

Susana Isabel Nunes Carvalho

# Disfunções Sexuais Femininas

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pelo Professor Doutor Luís Miguel Santos Loura e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Susana Isabel Nunes Carvalho, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2005118295, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Acompanhamento Farmacêutico.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra,            de            de 2014.

Assinatura

---

(Susana Isabel Nunes Carvalho)

O Tutor

---

(Professor Doutor Luís Miguel Santos Loura)

A Aluna

---

(Susana Isabel Nunes Carvalho)

Coimbra, de de 2014.

## Agradecimentos

É com imensa satisfação que expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram para o término desta inesquecível etapa da minha vida.

Ao Professor Doutor Luís Miguel Santos Loura, pelo apoio e orientação na elaboração desta monografia.

Ao Carlos, à Andreia e ao Bruno, pelo apoio e incentivo que sempre me deram.

Aos meus pais, pois sem eles tal não teria sido possível.

E a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes ao longo da minha vida académica.

## Resumo

A sexualidade humana continua a ser um tema cercado por desconhecimento e tabus, que frequentemente estão envolvidos na gênese das disfunções sexuais.

A Disfunção Sexual Feminina é multifatorial e traduz-se por uma alteração em qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo) ou ainda por perturbações dolorosas associadas ao ato sexual. A Disfunção Sexual Feminina tem alta prevalência entre as mulheres. No entanto, os profissionais de saúde raramente avaliam a vida sexual dos utentes, pois sentem-se desconfortáveis em abordar o tema sexualidade ou porque desconhecem as técnicas de diagnóstico.

Com esta monografia pretende-se realçar a importância do conhecimento da sexualidade feminina e abordar as necessidades sentidas pelas mulheres em encontrar respostas às suas dificuldades sexuais. Posteriormente serão apresentados alguns modelos de resposta sexual feminina, a classificação das disfunções sexuais, prevalência, sintomatologia, diagnóstico e terapêutica.

**Palavras-chave:** Disfunções sexuais femininas, Classificação das disfunções sexuais, Etiologia, Diagnóstico, Terapêutica.

## **Abstract**

Human sexuality remains a subject enclosed by ignorance and taboos, which are frequently involved in the origin of the sexual dysfunctions.

The Female Sexual Dysfunction is multifactorial and is manifested either as an alteration in any of the phases of the cycle of female sexual response (desire, excitement, orgasm) or in painful perturbations associated to sexual intercourse.

The Female Sexual Dysfunctions have high predominance among women. However, health professionals rarely evaluate the sex life of their patients, because of feeling uncomfortable in addressing their sexuality, or because of lack of knowledge concerning diagnosis techniques.

This monograph intends to highlight the importance of understanding female sexuality and addressing the needs felt by women in finding answers to their difficulties. Additionally, different models of female sexual response, classification of female sexual dysfunctions, predominance, symptomatology, diagnosis and therapeutics are all presented.

**Keywords:** Female sexual dysfunctions, Classifications of the sexual dysfunctions, Etiology, Diagnosis, Therapeutics.

## Índice

1. Introdução	1
2. Ciclo da resposta sexual feminina	1
3. Classificação das disfunções sexuais femininas	3
4. Etiologia das disfunções sexuais femininas	5
4.1 Fatores biológicos	6
4.1.1. Neurológicos	6
4.1.2. Hormonais	6
4.1.3. Vasculares	7
4.1.4. Musculares	7
4.1.5. Doenças crônicas	8
4.1.6. Medicação	8
4.1.7. Condições uroginecológicas e cirurgia	9
4.2. Fatores psicossociais	9
5. Prevalência das disfunções sexuais femininas	9
6. Diagnóstico e Avaliação clínica	11
7. Tratamento das disfunções sexuais femininas	13
7.1. Intervenção psicológica	13
7.2. Intervenção médica e farmacológica	14
7.2.1. A educação da utente	14
7.2.2. Tratamento da disfunção do desejo sexual hipotivo	14
7.2.3. Tratamento da disfunção sexual da excitação	15
7.2.4. Tratamento da disfunção sexual do orgasmo	16
7.2.5. Tratamento da disfunção da dor sexual	16
7.3. Terapêutica alternativa	17
8. O papel do farmacêutico nas disfunções sexuais femininas	18
9. Conclusão	19
10. Referências Bibliográficas	21
Anexo I	25
Anexo II	26
Anexo III	27
Anexo IV	28

## Lista de abreviaturas

DS – Disfunção sexual

DSF – Disfunção sexual feminina

DSH – Desejo sexual hipoativo

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food & Drug Administration*

ICD-10 – Classificação Internacional de Doenças

OMS – Organização Mundial de Saúde

SHBG – globulina ligadora das hormonas sexuais

5-DHEA – Dehidroepiandrosterona

## **I. Introdução**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a sexualidade como um dos pilares da qualidade de vida, sendo um aspeto central presente em toda a vida do ser humano. Ela abrange a relação sexual, o prazer, o erotismo, a orientação sexual e a reprodução, sendo expressa e percebida por pensamentos, desejos, fantasias, intimidade, comportamentos, valores e relacionamentos. A sexualidade é afetada por uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Desta forma, a qualidade da saúde sexual pode exercer uma enorme influência no bem-estar e na qualidade de vida [1].

Apesar do interesse geral na pesquisa e tratamento da disfunção sexual masculina (principalmente com o surgimento do sildenafil), pouca atenção tem sido dada à Disfunção sexual feminina (DSF).

As DSF são muito prevalentes na população e podem afetar a mulher em qualquer idade. Definem-se como um transtorno no ciclo da resposta sexual ou dor associada à relação sexual, que resulta em sofrimento pessoal e pode interferir tanto na qualidade de vida, quanto nas relações interpessoais da mulher. A DSF pode ser classificada, baseando-se no modelo de quatro fases da resposta sexual: disfunção do desejo, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo e disfunção da dor sexual. Trata-se de uma condição multifatorial que possui componentes biológicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Apesar da elevada prevalência das disfunções sexuais, a saúde sexual é um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde. A grande maioria das mulheres não procura ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por sentirem pouca privacidade. Também as dificuldades pessoais do médico como a falta de tempo, a escassez de tratamentos disponíveis, a pouca experiência e treino em lidar com estes assuntos e o desconforto pessoal em abordar o tema, levam a que uma pequena fração dos profissionais de saúde questionem a utente sobre a função sexual.

Todavia, a consciência e a aceitação da sexualidade estão a aumentar entre a população feminina, levando a que cada vez mais mulheres quebrem o silêncio e procurem ajuda, que por sua vez, se reflete numa maior necessidade de resposta por parte dos profissionais de saúde.

## **2. Ciclo da resposta sexual feminina**

A resposta sexual feminina é complexa e foi caracterizada pela primeira vez por Masters e Johnson, em 1966, sendo constituída por quatro fases: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução [2]. Este modelo sugeria que o estímulo sexual interno (provocado por

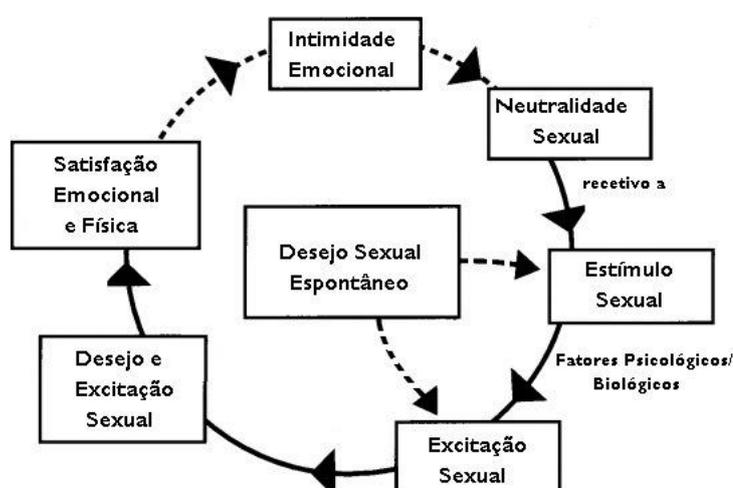
pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado pelos sentidos), promoveria a excitação, identificada pela ereção no homem e pela vaso congestão da vagina e da vulva na mulher. A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo à fase de *plateau* da excitação, à qual se seguiria, caso o estímulo persistisse, o orgasmo. A resolução seria a última fase, na qual ocorreria a regressão das alterações fisiológicas desencadeadas anteriormente [3].

Em 1979, Helen Kaplan abordou a importância do desejo, com uma fase cerebral prévia e propôs um modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo [4]. Este modelo é a base das atuais classificações da DSF que se baseiam na falência de uma ou mais fases deste ciclo [5,6].

A fase de desejo é a primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina. Caracteriza-se por estímulos sexuais internos (pensamentos e fantasias), bem como externos (tato, olfato, audição, gustação e visão) [7].

