

# Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais

---

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 10 – 2018



## DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

**César Eduardo Fernandes**

Presidente

**Corintio Mariani Neto**

Diretor Administrativo/Financeiro

**Marcos Felipe Silva de Sá**

Diretor Científico

**Juvenal Barreto B. de Andrade**

Diretor de Defesa e Valorização  
Profissional

**Alex Bortotto Garcia**

*Vice-Presidente*

Região Centro-Oeste

**Flavio Lucio Pontes Ibiapina**

*Vice-Presidente*

Região Nordeste

**Hilka Flávia Barra do E. Santo**

*Vice-Presidente*

Região Norte

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Maria Celeste Osório Wender**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM SEXOLOGIA – 2016 / 2019

### Presidente

Lúcia Alves da Silva Lara

### Vice-Presidente

Gerson Pereira Lopes

### Secretária

Sandra Cristina Poener Scalco

### Membros

Andrea Cronenberger Rufino

Carmita Helena Najjar Abdo

Fabiene Bernardes Castro Vale

Flávia Fairbanks Lima de Oliveira Marino

Jaqueline Brendler

Jorge José Serapião

Júlia Kefalás Troncon

Sidney Glina

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Thiago Dornela Apolinario

Yara Maia Villar de Carvalho

# Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais

Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>

Gerson Pereira Lopes<sup>2</sup>

Sandra Cristina Poerner Scalco<sup>3</sup>

Andrea Cronenberger Rufino<sup>4</sup>

Júlia Kefalás Troncon<sup>5</sup>

Jorge José Serapião<sup>6</sup>

Yara Aguiar<sup>#</sup>

## Descritores

Sexualidade; Desejo sexual hipotativo; Dispareunia

### Como citar?

Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Rufino AC, Troncon JK, Serapião JJ, Aguiar Y. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolos FEBRASGO – Ginecologia nº 10/Comissão Nacional Especializada em Sexologia)

## Introdução

Este protocolo visa apresentar os critérios e o algoritmo para o diagnóstico e o tratamento das disfunções sexuais femininas (DSFs) de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>#</sup>Autor não vinculado a Instituições de Ensino Superior.

\*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Sexologia e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 10, acesse: <https://www.febRASGO.org.br/>

classificação e os conceitos do DSM-V são utilizados para complementar a CID-10.

Os problemas sexuais em mulheres são prevalentes e estão frequentemente associados ao desconforto pessoal e à piora na qualidade de vida. Um estudo do comportamento sexual nos Estados Unidos, envolvendo aproximadamente 1.749 mulheres com idade entre 18 e 59 anos, relatou prevalência de 43% das disfunções sexuais femininas. Os problemas sexuais mais frequentes foram: diminuição do desejo (33%), dificuldade em atingir o orgasmo (24%) e problemas com a lubrificação vaginal (19%).<sup>(1)</sup> Em um estudo brasileiro de base populacional, realizado em sete estados, com 2.835 indivíduos maiores de 18 anos, sendo 53% mulheres, a maioria entre 26-40 anos, 34,6% das mulheres referiram falta de desejo sexual e 29,3% tinham dificuldades para atingir o orgasmo. As disfunções sexuais aumentam com o avanço da idade, para 47,0%, entre 41 e 60 anos, e para 73,0%, para maiores de 61 anos.<sup>(2)</sup>

## Anamnese em sexologia e critérios diagnósticos das disfunções sexuais

### Definições

- **Saúde sexual:** segundo a Organização Mundial da Saúde, a “saúde sexual é a integração dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser sexual. Então a noção de saúde sexual implica a abordagem positiva da sexualidade humana e o objetivo do cuidado da saúde sexual deveria ser a melhoria da vida e dos relacionamentos pessoais e não apenas o aconselhamento e cuidado relacionado com procriação e doenças sexualmente transmissíveis” (p. 41).<sup>(3)</sup>

