

ATUALIDADES NO TRATAMENTO DE MULHERES COM TRANSTORNO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO



RESUMO

Introdução: O Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) é a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres, podendo ser ocasionado por fatores psicológicos, biológicos, comportamentais, de relacionamento e ambientais. Essas mulheres podem apresentar autoestima baixa e problemas em relação ao seu corpo, por esse motivo apresentam redução em sua qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar, a partir da literatura, as atualidades no tratamento para Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo em mulheres. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, dos últimos 10 anos, utilizando a base de dados eletrônicos PubMed, LILACS e Plataforma de Periódicos da CAPES. **Resultados:** A busca resultou em 10 artigos que foram incluídos na pesquisa, sendo a grande maioria ensaios clínicos randomizados. Notou-se que os tratamentos medicamentosos com Bremelanotida, Flibanserina, agonistas do receptor de melanocortina 4 (MC4R), Kisspeptina, Prasterona via oral ou tratamentos alternativos com semente de cenoura, tribulus terrestris e Terapia Cognitivo Comportamental apresentaram evidências positivas e estatisticamente significativas no tratamento dos sintomas do TDSH. **Conclusão:** A utilização de diferentes tratamentos trouxe benefícios em todos os estudos analisados, auxiliando na melhora da qualidade de vida e auto-estima das pacientes. Em relação a fisioterapia ainda há escassez de estudos, mostrando assim, a necessidade de novas pesquisas baseadas em evidência.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Disfunção Sexual; Tratamento multiprofissional; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) é o problema mais comum diagnosticado em mulheres atualmente. Ele normalmente não é questionado nas primeiras consultas pelo médico, muitas vezes por falta de familiaridade/intimidade com a paciente. Mulheres com TDSH podem apresentar: Falta de ânimo para a atividade sexual, perda de interesse durante o ato sexual e evitam situações que possam levar à atividade sexual. Essas mulheres também podem apresentar autoestima baixa e problemas em relação ao seu corpo (EDINOFF et al., 2022).

Em uma pesquisa de Shifren et al (2008), com 31.581 mulheres, nos Estados Unidos, quase metade (43%) relatou o baixo desejo sexual. No que se refere à fisiologia, não há evidência científica de que a diminuição de hormônios esteróides (estradiol, progesterona e testosterona) possam ser o causador de TDSH. Com isso, não se torna necessário medir os níveis dos mesmos em consultas rotineiras, a fim de diagnosticar a patologia. Exames de imagem revelam que há uma diminuição de atividade no campo cerebral, responsável pela excitação, e aumento de atividade no campo cerebral que se refere ao julgamento moral e autofoco (PETTIGREW; NOVICK, 2021).

Mulheres com TDSH têm maior propensão a desenvolver problemas de memória, depressão, dor nas costas e fadiga, consequentemente má qualidade de vida e mais gastos com despesas médicas, comparadas a mulheres sem TDSH. A etiologia da patologia ainda é desconhecida, embora provavelmente seja uma questão multifatorial: psicológica, biológica e sociocultural. Fatores individuais, como: estresse, conhecimento sexual, saúde mental, uso de medicação psicotrópica, também podem ser associados ao TDSH (CIERI-HUTCHERSON, et al., 2021).

A avaliação das pacientes pode ser feita através de questionários biopsicossociais, que vão conter informações de comorbidades que ela possa apresentar, uso de medicamentos, limitações físicas ou dores na relação sexual. O contexto interpessoal também é importante ser avaliado pois, ele traz informações sobre qualidade de relacionamento, medos da paciente e técnica do parceiro. Em relação a exames laboratoriais e físico, pode-se solicitar um hemograma, exame de tireóide, avaliação do assoalho pélvico, vulvoscopia, aderência do clítoris e possível prolapso (PETTIGREW; NOVICK, 2021).