Desencadeada pelo desejo, a fase de excitação é a segunda fase do ciclo da resposta sexual feminina, que é caracterizada por uma reação orgânica generalizada de mio-tonia, vaso congestão, tanto dos vasos genitais locais como da pele e lubrificação vaginal [8]. O sistema nervoso autónomo, através da sua ação parassimpática, conduz ao relaxamento da musculatura lisa vaginal, permitindo, assim, o aumento de aporte sanguíneo, tumescência e lubrificação vaginais [9].

A resposta sexual feminina alcança o seu clímax com a fase do orgasmo, que consiste em contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, com intervalos de aproximadamente 0,8 segundos [10].



**Figura 1** – Modelo de resposta sexual feminina. O círculo externo caracteriza o que acontece à maioria das mulheres. O círculo menor parte do desejo sexual espontâneo, é menos comum para o sexo feminino (adaptado de [11]).

O modelo de resposta sexual feminina atualmente aceite foi elaborado por Rosemary Basson, em 2001 (Figura 1). Trata-se de um modelo circular, que introduz o valor da intimidade emocional e a importância dos fatores biológicos e psicossociais na resposta sexual. Entende-se com intimidade emocional o facto de muitas mulheres iniciarem o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse (neutralidade sexual). Na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva. Estes estímulos irão desencadear desejo sexual e excitação, conduzindo à satisfação física (orgasmo) e/ou à satisfação emocional, reforçando assim a intimidade emocional do casal [11].

### **3. Classificação das disfunções sexuais femininas**

Nas primeiras versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria, existiam apenas enumeradas duas disfunções sexuais: frigidez, para mulheres, e impotência, para os homens [12].

A OMS, em 1992, através da Classificação Internacional de Doenças (ICD-10), define disfunção sexual (DS) como a “incapacidade de um indivíduo participar de várias maneiras numa relação sexual, como desejaria e inclui várias categorias: perturbações do desejo sexual (desejo sexual hipotivo – DSH - e aversão sexual), disfunção da excitação, disfunção do orgasmo, disfunções de dor sexual (dispareunia e vaginismo), atividade sexual excessiva e outras disfunções sexuais não devidas a causas orgânicas [6], dando ênfase aos fatores físicos que influenciam esta satisfação (tabela 1) [12]. Por outro lado, a 4.<sup>a</sup> edição do DSM define a DS como um distúrbio psicofisiológico em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, numa vertente mais relacional e emocional, considerando ainda a DS associada ao consumo de substâncias [13]. As disfunções sexuais são ainda classificadas em primária, quando a resposta sexual não alcança êxito ao longo da vida, e secundária, quando é adquirida e situacional, ou seja, quando a mulher apresenta disfunção somente na presença do parceiro ou em circunstâncias específicas [8,14].

As disfunções do desejo sexual dividem-se em DSH e em aversão sexual. O DSH é caracterizado pela ausência ou deficiência de desejo, pensamentos, fantasias, ou receptividade sexuais, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal [14]. A avaliação desta perturbação deve ser feita pelo médico, tendo em consideração fatores que afetam a resposta sexual, como o contexto de vida da paciente, a idade, o uso de medicação e a situação social. As mulheres que padecem de DSH podem manifestar um quadro de estados afetivos negativos, tais como: desconforto, tristeza, desapontamento, frustração, culpa,

depressão, embaraço. Esta situação pode ser resultado da divergência entre o comportamento sexual e as expectativas transmitidas sobre a normalidade [15].

Por outro lado, a aversão sexual é definida como a evicção ou aversão de contacto sexual com o parceiro, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal [14]. Existem dois tipos de aversão — a específica— relacionada com as secreções genitais ou penetração vaginal — e a generalizada — que incide sobre os estímulos sexuais (beijar e tocar). O estímulo sexual pode desencadear reações ligeiras ou até mesmo severas de aversão na mulher e que é concomitante a um comportamento fóbico, acompanhado de manifestações fisiológicas como suores, náuseas, vômitos, diarreia e palpitações. Neste tipo de perturbação verificam-se estados emocionais de ansiedade, medo ou nojo perante a situação de interação sexual [15]. Relativamente às disfunções da excitação sexual, estas são explicadas pela ausência ou deficiência em atingir ou manter uma adequada resposta de excitação sexual — lubrificação e intumescimento vaginal — que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal [14].

Quanto às disfunções do orgasmo, estas descrevem-se como o atraso ou ausência de orgasmo, a seguir a uma fase de excitação adequada, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal [14].

Por fim, as disfunções de dor sexual são divididas em dispareunia e vaginismo. A dispareunia é caracterizada pela dor genital associada ao ato sexual, podendo manifestar-se antes, durante ou após o coito. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. Quanto ao vaginismo, este é assinalado como o espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina, que interfere no ato sexual, causando acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal [14]. O diagnóstico é confirmado através da observação ginecológica. Mulheres com vaginismo e uma reação de medo perante a penetração vivem a relação sexual sem a consumação do coito durante anos, apesar de sentirem desejo, prazer e com frequência orgasmos na interação vaginal [5].

A classificação das DSF foi amplamente discutida na comunidade científica, levando à elaboração de um painel de consenso (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction*), em 1998. Este tinha como objetivo avaliar e rever as definições e classificações expostas pelo ICD-10 e DSM-IV. O consenso entendeu que se deveria atribuir causas psicológicas e orgânicas às DSF existentes. Foram feitas modificações nas definições e nos critérios para cada diagnóstico, dando ênfase ao critério mal-estar (*distress*). Também foi proposta uma nova categoria, respeitante à perturbação da dor sexual não associada ao coito (*noncoital pain*), que, contudo, acabou por não ser aprovada [12, 16].

Posteriormente, o III Consenso Internacional de Medicina Sexual (2010) aceitou rever as definições de DSF. Este defendeu o afastamento do modelo linear de fases distintas (desejo, excitação, orgasmo e resolução), em direção virtude de um modelo circular que representa as particularidades de resposta ao desejo das mulheres. Foi concluído, que as fantasias sexuais e o desejo não são necessários para uma saudável atividade sexual, e que o desejo deve ser considerado como o resultado de um estímulo que pode ser física ou subjetivamente percebido [12].

**Tabela I – Classificação das DSF [12].**

	Disfunções do desejo				Disfunções de dor sexual				
	Disfunção da aversão sexual	Desejo Sexual hipotativo	Disfunção da excitação	Disfunção do interesse/excitação sexual feminina	Disfunção do orgasmo	Dispareunia	Vaginismo	Dor genitopélvica/penetração	Dor não coital
ICD-10 (1992)	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
DSM-IV-tr (2000)	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
ICSM (2010)		✓	✓		✓	✓	✓		✓
DSM-V (2013)				✓	✓			✓	

Atualmente, em Maio de 2013, o DSM-V afasta a ênfase das quatro fases distintas do ciclo de resposta e defende a combinação das perturbações do desejo sexual e da excitação, culminado num novo distúrbio respeitante ao interesse/excitação sexual femininos. A perturbação da aversão sexual foi eliminada devido à falta de provas que apoiassem a sua pesquisa. O vaginismo e a dispareunia fundiram-se num único distúrbio, dor genitopélvica/penetração. Foi também imposto que para se considerar uma DSF, a sintomatologia tem de estar presente num mínimo de seis meses, em conjugação com critérios mais específicos, de forma a se distinguirem as dificuldades sexuais passageiras das persistentes. Também foram abolidos os subtipos de DSF devido a doença ou a fatores psicológicos, pois considerou-se que as DSF são o resultado da combinação de fatores psicológicos e biológicos. Na sua origem estão fatores relacionados com o parceiro, de relacionamento, vulnerabilidade individual, cultural ou religiosa e, por fim, médicos [12].

#### 4. Etiologia das disfunções sexuais femininas

Na base das DSF podem estar as mais diversas causas, nomeadamente fisiológicas, condições ginecológicas, farmacológicas e psicológicas, conforme indicado na Tabela 2 e desenvolvido no texto abaixo.

**Tabela 2 – Causas das DSF [12, 17].**

Causas	Exemplos	Sintoma Sexual
<b>Biológicas</b>		
Hormonal/ Endócrina	Disfunção do eixo hipotálamo-hipófise, cirurgia, menopausa, anticoncepcionais orais, falência prematura dos ovários.	Diminuição do desejo, secura vaginal, falta de excitação.
Muscular	Hiper ou hipotonia dos músculos do soalho pélvico.	Hipertonicidade: distúrbios da dor sexuais, incluindo vaginismo. Hipotonia: hipoestesia vaginal, anorgasmia coital, incontinência urinária associada à atividade sexual.
Neurológica	Lesão medular; distúrbios do sistema nervoso central ou periférico (por exemplo, diabetes, lesão superior do neurónio motor).	Anorgasmia.
Vascular	Diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais secundárias, aterosclerose, influências hormonais, trauma.	Secura vaginal, dispareunia.
Psicológicas	Problemas de relacionamento, baixa auto-estima, distúrbios do humor, fadiga, stress, crenças culturais, efeito adverso do uso de medicação psicotrópica.	Diminuição do desejo, diminuição da excitação, hipoestesia, anorgasmia.
Farmacológicas	Uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina.	Diminuição do desejo, diminuição da excitação e anorgasmia.