- **Disfunção sexual (DS):** refere-se a alterações na resposta sexual persistente e recorrente, por mais de seis meses e que causem angústia/sufrimento à pessoa.<sup>(4)</sup>
- **Desejo sexual:** é uma sensação de bem-estar físico e mental com relação ao sexo. A mulher pensa em sexo de forma prazerosa em três situações: espontaneamente, quando recebe estímulo sexual de sua parceria ou por meio de fantasias sexuais.<sup>(5)</sup>
- **Desejo sexual hipoativo (DSH):** é a persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias sexuais/pensamentos, e/ou desejo ou receptividade para a atividade sexual, que cause angústia pessoal,<sup>(6)</sup> sendo a presença de “sofrimento” a condição básica para caracterizar a disfunção sexual.<sup>(4)</sup>
- **Excitação sexual:** é a sensação de intumescimento na região genital (vulva e vagina) pelo aumento do aporte de sangue nessa região, que culmina com a lubrificação do vestíbulo vaginal e da vagina, levando à sensação de prazer.<sup>(7)</sup>
- **Disfunção de excitação:** é a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta excitatória adequada (lubrificação, turgescência) até a consumação da atividade sexual. A disfunção de excitação acomete 30% das mulheres.<sup>(8)</sup>
- **Orgasmo:** caracteriza-se por contrações múltiplas prazerosas na genitália, sendo a primeira mais intensa, seguida de outras que vão reduzindo a intensidade até cessarem, resultando em relaxamento físico e emocional.<sup>(9)</sup>
- **Disfunção orgástica:** é uma condição caracterizada pela demora persistente ou recorrente ou incapacidade de alcançar o orgasmo após uma fase de excitação sexual normal, resultando em angústia e/ou dificuldade interpessoal.<sup>(4)</sup>

- **Dispareunia:** é a dor recorrente ou persistente na tentativa de penetração ou durante a penetração vaginal completa, e/ou durante a relação sexual pênis-vagina.<sup>(10)</sup>
- **Vaginismo:** é a dificuldade persistente e recorrente em permitir a penetração do pênis, dedo ou objeto na vagina apesar da mulher expressar desejo de fazê-lo.<sup>(10)</sup>
- **Vulvodínia:** é a sensação de dor em queimação e ardor vulvar de intensidade e ritmo variáveis.<sup>(11)</sup> Ao exame, observa-se uma sensibilidade exacerbada ao toque ou ao contato mesmo leve,<sup>(12)</sup> resultando em disfunção sexual.

## Classificação das disfunções sexuais

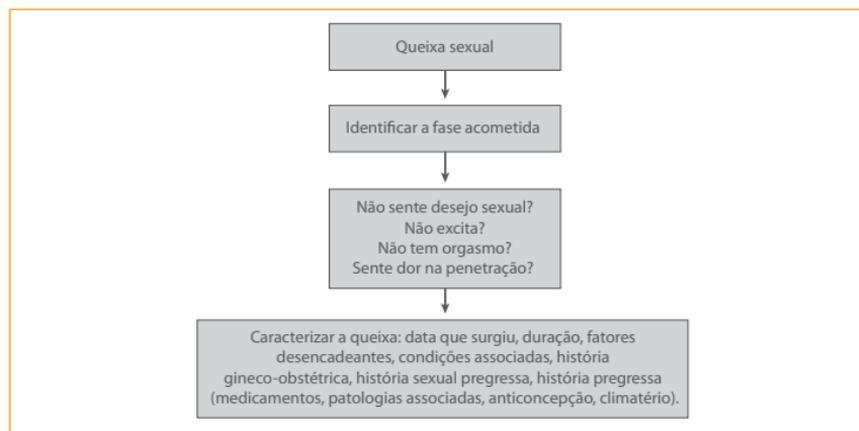
A classificação do DSM-V contribui para o esclarecimento de conceitos que não foram contemplados na CID-10 (Quadro 1).<sup>(4)</sup>

**Quadro 1.** Classificação das disfunções sexuais pela CID-10 e DSM-V

CID-10		DSM-V	
F52.0	Ausência ou perda do desejo sexual.	N 01	Transtorno do orgasmo feminino
F52.1	Aversão sexual e ausência de prazer sexual.	N 04	Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
F52.2	Fracasso da resposta genital	N 06	Transtorno da dor genitopélvica de penetração
F52.3	Disfunção orgásmica.	N 07	Disfunção sexual induzida por substância/medicação
F52.5	Vaginismo não orgânico.	N 08	Disfunção sexual sem outra especificação
F52.6	Dispareunia não orgânica.	P 00	Disforia de gênero em crianças
F52.7	Impulso sexual excessivo.	P 01	Disforia de gênero em adolescentes ou adultos
F52.8	Outras disfunções sexuais de origem não orgânica.		
F52.9	Disfunção sexual não especificada de origem não orgânica.		
F64	Transtorno da identidade de gênero.		

