% na perturbação de pânico e 36% de evitamento sexual no transtorno de pânico (FIGUEIRA et al., 2001). No mesmo estudo e em relação às mulheres, o grupo com transtorno de pânico apresentava mais disfunções sexuais como evitamento sexual em relação ao grupo com fobia social (FIGUEIRA et al., 2001). Já Aksoy (2012) reportou no seu estudo que cerca de 64% das mulheres com transtorno de pânico sofriam de evitamento sexual, sendo que no mesmo trabalho foi também incluído um grupo de mulheres com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), que, por sua vez, apresentavam anorgasmia em 24% (AKSOY et al., 2012). De forma equivalente, Kampman e Van Minnen (2000) descobriram que mulheres com TOC tinham menor desejo sexual em relação ao

grupo de controle. Em pessoas com Transtorno de Stress Pós-Traumático (TSPT), nomeadamente relacionada com trauma sexual (mas também não sexual), a percepção de ameaça pode ser exacerbada, com a consequente resposta neurobiológica inibitória (p.e. níveis elevados de catecolaminas) e alteração da função sexual (YEHUDA; LERHNER; ROSENBAUM, 2015). Os homens com TSPT exibem uma taxa consideravelmente superior de DE em comparação com homens sem TSPT. Nas mulheres, é descrito sobretudo um transtorno da excitação, aliada a uma anestesia emocional (YEHUDA; LERHNER; ROSENBAUM, 2015).

b. Transtornos do Humor: poderá, numa primeira instância, ser difícil discernir se a depressão no homem é causa ou consequência, nomeadamente em relação à DE (JANINI; SIRACUSANO, 2018). Estudos realizados em pessoas com DE e EP revelaram uma maior prevalência de transtornos depressivos nesta população em relação à população em geral, especialmente a partir dos 50 anos de idade, mas, no que se refere à DE, sem correlação entre a gravidade da DE e a gravidade do episódio depressivo (KANTOR et al., 2002; RAKJUMAR;

KUMARAN, 2015). Desejo Sexual Hipoativo (DSH) é a DS mais associada em mulheres com depressão (KENNEDY; RIZVI, 2009). No caso do transtorno depressivo recorrente, na amostra observada por Cyranowski e outros (2004), foi descrito que a excitação sexual, o prazer físico e a satisfação emocional com a sua vida sexual são as dimensões mais afetadas, numa relação que se pensa ser proporcional com a gravidade da própria sintomatologia depressiva (CYRANOWSKI et al., 2004; LIN et al., 2012). Apesar de ser indubitável que o uso de antidepressivos está associado à emergência de queixas sexuais, alguns estudos têm apontado para um benefício destes na sexualidade da mulher (CLAYTON et al., 2015). Homens com doença bipolar, particularmente durante a fase maníaca, têm um risco particularmente aumentado de realizar comportamentos sexuais de risco (49,5% segundo o estudo citado), mesmo em relação às mulheres Odds Ratio (OR) 2.23, 95% Intervalo de Confiança (IC) = 1.27, 3.92), mais comumente na faixa entre os 18 e os 24 anos e associado ao consumo de etanol (OBO et al., 2019). A hipersexualidade, uma das características da fase maníaca e hipomaniaca da doença, poderá ser encontrada em até 40% dos doentes como traço interepisódico, sendo mais comum na doença bipolar tipo I (MAZZA et al., 2011; RAJA; AZZONI, 2003).

c. Transtornos da Personalidade: de forma compreensível, traços de personalidade disfuncionais têm influência na vida sexual. Apesar de pouco estudadas, Kantor e outros (2002) reportaram 5,8% de DE em homens com transtornos da personalidade. Em relação a mulheres com diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*, está descrita uma associação com maior quantidade de parcerias sexuais, instabilidade das relações afetivas e uma maior prevalência de agressividade sexual desde a infância, o que muitas vezes também pode originar o evitamento de relações sexuais (SANSONE; WIEDERMAN, 2009). Em relação a mulheres com transtorno da personalidade histriônica, são muitas vezes caracterizadas como sexualmente sedutoras, com preocupação excessiva com a aparência, mas insatisfeitas com as suas relações sexuais, com menor desejo sexual e maior prevalência de disfunção orgásmica (APT; HURLBERT, 1994). Noutra investigação realizada com pessoas com transtorno da personalidade esquizóide, apurou-se que esta era caracterizada por desinteresse sexual, em alguns casos por completa assexualidade (BROTTO et al., 2010).