## 4.1. Fatores Biológicos

### 4.1.1. Neurológicos

As DSF de causas neurológicas incluem as lesões medulares e as doenças do sistema nervoso central ou periférico (acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, lesão de medula espinhal, epilepsia, Parkinson). Numa lesão medular incompleta, a capacidade psicológica de excitação e a lubrificação vaginal não são afetadas [18,19].

### 4.1.2. Hormonais

A função sexual normal é parcialmente dependente dos efeitos das hormonas sexuais e neurotransmissores sobre os sistemas nervosos central e periférico. A fisiologia da mulher é influenciada ao longo do seu ciclo menstrual por variações hormonais, para além de que a gravidez e a menopausa são duas das maiores variações hormonais [10]. Os níveis de estrogénio diminuem significativamente na menopausa [20]. A disfunção no eixo hipotálamo-hipófise, cirurgia genital, falência precoce dos ovários e doenças endocrinológicas são algumas das causas hormonais que podem desencadear DSF [21].

Mais especificamente, a deficiência de estrogénio e de testosterona estão associadas a queixas sexuais muito comuns, como a secura vaginal, a diminuição do desejo e da excitação [22]. O estrogénio é responsável pela integridade da mucosa vaginal, vaso congestão

adequada, assim como na produção de secreções vaginais que resultam na adequada lubrificação vaginal, assim como na agradável sensação de bem-estar vaginal [22, 23]. Elevados níveis de prolactina interferem na atividade dopaminérgica central, levando à diminuição da libido. O papel da progesterona na modulação da atividade sexual feminina está menos elucidado. Poderá estar relacionado com as oscilações do desejo sexual registadas ao longo do ciclo menstrual e com a diminuição da libido [23].

A Tabela 3 sintetiza as funções sexuais e efeitos que se pensa estarem relacionados com diferentes hormonas sexuais ou neurotransmissores [17],

**Tabela 3** - Hormonas sexuais e neurotransmissores envolvidos no funcionamento sexual [17].

Hormona Sexual ou neurotransmissor	Função sexual afetada	Tipo de efeito	Comentários
Dopamina	Desejo, excitação	Positivo	Pode promover a vontade de continuar a atividade sexual depois de iniciada.
Estrogénio	Excitação, desejo	Positivo	A deficiência de estrogénio está associada à atrofia vaginal, diminuição da lubrificação e vasocongestão.
Óxido nítrico	Vasocongestão do tecido clitoriano	Positivo	Podem ser necessários níveis adequados de estrogénio e testosterona para o óxido nítrico iniciar a vasocongestão.
Norepinefrina	Excitação	Positivo	---
Oxitocina	Receptividade, Orgasmo	Positivo	Associada ao aumento da contração do períneo no orgasmo.
Progesterona	Receptividade	Positivo	Pode ser antiestrogénica.
Prolatina	Excitação,	Negativo	---
Serotonina	Excitação, desejo	Positivo e negativo	Inibe a noradrenalina e a dopamina; podem facilitar as contrações uterinas durante o orgasmo, mas também o pode inibir através de diferentes mecanismos
Testosterona	Desejo, início da actividade sexual	Positivo	Baixos níveis de testosterona não estão claramente associados com a diminuição do desejo
Péptidos intestinais vasoativos	Vasocongestão do tecido clitoriano	Positivo	---

#### 4.1.3. Vasculares

As alterações vasculares (traumatismo ou cirurgia pélvica) que provocam diminuição do fluxo sanguíneo da vagina e do clitóris levam a perda da musculatura lisa, com consequente substituição da mesma por tecido conjuntivo fibroso, provocando rigidez e esclerose das artérias cavernosas do clitóris e interferindo na resposta de relaxamento e dilatação [24]. Por sua vez, isto provoca secura vaginal e dispareunia.

#### 4.1.4. Musculares

Alguns músculos que formam o soalho pélvico, o músculo elevador do ânus e os músculos perineais, participam na função e resposta sexual feminina. Os músculos esquio e

bulbo cavernosos que compõem a musculatura perineal, quando voluntariamente contraídos, contribuem para a excitação e o orgasmo. Esses mesmos músculos são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias que ocorrem durante a fase do orgasmo [25]. Os músculos elevadores do ânus também modulam a resposta motora do orgasmo, assim como, a receptividade vaginal à penetração. Quando esses músculos se tornam hipertônicos, possibilitam o aparecimento do vaginismo ou mesmo da dispareunia [26]. Quando esse feixe muscular apresenta sinais de hipotonia, observa-se a anorgasmia coital e até mesmo a incontinência urinária durante o coito [27].

#### 4.1.5. Doenças crônicas

As DSF podem estar relacionadas com determinadas patologias, como por exemplo, doenças cardiovasculares (aterosclerose) ou endócrinas (*diabetes mellitus*, hipotireoidismo e hiperprolactinémias) (Tabela 4) [24, 28].

**Tabela 4 -** Observações do exame físico relacionadas com a DSF [17].

Observação	Potencial causa	Sintomas sexuais
<b>Genitourinária</b>		
Cistocele, retoccele ou prolapso uterino	---	Diminuição do desejo, dispareunia
Útero fixo, retrovertido; nódulos; sensibilidade ao longo do ligamento útero-sacral	Endometriose	Dispareunia
Hipertonia dos músculos pélvicos	Vaginismo	Dispareunia
Corrimento vaginal	Infeção	Dispareunia
Atrofia vaginal	Baixo nível de estrogénio	Dispareunia, diminuição da excitação
Anormalidades na pele da vulva	Candidíase crónica	Dispareunia
<b>Outras</b>		
Pressão arterial anormal	Aterosclerose	Diminuição da excitação
Galactorreia	Prolactinoma	Diminuição do desejo
Perturbações músculo-esqueléticas	Osteoartrite, artrite reumatóide, outras condições músculo-esqueléticas	Diminuição do desejo, diminuição da excitação, dificuldade na atividade sexual
Neuropatia	Problemas neurológicos, diabetes	Desejo ou excitação diminuída, anorgasmia
Palidez	Anemia	Desejo ou excitação diminuída
Nódulos na tiróide	Hipotireoidismo	Desejo ou excitação diminuída

#### 4.1.6. Medicação

Por sua vez, a maior parte dos fármacos atua negativamente sobre a resposta sexual, como por exemplo, anti-hipertensivos, citostáticos (Tabela 5) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina [24]. Este último caracteriza-se por uma elevada percentagem de

DS induzida (30 a 50%), e geralmente manifesta-se através de uma diminuição do desejo sexual e da excitação e dificuldade em atingir o orgasmo [12]. Também o álcool e os estupefacientes têm influência sobre as disfunções sexuais [28].

Tabela 5 – Medicação que causa DSF [18].

Anticonvulsivantes	Drogas de abuso: Álcool, Sedativos e hipnóticos
Anticolinérgicos	Metoclopramida
Anti-estrogênicos: Tamoxifeno, Raloxifeno	Metronidazol
Anti-histamínicos	Contracetivos orais
Anti-hipertensores: Diuréticos, bloqueadores $\beta$ , bloqueadores da entrada de cálcio	Aminas simpaticomiméticas
	Agentes alquilantes: ciclofosfamida

#### 4.1.7. Condições uroginecológicas e cirurgia

Algumas condições uroginecológicas, como a incontinência urinária, as cistites, as infecções urinárias e as vulvovaginites, causam desconforto levando à disfunção ou diminuição da atividade sexual. O cancro da mama e as cirurgias ginecológicas podem comprometer física e psicologicamente os símbolos de feminilidade, podendo resultar em DS [29].

#### 4.2. Fatores Psicossociais

Os fatores relacionais e emocionais, como é o caso de estados depressivos, distúrbios psíquicos, dificuldade de comunicação entre os parceiros [19], a falta de conhecimento sobre a sua sexualidade, a falta de informação sobre a fisiologia da resposta sexual, a falta de interesse no parceiro, as tensões no trabalho, o nível socioeconómico e os conflitos conjugais, alteram a resposta sexual feminina. Esta também é afetada pela cultura (mitos, tabus e crenças religiosas) [29], conflitos de identidade sexual e por história de abuso sexual [25].

### 5. Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas

A prevalência da DS é elevada, situando-se entre os 25% e os 63% a nível mundial, mas os estudos realizados são escassos [5] e os dados observados são bastante heterogêneos e usam diferentes modelos de classificação [6]. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 31.581 mulheres entre os 18 e os 102 anos, estimou-se que cerca de 43% apresentavam DSF. O problema sexual mais comumente identificado foi o DSH (38,7%), tendo sido o transtorno do orgasmo o menos prevalente, 20,5% [30].

Relativamente à população portuguesa, apesar de os dados acerca desta temática serem ainda escassos [31], é de destacar que, em 2005, a Sociedade Portuguesa de Andrologia, com o apoio dos Laboratórios Pfizer, realizou um estudo epidemiológico, em 1250 mulheres, denominado EPISEX-PT/Feminino, sobre as DSF em Portugal. Este permitiu avaliar a prevalência, sob o ponto de vista demográfico, sociológico e clínico, de todas as DSF. A dimensão da amostra e a quantidade de variáveis estudadas tornaram-no num dos mais significativos estudos epidemiológicos realizados internacionalmente sobre disfunções sexuais. Trata-se de um estudo transversal e aleatório, tendo sido utilizados questionários internacionais de forma a que fosse possível uma uniformização e comparação dos resultados [32].