O tratamento do TDSH deve ser feito de maneira multiprofissional, para que unindo conhecimentos técnicos e científicos de diferentes profissionais, seja realizada uma abordagem correta. Médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros, são profissionais aliados no combate aos efeitos negativos ocasionados pelo TDSH no público feminino (LIRA, et al. 2022). A fisioterapia é uma grande aposta no tratamento do TDSH, visto que apresenta uma série de técnicas que visam melhorar a qualidade sexual desses pacientes. Segundo Souza, et al. (2020): Os principais objetivos da fisioterapia nesta área são: a sensibilização e propriocepção dos músculos, a conscientização da contração e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal, dessensibilizar áreas dolorosas, e diminuir o medo na penetração vaginal.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é trazer o que há de mais atual em relação ao tratamento do TDSH, para que seja possível criar um plano de tratamento baseado em evidências da literatura e que traga resultados positivos aos pacientes, melhorando qualidade de vida e relações pessoais/sexuais com seus respectivos parceiros.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com objetivo de realizar uma síntese de conhecimentos e responder a pergunta de pesquisa, referente ao que há de mais atual no tratamento de mulheres com Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo. Uma revisão integrativa da literatura busca estudos significativos com informações necessárias para serem aplicadas na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Após a definição da pergunta de pesquisa, o segundo passo foi a busca de artigos, que se deu na base de dados Pubmed, LILACS e Plataforma de Periódicos da CAPES. Os descritores foram selecionados a partir dos vocabulários encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading Terms (MeSH), haja vista a sua grande utilização pela comunidade científica para a indexação de artigos nas bases de dados. Foram utilizados como descritores “hypoactive sexual desire”, “treatment”, separados pelo operador booleano AND. Foram incluídos apenas dois descritores devido a escassez de trabalhos sobre o assunto, sendo visivelmente necessárias novas pesquisas.

Os critérios de inclusão utilizados foram trabalhos dos últimos 10 anos (2013-2023), na língua inglesa, portuguesa e espanhola, sem restrição de localização. A população estudada compreende mulheres que apresentaram transtorno do desejo sexual hipoativo, sem restrição de idade, tendo passado por pelo menos uma forma de tratamento. Foram excluídos aqueles que se apresentavam apenas em formato de resumo, estudos não disponíveis na íntegra, pontos de vista de especialistas, revisões da literatura, evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência ou aqueles que não respondessem a pergunta de pesquisa.

O terceiro passo metodológico consistiu na coleta de dados, baseados nos critérios descritos acima. Inicialmente foram analisados todos os títulos e resumos dos artigos identificados pela estratégia de busca, sendo aqueles resumos com informações insuficientes ou fora do contexto esperado excluídos. Os resumos que responderam aos critérios de elegibilidade foram avaliados por completo.

Após, na quarta fase, foram analisados criteriosamente na íntegra aqueles que se encaixavam com os critérios da pesquisa. Para auxiliar na escolha dos artigos, buscou-se trabalhos com alto nível de evidência científica, dando prioridade para ensaios clínicos randomizados, visto que, a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor da pesquisa. A evidência proveniente de ensaio clínico randomizado é considerada menos propensa a vieses, em especial, presença de fatores de confusão (ROEVER, et al. 2021).