d. Psicose não afetiva: em pessoas afetadas por estas patologias graves é importante pesar a

influência da psicopatologia tanto quanto a medicação psicofarmacológica realizada, com conhecidos efeitos secundários (JANINI; SIRACUSANO, 2018). Num seguimento de dois anos em indivíduos com um Primeiro Episódio Psicótico (PEP) apurou-se que 42,5% dos homens sofriam de DE e 37% das mulheres apresentavam disfunções sexuais, nomeadamente hipolubrificação, anorgasmia e DSH (CIOCCA et al., 2015). No estudo de Malik e outros (2011), mesmo antes de iniciar tratamento, 17,7% dos homens tinham DE, 15,7% tinha disfunção ejaculatória e 30,8% DSH. Num estudo por Acuna (2010), cerca de 50% de mulheres com o diagnóstico de esquizofrenia sofriam de disfunção sexual em comparação com 12,7% mulheres do grupo de controle (ACUNA et al., 2010). Uma meta-análise recente revelou que 7 a 46% dos doentes a realizar tratamento com antipsicóticos tinham DE; 12,6 a 43,6% tinham DSH; 7,5 a 29,2% transtorno da excitação sexual; e 6,9 a 29% disfunção orgásmica (SERRETTI; CHIESA, 2011). No entanto, outros estudos apontam para números mais altos, nomeadamente Harley, Boardman e Craig (2010), que num estudo transversal apuraram que 74% da amostra tinha pelo menos uma disfunção sexual, enquanto Fan e outros (2007), numa amostra de homens, referiram que 81% apresentavam alterações do desejo sexual, 87% da excitação sexual, 94% disfunção orgásmica e 68% alteração do prazer.

e. Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA): a relação das mulheres com TCA com o seu corpo tem motivado diversos estudos na área das disfunções sexuais, apontando uma revisão recente para uma elevada prevalência de DS neste grupo (CASTELLINI et al., 2016). Dentro das TCA, as mulheres com Anorexia Nervosa (AN) parecem sofrer sobretudo de DSH e menor frequência sexual (a prevalência é maior no subtipo restritivo), algo que parece estar em relação com as alterações endocrinológicas provocadas pelo baixo peso, uma vez que existe um aumento da atividade sexual com a recuperação ponderal (PINHEIRO et al., 2010). Apesar de menos afetadas do que as mulheres com AN, as que padecem de Bulimia Nervosa (BN) também apresentam um maior número de DS em relação à população em geral (cerca de 40%), que parecem reduzir ao longo tempo (CASTELLINI et al., 2016; QUADFLIEG; FICHTER, 2003). Não existem estudos recentes que abordem as queixas sexuais em homens que sofrem de TCA.

Psicofármacos e Sexualidade

As disfunções sexuais provocadas por psicofármacos são um efeito secundário conhecido desta classe medicamentosa, com importantes variações entre fármacos que importa conhecer, de forma a garantir a máxima adesão ao tratamento e uma qualidade de vida satisfatória:

a. Antidepressivos: como referido anteriormente, a depressão poderá causar por si só disfunções sexuais (sobretudo DSH), podendo, em alguns casos, o antidepressivo melhorar as queixas sexuais e em outros agravá-las (LA TORRE et al., 2013). Procurou-se resumir na Tabela 2 os principais antidepressivos e as DS a que estão associados. Os fármacos com perfil

mais benéfico parecem ser a bupropiona, a mirtazapina, a agomelatina e o moclobemide (LA TORRE et al., 2013). No tratamento da DS causada por antidepressivos, poderá: 1) aguardar-se a remissão das queixas (cerca de 21% dos doentes), 2) ser tentada a redução da dose, 3) iniciar o bupropiona ou inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil ou tadalafil) como *add-on*, 4) realizar um *switch* para mirtazapina, bupropiona ou trazodona, 5) período de “férias” do fármaco (não realizar o fármaco, por exemplo, durante o fim de semana, o que acarreta naturalmente o risco de perda de eficácia antidepressiva e consequente agravamento clínico) (WERNEKE; NORTHEY; BHUGRA, 2006).

Tabela 2 – Percentagem de disfunção sexual causada por antidepressivos

Classe	Fármaco	DS (%)	Comentários
Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina (SSRI)	Citalopram	79%	Associados à disfunção orgásmica, apesar de afetarem todas as fases da resposta sexual. Utilizados na EP (dapoxetina). Queixas raras de anestesia vaginal e do pênis ou ejaculação dolorosa.
	Escitalopram	37%	
	Fluoxetina	70%	
	Paroxetina	71%	
	Sertralina	80%	
	Vortioxetina	-	Associada à baixa incidência de DS (mas que poderá acontecer em doses a partir dos 15mg)
Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (SNRI)	Venlafaxina	80%	Os dados são contraditórios, havendo autores que encontraram benefício no aumento do desejo, orgasmo e DE. Contudo, numa meta-análise recente apresenta uma elevada taxa de queixas sexuais.
	Duloxetina	42%	Em três estudos comparativos parece ser melhor tolerada sexualmente que a paroxetina e semelhante ao escitalopram.
Tricíclicos	Imipramina	44%	Alguns trabalhos referem valores superiores para a clomipramina (maior tônus serotoninérgico) e inferiores para a nortriptilina (maior tônus noradrenérgico).
Outros	Mirtazapina	24%	Menos efeitos sexuais do que com SSRI (evidência limitada para <i>switch</i>) DSH e anorgasmia.
	Bupropiona	10%	Associado ao aumento do desejo sexual. Frequentemente utilizado no tratamento de disfunção sexual por SSRI.
	Agomelatina	4%	Baixa incidência de DS em relação a outros antidepressivos. Necessidade de monitorização da função hepática.
	Trazodona	—	Pouca evidência, mas associado à baixa incidência de DS. Associada ao aumento do desejo e aumento do tempo até orgasmo. Pode provocar priapismo.
	Moclobemide	4%	Menor probabilidade de causar DS que outros inibidores da monoaminoxidase.

Fonte: adaptado de La Torre (2013) e Montejo e outros (2011) e Montejo, Montejo e Navarro-Cremades (2015).

b. Antipsicóticos: DS são comuns com a utilização de antipsicóticos. Apesar de multifatorial, pensa-se que estas alterações estejam relacionadas com a hiperprolactinemia causada por estes fármacos (associada à DSH), bem como o bloqueio dos recetores da dopamina (DSH e anorgasmia), bloqueio dos recetores $\alpha 1$ (DE, diminuição da lubrificação e perturbação ejaculatória) e ação anticolinérgica (DE) (DE BOER et al., 2015). Como se pretende ilustrar na Tabela 3, os antipsicóticos mais

associados com queixas do foro sexual são os de primeira geração (por exemplo, haloperidol), amisulpride, risperidona e paliperidona (LA TORRE et al., 2013). Como escolhas com menor efeito na função sexual reportado, figuram a olanzapina, clozapina, quetiapina, ziprasidona e aripiprazol, este último com potencial de minimizar as alterações provocadas pelos outros fármacos (MONTEJO; MONTEJO; NAVARRO-CREMADES, 2015).

Tabela 3 – Disfunção sexual causada por antipsicóticos

Antipsicótico	Disfunção Sexual
Amisulpride	Associado à elevação da prolactina e taxas elevadas de queixas sexuais
Aripiprazol	O antipsicótico com menores efeitos sexuais, sendo utilizado também para minimizar os efeitos dos outros (parece normalizar os níveis de prolactina)
Clozapina	Níveis elevados de DS, mas menor em comparação com risperidona, paliperidona, haloperidol, olanzapina ou quetiapina
Haloperidol	Descrito mais de 70% dos doentes com DS. Hiperprolactinemia.
Olanzapina	Os dados são controversos, havendo estudos que referem mais de 50% dos doentes com DS e outros referindo que é um dos antipsicóticos com menor efeito na função sexual. Menor associação com hiperprolactinemia.
Quetiapina	Cerca de 50 a 60% dos doentes com DS. Sem associação com hiperprolactinemia.
Risperidona Paliperidona	60 a 70% dos doentes com DS (comparável ao haloperidol), nomeadamente redução do desejo, DE, anorgasmia e diminuição da lubrificação vaginal. Associadas ao aumento marcado da prolactinemia.
Ziprasidona	Taxa de DS semelhante à olanzapina. Poderá ser um fármaco para o qual se realiza um <i>switch</i> por disfunção sexual associada à antipsicóticos.

Fonte: adaptado de La Torre (2013).

No tratamento da disfunção sexual induzida por antipsicóticos, após uma avaliação clínica cuidada para exclusão de comorbilidades, o clínico deve: 1) pesquisar a prolactinemia; 2) intervir em fatores de risco modificáveis (consumo de substâncias, tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, entre outros); 3) se fase inicial de tratamento, aguardar por possível remissão das queixas; 4) redução da dose do antipsicótico, monitorizando o potencial de agravamento ou recaída dos sintomas psicóticos; 5) *switch* para antipsicótico com melhor perfil de efeitos secundários (idealmente neutro nos níveis de prolactina); 6) utilização de fármacos como *add-on*, nomeadamente, aripiprazol, inibidores da fosfodiesterase 5, amantadina ou bromocriptina (LA TORRE et al., 2013).

c. Estabilizadores de Humor: são utilizados majoritariamente no tratamento da doença bipolar, sendo as disfunções sexuais queixas frequentes associadas a estes fármacos. Existem vários estudos que

mencionam o impacto negativo do lítio na função sexual, nomeadamente na redução do desejo, DE e redução global da satisfação sexual. Essas alterações acontecem em cerca de um terço dos doentes medicados. Muitas vezes ocorre a utilização concomitante de benzodiazepinas que por si só apresenta também um risco de causar DS, nomeadamente anorgasmia e DE. O ácido valpróico pode causar um aumento da concentração da testosterona e dos seus derivados, sem alterar a prolactinemia. Este aumento poderá provocar alterações menstruais e síndrome do ovário poliquístico. Em doentes tratados com este fármaco estão descritas diminuição do desejo sexual, anorgasmia e DE. Em relação à carbamazepina, esta encontra-se associada a níveis diminuídos de estradiol, progesterona e testosterona, podendo causar hipogonadismo, amenorreia, associadas à DSH e DE. Apesar da oxcarbazepina não estar associada a alterações hormonais, existem casos reportados de

anorgasmia e ejaculação retrógrada. Não existem disfunções sexuais associadas à lamotrigina reportadas. No caso da emergência de disfunção sexual provocada por estabilizadores de humor, deve ser tentada a redução de dose e, se não eficaz, poderá ser preconizada a utilização de terapêutica de combinação com inibidores da fosfodiesterase 5 ou o *switch* para oxcarbazepina ou lamotrigina (poderá igualmente ter efeito benéfico em combinação) (MONTEJO; MONTEJO; BALDWIN, 2018).