De um modo geral, 56% da população feminina entre os 18 anos e os 75 anos referiram uma frequência de problemas sexuais. A análise por tipo de disfunção mostrou que cerca de 35% das mulheres apresentam diminuição do desejo sexual; cerca de 32% diminuição da excitação/lubrificação; a mesma proporção de mulheres (32%) dificuldade de orgasmo; e cerca de 34% indicam dor ou desconforto durante a relação sexual [32].

No entanto estes resultados devem ser analisados com precaução, pois a prevalência global da DS significativa, isto é, de grau moderada e grave, foi muito menor, apenas 19%. É essa a fração que deve ser considerada como possuidora de DS com necessidade de intervenção terapêutica. Os resultados revelam que, em geral, as perturbações sexuais estão associadas a ansiedade (24,9%) e a depressão (19,2%). É de destacar que, nesta amostra, 16,8% das mulheres tomavam antidepressivos [32].

Por outro lado, o baixo nível educacional, o menor número de relações sexuais e o estado civil de casada têm influência nas DSF. Outro dado a ter em conta diz respeito aos problemas sexuais dos parceiros, com 49,7% das mulheres tendo referido a diminuição do desejo sexual destes [32].

O estudo mostrou que apenas 55% das portuguesas com DS consultaram um médico sobre o assunto. Este demonstrou também que 85,2% das inquiridas considera que o médico deve questionar sobre possíveis problemas ou dificuldades sexuais. No entanto, isso só aconteceu em 53,8% dos casos [32].

Apesar de existirem mais estudos realizados em Portugal sobre esta temática [6, 33, 34], a heterogeneidade dos resultados obtidos revela, sobretudo, a necessidade de se realizarem mais investigações neste âmbito e em diferentes regiões do país e de uma forma mais controlada, que permita relacioná-los com outros estudos num contexto além-fronteiras.

## 6. Diagnóstico e Avaliação clínica

A elevada prevalência e distribuição das DSF por todas as idades, a heterogeneidade de dados existentes, a falta de estudos de prevalência de DSF na população geral, e a importância do médico de Medicina Geral e Familiar na identificação e orientação, demonstram a necessidade de conhecer este problema a fundo, pois afeta a qualidade de vida da população, e que pode mesmo repercutir-se a nível socioeconómico geral [6].

Os médicos, nomeadamente os médicos de Medicina Geral e Familiar e os ginecologistas, estão numa posição privilegiada para identificar, discutir e ajudar neste tipo de problemas, uma vez que têm um estreito relacionamento com estas doentes [6]. No entanto, frequentemente, tal não acontece, pois os clínicos não se sentem muitas vezes à vontade em abordar o tema da sexualidade, e ainda menos para tratar uma DSF, aliado também à falta de tempo, que foi reportada como o principal obstáculo por médicos americanos em resposta a um questionário em 2004 [35].

O diagnóstico de DS poderá ser feito no consultório, utilizando instrumentos que permitam avaliar a função sexual. Como ferramenta primária, o clínico poderá recorrer a um breve questionário composto por quatro perguntas relativas à satisfação da função sexual da utente, problemas sexuais específicos e o à-vontade para os discutir com o clínico (Anexo I). O algoritmo de diagnóstico, baseado no recente sistema de classificação do DSM-V e nas recomendações do último Consenso Internacional de Medicina Sexual, permite auxiliar os clínicos no diagnóstico de doentes com DS (Anexo II). É constituído por vinte e duas perguntas específicas, avaliando as principais perturbações do desejo sexual, excitação, orgasmo e satisfação [12].

De seguida, deve realizar-se uma entrevista estruturada, com a história sexual detalhada, de forma a confirmar o diagnóstico. A conversa deve ser iniciada com perguntas de resposta aberta, inquirindo se a utente consegue falar sobre esta temática, a sua história reprodutiva, as relações sexuais atuais, as crenças culturais e pessoais sobre a sexualidade, história ou ferida sexual, história médica e cirúrgica, medicação (antidepressivos, anticoncecionais e outros) e o eventual uso de substâncias que possam afetar a função sexual [12].

No entanto, se uma mulher não se sentir incomodada com a sua falta de desejo sexual ou excitação, ou se está satisfeita sexualmente, apesar da incapacidade em atingir o orgasmo, então não deverá ser feito um diagnóstico de DS [12].

Considera-se que existe DS se a sintomatologia estiver presente num mínimo de seis meses. Deve-se também investigar as condições do parceiro, de forma a eliminar possíveis equívocos de interpretação. Por exemplo, quando um homem sofre de ejaculação precoce, a

mulher pode-se considerar anorgásmica, quando, de facto, é a precocidade do parceiro que a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. De acordo com a DSM-IV, o diagnóstico de disfunção sexual baseia-se em três critérios: a) manifestações psicofisiológicas, isto é, perturbação no orgasmo, no desejo sexual, dor durante a relação sexual e outras perturbações sexuais não especificadas; b) acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal; c) quando a perturbação não é explicada por outro transtorno do Eixo I (transtornos mentais, tais como neuroses e psicoses) nem se deve exclusivamente a efeitos fisiológicos diretos de drogas de abuso, medicamentos ou a patologias [12]. De maneira geral, a doente queixa-se de não ter vontade em ter relações sexuais, sendo assim necessário identificar a fase da resposta sexual afetada, bem como estabelecer o tempo de ocorrência da disfunção, além de verificar se a queixa é associada a algum acontecimento [36].

A idade e a experiência sexual são também fatores importantes, pois as mulheres mais jovens costumam apresentar dificuldades no relaxamento/lubrificação, enquanto não houver experiência sexual suficiente, não significando tratar-se de disfunção. Em mulheres maduras poderá manifestar-se a nível das fases do desejo e do orgasmo [37].

É importante referir que se houver uma alteração que explique o seu estado, por exemplo, a redução do desejo sexual que pode ocorrer perante um episódio depressivo, esta não é considerada DS.

Uma perturbação sexual pode levar ao aparecimento de outra. Por exemplo, a perturbação da excitação pode gerar DSH. Nestes casos, devem ser diagnosticadas todas as perturbações especificadas [28].

Um exame físico completo, principalmente o exame pélvico, é importante para identificar alguma patologia que possa estar relacionada com DS. Este é especialmente importante para mulheres com dispareunia ou vaginismo. O exame pode revelar atrofia vaginal, infeção, dermatoses da vulva, disfunção do músculo do soalho pélvico e as áreas em que a utente sente dor [12].

O desenvolvimento de métodos fisiológicos para o diagnóstico de eventuais DSF reveste-se de grande importância, pois estes potencialmente permitem a avaliação objetiva de variáveis relacionadas com a resposta sexual. Por exemplo, o fluxo sanguíneo genital pode ser medido por fotopletismografia vaginal, marcadores radioativos (xénon-133), medidas de dissipação de calor (o método da temperatura de oxigénio), termistores vaginais e labiais para a avaliação da temperatura, termografia dos órgãos genitais durante as diferentes fases da resposta sexual, ultra-sonografia duplex Doppler, imagiologia de perfusão por laser Doppler, imagiologia de ressonância magnética, entre outros. A medição da lubrificação vaginal, o volume, a pressão e conformidade, também podem ser realizadas [38].

De forma a avaliar eventuais causas neurológicas para as DSF, é utilizam-se, por exemplo, os potenciais evocados somato-sensitivos. A atividade muscular do soalho pélvico e da vagina pode ser avaliada através de eletromiografia e eletrovaginogramas [38].

Contudo, a maior parte destes métodos são invasivos, mal definidos, e insuficientemente validados. Eles não são ainda de uso clínico corrente, sendo sobretudo empregues em investigação [38].

Por outro lado, a avaliação laboratorial raramente é útil, já que não existe correlação entre os níveis hormonais e a função sexual [12].

Dada a multiplicidade de fatores envolvidos, é recomendada a avaliação psicossocial, por uma equipa multidisciplinar, principalmente nos casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre a influência de condições psicológicas e relacionais (stress, mudanças de parceiro, conflitos conjugais e DS do parceiro) [39].

## **7. Tratamento das disfunções sexuais femininas**

O tratamento da DSF é limitado, devido à multiplicidade de causas subjacentes, à escassez de opções de tratamento válidas, à frequente falta de conhecimentos por parte do profissional de saúde no que respeita aos tratamentos disponíveis, à sobreposição dos diferentes tipos de disfunção, a limitações de tempo e aos reduzidos conhecimentos no tratamento das DSF. A educação da utente e a terapia constituem a base do tratamento. A pesquisa existente, apesar de limitada, permite tirar benefício da farmacoterapia [17]. Os fatores psicossociais estão muitas vezes na origem deste problema. Portanto, uma abordagem de tratamento combinado que aborde questões de natureza médica e de natureza psicológica (problemas emocionais e ao nível de relações), será mais benéfica [5].