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Geneva: OMS; 1992; American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington (DC): APA; 2013.

## Investigação das disfunções sexuais (Figura 1)



**Figura 1.** Algoritmo para abordagem da queixa sexual

- Queixa principal (QP):** em geral, a QP é incharacterística e pode ser apresentada como: não tenho vontade de ter relação sexual, não sinto nada na relação, sou fria, tenho “falta de desejo” ou “sinto dor nas relações sexuais.”<sup>(13)</sup> As mulheres, muitas vezes, ainda não atribuem importância à sua vida sexual enquanto critério de saúde e qualidade de vida. Ou, ainda, delegam responsabilidade da sua satisfação sexual à sua parceria.<sup>(14)</sup>
- Identificar a queixa:** para identificar a fase da resposta sexual comprometida são consideradas três fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo. Sugestão de perguntas para identificar a fase acometida:

  - Em qual das três fases você vem apresentando dificuldades?
  - Você poderia identificar qual fase da resposta sexual está comprometida? Você tem desejo? Consegue ficar excitada? Consegue ter orgasmo?

- Você costuma ter algum grau de dor ou desconforto nas relações sexuais?
- **Fatores associados à disfunção sexual:** definir se a DS está associada à causa orgânica, psíquica, social ou mista: i) Orgânica: surge após uso de medicamentos, no curso de patologias crônicas, após cirurgia, parto, menopausa, climatério; ii) Psíquica: repressão sexual (familiar, religiosa, social) após violência sexual (abuso sexual, estupro), violência doméstica (relação diádica conflituosa), quebra de contrato (desconfiança, traição), mitos e crendices (virgindade até o casamento, heterogeneidade de valores sexuais para mulheres e homens); iii) Social: dificuldades financeiras, no trabalho; iv) Mista: sobreposição de fatores orgânicos, psíquicos e sociais (Quadro 2).

## Quadro 2. Fatores associados a disfunções sexuais femininas

Condições médicas	Diabetes, <sup>(15)</sup> hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, dor pélvica crônica, depressão, ansiedade, hipoestrogenismo, <sup>(16)</sup> hiperprolactinemia, hipoandrogenismo.
Drogas psicoativas e depressoras do sistema nervoso central	Benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina (ISRSs), antipsicóticos antidopaminérgicos, antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona), betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), anti-hipertensivos de ação central (metildopa, reserpina), bloqueadores H2 histamina (cimetidina, ranitidina), anticoncepcionais hormonais. <sup>(17)</sup>
Diádicas (relacionais)	Relação conflituosa, de longa duração, <sup>(18)</sup> a rotina relacional, ausência do ritual de sedução, preliminares insuficientes, <sup>(19)</sup> disfunção sexual do parceiro.
Aspectos socioculturais	Costumes, valores, tabu e mitos.
Violência sexual	Abuso sexual, estupro, autoestima rebaixada, valores negativos em relação à sexualidade. <sup>(20,21)</sup>
Quebra de contrato	Traições cursam com DSH <sup>(22)</sup> e dificuldade de entrega.
Repressão sexual	Familiar, religiosa e social no processo de formação da sexualidade induz sentimento negativo em relação à sua sexualidade e inibe a expressão sexual. <sup>(23)</sup>
Hormonais	Hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipoestrogenismo e hipoandrogenismo, <sup>(24)</sup> anticoncepcionais hormonais. <sup>(17)</sup>
Desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual	Repertório sexual limitado, inibição, dificuldade de entrega.

Continua

## Continuação

<b>Disfunção sexual</b>	Paciente apresenta dificuldades em uma ou mais fases da resposta sexual, nas relações sexuais, que, crônicas, corroboram ou justificam a evitação sexual, assim, causando sofrimento. <sup>(25)</sup>
<b>Disfunção sexual prévia</b>	Histórico disfuncional prévio, mas a paciente atribui a um fator atual, exemplo: paciente anorgásmica primária atribui causalidade à sua “perda de desejo” a partir da menopausa. <sup>(25,26)</sup>

- **História Gineco-Obstétrica (HGO):** idade da menarca, o número de gestações e partos, via de parto, complicações na gravidez e parto, método anticoncepcional (data do início e tempo de uso), disfunção sexual durante a gravidez, infertilidade.
- **História sexual progressiva (HSP):** idade da sexarca se foi consentida ou induzida, relações sexuais prazerosas, história de violência sexual (abuso, estupro), ou experiências ruins/desstrutivas em relação ao sexo.