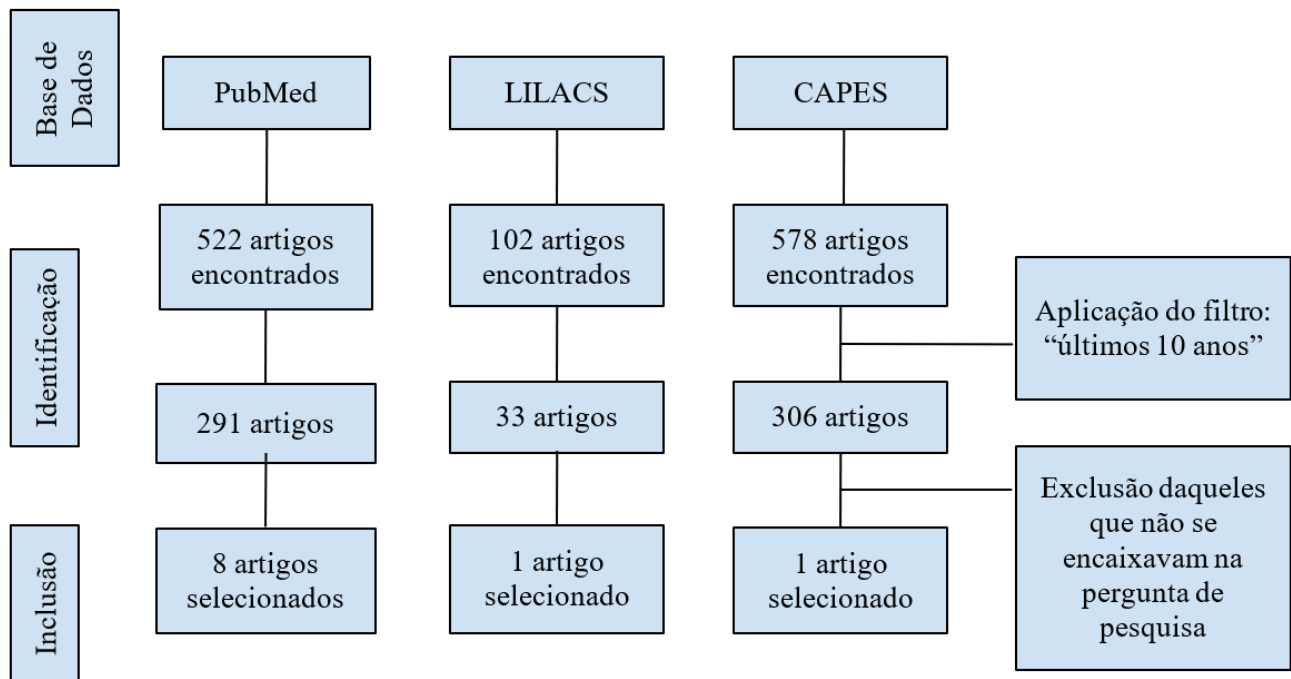
Na quinta e última fase, ocorreu a extração dos dados e informações pertinentes, análise e discussão dos resultados. Os artigos selecionados foram inseridos em uma planilha elaborada por dois pesquisadores no Programa Excel®, realizando a organização das informações de forma clara e objetiva. Assim, a comparação dos estudos ocorreu em tópicos específicos, como ano de realização, número amostral, tipo de tratamento realizado e quais resultados foram obtidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados, na base de dados PubMed, 522 artigos. Ao ser aplicado o filtro temporal restaram 291 e ao serem excluídas revisões da literatura restaram 44 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, 33 foram selecionados para análise na íntegra, onde 25 não responderam a pergunta de pesquisa, sendo incluídos 8 trabalhos no estudo.

Na base de dados LILACS, foram encontrados 102 artigos. Após aplicação dos filtros, restaram 33 resultados para análise. Após avaliação, apenas 1 correspondia à pergunta inicial de pesquisa, sendo incluído. Na Plataforma de periódicos da CAPES foram encontrados 578 artigos, onde após a seleção dos filtros restaram 306. Ao analisar títulos e resumos, foram descartados 230 estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram analisados 76 artigos na íntegra, onde 75 deles não responderam a pergunta de pesquisa ou tratavam-se de metodologias com pouca evidência científica, sendo descartados, incluindo assim, 1 estudo na pesquisa.

Figura 1: Fluxograma com a seleção dos artigos



Fonte: Elaborados pelos pesquisadores

Na Tabela 1, observa-se os seis estudos incluídos na presente revisão, com síntese em suas informações:

Tabela 1: Resumo das informações dos artigos selecionados e analisados na íntegra.

Autor/ ano	Desenho do estudo	Nº amostral	Tratamento realizado	Resultados
Lerner. et al. 2022	Ensaio clínico randomizado	106	Terapia Cognitivo comportamental	Grupo intervenção apresentou melhora significativa nos quesitos desejo e interesse preliminares, excitação, orgasmo e conforto na relação sexual ($P < 0,001$)
Kingsber. et al. 2019	Ensaio clínico randomizado	1.500	Tratamento medicamentoso com Breme-lanotida	O grupo intervenção teve aumentos significativos no desejo sexual ($P < 0,001$) e reduções significativas no sofrimento relacionado ao baixo desejo sexual ($P < 0,001$)
Thurston. et al. 2022a.	Ensaio clínico cruzado randomizado	31	Terapia com agonistas do receptor de melanocortina 4 (MC4R)	O agonismo de MC4R aumentou significativamente o desejo sexual por até 24 horas após a administração em comparação com placebo. Durante a neuroimagem funcional, o agonismo do MC4R aumentou a atividade da área motora cerebelar e suplementar e desativou o córtex somatossensorial secundário, especificamente em resposta a estímulos eróticos visuais, em comparação com o placebo.
Tuiten. et al. 2018	Estudo cruzado duplo-cego randomizado	139	Terapia medicamentosa individualizada composta por testosterona 0,5 mg + sildenafil 50 mg, testosterona 0,5 mg + buspirona 10 mg	Foi constatado pelo estudo que cada paciente apresenta uma dosagem individual para o tratamento do TDSH, não sendo possível utilizar a mesma dosagem para todas de forma efetiva.
Portman. et al. 2017	Estudo randomizado duplo-cego controlado	745	Terapia medicamentosa com Flibanserina	Ao serem aplicadas as escalas (FSDS-R = Escala de Angústia Sexual Feminina-Revisada; FSDS-R-13 = Escala de sofrimento sexual feminino). Houve melhora desde o início até a semana 16 no escore FSFI-d, que foi significativamente maior para flibanserina em comparação com placebo ($P = 0,011$); no entanto, a comparação entre grupos para eventos sexuais satisfatórios não alcançou significância estatística.
Thurston. et al. 2022b.	Ensaio clínico randomizado	32	Tratamento medicamentoso com infusão intravenosa de Kisspeptina	O grupo intervenção apresentou atividade cerebral intensificada por kisspeptina no hipocampo na visualização vídeos eróticos curtos ($r = 0,469$; $P = 0,007$). Não houve efeito da administração de kisspeptina no estradiol, progesterona ou testosterona a jusante, excluindo assim esses possíveis confundidores hormonais.
Sadeghi. et al. 2020.	Ensaio clínico randomizado duplo-cego	60	Tratamento com semente de cenoura	Em geral, a semente de cenoura comparada ao placebo melhorou a pontuação total de ndice de Função Sexual Feminina (FSFI) $7,329 \pm 0,830$ ($p < 0,001$), desejo $4,1 \pm 0,7$ ($p < 0,001$), lubrificação $4,7 \pm 0,4$ ($p = 0,019$), excitação $4,1 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), satisfação $4,8 \pm 1,1$ ($p < 0,001$), orgasmo $3,9 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) e dor $5,4 \pm 1$ ($p < 0,001$).

Continuando Tabela 1

Souza; Vale; Geber, 2016	Estudo prospectivo, randomizado duplo-cego	36	Tratamento com Tribulus terrestris (planta medicinal)	Os níveis de testosterona livre e biodisponível mostraram um aumento significativo no grupo intervenção ($P < 0,05$). Assim como, os resultados do Quociente Sexual versão feminina (QS-F) mostraram uma melhora significativa nos domínios de desejo ($P < 0,01$), excitação/lubrificação ($P = 0,02$), dor ($P = 0,02$) e anorgasmia ($P < 0,01$) em mulheres que usaram T terrestres.
Simon. et al. 2014	Ensaio clínico randomizado	949	Terapia medicamentosa com Flibanserina	Houve melhorias significativas com flibanserina versus placebo nas alterações médias no número de eventos sexuais satisfatórios (SSEs) (1,0 [0,1] vs 0,6 [0,1]), pontuação do domínio de desejo do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (0,7 [0,1] vs 0,4 [0,1]), Escala de Angústia Sexual Feminina Revisada (FSDS-R) - Pontuação do item 13 de R (-0,8 [0,1] vs -0,6 [0,1]), pontuação total do FSDS-R (-8,3 [0,6] vs -6,3 [0,6]) e pontuação total do FSFI (4,2 [0,4] vs 2,7 [0,4]; todos ($P < 0,01$)).
Hernandez; Villavicencio; Velazquez, 2019	Estudo experimental clínico, prospectivo e longitudinal	29	Tratamento com Prasterona	A administração oral de prasterona (dehidroepiandrosterona) na dose de 50mg por dia melhorou todos os domínios do Índice de Função Sexual Feminina em todas as pacientes estudadas com resultados estatisticamente significativos ($p < 0,001$), sem efeitos colaterais do hiperandrogenismo.

3.1 Tratamentos medicamentosos

O estudo de Thurston et al. (2022a), trás que o sistema melanocortina está envolvido na regulação neuroendócrina do comportamento sexual. Modelos clínicos, com estudos em animais, sugerem que o receptor de melanocortina 4 (MC4R) influencia a função sexual, com sua expressão observada em várias regiões cerebrais relevantes. Com isso, foi utilizado ressonância magnética funcional (fMRI) e análises hormonais para investigar os efeitos do MCR4 nas respostas cerebrais a estímulos eróticos em mulheres com TDSH. O estudo contou com 31 mulheres heterossexuais na pré-menopausa, sendo divididas em grupo intervenção e grupo placebo. Após a administração subcutânea de MC4R, foi realizada avaliação de ativação cerebral em resposta a um vídeo erótico de 10 minutos. Assim, foi relatada maior ativação na atividade cerebral de mulheres que receberam a intervenção quando comparado ao grupo placebo. O agonismo do MC4R causou, também, um aumento significativo ($P \leq 0,01$) no desejo sexual relatado pelo participante em comparação com o placebo até 24 horas após a administração (THURSTON, et al. 2022a).

No Reino Unido, o estudo de Thurston, et al. (2022b), recrutou 32 mulheres heterossexuais, divididas em dois grupos, com o objetivo de verificar se a kisspeptina (proteína responsável pela produção de esteróides sexuais) melhora o processamento sexual em mulheres na pré-menopausa. A idade média das participantes foi de 29,2 anos. O estudo foi realizado na fase folicular do ciclo menstrual. O grupo de intervenção recebeu uma administração via subcutânea de kisspeptina (1 nmol/kg/h) e o grupo controle recebeu uma dose placebo, via subcutânea (na mesma medida e seringas idênticas). Após 75 minutos de aplicação da kisspeptina e o placebo, as participantes foram avaliadas

através de exames de imagem (ressonância magnética), avaliação psicométrica e hormonal, reagindo a vídeos eróticos e imagens de nível de atração variáveis. Em mulheres mais angustiadas com a sua função sexual, a kisspeptina aumentou a atividade no hipocampo, estrutura chave no processamento sexual feminino ($p = 0,007$). Já nas participantes que foram mais incomodadas pelo seu baixo desejo sexual, ela também mostrou mais atividade no hipocampo ($p = 0,001$), comparadas ao grupo controle. Concluindo assim que, a kisspeptina melhora o processamento cerebral sexual. Também foi analisado que quanto mais a kisspeptina ativa o córtex cingulado posterior, menos aversão a respostas sexuais as participantes relataram ($p = 0,005$). A kisspeptina não alterou valores de: testosterona, estradiol e progesterona, excluindo assim esses possíveis confundidores hormonais. (THURSTON, et al. 2022b).

Em outro estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, desenvolvido por Portman et al. (2017), foi avaliado a segurança e a eficácia da Flibanserina (fármaco originalmente desenvolvido como antidepressivo) no tratamento de TDSH. O estudo contou com 745 mulheres naturalmente pós-menopáusicas com TDSH, em 95 locais na América do Norte (Estados Unidos e Canadá), de janeiro de 2010 a janeiro de 2011. Elas foram divididas em grupos 1:1, para receber comprimidos de 100mg de flibanserina uma vez à noite ou placebo correspondente por 24 semanas. A avaliação se deu através do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e da Escala de Angústia Sexual Feminina-Revisada (FSDS-R). O estudo citado contou com alguns problemas no patrocinador da pesquisa, por isso precisou ser interrompida na semana 16. Neste período foi avaliado que houve melhora, desde o início até a semana 16 (última observação transportada), no escore FSFI-d, que foi significativamente maior para flibanserina em comparação com placebo ($p = 0,011$); no entanto, a comparação entre grupos para eventos sexuais satisfatórios não alcançou significância estatística (PORTMAN, et al. 2017).

No estudo de Simon et al. (2014), a Flibanserina também foi avaliada como tratamento do TDSH. Nesta pesquisa, mulheres naturalmente na pós-menopausa receberam flibanserina 100 mg uma vez ao dia na hora de dormir ($n = 468$) ou placebo ($n = 481$) por 24 semanas. Foram utilizadas para avaliação o número de eventos sexuais satisfatórios (SSEs) ao longo de 28 dias, a FSFI FSDS-R. Assim, a Flibanserina em comparação com o placebo, foi associada a melhora no desejo sexual, melhora no número de SSEs e redução do sofrimento associado ao baixo desejo sexual ($P < 0,01$).

Em 2018, Tuiten et al., descreve sobre a importância de um tratamento individualizado para cada paciente com TDSH, visto que, cada mulher passou por diferentes experiências em sua vida sexual. Com isso, o estudo apresenta dois medicamentos sob demanda, visando dois mecanismos causais hipotéticos distintos para esse distúrbio sexual. Assim, 139 mulheres, entre 18 e 70 anos, com transtorno de interesse/excitação sexual receberam três tratamentos diferentes, com combinação de medicamentos, durante três períodos de 2 semanas: testosterona 0,5 mg + sildenafil 50 mg, testosterona 0,5 mg + bupiriona 10 mg e placebo correspondente. Através da genotipagem, níveis basais de globulina ligadora de hormônio sexual, albumina, hormônio estimulante da tireoide, hormônio folículo-estimulante, hormônio luteinizante, prolactina e estrogênio, foi possível identificar diferenças nas ações medicamentosas em cada paciente. Conclui-se, a importância de uma avaliação aprofundada e tratamento individualizado de cada caso (TUITEN, et al. 2018)

Em um estudo experimental de 2017, 29 mulheres na menopausa (entre 40 e 60 anos) foram

recrutadas com objetivo de verificar se a administração de 50mg, por via oral, de Prasterona (hormônio esteróide mais abundante no corpo humano) melhora o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) em mulheres com TDSH. Assim, 18 dessas pacientes finalizaram o protocolo após 12 meses e o resultado foi o aumento de 10,6 para 29,1 na pontuação do IFSF ($p = 0,000$). Não houve efeitos adversos relacionados ao tratamento, concluindo que a Prasterona pode ser eficaz no tratamento do TDSH em mulheres na menopausa, aumentando a pontuação do IFSF em pelo menos dois pontos. (HERNANDEZ;VILLAVICENCIO; VELAZQUEZ, 2019)

Na pesquisa de Kingsberg et al. (2019) foram realizados dois estudos duplo-cego idênticos, para verificar a eficácia do uso do fármaco Bremelanotida em mulheres saudáveis na pré-menopausa com diagnóstico de TDSH. Elas foram avaliadas através das escalas: Função Sexual Feminina-desejo (FSF-D) e Escala de Angústia Sexual Feminina (EASF). Foram recrutadas mulheres que estivessem em um relacionamento monogâmico estável, com homens ou mulheres. No estudo 301 completaram o tratamento 464 pacientes e no estudo 302 completaram o tratamento 392 pacientes. A triagem das pacientes teve duração de 4 semanas, depois um tratamento simples-cego (apenas com placebo) e por fim o período de tratamento, duplo-cego, com duração de 24 semanas. A ideia principal foi comparar o início do tratamento, simples-cego apenas com placebo, com a amostra no final do estudo, duplo-cego com o uso do fármaco. Os resultados mostram que, em relação ao placebo, as pacientes que fizeram o uso do fármaco Bremelanotida tiveram uma melhora significativa no desejo sexual, estudo 301: 0,30 ($p < 001$) e estudo 302: 0,42 ($p < 001$). O uso do fármaco apresentou como efeito colateral: náusea, rubor e/ou dor de cabeça, de intensidade leve a moderada. (KINGSBERG, et al. 2019).

3.2 Tratamentos alternativos

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo (HSDD) é um problema sexual comum das mulheres que têm impactos negativos na sua saúde e qualidade de vida. Dados os efeitos colaterais das intervenções farmacológicas, seria benéfico para os pacientes tentar encontrar novas opções baseadas em tratamentos alternativos.. Por esse motivo, um estudo de Sadeghi et al. (2020), buscou avaliar a eficácia da semente de cenoura na disfunção sexual de mulheres com TDSH em comparação com placebo. Neste ensaio clínico randomizado duplo-cego, 60 participantes foram aleatoriamente designados para o grupo de intervenção que tomou 500 mg de semente de cenoura 3 vezes ao dia durante 12 semanas versus placebo. Participantes de dois grupos preencheram o questionário Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) no início, semana seis e 12. O teste de análise de variância (ANOVA) de medida repetida foi usado para análise estatística. Em geral, a semente de cenoura comparada ao placebo melhorou a pontuação total de FSFI $7,329 \pm 0,830$ ($p < 0,001$), desejo $4,1 \pm 0,7$ ($p < 0,001$), lubrificação $4,7 \pm 0,4$ ($p = 0,019$), excitação $4,1 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), satisfação $4,8 \pm 1,1$ ($p < 0,001$), orgasmo $3,9 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) e dor $5,4 \pm 1$ ($p < 0,001$). Evidenciando assim, que mulheres podem se beneficiar de tratamentos alternativos para o TSHD.

No estudo de Lerner et al. (2022) o objetivo foi verificar se o uso de Terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo, auxilia na melhora do quadro em mulheres com TDSH. O estudo contou com 106 mulheres diagnosticadas com TDSH, que foram divididas em: Grupo 1, intervenção

(n=53), as quais foram submetidas a TCC em grupo por 8 semanas (1 sessão por semana) e Grupo 2 (n=53) que ficaram em lista de espera, sendo utilizadas como o grupo controle (GC). A função sexual das pacientes foi avaliada pelo Quociente Sexual Feminino (QSF) na primeira entrevista e após 6 meses de tratamento, o teste de Mann Whitney foi utilizado para realizar a comparação entre os dois grupos. A cada sessão as pacientes foram encorajadas a dividir experiências com o grupo em relação a atividade e pensamentos sexuais. Também, foram passados exercícios para se realizar em casa propostos pela profissional, sendo a mesma terapeuta da primeira à última sessão de TCC. Nessas 8 semanas as mulheres foram instruídas a evitar relações sexuais, a fim de não repetir modelos comportamentais anteriores, como: sentimento de frustração pré e pós ato sexual. Após 6 meses o Grupo 1 teve uma melhora significativa, em todos os quesitos avaliados pelo QSF, em relação ao Grupo 2. O Grupo 1 teve uma variação estatisticamente mais significativa nas pontuações do QSF ($p < 0,001$), foi de $0,76 \pm 0,24$ inicialmente e após 6 meses $0,88 \pm 0,48$. Concluindo que a TCC em grupo pode auxiliar na melhora do quadro de TDSH em mulheres brasileiras (LERNER, et al, 2022).

No estudo prospectivo randomizado duplo-cego, controlado por placebo, 36 mulheres na menopausa foram recrutadas para verificar se a planta medicinal *Tribulus terrestris* é eficaz no tratamento de TDSH. As participantes foram avaliadas pelo Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e Quociente Sexual - versão feminina (QSvf). Assim, 18 mulheres receberam placebo, sendo o grupo controle, e 18 foram designadas a receber 750mg/d de *tribulus terrestris*, grupo de estudo (escolhidas aleatoriamente). O resultado nos mostra que ambos os grupos tiveram melhora nos índices de IFSF ($p < 0,05$), a não ser no quesito de lubrificação, que teve uma melhora apenas no grupo de estudo. Os resultados do QSvf mostram uma melhora significativa nos domínios de: desejo ($p < 0,01$), lubrificação ($p = 0,02$), dor ($p = 0,02$) e anorgasmia ($p < 0,01$) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle nenhuma melhora foi observada ($p > 0,05$). E a testosterona também teve um aumento significativo no grupo de estudo ($p < 0,05$), se tornando uma alternativa para o TSDH em mulheres na menopausa, pois não apresentou muitos efeitos adversos. (DE SOUZA; VALE; GEBER, 2016).

4 CONCLUSÃO

Foi percebido que ainda existe uma escassez de estudos sobre o tema, por ser um assunto considerado recente. Tendo em vista os resultados da pesquisa, foi possível verificar que alguns tratamentos para o TDSH apresentaram estudos mais avançados na comprovação da eficácia dos medicamentos ou terapias. Tratamentos medicamentosos com Bremelanotida, Flibanserina, agonistas do receptor de melanocortina 4 (MC4R), Kisspeptina, Prasterona via oral apresentaram evidências positivas e estatisticamente significativas no tratamento dos sintomas do TDSH. Além disso, tratamentos alternativos como Semente de cenoura, Terapia Cognitivo Comportamental e planta medicinal *Tribulus Terrestris* também apresentaram evidências positivas e sem muitos efeitos colaterais no tratamento dos sintomas do TDSH, sendo uma opção para mulheres que decidam optar pela não intervenção medicamentosa.

A fisioterapia pode ser grande aliada no tratamento desse transtorno, visto que é uma terapia de fácil acesso ao público feminino, com poucos efeitos colaterais para a saúde quando comparada aos

medicamentos. Porém, não foram encontrados estudos com bons níveis de evidência e bem delineados que abordassem o tema. Sendo assim, fica evidente a grande necessidade de pesquisas que busquem diferentes formas de tratar o TDSH, além dos medicamentos já citados, para que seja possível orientar o paciente de maneira integral.

REFERÊNCIAS

CIERI-HUTCHERSON, N. E. et al. Systematic Review of l-Arginine for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder and Related Conditions in Women. **Journal Pharmacy**. v.9, n.2, p.71, 27 Mar 2021.

DE SOUZA, K. Z. D.; VALE, F. B .C.; GEBER, S. Efficacy of Tribulus terrestris for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. **Journal Menopause (New York)**. v. 23, n.11, p.1252-1256, 2016.

EDINOFF, A. N. et al. Bremelanotide for Treatment of Female Hypoactive Sexual Desire. *Journal Neurology International*. v.14, n.1, p.75-88, 4 Jan 2022.

HERNANDEZ, I. M.; VILLAVICENCIO, A. D.; VELAZQUEZ, L.P. Evaluación del efecto de la prasterona en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en mujeres posmenopáusicas. **Ginecología y obstetricia de México**. v.87, n.5, p.288-294, 2019.

KINGSBERG, S. A. et al. Bremelanotide for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Two Randomized Phase 3 Trials. **Journal Obstetrics & Gynecology**. v.134, n.5, p.899-908, Nov 2019.

LERNER, T. et al. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. **Journal Clinics**. v.77, 26 Jul 2022.

LIRA, E. M. R. et al. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.33, p.1064, 2022.

PETTIGREW, J. A.; NOVICK, A. M. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. **Journal Midwifery Womens Health**. v.66, n.6, p.740-748, 1 Nov 2021.

PORTMAN, D. J. et al. Flibanserin in Postmenopausal Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: Results of the PLUMERIA Study. **The Journal of Sexual Medicine**. v.14, n.6, p.834-842, 14 Jun 2017.

ROEVER, L. et al. Compreendendo o GRADE: PICO e qualidade dos estudos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.19, n.1, p.54-61, 2021.

SADEGHI, S. et al. Evaluation of the effect of carrot seed (*Daucus Carota*) in women of fertile age with hypoactive sexual desire disorder: A randomized double-blind clinical trial. **Complementary therapies in medicine**. v.54, 102543, Nov 2020.

SHIFREN, J. L. et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Journal Obstetrics & Gynecology**. v.112, n.5, p.970-978, Nov 2008.

SOUZA, L.C. et al. FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL DA MULHER: revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde**. v.5, n.2, p.36-44, 2020.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**. v.8, p.102-106, 2010.

SIMON, J. A. et al. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. **Journal Menopause (New York)**. v.21, n.6. p.633-640, Jun 2014.

THURSTON, L. et al. Melanocortin 4 receptor agonism enhances sexual brain processing in women with hypoactive sexual desire disorder. **The Journal of clinical investigation**. v.132, n.19, e152341. 3 Out 2022a.

THURSTON, L. et al. Effects of Kisspeptin Administration in Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**. v.5, n.10, e2236131. 3 Out 2022b.

TUITEN, A. et al. Genotype scores predict drug efficacy in subtypes of female sexual interest/arousal disorder: A double-blind, randomized, placebo-controlled cross-over trial. **Women's Health**. v.14, n.17, Jul 2018.