### **7.1. Intervenção psicológica**

O modelo PLISSIT, proposto por Jack Annon, em 1974, é usado para iniciar discussões sobre a DS e sua gestão. É composto por quatro níveis de aconselhamento sexual: Permissão (P), Informação Limitada (LI), Sugestões Específicas (SS) e Terapia Intensiva (IT). À medida que os níveis vão aumentando, maior complexidade e conhecimento são requeridos [17].

Alternativamente, existe também o modelo ALLOW composto por cinco fases, Perguntar (A), Legitimizar (L), Limitações (L), Abertura (O) e Trabalhar em conjunto (W). É

um modelo que facilita a conclusão da história sexual e o início do tratamento ou de uma avaliação mais aprofundada [17].

Dada a flexibilidade destes modelos, estes poderão ser utilizados por diferentes profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, obstetras, urologistas, técnicos de reabilitação, terapeutas e educadores sexuais), no sentido de reabilitar a doente [40]. O anexo III resume estes modelos.

## **7.2. Intervenção médica e farmacológica**

O tratamento eficaz da DS exige, muitas vezes, abordar uma condição médica subjacente ou alteração hormonal. Para tratar uma DS associada a uma condição médica subjacente, o profissional de saúde pode ajustar ou mudar a medicação que tem efeitos secundários ao nível sexual, tratar um problema a nível hormonal, otimizar o tratamento para a depressão ou ansiedade, tentar estratégias para aliviar a dor pélvica ou outros problemas de dor [18].

No que respeita à intervenção farmacológica, recorre-se, frequentemente, a ansiolíticos perante quadros ansiosos disfuncionais, a alguns antidepressivos (trazodone [5], bupropiona e mirtazapina [3]), que atuam positivamente sobre o desejo, a substâncias vasodilatadoras, que têm efeito sobre a excitação e o orgasmo e à administração hormonal, devendo também ser considerada a terapia de substituição hormonal em mulheres na menopausa [5].

De seguida serão enumeradas algumas medidas farmacológicas, consoante o tipo de DS, que poderão ser seguidas com maior detalhe no Anexo IV.

### **7.2.1. A educação da utente**

Muitas mulheres consideram a função sexual normal como o tradicional processo desejo-excitação-orgasmo. No entanto, os médicos podem educar as pacientes sobre o que é "normal", por exemplo, sobre a forma como o desejo está relacionado com a intimidade emocional e sobre a anatomia, abordando assim as preocupações sexuais [17].

### **7.2.2. Tratamento da disfunção do desejo sexual hipoativo**

O DSH é a mais comum das DSF, estando na sua génese fatores psicológicos e fisiológicos. O tratamento não farmacológico passa pela educação, terapia e pela supressão dos fatores causadores. À medida que a compreensão sobre a função sexual feminina normal aumenta, é importante educar a utente sobre a forma como o desejo muda com o aumento

da idade ou duração da relação. A terapia enfatiza mudanças no estilo de vida, tais como a gestão do *stress*, repouso adequado e exercício físico regular. Contudo, o tratamento farmacológico é limitado [17].

Um dos medicamentos mais utilizados nesta situação é a testosterona. Apesar dos níveis de androgênio não se correlacionarem com DSH, a testosterona tem demonstrado benefício no desejo sexual e em mulheres na pós-menopausa com terapia hormonal [17]. No entanto, é usada como terapêutica *off-label* e não está aprovada pela FDA (*Food & Drug Administration*) [20]. Um estudo, denominado APHRODITE, avaliou 814 mulheres em pós-menopausa não medicadas com estrogênios e com diagnóstico de DSH. A população foi dividida em três grupos consoante a medicação (placebo, adesivo que libertava 150 ou 300 µg de testosterona por dia). Os resultados do estudo evidenciaram um aumento dos episódios sexuais satisfatórios com a utilização de 300 µg de testosterona diária. Porém, observaram-se algumas reações adversas, tais como, hirsutismo, acne, alopecia e voz grave [41]. Outro estudo, ADORE, foi realizado em 272 mulheres com menopausa espontânea e com diagnóstico de DSH, aleatorizadas em dois grupos, um grupo de controlo e um grupo medicado com 300 µg de testosterona diária [42]. Contudo, ambos os estudos demonstraram aumento do desejo, da excitação, do orgasmo e do prazer.

Atualmente, estão a decorrer estudos de fase III em relação ao LibiGel® (gel de testosterona). Os efeitos secundários da medicação são a alopecia, acne, hirsutismo, hiperglicemia e retenção hídrica. No entanto, estes efeitos secundários são bem tolerados e reversíveis após interrupção da medicação [43].

O uso de testosterona está contra-indicado em mulheres que apresentem neoplasias hormono-dependentes, doença hepática e doença cardio-vascular [20].

Os inibidores da fosfodiesterase que são amplamente utilizados nas disfunções do sexo masculino, não demonstraram efeito no aumento do desejo. No entanto, um estudo demonstrou que o tratamento com bupropiona aumentou o desejo [17].

### **7.2.3. Tratamento da disfunção da excitação**

A excitação fisiológica e subjetiva podem estar relacionadas, sendo a educação um componente chave no tratamento desta disfunção. Outra opção de tratamento é o dispositivo de Terapia Clitoral Eros (*Eros Clitoral Therapy*), fabricada pela *UroMetric*. O dispositivo é aprovado pelo FDA e tem como objetivo melhorar a excitação, aumentando o fluxo sanguíneo para o clitóris com uma ligeira sucção. A lubrificação diminui a dispareunia associada à diminuição da excitação [17].

Os Inibidores da fosfodiesterase também demonstraram ter benefício em mulheres com disfunção da excitação. No entanto, a maioria das mulheres não beneficia desse tratamento [17].

#### **7.2.4. Tratamento da disfunção do orgasmo**

No tratamento da anorgasmia, é recomendado a masturbação dirigida, a terapia cognitiva comportamental e foco sensível (*sensate focus*). A terapia cognitiva comportamental centra-se na diminuição da ansiedade e promove mudanças de atitudes e de pensamentos sexuais, que aumentam a capacidade em atingir o orgasmo. O foco sensível é uma forma de terapia sexual que orienta a mulher e o seu parceiro através de uma série de exercícios. Apesar de alguns estudos sugerirem que os inibidores da fosfodiesterase têm um papel no tratamento das perturbações do orgasmo, a maioria dos estudos não demonstra qualquer efeito. Um outro estudo mostrou que a bupropiona é eficaz para atingir o orgasmo [17].

#### **7.2.5. Tratamento da disfunção da dor sexual**

A dispareunia tem diversas etiologias, incluindo a infeção, a atrofia vaginal, e a endometriose. Para o seu tratamento é necessário em primeiro lugar descobrir a sua etiologia. Se esta é desconhecida ou não, é facilmente tratada, o tratamento é então multidimensional e multidisciplinar e reflete a interação de fatores fisiológicos, emocionais e relacionais [17].

A fisioterapia, como por exemplo, a estimulação elétrica do soalho pélvico, a ultrasonografia perineal e o uso de dilatadores vaginais são uma opção de tratamento para as perturbações da dor sexual, como vestibulite vulvar e vaginismo [17].

A psicoterapia é adaptada para questões individuais da utente e a participação do seu parceiro sexual é encorajada. No tratamento do vaginismo, a psicoterapia aborda os medos da utente sobre a penetração vaginal e permite que esta aumente o conforto em relação aos seus órgãos genitais e, eventualmente, à penetração vaginal. A terapia cognitiva comportamental incide sobre a ansiedade da dor na relação sexual, nas contrações musculares e na perceção da dor [17].

No geral, a educação sexual tem mostrado uma diminuição da dor na relação sexual e melhora a satisfação sexual em mulheres com vestibulite vulvar. Um exame pélvico educacional pode também ser benéfico [17].

A terapia farmacológica das perturbações da dor sexual inclui o tratamento da causa subjacente, como o uso de estrogénios para a atrofia vaginal ou de medicação para a candidíase vulvovaginal [17].

O estrogénio é importante na lubrificação e na prevenção da atrofia dos tecidos vaginais e da vulva. Por este motivo, o estrogénio é comumente utilizado na terapêutica das DSF, especialmente nas perturbações relacionadas à menopausa, como a dispareunia, pois esta fase está associada a uma redução nos níveis de estrogénio. No entanto, recomenda-se cautela, pois a terapia com estrogénio diminui os níveis de globulina ligadora das hormonas sexuais (SHBG), esgotando assim os níveis de testosterona biodisponíveis, podendo levar à redução da libido. Este efeito pode ser reduzido através do uso de preparações transdérmicas. O uso de estrogénios isolados ou em conjugação com progestagénios, quando utilizado em mulheres na menopausa, melhora a lubrificação e possui efeito protetor sobre o fino e atrofiado tecido genital. Tem também demonstrado efeitos benéficos sobre o desejo sexual, o humor, a sensibilidade clitoriana e vaginal e no orgasmo. Pode ser comercializado sob a forma de cremes, geles, comprimidos orais e sistemas transdérmicos. O tratamento tópico evita potenciais riscos com o estrogénio sistémico, sendo este o tratamento de primeira linha [20].

