



# O papel da ansiedade na (dis)função sexual

Bárbara Braga de Lucena<sup>1</sup>, Carmita Helena Najjar Abdo<sup>1</sup>

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Diversos fatores interferem negativamente na atividade sexual humana, desencadeando as disfunções sexuais (DS), que se caracterizam por perturbações relacionadas às alterações psicofisiológicas nas fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) ou à dor associada à relação sexual, promovendo sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal.<sup>1</sup> Embora as DS possam ocorrer em qualquer uma dessas quatro fases do ciclo de resposta sexual, são mais frequentes nas três primeiras, sendo comum um mesmo indivíduo apresentar DS em mais de uma fase do ciclo de resposta sexual.<sup>2</sup>

A etiologia das DS pode envolver componentes biológicos e psicológicos,<sup>3</sup> incluindo condições clínicas gerais (especialmente diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares) e neurológicas, medicações<sup>4</sup> e condições psicológicas, entre as quais se destaca a ansiedade.<sup>3-5</sup>

## QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

A ansiedade pode ser definida como sentimento de apreensão e medo caracterizado por sintomas físicos, psicológicos e cognitivos. No contexto de estresse ou de perigo, essas reações são naturais. No entanto, algumas pessoas se sentem extremamente ansiosas com as atividades cotidianas, o que pode resultar em sofrimento e prejuízo significativo dessas atividades.<sup>6</sup>

A expressão neurobiológica da ansiedade é complexa, mas resulta principalmente da liberação de substâncias adrenérgicas (adrenalina e noradrenalina). A sensação de ameaça constante provoca a hiperatividade do sistema nervoso autonômico, desencadeando sintomas somáticos de ansiedade, tais como: secura da boca, aumento de vigília ou estado de alerta, constrição respiratória, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais, entre outras alterações biológicas e bioquímicas.<sup>7</sup>

Os transtornos de ansiedade são um grupo de entidades clínicas em que um nível excessivo de ansiedade é o sintoma comum. Esse grupo inclui o transtorno do pânico, a

fobia específica e a social, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG).<sup>1</sup>

Já as DS podem ser classificadas em: transtorno do desejo sexual hipoativo, transtorno de aversão sexual, transtorno da excitação sexual feminina, transtorno erétil masculino, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do orgasmo masculino, ejaculação precoce (EP), dispareunia e vaginismo.<sup>1</sup>

Embora sejam categorias distintas, DS e ansiedade estão intimamente relacionadas e o diagnóstico de ambas é eminentemente clínico. A queixa do paciente, aliada à presença de alguns elementos na anamnese, é fundamental, sendo necessário, para cada caso, identificar se a ansiedade influenciou a DS; alternativamente, se a DS provocou a ansiedade ou, ainda, se entre os dois problemas não há relação inicial de causalidade.<sup>6</sup>

No caso das DS, exames de dosagens hormonais e condições clínicas gerais são complementares.<sup>3</sup> Todavia, ainda que haja alteração da resposta sexual comprovada por causa orgânica, não é diagnosticada DS se o paciente não apresentar insatisfação frente à sua condição sexual.<sup>1</sup>

Além da queixa e da insatisfação, deve-se considerar um mínimo de seis meses de sintomatologia para a caracterização da DS.<sup>1</sup> Durante a anamnese, é importante investigar as condições sexuais e de saúde geral do(a) parceiro(a), para afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pelo paciente.<sup>8</sup>

## ANSIEDADE RELACIONADA À ATIVIDADE SEXUAL

Desde as primeiras formulações psicodinâmicas<sup>3</sup> e, posteriormente, na terapia sexual proposta por Masters e Johnson<sup>9</sup> e Kaplan,<sup>10</sup> a ansiedade com relação ao desempenho sexual foi considerada a mais importante causa imediata da DS.

Masters e Johnson desenvolveram conceito de *spectatoring*, que seria o monitoramento da própria atividade sexual, com manutenção do foco em si mesmo durante a interação sexual, em vez de uma imersão nos aspectos sensoriais da

<sup>1</sup>Psicóloga, pós-graduanda em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>2</sup>Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

experiência erótica. Para os autores, o espectador sexual se distrairia com pensamentos sobre o seu desempenho, o que interromperia o fluxo normal do funcionamento sexual, inibindo a excitação sexual e o orgasmo.<sup>9</sup>

Barlow<sup>11</sup> incluiu o conceito de *spectatoring* em um modelo causal do processo de atenção durante o funcionamento sexual. De acordo com o autor, déficits no funcionamento sexual devido à dificuldade de excitação são causados por uma incapacidade do espectador em captar corretamente sinais eróticos que são necessários para a excitação. Essa incapacidade desencadearia grande ansiedade acerca do desempenho, provocando a mudança de atenção (*spectoring*) a fim de evitar o insucesso sexual. Essa distração, no entanto, prejudica o desempenho do espectador sexual.

Se a ansiedade relacionada ao sexo provoca um impedimento psicológico para o desempenho da atividade sexual,<sup>12</sup> também é possível que, na ausência de problemas sexuais específicos, altos níveis de ansiedade desencadeiem distrações cognitivas (preocupações não sexuais, obsessões, e hipervigilância e sensações corporais somáticas) que podem interferir na resposta sexual.<sup>13</sup> Mesmo em mulheres sem DS, estudos demonstraram que distrações cognitivas reduzem a excitação tanto fisiológica quanto subjetiva aos estímulos eróticos.<sup>14,15</sup>

Nos homens, a ansiedade tem sido considerada central para o desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil (DE)<sup>3-16</sup> e da EP.<sup>5-17</sup> Acredita-se que, em estado de ansiedade, a hiperatividade simpática reduza a capacidade de controle da ejaculação.<sup>18</sup>

Liu<sup>19</sup> examinou o impacto de uma série de fatores psicológicos sobre disfunção erétil entre 44 pacientes do sexo masculino. Os resultados demonstraram que, além dos altos níveis de ansiedade relacionada ao desempenho, os problemas de comunicação também contribuíam para o surgimento da DE.

Em mulheres, um estudo turco<sup>20</sup> mostrou que a dor pélvica crônica está positivamente relacionada com a ansiedade. Mais recentemente, a ansiedade na fase de excitação também foi associada à dispareunia.<sup>21</sup> Uma revisão de literatura<sup>22</sup> evidenciou que mulheres com transtornos do desejo sexual são mais preocupadas e ansiosas do que mulheres com bom funcionamento sexual. Katz e Jardine<sup>23</sup> corroboraram este achado, concluindo que a ansiedade está intimamente relacionada com a falta de desejo e aversão sexual. Embora a ansiedade também influencie a disfunção de orgasmo,<sup>17-24</sup> van Minnen e Kampman<sup>25</sup> concluíram que os problemas sexuais das pacientes com ansiedade são mais frequentes na primeira fase do ciclo de resposta sexual (o desejo). Nesse estudo, a qualidade da relação conjugal das pacientes era satisfatória, indicando que os problemas sexuais eram desencadeados pela ansiedade e não por problemas conjugais.

Embora usualmente caracterize um impedimento, conforme relatado acima, a ansiedade não é universalmente perturbadora para o funcionamento sexual.<sup>25</sup> Experimentos sugerem que, sob

certas condições, a ansiedade facilita a excitação sexual genital. Como exemplo, Hoon e cols.<sup>26</sup> e Palace e Gorzalka<sup>27</sup> concluíram que a ansiedade induzida melhorou a vasocongestão genital por meio de estímulos eróticos.

Mais recentemente, outro experimento<sup>13</sup> revelou que mulheres com ansiedade leve ou moderada têm significativamente mais pulsação vaginal do que mulheres sem ansiedade ou com ansiedade grave. Assim, as autoras concluíram que um pouco de ansiedade auxilia a excitação feminina. Desse modo, para a excitação sexual, a ausência de ansiedade pode ser tão prejudicial quanto a ansiedade grave.

## PREVALÊNCIA

Uma alta prevalência de DS tem sido relatada em pessoas com ansiedade.<sup>13</sup> Dunn e cols.<sup>24</sup> constataram que 34% dos homens e 41% das mulheres tinham alguma DS. Entre os participantes, 21% tinham ansiedade moderada ou grave. Os homens com ejaculação precoce tinham 2,5 mais chances de ter ansiedade grave. Entre as mulheres, a ansiedade foi associada a maior risco (*odds ratio*, OR) para disfunção de excitação (OR = 3,5), disfunção de orgasmo (OR = 2,0), inibição do desejo (OR = 2,3), secura vaginal (OR = 1,8), e dispareunia (OR = 4,5).

Em se tratando de mulheres na menopausa, Schantz e cols.<sup>28</sup> demonstraram que entre as pacientes que referiam diminuição do desejo sexual, a prevalência de ansiedade era de 76,7% contra 45,7% das que não relatavam diminuição do desejo ( $P < 0,01$ ). Entre as mulheres que referiam secura vaginal, a prevalência de ansiedade foi de 75,0% contra 48,4% das que não relatavam a mesma condição ( $P < 0,02$ ).

A prevalência de transtornos de ansiedade varia de 2,5% a 37% em homens portadores de disfunção erétil (DE).<sup>29,30</sup> Em pacientes com EP, estima-se que 25% deles tenham fobia social.<sup>31</sup> Apesar da correlação entre EP e fobia social ser aceita, também há relação entre ejaculação retardada e fobia social. Bondiger e cols.,<sup>32</sup> por exemplo, encontraram 33% de ejaculação retardada em homens com fobia social. Entretanto, o papel específico da ansiedade no funcionamento sexual masculino permanece incerto.<sup>6</sup>

Kaplan<sup>33</sup> encontrou grande prevalência do transtorno de pânico em pacientes afetados pela aversão sexual. A autora mostrou que 25% dos pacientes tinham transtorno de pânico e outros 25% tinham sintomas característicos da síndrome do pânico (sem os ataques de pânico) e sugeriu uma prevalência de 75% de DS em pacientes com transtorno de pânico.

Dettòre e cols.<sup>34</sup> mostraram que pacientes com transtornos de ansiedade tinham maior risco de apresentar DS do que os controles (indivíduos sem qualquer transtorno de ansiedade). Segundo Kendukar,<sup>35</sup> metade dos pacientes com TOC tem DS, enquanto 64% dos pacientes com TAG têm DS. Outro trabalho<sup>36</sup> apontou que 73% dos pacientes com TOC estavam

insatisfeitos com sua função sexual, enquanto para Staebler e cols.<sup>37</sup> essa porcentagem foi de 59%.

Conforme se pode observar, alguns estudos relacionam DS com sintomas e estado de ansiedade em geral, enquanto outros relacionam as DS com transtornos de ansiedade específicos. De modo geral, as prevalências são elevadas, independentemente do tipo de ansiedade e de DS estudadas.

## TRATAMENTO

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e norepinefrina (ISRSN) são considerados tratamentos de primeira linha para os transtornos e quadros de ansiedade.<sup>38</sup> No entanto, a relação entre ansiedade e funcionamento sexual torna-se mais complicada, uma vez que a maioria das drogas disponíveis como tratamentos de primeira linha (com raras exceções)<sup>39</sup> é prejudicial ao funcionamento sexual de homens e mulheres.<sup>40</sup>

Entre as dificuldades sexuais observadas nos homens em decorrência dos ISRS estão: diminuição da ereção matinal, dificuldade de obter ou manter ereção suficiente para a penetração, dificuldade de excitação e diminuição da libido, anorgasmia ou atraso ejaculatório.<sup>41</sup> Em virtude desse último efeito, os ISRS são as drogas mais prescritas para o tratamento da EP.<sup>42</sup> Nas mulheres em uso de ISRS, observou-se orgasmo retardado ou anorgasmia, dificuldade de excitação, diminuição da lubrificação e da libido.<sup>41</sup>

Bahrck e Harris<sup>38</sup> recomendam que o tratamento deva ser decidido com o paciente, após informá-lo detalhadamente sobre as opções com seus respectivos riscos e benefícios. Para os pacientes com ansiedade cuja prioridade é o funcionamento sexual, outras categorias de antidepressivos devem ser consideradas.<sup>43</sup> Do mesmo modo, o uso de benzodiazepínicos deve ser cuidadosamente avaliado. Eles têm efeito rápido, toxicidade relativamente baixa e grande potência ansiolítica, mas esses benefícios devem ser pesados contra o potencial de comprometimento motor, dependência e sintomas de abstinência.<sup>44</sup> Todos os riscos devem ser informados ao paciente.<sup>45</sup> Alguns estudos têm mostrado que os pacientes estão insatisfeitos com as informações que recebem dos médicos acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos, especialmente em relação ao funcionamento sexual.<sup>46,47</sup>

Dadas as limitações farmacoterápicas e a ausência de medicações específicas para as DS femininas, o tratamento médico por vezes não é suficiente para os casais retomarem a vida sexual satisfatória. A abordagem das questões relacionais e psíquicas é de fundamental importância.<sup>3</sup>

As estratégias de intervenção psicológica devem estar centradas no controle dos níveis de ansiedade e no desenvolvimento de habilidades sexuais. O foco deve estar na melhora da assertividade e da confiança sexual, bem como na qualidade do relacionamento.<sup>5</sup>

## A terapia cognitivo-comportamental (TCC) como estratégia de intervenção psicológica

As teorias cognitivo-comportamentais têm relacionado tanto a ansiedade quanto as DS às formas distorcidas com que as pessoas aprendem a pensar sobre si mesmas ou sobre situações.<sup>11-48</sup> Do ponto de vista cognitivo, a ansiedade elevada interfere negativamente no funcionamento sexual porque o indivíduo está “enviezado” para perceber uma situação como ameaçadora. Assim, ele se “distrai” de estímulos sexualmente excitantes e assume interpretações sobre esses estímulos.<sup>13</sup>

A eficácia da TCC tem sido bem documentada.<sup>49</sup> McCabe<sup>50</sup> realizou 10 sessões de TCC em mulheres com falta de desejo. O programa incluía intervenções focadas em melhorar a comunicação entre os parceiros, aumentar as habilidades sexuais e reduzir a ansiedade acerca do desempenho sexual. Apesar do curto tempo, houve melhora de 44% das pacientes. Outro estudo<sup>51</sup> de mulheres com DS comparou a TCC com um grupo controle. Como resultado, houve melhora significativa ( $P < 0,05$ ) na qualidade de vida sexual e conjugal, na satisfação sexual, na percepção de excitação sexual, na autoestima sexual, além de melhora nos sintomas de depressão e de ansiedade no grupo que realizou a terapia.

Considerando que cognições maladaptativas podem causar tanto ansiedade quanto DS e que essas condições reforçam uma a outra, o trabalho em TCC objetiva identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais a fim de reestabelecer o funcionamento sexual satisfatório.<sup>49</sup> Para tanto, esse tipo de terapia geralmente inclui uma parte educativa e exercícios que abordam as preocupações do paciente acerca de seu desempenho sexual.<sup>5</sup>

## CONCLUSÃO

A resposta à ansiedade é complexa e exige investigação acerca de grau, natureza e histórico de cada paciente com queixa sexual. Grau leve ou moderado de ansiedade pode auxiliar na excitação sexual, enquanto graus mais graves e ansiedade patológica (transtornos de ansiedade) prejudicam o funcionamento sexual. Ainda assim, na maior parte dos casos documentados, a ansiedade interfere negativamente na experiência subjetiva e favorece a manutenção das DS.

Mesmo nos casos em que não está relacionada à causa da disfunção, a ansiedade geralmente a acompanha e, por isso, deve ser considerada na abordagem diagnóstica e terapêutica, uma vez que a ansiedade acerca do desempenho pode prolongar e exacerbar os problemas sexuais.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4<sup>th</sup> edition. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. Leiblum SR, Rosen RC. Principles and practice of sex therapy. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2000.

3. Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2005;2(6):793-800.
4. Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2ª ed. São Paulo: Lemos; 2000
5. McCabe MP. The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management.* 2005;12(4):379-88. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/str/12/4/379/>. Acessado em 2013 (28 fev).
6. Coretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times.* 2007;24(9). Disponível em: <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/54881>. Acessado em 2013 (28 fev).
7. Andrade LHS, Gorestein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade [General aspects of anxiety rating scales]. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2007;25(6):285-90.
8. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas [Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions]. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2006;33(3):162-7.
9. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown; 1970.
10. Kaplan HS. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1975.
11. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(2):140-8.
12. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):67-78.
13. Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behav Res Ther.* 2006;44(8):1067-77.
14. Adams AE 3rd, Haynes SN, Brayer MA. Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology.* 1985;22(6):689-96.
15. Elliott AN, O'Donohue WT. The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav.* 1997;26(6):607-24.
16. Loudon JB. Potential confusion between erectile dysfunction and premature ejaculation: An evaluation of men presenting with erectile dysfunction at a sex therapy clinic. *Sexual and Marital Therapy.* 1998;13(4):397-403. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02674659808404257#preview>. Acessado em 2013 (28 fev).
17. Hawton K. *Sex therapy: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
18. Williams W. Secondary premature ejaculation. *Aust N Z J Psychiatry.* 1984;18(4):333-40.
19. Liu M. Influence of sexual performance anxiety on Erectile Dysfunction. *Chinese Journal of Clinical Psychology.* 2002;1:47-9.
20. Kaya B, Unal S, Ozenli Y, et al. Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy.* 2006;21(2):187-96. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681990500359897>. Acessado em 2013 (28 fev).
21. Kalmbach DA, Ciesla JA, Janata JW, Kingsberg SA. Specificity of anhedonic depression and anxious arousal with sexual problems among sexually healthy young adults. *J Sex Med.* 2012;9(2):505-13.
22. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.* 2002;20(2):79-88.
23. Katz RC, Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1999;25(4):293-6.
24. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53(3):144-8.
25. van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy.* 2000;15(1):47-57. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990050001556>. Acessado em 2013 (28 fev).
26. Hoon PW, Wincze JP, Hoon EF. A test of reciprocal inhibition: are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *J Abnorm Psychol.* 1977;86(1):65-74.
27. Palace EM, Gorzalka BB. The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol.* 1990;99(4):403-11.
28. Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(10):1843-9.
29. Lee IC, SurrIDGE D, Morales A, Heaton JP. The prevalence and influence of significant psychiatric abnormalities in men undergoing comprehensive management of organic erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2000;12(1):47-51.
30. Mallis D, Moysidis K, Nakopoulou E, et al. Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. *J Urol.* 2005;174(5):1913-6.
31. Corretti G, Pierucci S, De Scisciolo M, Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *J Sex Marital Ther.* 2006;32(2):183-7.
32. Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D, et al. Sexual function and behavior in social phobia. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(10):874-9.
33. Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 1988;49 Suppl:21-5.
34. Dettore D, Pucciarelli M, Santaronechi E. Anxiety and female sexual functioning: an empirical study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(3):216-40.
35. Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(4):299-305.
36. Freund B, Steketee EG. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther.* 1989;15(1):31-41.
37. Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J Sex Marital Ther.* 1993;19(2):147-53.
38. Bahrck AS, Harris MM. Sexual side effects of antidepressant medications: an informed consent accountability gap. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2009;39(2):135-43. Disponível em: <http://www.uiowa.edu/ucs/documents/Informed%20Consent%20Accountability%20Gap.pdf>. Acessado em 2013 (28 fev).
39. Ferguson JM. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:22-34.
40. Montgomery SA. Major depressive disorders: clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agonist. *European Neuropsychopharmacology.* 2006;16 (Suppl 5):S633-S638. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X06700098>. Acessado em 2013 (28 fev).
41. Balon R. Mood, anxiety, and physical illness: body and mind, or mind and body? *Depress Anxiety.* 2006;23(6):377-87.
42. Shindel A, Nelson C, Brandes S. Urologist practice patterns in the management of premature ejaculation: a nationwide survey. *J Sex Med.* 2008;5(1):199-205.
43. Outhoff K. The pharmacology of anxiolytics. *South African Family Practice.* 2010;52(2):99-105. Disponível em: <http://www.safpj.co.za/index.php/safpj/article/view/1460/1799>. Acessado em 2013 (28 fev).
44. Western Australian Therapeutic Advisory Group. Western Australian Psychotropic Drugs Committee – WAPDC. Anxiety disorders drug treatment guidelines; 2008. Disponível em : [http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health\\_Problems/HP010922\\_anxiety\\_disorders.pdf](http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/HP010922_anxiety_disorders.pdf). Accessed in 2013 (Feb 28).
45. Johnson-Greene D. Informed consent in clinical neuropsychology practice. Official statement of the National Academy of Neuropsychology. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005;20(3):335-40.
46. Happell B, Manias E, Roper C. Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. *Int J Ment Health Nurs.* 2004;13(4):242-8.
47. Rutherford BR, Aizaga K, Sneed J, Roose SP. A survey of psychiatry residents' informed consent practices. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(4):558-65.

48. Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
49. Nobre P. Disfunções sexuais. Lisboa: Climepsi Editores PC; 2006.
50. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. J Sex Marital Ther. 2001;27(3):259-71.
51. Trudel G, Marchand A, Ravart M, et al. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. Sexual and Relationship Therapy. 2001;16(2):145-64.

### EDITOR RESPONSÁVEL POR ESTA SEÇÃO:

**Carmita Helena Najjar Abdo.** Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

### INFORMAÇÕES

#### Endereço para correspondência:

Bárbara Braga de Lucena  
ProSex  
Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, 785 – 4º andar  
São Paulo (SP)  
CEP 01060-970  
Tel. (11) 2661-6982  
E-mail: barbarabdelucena@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 25 de fevereiro de 2013

Data da última modificação: 8 de março de 2013

Data de aceitação: 14 de março de 2013

### PALAVRAS-CHAVE:

Sexualidade.  
Ansiedade.  
Comportamento sexual.  
Comorbidade.  
Psicoterapia.  
Terapia cognitiva.

### RESUMO

Embora sejam categorias distintas, disfunção sexual (DS) e ansiedade estão intimamente relacionadas. A ansiedade relacionada ao desempenho provoca um impedimento psicológico à atividade sexual, assim como, na ausência de problemas sexuais específicos, altos níveis de ansiedade influenciam o surgimento das DS. O diagnóstico de DS em pacientes ansiosos necessita de especial detalhamento acerca do histórico sexual e dos sintomas de ansiedade. O tratamento médico tem limitações farmacoterápicas, sendo de fundamental importância a abordagem das questões relacionais e psíquicas.