**Observação:** a investigação do abuso sexual mediante a pergunta direta: “a senhora (você) foi vítima de abuso sexual?”, pode levar a uma resposta negativa por ser o abuso uma condição estigmatizante. Sugere-se realizar uma dessensibilização a partir de informações sobre a construção da sexualidade, seguida de perguntas indiretas. **Exemplo de abordagem:** na infância, as brincadeiras sexuais são comuns entre meninos e meninas, ou entre meninas e meninas, por isso, fazem parte do desenvolvimento sexual da pessoa. A senhora (você) lembra-se dessas brincadeiras sexuais? Alguma vez a senhora (você) já passou por uma situação desagradável com relação ao sexo? A senhora (você) teve experiências ruins quanto ao sexo? Teve contato com cenas ou gravuras de sexo? Na infância, a senhora (você) viu alguma situação sexual que a deixou constrangida? Alguma pessoa adulta tocou seu corpo ou sua genitália quando a senhora (você) era ainda criança? Muitas pessoas sofrem algum tipo de violência,

ou agressão ao longo da vida. Alguma vez a senhora (você) sofreu algum tipo de violência física ou psicológica? Presenciou violência física ou psicológica de sua mãe, pai, irmãos?

- **História do relacionamento diádico (HRD):** verificar a qualidade da relação conjugal (assertiva? conflituosa?). Realizar a avaliação do sentimento em relação à parceria. Pode-se utilizar uma folha de papel com quatro palavras: amor x desamor, apego x desapego, para que a mulher identifique/escolha o seu sentimento (Figura 2). Ao apresentar a folha com as 4 palavras, pede-se para ela escolher uma ou duas palavras que traduzam o sentimento que tem em relação à parceria. A vantagem desse método é que ela decide (sem ser totalmente induzida) sobre o seu sentimento e tem a oportunidade de fazer uma reflexão quanto à sua escolha. Avaliar, também, o grau de intimidade e comunicação entre o casal, o quanto esse casal vem investindo em momentos juntos, a sós. Sugestões de abordagem: o quanto a senhora (você) sente-se à vontade com sua parceria? A senhora (você) consegue dizer o que gosta e como gosta da relação sexual (Figura 2)?<sup>(26)</sup>

AMOR	DESAMOR
APEGO	DESAPEGO

**Figura 2.** Ferramenta para avaliar o sentimento em relação à parceria

Todos os quesitos para a avaliação da queixa sexual da mulher podem ser agrupados em uma ficha clínica (Figura 3), que irá nor-tear o ginecologista para a investigação dos aspectos biológicos, psíquicos e relacionais da queixa sexual.<sup>(27)</sup>

Identificação da paciente:  
 Nome, idade, profissão, escolaridade, religião, estado civil, tempo de relacionamento, situação econômica.

Identificação da parceria:  
 Nome, idade, religião, escolaridade, situação econômica, profissão, hábitos.

Queixa principal:  
 História da queixa sexual atual: caracterizar a queixa (Figura 3): início, duração, fatores relacionados, fatores que melhoram, fatores que pioram.

Antecedentes pessoais patológicos, medicamentos em uso, hábitos: hipertensão arterial, diabetes tipo I e II, hiperprolactinemia, hiper ou hipotireoidismo, uso de anticoncepcional hormonal, cimetidina, antidepressivos, ansiolíticos, anti-hipertensivo, antiandrogênicos, álcool, fumo, drogas ilícitas.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca, data da última menstruação (DUM), ciclos menstruais (intervalo, duração), número de gestações, tipos de parto, patologias gineco-obstétricas, cirurgias gineco-obstétricas, anticoncepção, idade da menopausa, terapia hormonal.

História sexual progressiva (HSP):  
 história de abuso sexual: sim não.  
 grau de parentesco:  
 idade da sexarca, número de parceiros, frequência de relações sexuais, relações sexuais satisfatórias  
 sim  não  
 relações sexuais somente homens  homens e mulheres  somente mulheres

Avaliação sexual atual:  
 Quanto tempo dura, em média, sua relação sexual? \_\_\_\_//  
 E quanto tempo duram em média, as preliminares? \_\_\_\_//  
 Você tem ambiente adequado para suas relações sexuais? sim não.  
 Tem sonhos eróticos? sim não.  
 Tem desejo sexual? sim não.  
 Tem lubrificação? sim não.  
 Tem orgasmo? sim não.  
 Autoerotismo? sim não.

Qualidade da relação conjugal:  
 Descrição do parceiro: carinhoso sim não.  
 Você considera seu parceiro habilidoso sexualmente? sim não.  
 ejaculação precoce: sim não.  
 ejaculação retardada: sim não.  
 disfunção erétil: sim não.  
 outros: \_\_\_\_\_  
 qualidade da relacionamento conjugal: boa ruim indiferente.  
 Se você fosse dar uma nota para a qualidade do seu relacionamento conjugal/afetivo/sexual como um todo, que nota você daria de 0-10?

**Figura 3.** Ficha de avaliação da disfunção sexual feminina

## Avaliação laboratorial mínima

Hemograma, TSH, prolactina<sup>(28)</sup> e testosterona total para mulheres na peri e pós-menopausa natural e cirúrgica. **Observação:** NÃO dosar testosterona em mulheres que façam uso de anticoncepção hormonal.

## Referências

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537–44.
2. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160–6.
3. World Health Organization (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888–93.
5. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1454–63.
6. Gabbard GO. Musings on the report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(2):145–7.
7. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(4):675–81.
8. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med*. 2006;3(1):121–31.
9. Kratochvíl S. [Vaginal contractions in female orgasm]. *Cesk Psychiatr*. 1994;90(1):28–33. Czech.
10. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(4):221–9.
11. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodinia. *J Sex Med*. 2008;5(1):5–14.
12. Reed BD, Haefner HK, Edwards L. A survey on diagnosis and treatment of vulvodinia among vulvodinia researchers and members of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. *J Reprod Med*. 2008;53(12):921–9.
13. Scalco S, Knauth D, Feijó M, Karpes M, Wachter E, Weber J. The visibility of female sexual health: a rapid test approach. *J Sex Med*. 2017;14(5 Suppl 4):e284.
14. Scalco S, Bicca A, Knauth D, Mondin A, Siviero T, Renck F. Retrospective analyses of female sexual health care at a public hospital. *J Sex Med*. 2017;14(5 Suppl 4):e283–4.
15. Olarinoye J, Olarinoye A. Determinants of sexual function among women with type 2 diabetes in a Nigerian population. *J Sex Med*. 2008;5(4):878–86.
16. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Trabolón-Pastor M, Vara C, Chedraui P; Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*. 2012;19(11):1224–30.

17. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* 2012;9(9):2213–23.
18. Martinez L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. *Fertil Steril.* 2008;89(4):1035.
19. Fisher H, Aron A, Brown LL. Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *J Comp Neurol.* 2005;493(1):58–62.
20. Hisli Şahin N, Durak Batıgün A, Alkan Pazvantoğlu E. [The role of interpersonal style, self-perception and anger in sexual dysfunction]. *Türk Psikiyatri Derg.* 2012;23(1):18-25. Turkish.
21. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril.* 2008;90(4):957–64.
22. Kelley LP, Weathers FW, Mason EA, Pruneau GM. Association of life threat and betrayal with posttraumatic stress disorder symptom severity. *J Trauma Stress.* 2012;25(4):408–15.
23. Guilamo-Ramos V, Bouris A, Lee J, McCarthy K, Michael SL, Pitt-Barnes S et al. Paternal influences on adolescent sexual risk behaviors: a structured literature review. *Pediatrics.* 2012;130(5):e1313–25.
24. Degauquier C, Absil AS, Psalti I, Meuris S, Jurysta F. [Impact of aging on sexuality]. *Rev Med Brux.* 2012;33(3):153–63.
25. Stephenson KR, Meston CM. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2015;12(3):728–37.
26. Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(1):25–38.
27. Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A Model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(4):184–94.
28. Galdiero M, Pivonello R, Grasso LF, Cozzolino A, Colao A. Growth hormone, prolactin, and sexuality. *J Endocrinol Invest.* 2012;35(8):782–94.



## Portal Febrasgo

Você também pode ler os Protocolos Febrasgo online, pelo seu computador, tablet ou celular!

Acesse:

[www.febrasgo.org.br/protocolos](http://www.febrasgo.org.br/protocolos)

**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