A vestibulite vulvar é tratada com anti-depressivos tricíclicos e outros, anti-convulsivos e agentes tópicos. No entanto, não existem dados suficientes que apoiem o tratamento farmacológico neste tipo de disfunção [17].

### **7.3. Terapêutica alternativa**

A fentolamina é um antagonista adrenérgico não seletivo. Em estudos realizados em mulheres pós-menopausa, estas demonstraram melhoras a nível da lubrificação e da excitação sexual. No entanto, não há orientações para a sua utilização [20].

A tibolona é um esteróide sintético usado no tratamento da osteoporose pós-menopáusicas. Num estudo aleatório, em mulheres pós-menopáusicas, foi descrito uma melhoria geral ao nível da função sexual e uma diminuição da angústia comparativamente com a terapêutica hormonal combinada [3].

A flibanserina, também designada de “viagra feminino”, desenvolvido pela *Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals*, é um antidepressivo com o qual se pretendia estimular o DSH. No entanto, em 2010, a FDA não aprovou o seu uso, pois considerou que o risco era superior ao benefício [44].

O alprostadil tópico, uma prostaglandina E1, tem sido estudado para o tratamento das DSF e demonstrou ter propriedades vasodilatadoras. Contudo, não há recomendações para a sua utilização [3].

A deidroepiandrosterona (5-DHEA) é precursora da androstenediona, que por sua vez é precursora da testosterona e dos estrogénios estrona e estradiol, aos quais a DHEA é quimicamente semelhante. Um estudo publicado em 2009 demonstrou que a aplicação diária intravaginal de óvulos com 1% 5-DHEA durante 12 semanas melhorava o desejo, a excitação, a lubrificação e o orgasmo em mulheres pós-menopausa [3]. Porém ainda não foi aprovado o seu uso [45].

A bremelanotide tem sido estudada em mulheres pré-menopausa com perturbação da excitação. Trata-se de um análogo da hormona estimulante do melanócito. Quando aplicada na forma de *spray* antes da relação sexual, aumenta a excitação, o desejo, a congestão nasal, assim como, os índices da função sexual feminina. Todavia, são necessários mais estudos que comprovem a sua eficácia e segurança [3].

Também têm sido utilizados neste campo óleos com extratos de plantas (Zestra<sup>®</sup>), que podem ser adquiridos através da internet. Quando aplicados na zona genital antes da relação sexual, aumentam a excitação, o desejo, a satisfação e o orgasmo, sendo bem tolerados. É de referir que existem publicados estudos que demonstram estes efeitos [46].

Existe também um pequeno estudo sobre um suplemento nutricional e à base de plantas, ArginMax<sup>®</sup>, que demonstrou aumentar o desejo sexual em mulheres pós-menopáusicas [47].

Uma das formas comercializadas e mais conhecidas, devido à publicidade que foi feita pelos meios de comunicação, é o Libifeme<sup>®</sup> comprimidos (570 mg de extrato de asafetida e 230 mg de extrato de alcaparra). Este ajuda a recuperar a libido sexual, melhorando a sensibilidade na zona genital e aumentando a lubrificação [48].

## **8. O papel do farmacêutico na disfunção sexual feminina**

Apesar da sua elevada prevalência, as DSF não são uma temática abordada ao longo do mestrado integrado em ciências farmacêuticas, e são ainda um tema pouco abordado no dia-a-dia da farmácia comunitária. As mulheres sentem desconforto para falarem dos seus problemas, aliado à falta de tempo e de privacidade. Dado que constitui um problema de saúde, é de extrema importância que o farmacêutico esteja familiarizado com esta temática, de forma a aperceber-se desta situação e de forma a prestar os melhores conselhos. No entanto, existem já no mercado formas que poderão ajudar as mulheres, aquando este problema e que poderão ser sugeridas pelo farmacêutico.

Contudo, caso se trate de casos mais graves, tal como problemas de natureza psicológica ou associados a comorbilidades, as utentes devem ser encaminhadas para um médico. Para tal, os questionários abordados ao longo da monografia poderão ser uma ferramenta de extrema utilidade.

O farmacêutico poderá recomendar que se comece por utilizar estratégias não farmacológicas, tais como:

- Comunicar aberta e honestamente com o parceiro, isto irá propiciar a condições ideais para uma maior intimidade;

- Praticar hábitos de vida saudáveis, uma vez que o álcool, tem influência sobre a capacidade de resposta sexual, e o tabaco diminui a afluência do sangue aos órgãos sexuais, o que diminui a excitação sexual. Por outro lado, o exercício físico regular aumenta a resistência e melhora o humor, aumentando sentimentos românticos;

- Utilizar um lubrificante vaginal, será útil em casos de secura vaginal ou dor durante o ato sexual;

- Experimentar um aparelho, dado que a excitação melhora com a estimulação do clitóris. Neste sentido, um vibrador para estimular o clitóris, ou aparelhos de vácuo, para sucção do clitóris são úteis para aumentar a excitação sexual [20].

As questões que envolvem as DSF são geralmente complexas, pelo que mesmo o melhor medicamento pode não funcionar se outros fatores emocionais ou sociais continuarem sem ser resolvidos.

## 9. Conclusão

A sexualidade é parte integrante da saúde, qualidade de vida e bem-estar do Ser Humano. As DSF são um problema multifatorial que envolvem determinantes biológicos, físicos e interpessoais. As suas causas são múltiplas desde as relacionadas com o estado fisiológico da mulher (gravidez, amamentação, menopausa), as comorbilidades associadas, assim como ao uso de determinados fármacos e abuso de substâncias.

Apesar da sua alta prevalência, as DSF deixam de ser diagnosticadas muitas vezes, devido à dificuldade que os profissionais de saúde têm em falar do assunto e na formação adquirida nesta área. O diagnóstico desses quadros é de extrema relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida e na saúde geral. É importante o profissional de saúde ter esta visão geral da mulher, antes de fazer um diagnóstico ou prescrever um fármaco. Muitas vezes é necessário uma abordagem multidisciplinar, permitindo assim a identificação da causa de conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos.

O modelo PLISSIT pode ser uma ferramenta bastante útil no cotidiano dos profissionais de saúde para abordar esta temática, ajudando também os doentes a atravessarem a barreira tabu, ao proporcionar e promover o diálogo.

Apesar de existir uma grande diversidade de medicamentos estudados para esta temática, poucos são os consensos relativos à sua utilização. São necessários novos estudos para mudar a realidade e fazer progressos terapêuticos correspondentes aos alcançados com as disfunções sexuais masculinas.

## 10. Referências Bibliográficas

- [1] World Health Organizations - **Sexual and reproductive health**. [Acedido a 2 de Maio de 2014]. Disponível na internet:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- [2] MASTERS W., JOHNSON V. - **Human Sexual Response**. Boston, MA: Little Brown, 1966. ISBN 0-316-54987-8.
- [3] PAULETA, J., Graça, L. - **Tratamento Farmacológico das disfunções sexuais femininas: uma revisão sumária**. Acta Obstet Ginecol, Port., vol. 5, 4 (2011), 170-179.
- [4] KAPLAN, H. - **The New Sex Therapy**. London: Bailliere Tindall, 1974.
- [5] PABLO, C., SOARES, C. - **As disfunções sexuais femininas**. Rev. Port. Clin. Geral, vol. 20, 3 (2004), 357-70.
- [6] CEREJO, A. - **Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados**. Rev Port Clin Geral, vol. 22, 6 (2006), 701-20.
- [7] FAJEWONYMI, B.A., ORJI, E.O., ADEYEMO, A.O. - **Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria**. J Health Popul Nutr, 25, 1 (2007), 101-106.
- [8] KAPLAN, H.S. - **Disorders of sexual desire**. New York: Brunner/Mazel, 1979.
- [9] WEBER, M., Walters, M., SHOVER, L. - **Vaginal anatomy and sexual function**. Obstet. Gynecol., 86, 1995, 46-49.
- [10] PERALTA, P. G. - **Tons femininos: uma visão sobre as disfunções sexuais das mulheres**. Cadernos de sexologia, 2 (2010), 9-25.
- [11] BASSON, R. - **Human Sex-Response Cycles**, J. Sex Marital Ther, 27 (2001), 33-43.
- [12] LATIF, E. Z., DIAMOND, M. P. - **Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction**. Fertility and sterility, vol. 100, 4 (2013), 898-904.
- [13] World Health Organization - **The ICD-10 Classification of Mental Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. 2000, 150-152.
- [14] American Psychiatric Association - **DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1996. p. 505-524.
- [15] American Psychiatric Association - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ª ed. Washington, 1994.