Abordagem de Queixas Sexuais em Consulta de Psiquiatria Geral

Segundo o International Consultation on Sexual Medicine (ICSM), existem três princípios na abordagem de queixas sexuais (HATZICHRISTOU et al., 2016):

- a. a adoção de um plano centrado no paciente, com ênfase na competência cultural;
- b. aplicação dos pressupostos da medicina baseada na evidência na formulação diagnóstica e tratamento;
- c. utilização de um modelo unificado para avaliar e tratar os problemas sexuais em homens e mulheres.

Nos últimos anos, considerava-se que existia uma divisão entre causas de disfunções sexuais orgânicas, psicogênicas ou mistas. No entanto, esta tem sido colocada em causa, sendo atualmente a posição mais consensual de que os problemas sexuais emergem de vários fatores contribuintes que interagem entre si e que se procura exemplificar na Tabela 4 (HATZICHRISTOU et al., 2016; RISEN, 2003):

Tabela 4 – Modelo multifatorial etiológico para as queixas sexuais

Fator Etiológico	Exemplos
Biológico	Status pós-cirurgia pélvica; radioterapia; efeitos secundários de fármacos; doenças médicas (p.e. esclerose múltipla); abuso de substâncias.
Psicológico	Transtornos psiquiátricos (afetivos, ansiedade, psicose, entre outras); trauma sexual; transtornos da personalidade; avaliação de desempenho.
Relacional	Falta de intimidade psicológica; alienação conjugal; infidelidade; conflito conjugal; indefinição de papéis sexuais.
Sociocultural	Incapacidade de se libertar de ideias religiosas antissexuais, considerar a masturbação ou sexo oral como comportamentos sexuais anormais.

Fonte: elaborada pelos autores.

O modelo de abordagem mais disseminado para não especialistas é o PLISSIT. Criado nos anos 1970 por Jack Annon, pressupõe que não era necessário ser um sexólogo para se desenvolverem ações terapêuticas significativas nesta área. É baseado nos seguintes princípios, por ordem crescente de especificidade de intervenção (STEVENSON, 2004):

1. Permissão (P): desculpabilização relativamente àquilo que é normal pensar, sentir e agir. Legítima o tópico do sexo e valida o problema do paciente;
2. Informação Limitada (LI): informação básica relativa à função sexual e ao ciclo de resposta sexual. Espaço para discutir eventuais preconceitos, a importância da comunicação e confiança numa relação. Poderá ser utilizado para discutir aspectos de saúde física e emocional, bem como efeitos secundários da medicação;
3. Sugestões Específicas (SS): tem o objetivo de promover mudanças comportamentais específicas que reduzem os fatores modificáveis que estão a inibir a expressão natural da sexualidade. Inclui também discussão de opções farmacológicas para

as queixas sexuais (p.e. inibidores da fosfodiesterase 5 para disfunção erétil causada por SSRI) ou tratamentos de quadros comórbidos. Discutir opções sexuais não coitais, a estimulação do interesse sexual do paciente com materiais de vídeo ou leitura, ou a alteração da rotina sexual do casal;

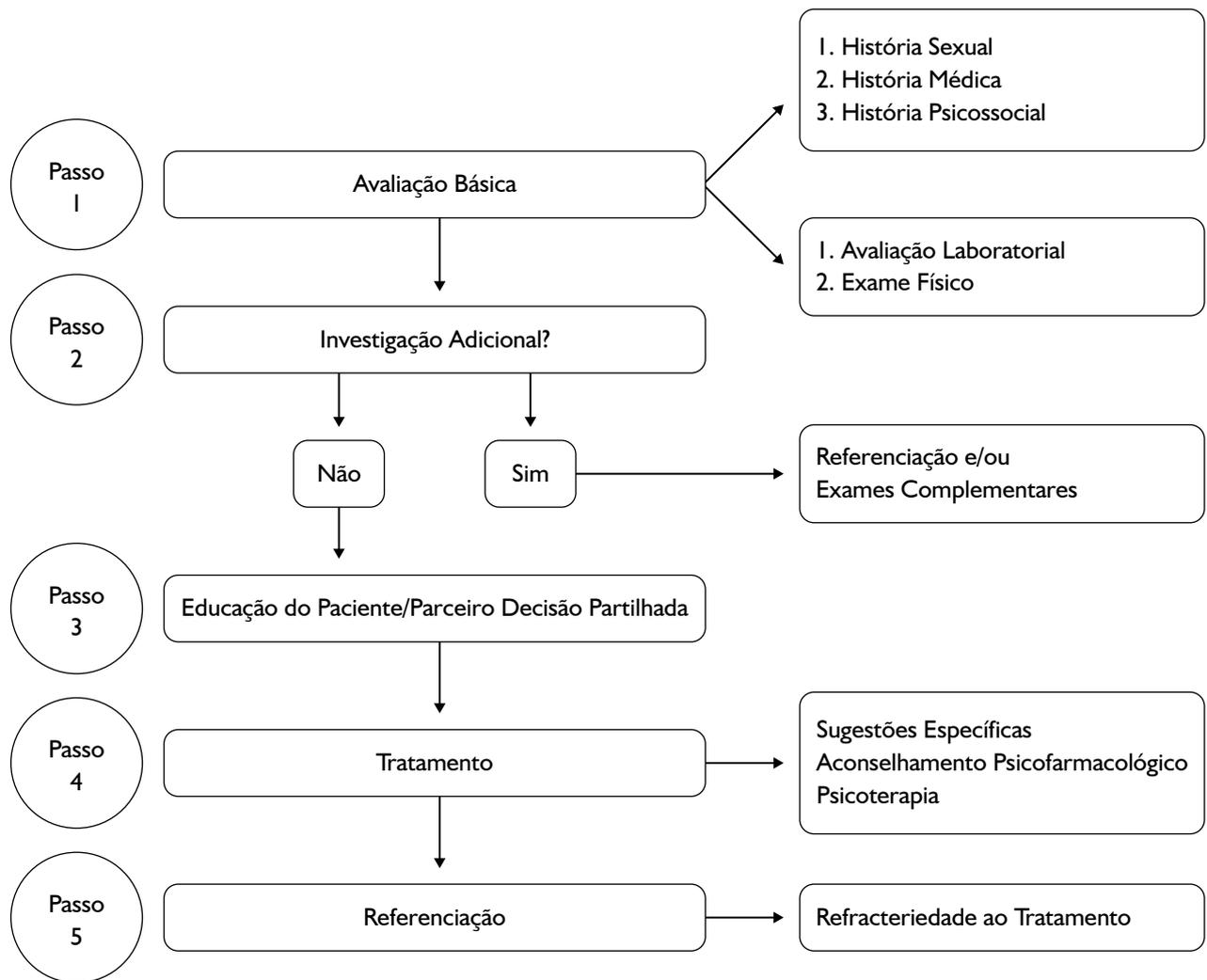
4. Terapia Intensiva (IT): compreende terapia de casal, psicosssexual ou intervenções psicoterapêuticas mais aprofundadas.

É considerado que psiquiatras e outros técnicos de saúde mental se encontram capacitados para os primeiros três níveis de intervenção, ficando o último nível para profissionais mais especializados. A maioria dos pacientes responderá aos primeiros três níveis (STEVENSON, 2004).

Algoritmo para a Abordagem de Queixas Sexuais em Psiquiatria Geral

O ICSM propôs, em 2016, uma revisão do seu modelo de diagnóstico das disfunções sexuais em homens e mulheres. Conjugando com os princípios do modelo PLISSIT, na Figura 1 esquematizou-se uma proposta de algoritmo de abordagem de queixas sexuais em consulta de psiquiatria.

Figura 1 – Algoritmo para a abordagem de queixas sexuais em psiquiatria geral



Fonte: adaptado de Hatzichristou (2016).

→ Passo 1: a coleta de história médica faz parte da rotina dos psiquiatras e residentes em psiquiatria, sendo, para este caso, importante identificar eventuais patologias médico-cirúrgicas contribuintes para as queixas do indivíduo ou iatrogenia medicamentosa. Apesar de não ser obrigatório e do contexto poder não ser o mais propício, um exame físico poderá fornecer informação significativa, bem como assegurar o indivíduo da inexistência de defeitos anatômicos percebidos. Existem algumas características que devem levar à realização de um exame físico: a) história recente de patologia médico-cirúrgica ou a presença de sintomas físicos; b) dor ou desconforto na atividade sexual; c) perda recente de desejo sexual sem qualquer motivo aparente; d) incapacidade de ter uma ereção quando acordado (em qualquer

circunstância); e) homem com mais de 50 anos; f) mulher com problemas sexuais na peri-menopausa ou pós-menopausa; g) história de irregularidade menstrual ou infertilidade; h) história de puberdade anormal ou patologia endócrina. Perante a suspeita de patologia médico-cirúrgica, poderá ser necessária a realização de uma avaliação laboratorial. Na Tabela 5 é sugerida uma avaliação laboratorial sumária dos principais marcadores relacionados com disfunção sexual (BHUGRA; COLOMBINI, 2013; HATZICHRISTOU et al., 2016).

Tabela 5 – Avaliação laboratorial sumária dos principais marcadores relacionados com disfunção sexual

Homem	Mulher
Hemograma	Hemograma
Velocidade de Sedimentação	Velocidade de Sedimentação
Testosterona (total e livre)	Função Tiroideia
Sex Hormone Binding Globulin (SHBG)	Função Hepática
Função Tiroideia	Função Renal
Função Hepática	Estradiol Sérico
Função Renal	Follicle Stimulating Hormone (FSH)
Perfil Lipídico	Prolactina
Glicemia	Luteinising Hormone (LH)
	Glicemia

Fonte: adaptado de Bhugra e Colombini (2013).

→ De igual forma, a história psicossocial deverá ser investigada proativamente e de forma sistemática, tentando identificar: a) presença de psicopatologia e a sua relação com a emergência de queixas sexuais; b) preocupações com a imagem corporal e em específico sobre os caracteres sexuais; c) características de personalidade como baixa autoestima, perfeccionismo, extroversão, autoconfiança sexual, entre outras; d) padrão relacional amoroso ao longo da vida; e) presença de competências sociais que possibilitem a criação de novas relações; f) presença de eventos estressores de vida, como dificuldades financeiras ou laborais; g) normas culturais /religiosas vigentes na comunidade. A coleta da história sexual poderá, em contraste, não ser tão familiar à maioria dos psiquiatras e residentes em psiquiatria. O objetivo da história sexual é identificar as queixas sexuais, compreender os fatores etiológicos e clarificar as expectativas da pessoa e do(a) parceiro(a). De forma sistemática poderá inquirir-se da seguinte forma: 1) definir o problema sexual, levando também em conta a descrição do parceiro; 2) perceber o momento de instalação das queixas, nomeadamente quando existe patologia comórbida (por exemplo, se a ausência de desejo sexual ocorreu antes ou depois do início do episódio depressivo); 3) esclarecer se a disfunção sexual é situacional ou generalizada (isto é, se é específica para determinado(a) parceiro(a) ou situação, se está presente na masturbação ou se se verificam ereções matinais/noturnas, no caso de disfunção erétil); a variação situacional e a presença de satisfação sexual esporádica é altamente sugestiva de fatores psicológicos como causa; 4) definir se a queixa sexual emergiu após trauma, atividade sexual com novo parceiro ou relação sexual intimidatória; 5) se atividade sexual, esclarecer qual é o contexto, quais os estímulos sexuais utilizados, se existe variação nestes, quão erótico

para a pessoa é o contexto e se existe uma noção de privacidade; 6) definir o grau de sofrimento que o problema constitui para a pessoa e se existe ansiedade de desempenho; 7) esclarecer a existência de pensamentos intrusivos durante a atividade sexual e qual a sua frequência e conteúdo; 8) avaliar as crenças sexuais da pessoa e a influência cultural em relação à sexualidade; 9) perguntar sobre a atividade sexual e satisfação antes do início das queixas (idade de início, número de parcerias, o gênero das parcerias sexuais, presença de fantasias sexuais, existência de experiências traumáticas ou humilhantes). Ainda dentro da história sexual, importa abordar a questão da relação com o(a) parceiro(a): a) avaliar a satisfação com a relação, presença de amor, intimidade, confiança e dinâmicas de poder; b) avaliar as capacidades de comunicação, nomeadamente sobre preferências sexuais; c) perceber a função sexual do(a) parceiro(a) e o grau de atração existente; d) esclarecer como o casal se encontra a lidar com o problema sexual e qual a atitude e reações do(a) parceiro(a) em relação a este (BHUGRA; COLOMBINI, 2013, HATZICHRISTOU et al., 2016).

→ Passo 2: nesta fase é avaliada a necessidade de investigação adicional das queixas sexuais, nomeadamente com meios complementares de diagnóstico (se não requisitados anteriormente) ou se em face da informação recolhida, o paciente deverá ser referenciado para outro colega/serviço (exemplos: para observação por ginecologia na presença de queixas de dor à penetração; observação por urologia no caso de uma disfunção erétil generalizada pós-cirúrgica ou observação por terapeuta sexual em casos mais complexos) (HATZICHRISTOU et al., 2016).

→ Passo 3: nesta fase deve ser providenciada informação ao paciente e/ou casal sobre o problema sexual identificado, esclarecer eventuais mitos ou informações

errôneas, explicar fatores contribuintes para o problema e quais as estratégias de tratamento disponíveis. A decisão sobre o tratamento a seguir deve ser partilhada entre estes intervenientes.

→ Passo 4: na Tabela 6 exemplificam-se algumas das opções de tratamento passíveis de serem escolhidas em consulta de psiquiatria geral (CHUNG et al., 2015; HATZIMOURATIDIS et al., 2016; KINGSBERG et al., 2017; RAPKIN; MASGHATI; GRISALES, 2017):

Tabela 6 – Exemplos de patologias sexuais e principais tratamentos baseados na evidência

Patologia Sexual	Tratamento
Transtorno de Desejo Hipoativo	Terapia Cognitivo-Comportamental (com ou sem <i>Mindfulness</i>); Flibanserina; Testosterona; Bupropiona; Buspirona; Terapia Sexual (referenciação).
Transtorno de Excitação Sexual Feminino	Terapia Cognitivo-Comportamental + <i>Mindfulness</i> ; Bupropiona; Testosterona; Inibidores da Fosfodiesterase 5 (se patologia com impacto neurovascular).
Transtorno Orgásmico Feminino	Masturbação direcionada.
Dor Gênito-Pélvica	Terapia Cognitivo-Comportamental; <i>Mindfulness</i> ; Lidocaína tópica. Lidocaína injectável; Fisioterapia do Pavimento Pélvico; Corticóides tópicos; Capsaicina (referenciação).
Disfunção Erétil	Inibidores da Fosfodiesterase 5 (Sildenafil, Tadalafil, entre outros); Injecção intracavernosa de alprostadil (referenciação); Alprostadil tópico ou intra-uretral (referenciação).
Ejaculação Precoce	Dapoxetina; Psicoterapia (nomeadamente comportamental); Paroxetina, Fluoxetina ou Sertralina; Tramadol; Inibidores da Fosfodiesterase 5; Anestésicos Locais.

Fonte: elaborada pelos autores.

→ Passo 5: em caso de refratariedade das queixas sexuais às medidas de tratamento preconizadas, o paciente deverá ser referenciado a serviço especializado de sexologia clínica (HATZICHRISTOU et al., 2016).

Como limitações a este trabalho, os autores gostariam de referir que se trata de um revisão não sistemática da literatura, tendo sido utilizada apenas uma base de dados e incluídos artigos apenas na língua inglesa e portuguesa.

Conclusão

A competência em sexologia é essencial para o profissional de saúde mental providenciar uma intervenção holística e significativa, tendo em conta a elevada prevalência de queixas sexuais, especialmente em doentes psiquiátricos. Uma história clínica cuidada e intervenções específicas breves poderão ter um impacto marcado na qualidade de vida dos doentes, mesmo em consultas de psiquiatria geral. Na inexistência de normas de orientação clínica na intervenção básica em problemas sexuais e se não houver investimento na formação de profissionais de saúde mental e de medicina geral e familiar, poderão os serviços especializados, já em número reduzido, ter um número elevado de pedidos de consulta, quando em muitos casos a questão poderia ser resolvida num meio menos diferenciado.

Referências

- ACUNA, M. J. et al. A comparative study of the sexual function of institutionalized patients with schizophrenia. *Journal of Sexual Medicine*, v. 7, n. 10, p. 3414-3423, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01832.x>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- AKSOY, U. M. et al. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatria Danubina*, v. 24, n. 4, p. 381-385, 2012. Disponível em: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol24_no4/dnb_vol24_no4_381.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020
- APT, C.; HURLBERT, D. F. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 20, n. 2 p. 125-133, 1994. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926239408403423>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BHUGRA, D.; COLOMBINI, G. Sexual dysfunction: classification and assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, v. 19, n. 1, p. 48-55, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010884>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BROTTO, L. A. et al. Asexuality: a mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behaviour*, v. 39, n. 3, p. 599-618, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CASTELLINI, G. et al. Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormonal Molecular Biology Clinical Investigation*, v. 25, n. 2, p. 71-90, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0055>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CHUNG, E. et al. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. *Australian Family Physician*, v. 44, n. 10, p. 737-743, 2015. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2015/october/premature-ejaculation-a-clinical-review-for-the-general-physician/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CIOCCA, G. et al. Sexual dysfunctions in people with first-episode psychosis assessed according to a gender perspective. *Rivista di Psichiatria*, v. 50, n. 5, p. 239-244, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1708/2040.22166>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CLAYTON, A. H. et al. Sexual dysfunction during treatment of major depressive disorder with vilazodone, citalopram, or placebo: results from a phase IV clinical trial. *International Clinical Psychopharmacology*, v. 30, n. 4, p. 216-223, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000075>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CYRANOWSKI, J. M. et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behaviour*, v. 33, n. 6, p. 539-548, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000044738.84813.3b>. Acesso em: 18 ago. 2020.

DE BOER, M. K. et al. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophrenia Bulletin*, v. 41, n. 3, p. 674-686, maio 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001>. Acesso em: 7 ago. 2020.

FAN, X. et al. Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, v. 94, n. 3, p. 119-127, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.033>. Acesso em: 7 ago. 2020.

FIGUEIRA, I. et al. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behaviour*, v. 30, n. 4, p. 369-377, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/a:1010257214859>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HARLEY, E. W.; BOARDMAN, J.; CRAIG, T. Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 45, n. 7, p. 759-766, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0119-0>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HATZICHRISTOU, D. et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *Journal of Sexual Medicine*, v. 13, n. 8, p. 1166-1182, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.017>. Acesso em: 29 ago. 2020.

HATZIMOURATIDIS, K. et al. Pharmacotherapy for Erectile Dysfunction: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015). *Journal of Sexual Medicine*, v. 13, n. 4, p. 465-488, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.016>. Acesso em: 3 set. 2020.

JANINI, E. A.; SIRACUSANO, A. *Sexual dysfunctions in mentally ill patients*. Cham: Springer, 2018.

KANTOR, J. et al. Prevalence of erectile dysfunction and active depression: an analytic cross-sectional study of general medical patients. *American Journal of Epidemiology*, v. 156, n. 11, p. 1035-1042, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwf142>. Acesso em: 15 ago. 2020.

KENNEDY, S. H.; RIZVI, S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 29, n. 2, p. 157-164, abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9>. Acesso em: 24 ago. 2020.

- KINGSBERG, S. A. *et al.* Female Sexual Dysfunction-Medical and Psychological Treatments, Committee. *Journal of Sexual Medicine*, v. 14, n. 12, p. 1463-1491, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.018>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- LA TORRE, A. *et al.* Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry*, v. 46, n. 6, p. 191-199, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345205>. Acesso em: 3 set. 2020.
- LA TORRE, A. *et al.* Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part II: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*, v. 46, n. 6, p. 201-208, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347177>. Acesso em: 3 set. 2020.
- LEVINE, S.; RISEN, C.; ALTHOF, S. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. New York: Routledge, 2016.
- LIN, C. *et al.* Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Medical Journal*, v. 35, n. 4, p. 323-331, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2319-4170.106138>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- MALIK, P. *et al.* EUFEST Study Group. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 31, n. 3, p. 274-280, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182199bcc>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- MAZZA, M. *et al.* Sexual behavior in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, v. 131, n. 3, p. 364-367, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.010>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- MONTEJO, A. L. *et al.* The effects of agomelatine on sexual function in depressed patients and healthy volunteers. *Human Psychopharmacology*, v. 26, n. 8, p. 537-542, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hup.1243>. Acesso em: 22 jan. 2021.
- MONTEJO, A. L.; MONTEJO, L.; NAVARRO-CREMADES, F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 28, n. 6, p. 418-423, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000198>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- MONTEJO, A. L.; MONTEJO, L.; BALDWIN, D. S. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, v. 17, n. 1, p. 3-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20509>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- NUNES, L. V. *et al.* Strategies for the treatment of antipsychotic-induced sexual dysfunction and/or hyperprolactinemia among patients of the schizophrenia spectrum: a review. *Journal of Sexual Marital Therapy*, v. 38, n. 3, p. 281-301, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606883>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- OBO, C. S. *et al.* Risky sexual behavior and associated factors among patients with bipolar disorders in Ethiopia. *BMC Psychiatry*, v. 19, n. 1, p. 313, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2313-2>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- PINHEIRO, A. P. *et al.* Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, v. 43, n. 2, p. 123-129, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20671>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- QUADFLIEG, N.; FICHTER, M. M. The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, v. 12, suppl. 1, p. 199-1109, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1113-9>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- RAJA, M.; AZZONI, A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, v. 18, n. 2, p. 70-76, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(03)00009-9). Acesso em: 15 ago. 2020.
- RAKJUMAR, R. P.; KUMARAN, A. K. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Comprehensive Psychiatry*, v. 60, p. 114-118, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.001>. Acesso em: 20 ago. 2020.

RAPKIN, A.; MASGHATI, S.; GRISALES, T. Treatment of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. In: ISHAK, W. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Cham: Springer, 2017. p. 305-326.

RISEN, C. B. Listening to sexual stories. In: LEVINE, S. B.; RISEN C. B.; ALTHOF S. E. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner/Routledge, 2003. p. 1-20.

SANSONE, R. A.; WIEDERMAN, M. W. Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry*, Edgmont, v. 6, n. 3, p. 36-40, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719454/pdf/PE_6_03_36.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

SERRETTI, A.; CHIESA, A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, v. 26, n. 3, p. 130-140, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328341e434>. Acesso em: 29 ago. 2020.

STEVENSON, R. W. Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 49, n. 10, p. 673-677, Oct. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/070674370404901004>. Acesso em: 9 ago. 2020.

VAN MINNEN, A.; KAMPMAN, M. Interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14681990050001556>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WERNEKE, U.; NORTHEY, S.; BHUGRA, D. Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 114, n. 6, p. 384-397, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00890.x>. Acesso em: 24 ago. 2020.

YEHUDA, R.; LERHNER, A.; ROSENBAUM, T. Y. PTSD and Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, v. 12, n. 5, p. 1107-1119, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsm.12856>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ZEMISHLANY, Z.; WEIZMAN, A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Advances in Psychosomatic Medicine*, v. 29, p. 89-106, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000126626>. Acesso em: 20 ago. 2020.