- [16] BASSON, R., BERMAN, J., BURNETT, A. - **Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications.** The journal of urology, 163 (2000), 888-893.
- [17] FRANK, J.E., MISTRETTA, P., WILL, J. - **Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction.** American Family Physician, 77, vol. 5 (2008), 635-642.
- [18] JHA, S., THAKAR, R. - **Female sexual dysfunction.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 153 (2010), 117-123.
- [19] PHILLIPS, N. A. - **Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment.** Am Fam Physician, vol. 62, 1 (2000), 127-136.
- [20] KAPLAN, C. - **Female sexual dysfunction.** The Nurse Practitioner, 34 (2009), 43-49.
- [21] CLAYTON, A. - **Sexual function and dysfunction in women.** Psych Clin of North Am, 26 (2003), 202-219.
- [22] MIN, K., MUNARRIZ, R., BERMAN, J. - **Hemodynamic evaluation of the female sexual arousal response in an animal model.** J Sex Marital Ther, 27 (2001), 57-65.
- [23] DAVIS, S. R. - **Androgens and female sexuality.** Journal of Gender Specific Medicine, 3 (2000), 36-40.
- [24] BERMAN, R.J., GOLDSTEIN, I. - **Female sexual dysfunction.** Urol Clin of North Am, 28 (2001), 405-416.
- [25] CAVALCANTI, R., CAVALCANTI, M. - **Tratamento clínico das inadequações sexuais.** São Paulo: Roca, 1992.
- [26] LOPES, G. P., TORRES, L.O., MONTGOMERY, M. - **Patologia e terapia sexual.** Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
- [27] GEISS, I.M., UMEK W.H., DUNGL, A. - **Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification.** Urology, 62 (2003), 514-518.
- [28] LO, S. - **Managing Female Sexual Dysfunction in the 21st Century.** Medical Bulletin, 14 (2009), 20-22.
- [29] ANASTASIADIS, A.G., DAVIS, A.R., GHAFARM, M.A. - **The epidemiology and definition of female sexual disorders.** World J Urol, 20 (2002), 74-78.

- [30] SHIFREN, J.L., MONZ, B.U., RUSSO, P.A., SEGRETI, A., JOHANNES, C. B. - **Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates.** *Obstet Gynecol*, vol. 112, 5 (2008), 970-978.
- [31] NOBRE, P.J., Pinto-Gouveia, J., Gomes, F. A. - **Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample.** *J Sex Marital Ther*, vol. 32, 2 (2006), 173-182.
- [32] VENDEIRA, P., PEREIRA, N. M., SERRANO, F., CARVALHEIRA, A. A. - **Estudo EPISEX-PT/Feminino: prevalência das disfunções sexuais femininas em Portugal.** *Cadernos de Sexologia*, 4 (2011), 7-14.
- [33] NOBRE, P. - **Disfunções Sexuais.** 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBNNN. 55-74.
- [34] Nobre P.J., Pinto-Gouveia J, Gomes FA. **Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample.** *J Sex Marital Ther* 2006 Mar-Apr; 32 (2): 173-82.
- [35] BACHMANN, G. - **Female Sexuality and Sexual Dysfunction: Are We Stuck on the Learning Curve?** *J Sex Med*, 3 (2006), 639-645.
- [36] JUNQUEIRA, F.R.R., LARA, L., ROMÃO, A., SILVA, A., ROMÃO G.S., FERRIANI, R. A. - **Implantação de um ambulatório de sexualidade em um serviço de ginecologia de hospital universitário: resultados após um ano.** *Reprod Clim*, 20 (2005), 13-16.
- [37] ABDO, C.H., OLIVEIRA, W.M., MOREIRA, E. D., FITTIPALDI, J.A. - **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*, vol. 16, 2 (2004), 160-166.
- [38] WOODARD, T. L., DIAMOND, M. P. – **Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review.** *Fertil Steril*, vol. 92, 1 (2009), 19-34.
- [39] DELAMTER, J., FRIEDRICH, W.N. - **Human sexual development.** *J Sex Res*, vol. 39, 1 (2002), 10-4.
- [40] GARRET, A., Teixeira, Z., Martins, F. - **Modelo transaccional do stresse: período que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular.** *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4 (2007), 222-228.
- [41] DAVIS, S. R., DAVISON, S. L., DONATH, S., BELL, R. J.. – **Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women.** *JAMA*, 294, (2005), 91-96.

[42] PANAY, N., AL-AZZAWI, F., BOUCHARD, C., DAVIS, S. R., EDEN, J., LODHI, I., REES, M., RODENBERG, C. A., RYMER, J., SCHWENKHAGEN, A., STURDEE, D.W. – **Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study.** *Climateric*, 13 (2010), 121-131.

[43] HUBAYTER, Z., SIMON, J. A. – **Testosterone therapy for sexual dysfunction in postmenopausal women.** *Climateric*, 11 (2008), 181-191.

[44] NETFARMA INDÚSTRIA - **Boehringer Ingelheim desiste de desenvolver flibanserina.** 2010. [Acedido a 30 de Maio de 2014]. Disponível na internet: [http://industria.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3172&Itemid=49](http://industria.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=3172&Itemid=49)

[45] PANJARI, M., DAVIS, S. R. - **Vaginal DHEA to treat menopause related atrophy: A review of the evidence.** *Maturitas*, 70 (2011) 22-25.

[46] DAVID, M. F., BALAKRISHNA, H., JULIA, R. H. - **Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel Design Trial of the Efficacy and Safety of Zestra® in Women With Mixed Desire/ Interest/ Arousal/ Orgasm Disorders.** *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36 (2010), 66-86.

[47] ITO, T. Y., POLAN, M. L., WHIPPLE, B., TRANT, A. S. - **The Enhancement of Female Sexual Function with ArginMax, a Nutritional Supplement, Among Women Differing in Menopausal Status.** *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32 (2006), 369-378.

[48] LIBIFEME. 2013. [Acedido a 27 de junho de 2014]. Disponível na internet: <http://libifemeonline.com/site/libifeme/>.

## **Anexo I: Questionário de sintomas sexuais [12].**

Por favor, responda às seguintes perguntas sobre a sua função sexual:

1. Está satisfeito com a sua função sexual?

Sim  Não

Se não, por favor, continue.

2. Há quanto tempo se tem sentido insatisfeito com a sua função sexual?

3a. O problema (s) com a sua função sexual é: (marque um ou mais)

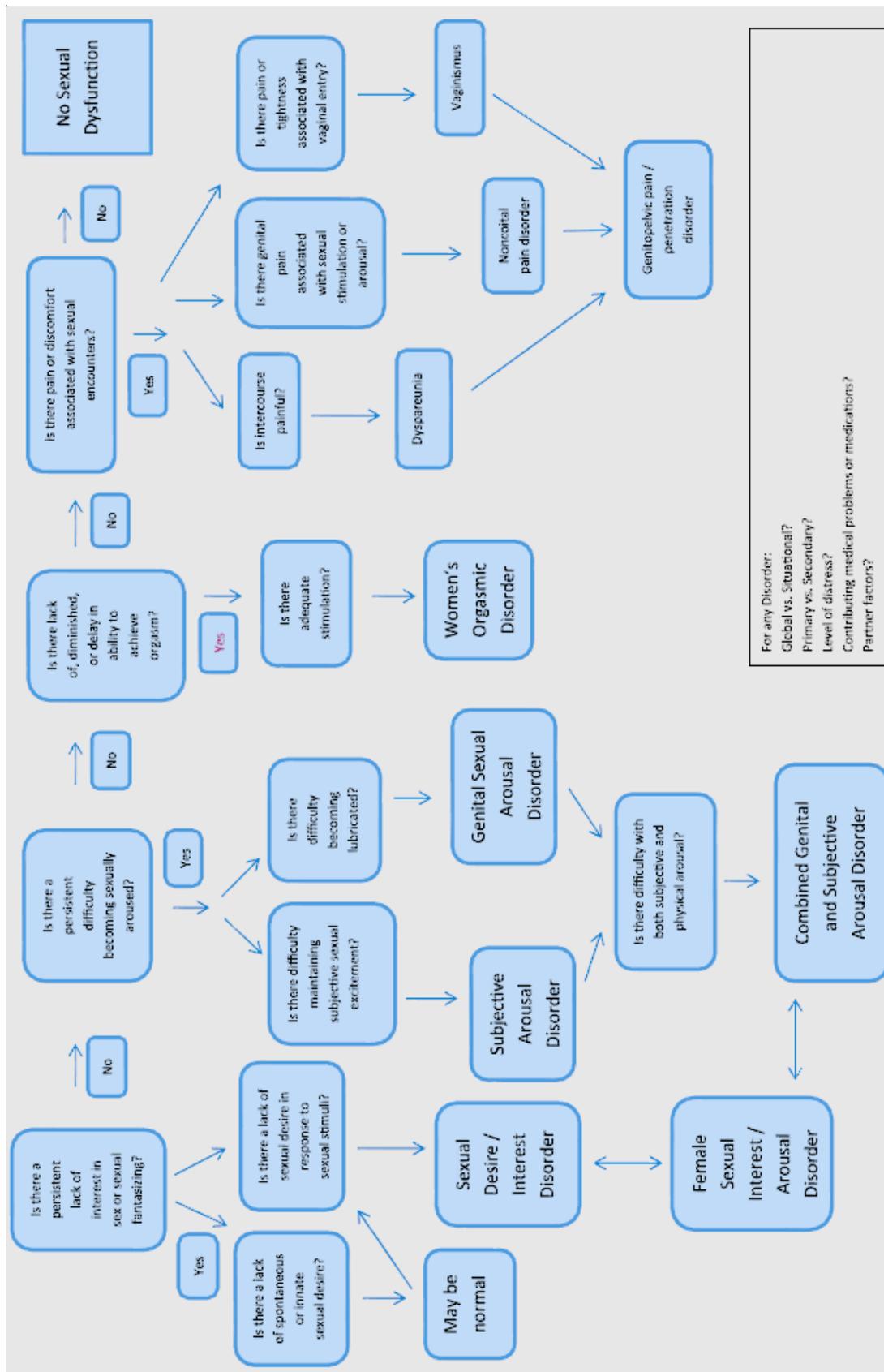
- 1 Problema com pouco ou nenhum interesse em sexo
- 2 Problema com a diminuição da sensação genital (sentimento)
- 3 Problema com a diminuição da lubrificação vaginal (secura)
- 4 Problema em atingir o orgasmo
- 5 Problema com dor durante o sexo
- 6 Outros:

3b. Que problema é mais incómodo (círculo) | 2 3 4 5 6

4. Gostaria de falar sobre o assunto com o seu médico?

Sim  Não

**Anexo II:** Algoritmo de diagnóstico de DSF [12].



**Anexo III:** Modelos para iniciar a discussão e o tratamento da DSF [17].

ALLOW

---

Perguntar ao utente sobre a função e atividade sexual

Legitimar problemas e reconhecer que a disfunção é uma questão clínica

Identificar as limitações de forma a avaliar a disfunção sexual

Abrir a discussão, incluindo potenciais referências

Trabalhar com o utente de forma a desenvolver objetivos e um plano de gestão

PLISSIT

---

Obter permissão, por parte do utente, para falar sobre sexualidade

Dar informação limitada (por exemplo, informar sobre a normal função sexual)

Dar sugestões específicas sobre a queixa específica do utente

Considerar a terapia intensiva como uma especialista da saúde sexual

**Anexo IV:** Estudos Farmacológicos de Terapia para DSF [17].

<i>Therapy/dosage</i>	<i>Population</i>	<i>Effects</i>	<i>Adverse effects</i>	<i>Evidence</i>
Transdermal testosterone, 150 to 450 mcg daily (not FDA approved for use in women)	Surgically menopausal women receiving estrogen therapy who have diminished sexual interest or desire	Increased sexual desire, increased satisfaction with sexual activity, decreased personal distress; studies showed effect with a 300-mcg dose	One study showed a statistically significant increase in facial depilation <sup>A1</sup> ; no other statistically significant increase in adverse events over six months of treatment; long-term effects are unknown	Blinded, prospective, crossover study with strong placebo response <sup>A1</sup> ; double-blind RCTs <sup>A2-A5</sup>
Transdermal testosterone, 300 mcg daily (not FDA approved for use in women)	Naturally menopausal women receiving hormone therapy who have diminished sexual interest or desire	Increased satisfaction with sexual activity, increased sexual desire, decreased personal distress	Trend toward increased depilation, increase in facial hair	Double-blind RCT <sup>A6</sup>
Testosterone 1% cream, 10 mg daily applied to the thigh (not FDA approved for use in women)	Premenopausal women with decreased serum testosterone levels and decreased sexual self-rating scores	Improved sexual self-rating scores (50 percent or greater increase) in a statistically greater number of women receiving testosterone compared with placebo	No statistically significant difference in adverse effects over 28 weeks (12 weeks of active treatment)	Placebo-controlled, prospective, crossover study <sup>A7</sup>
Methyltestosterone/esterified estrogen (Estratest), 2.5 mg/1.25 mg daily (not FDA approved)	Surgically menopausal women receiving estrogen therapy who have diminished sexual desire or interest as measured by questionnaires or scales	Improved sexual interest or desire score	10 percent of women in the treatment arm discontinued therapy because of adverse events, compared with 2 percent in the placebo arm; increased incidence of weight gain, nervousness, and vaginitis over eight weeks of treatment	Small (n = 102), double-blind RCT <sup>A8</sup>
Sildenafil (Viagra), 25 or 50 mg, taken one hour before intercourse (not FDA approved for use in women)	Premenopausal women with female sexual arousal disorder	Increased arousal, enjoyment, satisfaction, frequency of intercourse, and sexual fantasies compared with placebo (no difference between 25- and 50-mg doses); with both doses, frequency of orgasm was statistically more than baseline and placebo, but placebo also demonstrated a statistically significant increase from baseline	Vision problems (two patients receiving sildenafil, one receiving placebo) and headache (no difference between groups); two patients receiving sildenafil withdrew from the trial for fear of adverse events	Blinded, prospective, crossover study <sup>A9</sup>
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual activity	Postmenopausal women self-referred for sexual dysfunction	No significant improvement in sexual function	Clitoral discomfort or hypersensitivity, dizziness, headache, dyspepsia	Open-label study of 33 women; not placebo controlled <sup>A10</sup>
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual stimulation	Naturally postmenopausal women receiving estrogen therapy who have female sexual arousal disorder and difficulty with orgasm	No improvement in arousal or orgasm	Hot flashes, headache, and dizziness with sildenafil	Double-blind, placebo-controlled, crossover study <sup>A11</sup>
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual activity	Postmenopausal women receiving hormone therapy (if naturally menopausal) who have female sexual arousal disorder or other sexual dysfunction	No effect in women with female sexual arousal disorder plus diminished sexual interest or desire; increase in sexual arousal, satisfaction with sexual activity, and ability to achieve orgasm in women with female sexual arousal disorder alone; strong placebo response	Headache, hot flashes, rhinitis, nausea, vision problems	Double-blind RCT <sup>A12</sup>

## Disfunções Sexuais Femininas

Therapy/dosage	Population	Effects	Adverse effects	Evidence
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual activity	Postmenopausal women receiving hormone therapy (if naturally menopausal) who have female sexual arousal disorder or other sexual dysfunction	No effect in women with female sexual arousal disorder plus diminished sexual interest or desire; increase in sexual arousal, satisfaction with sexual activity, and ability to achieve orgasm in women with female sexual arousal disorder alone; strong placebo response	Headache, hot flashes, rhinitis, nausea, vision problems	Double-blind RCT <sup>A12</sup>
Sildenafil, 10 to 100 mg, taken one hour before sexual activity	Pre- and postmenopausal women (some receiving hormone therapy) who have female sexual arousal disorder	No difference in effectiveness between sildenafil and placebo	Headache, hot flashes, rhinitis, nausea, vision problems, dyspepsia	Double-blind RCT <sup>A13</sup>
Sildenafil, 100 mg, taken one hour before sexual intercourse	Premenopausal women with type 1 diabetes and female sexual arousal disorder	Increased sexual desire, frequency of orgasm, enjoyment, satisfaction, and frequency of sexual fantasies with sildenafil compared with placebo; statistically significant increase in frequency of intercourse from baseline (no difference between groups)	Headache, nausea, vision problems	Double-blind, placebo-controlled, crossover study <sup>A14</sup>
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual stimulation	Premenopausal women with spinal cord injury (neurogenic sexual dysfunction)	Small but statistically significant increase in subjective arousal with sildenafil compared with placebo	Hot flashes, headache, vision problems, fatigue	Double-blind, placebo-controlled, crossover study <sup>A15</sup>
Sildenafil, 50 mg, taken one hour before sexual activity, with option to adjust dose to 25 or 100 mg	Premenopausal women with multiple sclerosis and symptoms of sexual dysfunction	Self-reported improvement in lubrication and sensation; no improvement in orgasmic capacity or desire	Not reported	Double-blind, placebo-controlled, crossover study with optional open-label extension phase <sup>A16</sup>
Tadalafil (Cialis), 20 mg, or vardenafil (Levitra), 10 mg, taken before sexual activity (not FDA approved for use in women)	Women receiving serotonin-enhancing medications (SSRIs, benzodiazepines) that are causing decreased sexual interest or desire or anorgasmia	Reversal of sexual adverse effects from serotonin-enhancing medications	No adverse effects over five to 11 months of treatment	Case series <sup>A17</sup> ; case report <sup>A18</sup>
Bupropion (Wellbutrin), 300 mg daily, with option to adjust dosage to 450 mg	Premenopausal women with diminished sexual interest or desire	Increased arousal, orgasm completion, satisfaction with bupropion (on one of two measures); no statistically significant increase in desire; improvements were not consistent across both measurements used, and response peaked at day 84 (of 112)	Not reported, high attrition rate	Double-blind RCT; underpowered; funded by bupropion manufacturer <sup>A19</sup>
Bupropion, 150 or 300 mg daily	Nondepressed women and men with orgasmic dysfunction	Women reported increased satisfaction and ability to reach orgasm; significant placebo response	Headache, insomnia, irritability, anxiety, bizarre dreams, nausea, vomiting, dizziness, dry mouth, edema, decreased short-term memory, decreased appetite, racing heartbeat	Single-blind, crossover study <sup>A20</sup>

FDA = U.S. Food and Drug Administration; RCT = randomized controlled trial; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor.