

## Índice

<b>1.RESUMO</b> .....	<b>2</b>
1.1PALAVRAS-CHAVE:.....	2
<b>2.ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
2.2KEY-WORDS: '.....	3
<b>3.INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>4.MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>6</b>
<b>5. MENOPAUSA</b> .....	<b>7</b>
5.1 FISIOLOGIA – ALTERAÇÕES HORMONAIS .....	8
5.2 CLÍNICA .....	9
5.3TERAPÊUTICA .....	12
5.3.1TERAPÊUTICA HORMONAL.....	12
<b>6. SEXUALIDADE</b> .....	<b>15</b>
6.1 MODELO DA RESPOSTA SEXUAL .....	16
6.2 DISFUNÇÃO SEXUAL .....	18
6.2.2 <i>Tipos de disfunção sexual feminina</i> .....	19
<b>7.CONSEQUÊNCIAS DA MENOPAUSA NA SEXUALIDADE FEMININA</b> .....	<b>20</b>
<b>8. AVALIAÇÃO DO DOENTE</b> .....	<b>26</b>
<b>9. TRATAMENTO</b> .....	<b>28</b>
<b>11. AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>35</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>36</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO 2</b> .....	<b>45</b>

## **1. Resumo**

A menopausa define o final da capacidade reprodutiva da mulher e acarreta diversas consequências físicas e psicológicas que destabilizam a mulher, quer a nível pessoal, social, conjugal ou sexual. E, devido ao aumento da esperança média de vida, um maior número de mulheres vivencia um período crescente na menopausa, bem como todos os factores a esta associados. Antecedendo a menopausa, temos o climatério, fase em que ocorrem alterações no perfil hormonal da mulher que se caracteriza por irregularidades menstruais e sintomas característicos da depleção estrogénica, iniciando-se as alterações físicas e psicológicas. Portanto, ao longo do processo verifica-se que as mulheres experimentam alterações no padrão sexual, consequência destas mesmas alterações psicossomáticas.

Dispareunia, secura vaginal, desconforto vaginal e redução do desejo sexual são as causas mais comuns de perturbação da vida sexual durante o climatério e na pós-menopausa.

A avaliação da doente deve consistir numa abordagem biopsicossocial para uma boa intervenção clínica.

O tratamento pode ser feito através da terapia de casal como primeira linha, passando pelo uso de lubrificantes não-hormonais e hormonais para diminuir a dispareunia. Nas fases mais avançadas da disfunção sexual pode-se tentar uma abordagem com moduladores seletivos dos receptores de estrogénio, terapia hormonal, tibolona ou testosterona.

**1.1 Palavras-chave:** ‘consequências da menopausa’, ‘sexualidade’, ‘menopausa e sexualidade’ e ‘menopausa terapêutica’.

## **2.Abstract**

Menopause defines the final ability of the reproductive system of a woman. Therefore has several consequences, both physical and psychological, that unsettles a woman personally, social, conjugal and sexually.

Due to the increase of average life expectancy, a larger amount of women experience a crescent period in menopause as well as its associated factors.

Before menopause there is a period known as climacteric, where several hormonal changes happen, triggering menstrual irregularities and estrogen depletion symptoms that lead to physical and psychological changes.

During this time, women, tend to differ their sexual habits, mostly because of the psychosomatic alterations.

Dyspareunia, vaginal dryness, discomfort during the sexual intercourse and hypoactive sexual desire are the most common causes of disturbance in sexual intercourse during climacteric and postmenopausal.

The evaluation of the patient should consist of a biopsychosocial approach to good clinical intervention.

The treatment can be done by couple therapy as first-line; the second-line should be the use of non-hormonal and hormonal lubricant to reduce dyspareunia. Lately in sexual dysfunction we could try selective estrogen receptor modulator, hormonal therapy, tibolone or testosterone.

**2.2Key-words:** 'menopause consequences', 'sexuality', 'menopause and sexuality' and 'therapeutic menopause'.

### **3.Introdução**

Menopausa é o termo que designa a última menstruação, confirmada após 12 meses de amenorreia. Por volta dos 50 anos o ovário deixa de funcionar diminuindo abruptamente a produção de hormonas que lhe está atribuída, provocando alterações físicas e psíquicas. A perimenopausa é o termo usado para descrever o período em que se manifestam os primeiros sintomas ou indicadores da proximidade da menopausa e que termina 12 meses após a última menstruação. (1)

A menopausa tem de ser vista como uma experiência dependente da vulnerabilidade individual, quer a nível físico e psíquico. Após a menopausa a maioria das mulheres desenvolve alterações relacionados com a falência ovárica, agudas ou crónicas, tais como sintomas vasomotores, labilidade emocional, alterações no trato urogenital, e alterações esqueléticas. A sexualidade não é exceção e, pode manifestar-se com diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e disfunção do orgasmo. (2)

A sexualidade é definida como “ Um aspecto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças atitudes, valores, comportamento, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela integração de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais” (OMS, 2006). (3)

A sexualidade é tida como um dos aspectos centrais da vida do ser humano e como tal deve ser valorizada pelo clínico em qualquer idade mas principalmente durante e após a menopausa. A disfunção sexual na mulher idosa não é apenas consequência da diminuição dos estrogénios, mas deve ser entendida como um problema multicausal e multidimensional. (4)

Os comportamentos sexuais estão extraordinariamente interligados com fatores emocionais, psicológicos e sociais. Por conseguinte a avaliação da doente deve consistir numa abordagem biopsicossocial.

Como tal, o objetivo principal desta revisão é apontar o perfil das mudanças no padrão sexual das mulheres, resultante das alterações decorridas da menopausa.

De forma mais pormenorizada, é revelado de que forma a diminuição da carga hormonal influencia a sexualidade e saúde sexual feminina. Salienta-se ainda, a abordagem por parte do médico à doente com disfunção sexual bem como a correta terapêutica a ser instituída.

#### **4. Material e Métodos**

Para revisão da literatura, foi efectuada uma pesquisa nas bases de dados *MedLine/Pubmed*, recorrendo ao Serviço de Documentação e Informação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. A este mesmo serviço foi pedido inicialmente que fosse fornecida uma listagem de artigos conseguida pela pesquisa “Consequências da Menopausa na sexualidade feminina” nas bases de dados referidas acima. Foram posteriormente seleccionados os artigos mais relevantes, tendo em conta a sua relação com a temática da presente revisão e a respectiva data de publicação (dando primazia aos artigos mais recentes) .

## 5. Menopausa

Na vida da mulher existem etapas que sinalizam diferentes fases da vida, tais como a menarca e a menopausa. Cada etapa leva a alterações visíveis, tanto físicas como psíquicas. (5)

A OMS considera que uma mulher encontra-se na menopausa após a ausência consecutiva da menstruação por 12 meses, o que normalmente ocorre entre os 45 e 55 anos. Nos países desenvolvidos, em média, a menopausa ocorre entre os 50-52 anos, e um ou dois anos a menos nos países em desenvolvimento. Por sua vez o peri-menopausa, é o período de transição entre o período reprodutivo e o período não-reprodutivo e termina 12 meses após a última menstruação.

(6) O climatério é um processo contínuo e não uma fase da vida da mulher, engloba a peri-menopausa e a menopausa. (7)

Segundo *Belkis Trench*, “Ninguém sabe porquê nem quando é que a ovulação cessa, nem que sintomas são causados pela falência ovárica e não pelo envelhecimento. É impossível mesmo prever qualquer coisa sobre a menopausa, isolar fatores de risco, sugerir medidas preventivas, pois a cada ano acrescentam-se novos sintomas à síndrome climatérica e, a cada ano, descartam-se alguns. Além do mais, todos os resultados de experiências são comprometidos pela multiplicidade de sintomas e pela natureza auto-limitante do fenômeno”. (5)

As tentativas de definir a menopausa são as mais diversas; Atualmente a OMS define menopausa como: “Fase da vida da mulher em que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e ocorre uma diminuição abrupta na produção de esteróides e peptídeos hormonais, conseqüentemente no organismo ocorrem diversas mudanças fisiológicas, algumas resultam da falência ovárica e de fenômenos da menopausa, e outras relacionadas com o processo de envelhecimento. Quando se aproximam da menopausa, muitas mulheres experimentam certos sintomas, em geral passageiros e inócuos, porém não menos desagradáveis e às vezes incapacitantes” (OMS, 1996, p.1). (8)

Considera-se que existe menopausa precoce, quando esta ocorre antes dos 45 anos de idade,

conferindo à mulher um risco aumentado para complicações de carência estrogénica. A menopausa tardia ocorre após os 53 anos de idade e justifica algumas preocupações acrescidas, com as consequências de exposição ao estrogénio, nomeadamente no que se refere ao risco de cancro da mama e do endométrio. A menopausa artificial é consequência da ooforectomia cirúrgica ou iatrogénica (radiações e citostáticos). Sob o ponto de vista endócrino, a menopausa cirúrgica tem consequências particularmente drásticas, já que determina a perda total e instantânea de produção hormonal. (7,9)

### **5.1 Fisiologia – Alterações hormonais**

A falência ovárica é um processo fisiológico que se inicia muitos anos antes da menopausa e está diretamente relacionada com a redução do capital folicular do ovário, que começa na vida uterina. A menopausa dá-se quando o número de folículos se situa abaixo dum limiar crítico, cerca de 1000, independentemente da idade. (1)

O ciclo menstrual da mulher resulta da interação cíclica da hormona estimuladora da libertação das gonadotrofinas (GnRH), produzida no hipotálamo com os péptidos hipofisários: hormona foliculo-estimulante (FSH) e hormona luteinizante (LH). A FSH e a LH estimulam por sua vez a produção de esteróides ováricos, estradiol e progesterona. (1)

Todo o processo de alterações hormonais que ocorrem na peri-menopausa ocorrem a nível do ovário. Do ponto de vista histológico há alterações a nível folicular, entre elas a diminuição das células da teca interna e da camada granulosa, local de produção dos esteroides ováricos. Ocorre ainda aumento do número de células do interstício, ocorrendo um aumento da produção dos androgénios.

O primeiro sinal biológico de falência ovárica é o aumento da FSH, consequência da diminuição dos folículos ováricos e por sua vez diminuição da síntese e secreção de estradiol, o aumento do

péptideo hipofisário ocorre por mecanismo de *feedback negativo*. Os valores de FSH doseados no sangue são geralmente superiores a 30mUI/ml. (1,7)

Por sua vez, a LH está sujeita ao controlo hipotalâmico, através da GnRH que é segregada de forma pulsátil, e ao efeito de feedback negativo do estradiol e progesterona. O seu aumento ocorre posteriormente ao aumento da FSH, sendo o seu valor três vezes superior em relação à pré-menopausa.

Na menopausa devido ao desaparecimento dos folículos, os níveis elevados de gonadotrofinas levam o tecido ovárico remanescente a produzir androstenediona e testosterona. Na mulher ooforectomizada para além da ausência de produção de estrogénios verifica-se também a ausência de produção de androgénios. (1)

## **5.2 Clínica**

A carência de estrogénios induz repercussões a nível de vários órgãos-alvo e de vários sistemas, manifestando-se essencialmente, em dois picos temporais: sintomatologia precoce e sintomatologia tarde. (7)

Segundo *Susana et.al* dentro das manifestações precoces temos os sintomas vasomotores, as perturbações psicológicas e as perturbações genito-urinárias.

As perturbações vasomotoras são os sintomas mais comuns na mulher durante a menopausa, vivenciados por cerca de 70-80% das mulheres. A sua intensidade está dependente de mulher para mulher, sendo que estes sintomas são mais intensos nos primeiros dois anos da menopausa e que apenas 3% das mulheres descrevem afrontamentos muito frequentes 15 anos depois da menopausa, 12% dos quais de intensidade moderada a grave. (1,7,10)

Dentro dos sintomas vasomotores temos os afrontamentos descritos como um súbita sensação de calor da extremidade superior do corpo associado a vermelhidão da face, pescoço e tórax. Podem ser acompanhados de sudorese. O estudo PEPI (Postmenopausal Estrogen/ Progestin

Interventions Trial) revelou que a terapêutica hormonal aliviava rapidamente a sintomatologia vasomotora. (10)

Os estrogénios parecem exercer efeitos reguladores a nível das áreas do sono no hipotálamo, região pré-óptica e hipocampo. Também funcionam como agonistas da serotonina e da acetilcolina. Têm efeito misto a nível da noradrenalina e das endorfinas, diminuindo os receptores da dopamina e aumentando a atividade do GABA. Estes dados sugerem um interferência direta no humor. Estas perturbações psicológicas associam-se normalmente aos sintomas vasomotores, afectando a qualidade do sono e causando instabilidade emocional, quadro clínico conhecido como ‘efeito dominó’. (7,11)

A mucosa da vagina, da uretra, e do terço inferior da bexiga têm origem embrionária comum, estrogénio-dependente. (7) A diminuição do estrogénio durante a menopausa leva a alterações tróficas dos tecidos de revestimento do epitélio dos tecidos de suporte e do colagénio, levando à diminuição da vascularização local. Consequentemente ocorre diminuição da lubrificação vaginal, que se associa na grande maioria dos casos a perda da elasticidade da vagina. Como consequência destas alterações surgem as queixas de dispareunia, que muitas vezes se juntam a uma sensação de prurido e ardor vulvovaginal. Obstáculo, entre outros, a uma sexualidade insatisfatória. (1)

O trato urinário, uretra e a bexiga são afectadas pela fragilidade dos tecidos epitelial, conjuntivo e muscular. A disúria, polaquiúria e urgência miccional surgem em consequência da atrofia da mucosa urogenital. A incontinência urinária surge frequentemente nesta faixa etária por falha dos mecanismos de contenção. (1)

Segundo Fernando Águas, na menopausa ocorre também alcalinização do pH da vagina impede a normal proliferação dos lactobacilos e consequentemente aumento da probabilidade de infeção por agentes patogénicos gastrointestinais, levando ao aumento da probabilidade de infeções urinárias ascendentes. (1,7).

Associado às manifestações tardias da menopausa temos as: alterações cerebrais, alterações a nível cutâneo, alterações cardiovasculares e ósseas. (7)

O avanço da idade é geralmente associado a um desempenho intelectual mais fraco, tendo principal incidência sobre a memória verbal. Não se conhece com exatidão os efeitos dos estrogénios a nível central, contudo são-lhe atribuídos efeitos antioxidantes com redução da deposição do componente P amilóide, que não é mais do que a proteína acumulada na doença de Alzheimer. A doença de Alzheimer é o quadro de demência mais frequente e atinge preferencialmente o sexo feminino. Contudo, cientificamente ainda não está comprovado uma relação entre estas duas variáveis. (1,12)

O hipoestrogenismo causa uma perda progressiva do colagénio cutâneo, causando uma diminuição da tonicidade a nível da pele, com aparecimento acelerado das vulgares “rugas”. (7)

Segundo Susana et.al, os estrogénios conferem uma proteção cardiovascular muito importante, apresentam efeito benéfico a nível lipídico, com diminuição do colesterol total, diminuição das LDL e aumento das HDL.

Para além das alterações no perfil lipídico, os estrogénios favorecem a vasodilatação, diminuem os níveis de homocisteína, têm efeito neutro sobre a proteína C reativa e diminuem os níveis de fibrinogénio. Também diminuem a lipoproteína A e parecem ter efeitos positivos a nível do desenvolvimento da aterosclerose. (7)

Com a diminuição dos estrogénios circulantes ocorre aumento da incidência de enfarte agudo do miocárdio, em mulheres a partir dos 50 anos, tornando-se a principal causa de morte. Nesta faixa etária, a mortalidade por doença cardiovascular ultrapassa, mesmo, a mortalidade associada às neoplasias. (1,7,13)

A carência estrogénica traduz-se por aumento precoce da incidência de osteoporose com diminuição acentuada da densidade mineral óssea, em cerca de 20-30% na primeira década após

a menopausa. Tal deve-se a um aumento do metabolismo de reabsorção óssea e diminuição da fixação de cálcio no osso. (1,7)

### **5.3Terapêutica**

#### **5.3.1Terapêutica Hormonal**

A terapêutica hormonal (TH) pode ser efectuada com progestativos isolados, estrogénios isolados, estroprogestativos cíclicos ou contínuos e mais raramente androgénios isolados, não disponível em Portugal. Ainda há a opção tibolona, com ação estrogénios-*like*, progesterona-*like* e testosterona-*like*, terapêutica muito importante na disfunção sexual.

A TH tem maioritariamente por base a ação de estrogénios, ele atua onde há falta devido à sua diminuição, sendo que os sintomas do climatério estão diretamente relacionados com a diminuição de hormonas produzidas pelo ovário. (14). Segundo Fernando águas, o início da sua utilização deve ser uma decisão individualizada, tendo sempre em consideração o risco/benefício da utilização desta terapêutica, devendo ter em conta que a finalidade é tratar os sintomas do climatério. (1)

As alternativas não hormonais, como os antidepressivos, nomeadamente a venlafaxina, utilizadas para o tratamento dos sintomas vasomotores têm claramente uma eficácia inferior à terapêutica hormonal. (1,4)

O alívio da sintomatologia vasomotora constitui a única e principal indicação para iniciar a utilização da TH, os seus efeitos são obtidos duas a quatro semanas após o início da toma, sendo a via oral mais rápida. Em 80% dos casos a sintomatologia melhora espontaneamente ao fim de 2 anos, os restantes 20% necessitam de tratamentos mais prolongados.

Os restantes sintomas relacionados com a menopausa melhoram com a TH de substituição mas não são indicações *per si* para iniciar terapêutica. Apenas de salientar que a maioria dos estudos releva aumento do risco de cancro do endométrio em mulheres que utilizam estrogénio isolada

por mais de dez anos. Há risco aumentado de desenvolver cancro da mama com a TH em relação ao grupo placebo de 0,49% em relação aos 0,33%. (15)

A TH é o tratamento de eleição para a atrofia urogenital, podendo para este efeito recorrer-se apenas à aplicação local de estrogénio, que deverá no entanto ser prolongada. A TH com estrogénios isolados ou em associação com estroprogestativos reduz significativamente a perda de massa óssea e o risco de fractura. É provavelmente a terapêutica de primeira linha na prevenção primária da osteoporose em mulheres na pós-menopausa recente.

A nível cardiovascular e à luz dos conhecimentos atuais, a terapia hormonal continua a não ser preconizada para prevenção primária ou secundária da doença cardiovascular. Admite-se porém, que existe um “janela terapêutica” para o uso da TH. Verificou-se em várias estudos que o risco de doença cardiovascular aumenta significativamente após os 60 anos. Com base nestes elementos e de acordo com a fisiopatologia da doença cardiovascular podemos afirmar que os estrogénios podem prevenir o desenvolvimento da placa ateromatosa em mulheres com menopausa recente ou pelo contrário agravar lesões vasculares em mulheres mais velhas. (1,13)

Por sua vez a TH induz um aumento do risco tromboembólico, quer sejam usados estrogénios isolados quer seja em combinação. A maioria dos estudos observacionais apontam para um ligeiro aumento do risco de cancro do endométrio em mulheres que utilizam estrogénioterapia isolada por mais de dez anos. (14,16,17)

No estudos da *WHI* foi feita uma avaliação da qualidade de vida, concluindo-se que, após um ano, o uso de estrogénios e progestativos melhorou, embora de forma não significativa, as alterações do sono, o bem-estar físico e as dores corporais, efeitos estes que se mantiveram ao fim de três anos de tratamento. Não houve resultados positivos a nível da saúde em geral, da vitalidade, do bem-estar mental e dos sintomas depressivos. (15)

A duração da utilização da terapêutica é variável e individualizada, embora o horizonte temporal de 5 anos se revele em geral muito favorável à mulher, na perspectiva risco/benefício. Nas

mulheres sintomáticas, que não apresentem contra-indicação os benefícios da terapêutica hormonal são indiscutíveis. (14)

## **6. Sexualidade**

Segundo a OMS a sexualidade é “ Um aspecto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças atitudes, valores, comportamento, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela integração de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais”. (8)

A sexualidade é tida como um dos aspectos centrais da vida do ser humano, envolvendo a atividade sexual, as identidades de gênero, a orientação sexual, o prazer, a intimidade e a reprodução. (18) A constituição da sexualidade dá-se através de um série de interações entre os fatores biológico, social, psicológico, político, cultural, ético, legal, religioso, histórico e espiritual. Há, portanto, uma enorme gama de possibilidades, podendo determinado indivíduo viver sua sexualidade das mais diversas formas.

Por sua vez a saúde sexual é vista como “um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade. Exige uma abordagem positiva e de respeito pela sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livre de coerção, discriminação e violência.” (8) Esta é a definição, obtida por consenso, em 2002, entre a OMS, a world association for sexology (WAS) e a pan american health organization (PAHO).

Para a sociedade se tornar sexualmente saudável, deve aceitar os seguintes desafios: reconhecimento de que a saúde sexual é um direito humano fundamental, de que devem existir políticas públicas para a sua promoção e proteção, de que devem existir leis que protejam os direitos sexuais, de que devem existir acesso universal a uma cuidada educação sexual adequada à idade, acesso também a serviços de saúde equipados com profissionais especializados, vigilância e monitorização adequada de comportamentos e indicadores de saúde sexual.

Para se poder alcançar e manter um estado de saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.(4)

Assim, a saúde sexual, não se deve limitar ao aconselhamento e cuidados de saúde relativamente à procriação e à evitação das doenças sexualmente transmissíveis, mas sim constituir um abordagem positiva à sexualidade humana para o enriquecimento da vida e das relações interpessoais.

Nas últimas décadas, a saúde sexual tornou-se uma questão de saúde crucial para o desenvolvimento económico e social.

Para falarmos de disfunção sexual primeiro temos de abordar a dimensão biológica da sexualidade e para isso vamos abordar o modelo da resposta sexual. (4)

### **6.1 Modelo da resposta sexual**

Nos anos 60 surgiu o modelo de resposta sexual proposto por Masters and Johnson (19), que era constituído por quatro fases, de sequência linear, sendo elas excitação, platô, orgasmo e resolução comum para homens e mulheres. Posteriormente este modelo foi reformulado por Kaplan que introduziu a fase do desejo sexual. (20) Trata-se de uma modelo resultante de uma extensa observação clínica bem como de uma rigorosa investigação psicofisiológica mas que reflete muito mais a resposta sexual masculina que a feminina.

Até ao anos 90, a sexualidade feminina foi sendo analisada com base na resposta sequencial, masculina, que por conseguinte foi sempre negligenciada.

Só em 1998, em Boston foi realizada a primeira reunião sobre a disfunção sexual feminina. De onde saiu um esquema de classificação que refletia a realidade da sexualidade das mulheres. Em 2005 Bosson *et.al*, em “*Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal*” afirmou que frequentemente a mulher refere a falta de desejo espontâneo como principal factor para não se envolver na atividade sexual. A partir desta

observação, a resposta sexual especificamente feminina é reformulada, além de ser proposta uma nova sistematização das queixas sexuais, levando à revisão das definições dos distúrbios de desejo e excitação em mulheres. (21)

O autor propôs então a distinção entre desejo espontâneo (pensamentos sexuais e fantasias, a consciência de querer sensações sexuais per se, antes de haver qualquer atividade sexual) e desejo reativo (em resposta a estímulos). Assim, a mulher pode não sentir desejo sexual para iniciar atividade sexual, mas se for abordada pelo parceiro, poderá estar receptiva e envolver-se, e o desejo só surge posteriormente.

Segundo o mesmo autor, as mulheres estão mais conscientes do desejo espontâneo no início das relações, sobretudo no estado de paixão, enquanto que a maioria das mulheres com relações duradouras não experienciam desejo sem haver estimulação sexual, não deixando por isso de serem saudáveis. (21)

Por outro lado a excitação feminina não é um processo linear ou simplista, contém dois aspectos: a excitação genital e a excitação subjetiva. A excitação genital é a resposta fisiológica de vasodilatação genital enquanto que a excitação subjetiva é uma sensação mental de excitação, desencadeada pela avaliação cognitiva dos estímulos. Não basta ocorrer a lubrificação, a mulher tem que ser capaz de sentir essa excitação. A lubrificação vaginal é uma resposta reflexa a qualquer estímulo sexual - seja ou não desejado e apreciado - e nem sempre se correlaciona com a experiência da sensação de excitação. Há mulheres que ficam excitadas sem lubrificação – o que acontece por exemplo, quando há deficiência de estrogénios. (4,21,22)

Este modelo explica muito melhor a realidade da sexualidade feminina e permite-nos perceber muito melhor toda a dimensão da disfunção os sexual associada a este sexo.

## **6.2 Disfunção sexual**

Vivências insatisfatórias no relacionamento sexual, desde a dificuldade em sentir prazer ou satisfação até à incapacidade em satisfazer o(a) parceiro(a). É uma forma apropriada e heurísticamente útil de descrever um problema sexual que resulta, quer de um padrão mal adaptativo da resposta psicofisiológica, ou das consequências de um processo patológico, hormonal ou provocado por drogas que interferem com o sistema de resposta sexual.

Há critérios indispensáveis para que uma alteração da resposta seja considerada uma disfunção: ser persistente ou recorrente, causar sofrimento interpessoal e causar sofrimento pessoal. (20)

Há alturas da vida em que o ajustamento sexual entre duas pessoas é mais difícil por factores circunstanciais ou individuais. Por isso deve-se reservar o termo disfunção para quando há um situação concreta, física ou psíquica, que torna impossível a função sexual. (4,20)

Em Portugal e segundo um estudo levado a cabo pela Sociedade Portuguesa de Andrologia, constituído por 1.250 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, sendo a idade média de 44 anos, registou-se uma prevalência de 56% de disfunções sexuais. Estas disfunções estão distribuídas por três níveis ligeiro, moderada e grave. Como as dificuldades consideradas ligeiras são variações do normal, a prevalência passa então para 19%. Deve-se ainda sublinhar que, apenas 8,5% das mulheres portuguesas inquiridas, referiram insatisfação sexual, o que nos confere toda a legitimidade em excluir os estados ligeiros. O desejo sexual hipoativo será a disfunção sexual mais prevalente, seguindo-lhe a disfunção orótica. (20)

### 6.2.2 Tipos de disfunção sexual feminina

Classificação das disfunções sexuais femininas contempladas pela DSM-V publicadas nas disfunções sexuais. (23)

Distúrbios do desejo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desejo sexual hipoativo</li><li>• Aversão</li></ul>
Distúrbio da excitação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disfunção sexual</li></ul>
Distúrbio do orgasmo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disfunção do orgasmo</li></ul>
Distúrbio da dor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dispareunia</li><li>• Vaginismo</li><li>• Dor sexual não coital</li></ul>

**Tabela 1:** Classificação das disfunções sexuais femininas.

## **7. Consequências da menopausa na sexualidade feminina**

A menopausa é uma experiência individual que está dependente da vulnerabilidade cerebral e corporal às modificações endocrinológicas que ocorrem na meia-idade. Nesta fase da vida da mulher nem todas desenvolvem sintomas e doenças relacionadas com a menopausa, isto deve-se a uma predisposição genética, história pessoal, ao estilo de vida bem como os cuidados de saúde e ambiente sócio-económico na qual a doente está inserida. (2)

A sexualidade não é exceção e deve ser encarada de forma individual e é influenciada por diversos fatores. A disfunção sexual na mulher pós-menopausa é entendida como um problema multicausal e multidimensional que combina variáveis psicológicas, biológicas e interpessoais. O fator mais representativo é o declínio acentuado da produção de estrogénios.

A função sexual deteriora-se à medida que se progride da fase precoce para a fase tardia da menopausa. (24)

As hormonas sexuais são as maiores condutoras da função sexual feminina durante toda a vida reprodutiva, sendo que a menopausa é um ponto de viragem importante na vida da mulher. Após esta fase ocorre uma total privação de estrogénios e androgénios tendo impacto multissistémico importante, principalmente a nível tecidual tendo por sua vez, impacto na função sexual. (17)

Os sintomas vasomotores, característicos da menopausa não têm qualquer influência com a função sexual. (17)

Dispareunia, secura vaginal, desconforto vaginal e redução do desejo sexual são as causas mais comuns de perturbação da vida sexual durante o climatério e na pós-menopausa. Dado que o epitélio vaginal é rico em receptores de estrogénios, este necessita dos mesmos para a maturação e manutenção urogenital bem como para a vasodilatação que ocorre durante a relação sexual. Devido à diminuição hormonal que ocorre durante a menopausa vai ocorrer menor aporte sanguíneo vaginal e conseqüentemente menor lubrificação vaginal durante o sexo, resultando

em diminuição do prazer e aumento do desconforto durante o ato sexual com consequente disrupção da intimidade.(4,17)

Contudo a literatura acerca deste assunto é escassa, tem diferentes abordagens e resultados contraditórios. Isto pode estar relacionado com o facto de se tratar de um tema difícil de abordar quer pelo médico, quer pela doente e pela grande ênfase dada à investigação da disfunção sexual masculina. Apesar disso mais de 1/3 das mulheres refere problemas da função sexual nesta fase da sua vida, sendo que a sexualidade feminina é mais afectada pela idade do que a sexualidade masculina. (2,4,24)

Segundo *Nancy et.al* os principais factores associados a uma boa função sexual são disponibilidade do parceiro, qualidade da relação, estado psicológico da mulher, saúde física e a etnia. Segundo a mesma autora o comportamento sexual é fortemente influenciado pela componente social, sendo que a população asiática apresenta menores níveis de satisfação sexual do que a população ocidental, na medida em que a sexualidade é vista apenas como um método de procriação e não como factor importante para a saúde sexual.(17)

Durante a pré-menopausa há evidência de que a mulher recorre mais à masturbação para atingir satisfação sexual, que segundo *Nancy et.al* deve-se à dispareunia. Por sua vez na pós-menopausa a mulher apresenta diminuição do desejo sexual e portanto deixa de se masturbar.(17)

O estudo PRESIDE (25), com 31.000 mulheres americanas, reportou um aumento da incidência de desejo sexual hipoativo na mulheres de meia-idade, na pré-menopausa de 12,3%, sendo que esta incidência tende a aumentar 20% na pós-menopausa. O mesmo estudo refere que o desejo sexual hipoativo é significativamente mais frequente nas mulheres com menopausa cirúrgica quando comparada com o grupo controlo, menopausa natural.

Um outro estudo refere que na população americana, a prevalência da disfunção sexual nas mulheres pós-menopáusicas varia entre 68-86,5%. (1)

No estudo realizado por *ABDO et.al* refere que o desejo sexual hipoativo tem tendência a agravar com o envelhecimento, mostrando resultados muito convincentes, em que 23,4% das mulheres com menos de 25 anos apresentam diminuição do desejo sexual, 25,8% dos 26 aos 40 anos, 47,0% entre os 41 e os 60 anos e por fim 73,0% com mais de 61 anos. Este estudo teve a colaboração de 1271 mulheres de várias idades, sem comorbilidades, escolhidas aleatoriamente dentro da população brasileira. (26)

Segundo *Loiranne et al*, mulheres com desejo sexual hipoativo também vão sentir mais dificuldade em atingir o orgasmo bem como satisfação sexual. Estes factores fazem com que haja diminuição na frequência com que têm relações. (27)

Estudo levado a cabo por *Roselane et.al* com 456 mulheres com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos, todas com menopausa espontânea. Aproximadamente 30% das mulheres neste estudo referiu alterações na sua vida sexual, nos últimos doze meses e dentro deste grupo 66.4% apresentavam vida sexual ativa. Dentro do último grupo, 82.2% refere relações sexuais satisfatórias e sem perturbações do orgasmo. Neste estudo e no estudo de Melbourne foi mostrado que a atividade sexual regular bem como a qualidade da relação antes da menopausa são os factores mais importantes para a manutenção da libido, chegando a ser mais importante que a diminuição do nível de estradiol. (9,17) Isto pode ser explicado pelo facto de as mulheres com relações estáveis apresentarem relações sexuais mais frequentes e conseqüentemente uma melhor percepção do trato genital (ex: lubrificação e dispareunia). (9) A incontinência urinária, também deve ser pesquisada e tratada dado o seu efeito negativo na sexualidade.

A disfunção sexual causa um impacto negativo significativo na auto-estima, na qualidade de vida e causa perturbação emocional. Há um declínio na resposta sexual, na frequência da atividade sexual e libido, em paralelo com um aumento da dispareunia.

A disfunção sexual na menopausa enquadra-se na definição segundo a 5ª edição do “*diagnostic and statistical manual of mental disorders*”. As disfunções sexuais são definidas como:

“perturbações do desejo sexual e das alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual que causam desconforto marcado e dificuldade interpessoal. Compreende os subtipos contemplados no relatório do “*international consensus development conference on female sexual dysfunction*”: perturbação do desejo sexual hipoactivo; aversão sexual; perturbação da excitação sexual; perturbação orgásmica; perturbação dolorosa sexual – dispareunia e vaginismo.(28)

Vários autores defendem que a autodeterminação sexual, a proximidade física e emocional ao parceiro, comunicação satisfatória e uma relação positiva com o corpo, são fatores preditivos mais importantes para a satisfação sexual que a menopausa. (29)

Existem diversos fármacos que podem interferir com a sexualidade e conseqüentemente levar à diminuição da libido. Estes devem ser minuciosamente pesquisados pelo médico.

Antipsicóticos ( ex: Olanzapine, Risperidone)
Antiepiléticos (lamotrigina, gabapentina, topiramato)
Anti-hipertensivos: beta-bloqueantes, bloqueadores ganglionares (reserpine/metildopa), niacin, fibratos, clonidine, espironolaton
Contraceptivos orais
Antidepressivos (inibidores selectivos da recaptção da seretonina, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase, lítio, benzodiazepinas)
Medicação neuroléptica (antagonistas dopaminérgicos)
Diuréticos, tiazidas
Álcool
Drogas ilícitas (marijuana, cocaína, heroína, metadona)
Antiparquinsónicos
Cimetidina

**Tabela 2** - Fármacos que podem causar, interferir ou agravar a disfunção sexual.

Existe uma evidência muito forte de que a diminuição da carga hormonal é um factor fundamental, mas que não atua sozinha no declínio da saúde sexual nas mulheres na menopausa.

(25)

Mas mais do que a diminuição da capacidade sexual, as mulheres sentem particularmente as alterações da morfologia do corpo. Entre sensações e emoções diversas desencadeadas pelo

corpo que envelhece e a disfunção sexual que aparece, uma feminilidade confiante muitas vezes só é conseguida pelo refúgio em habilitações sociais e afetivas, quando existem e são exequíveis. Essas habilitações podem dirigir-se ao marido, mas quase sempre privilegiam os filhos e, principalmente, os netos. Uma certa autoexigência em matéria de cuidados corporais, de vestuário, de penteado e de postura são também frequentes nesta idade. Ou então, acontece o oposto: isolamento, negligência em tratar-se, vestir-se e cuidar-se. Neste sentido, para lidar com a sexualidade é preciso lidar-se com o corpo e com espírito dos mais velhos, hoje com mentalidade mais aberta e livre, que não desprezam viver a vida e viver a sua sexualidade.(4)

## 8. Avaliação do doente

O interesse da mulher em discutir os aspectos da vida sexual com o médico é variável. Muitas vezes evita o assunto e não é fácil colher uma anamnese completa. Nestes casos pode ser útil a utilização de questionários de auto-preenchimento. O questionário usados em muitos estudos clínicos é o *Female Sexual Function Index* (anexo 1) que consiste em 19 questões de seis domínios ( desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), tendo sido validado para uso corrente em vários países. (25) Contudo segundo Hayes et al. o *Gold standart* para a avaliação de uma disfunção sexual é o *sexual function questionnaire* combinado com *female sexual distress scale* (anexo 2). (25,30)

Os comportamentos sexuais estão extraordinariamente interligados com factores emocionais, psicológicos e sociais. Por conseguinte a avaliação da doente deve consistir numa abordagem biopsicossocial, que inclua a saúde física e psíquica da mulher, bem como a sua imagem corporal, relação com o parceiro, intimidade emocional e muito importante os factores socioculturais e o contexto sexual. Assim, uma avaliação multifacetada é essencial para uma boa intervenção clínica. (31) Muitos profissionais consideram interessante, para muitos casais, um atendimento de curta duração, para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, e com um carácter educativo, para a abordagem das expectativas relativas à sexualidade. (19)

Deve-se excluir as várias disfunções sexuais: diminuição do desejo sexual, problemas com a excitação, incapacidade de atingir o orgasmo, dispareunia bem como uma imagem corporal negativa. (24)

Pelo fato de ser uma faixa etária ser mais avançada deve ser dado especial atenção às comorbilidades e respetiva medicação; excluir história de abuso sexual, dificuldades relacionais, factores psicológicos como depressão, por exemplo. As comorbilidades mais comuns relacionadas com a disfunção sexual são: doença cardiovascular, diabetes, patologia do trato-

urinário e depressão. A depressão é um quadro clínico cada vez mais frequente nos dias que correm e com efeitos negativos na sexualidade. (16,32)

## 9. Tratamento

Deve envolver o casal e precedido de informação ampla das verdadeiras expectativas. A prioridade passa por corrigir os factores de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismos) as causas orgânicas e as comorbilidade.

Segundo *Barros et.al* devemos sugerir a modificação de alguns hábitos do casal de modo a evitar as rotinas e aumentar a libido (ex: marcar uma saída a dois diferente, recorrer a novos estímulos sexuais, livros, sex shops, entre outros).

A mulher deve ser incentivada a melhorar a sua imagem, uma vez que a imagem que tem de si mesma afecta o seu interesse e satisfação sexual.(4,16)

Antes de ser iniciada a terapêutica farmacológica devem ser consideradas e tratadas potenciais dificuldades relacionais e causas psicológicas. Está indicada a psicoterapia no sentido de melhorar a comunicação entre os casais e ajudar a ultrapassar obstáculos. (4)

Para a dispareunia resultante da atrofia vaginal o tratamento de primeira linha é a utilização de lubrificantes não-hormonais, como os lubrificante ricos em água, que contém glicerol e conservantes não-tóxicos são os mais recomendados. Pretende-se que haja alívio sintomático inicial e, em associação com estimuladores vaginais, manter adequado trofismo do epitélio vaginal. Os lubrificantes devem ser utilizados por rotina e não apenas durante o ato sexual. A mulher é aconselhada a manter uma atividade sexual regular ou masturbação com diversos tipos de dilatadores vaginais, pois irá apresentar menor alteração trófica. (4,16)

Como tratamento de segunda linha, mas com melhores resultados temos os lubrificantes hormonais, como estrogénios tópicos em doses baixas que melhoram a lubrificação, a atrofia vaginal e diminuem a dispareunia, pois atuam nos receptores de estrogénios da vagina. Parecem ser mais eficazes no tratamento da atrofia vaginal que a terapêutica sistémica. Os lubrificantes hormonais podem ser mantidos indefinidamente. (4,16,25)

Os moduladores seletivos dos receptores estrogénios com ação agonista nos receptores de estrogénio vaginal poderão ser usados como alternativa na atrofia vaginal moderada a severa secundária a vaginite atrófica. O lasofoxifeno é o modulador mais indicado para tratamento da disfunção sexual, não sendo contudo comercializado em Portugal. O lasofoxifeno diminui o pH vaginal tendo, portanto um efeito benéfico na maturação das células do epitélio vaginal, reduzindo significativamente a dispareunia. Este fármaco demonstra ter ação apenas no epitélio vaginal não causando proliferação do endométrio. O raloxifeno e o tamoxifeno não apresentam efeito benéfico na função sexual feminina. A principal contra-indicação destes fármacos é causarem proliferação do endométrio e consequentemente implicados no cancro do endométrio. (4,25,33)

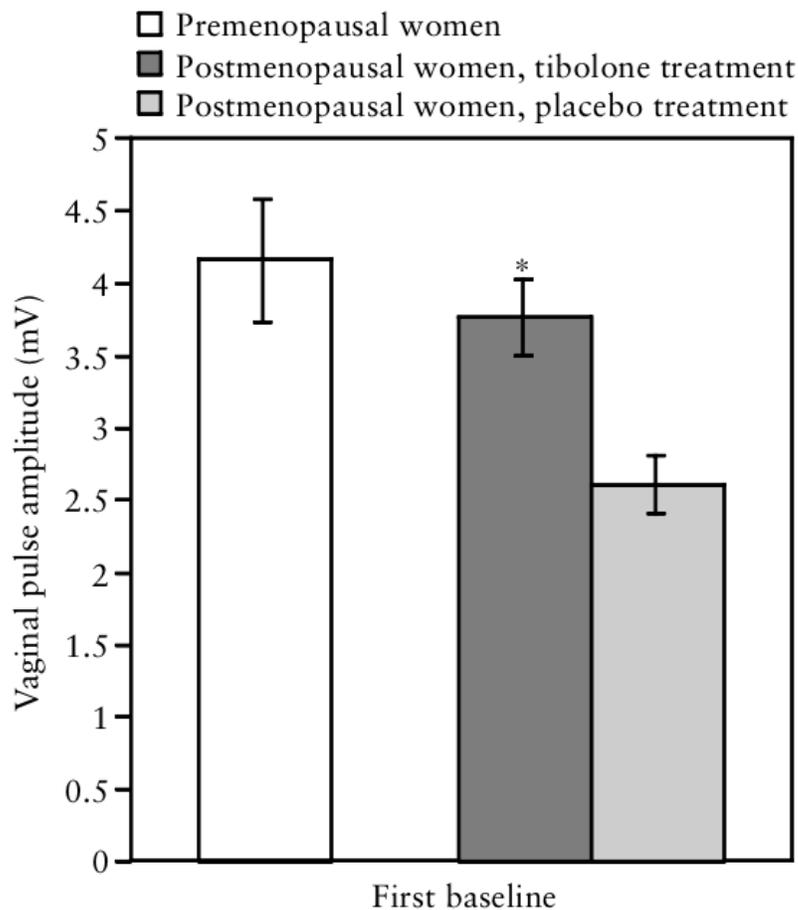
Na disfunção sexual o uso da terapêutica hormonal sistémica parece ter benefício apenas nos primeiros anos após a menopausa e quando esta se associa a dispareunia. No entanto quando a mulher apresenta uma função sexual satisfatória antes da menopausa e inicia um quadro de alterações, como afrontamentos, suores noturnos, perturbações do sono, a terapia hormonal sistémica pode levar indiretamente a uma melhoria da função sexual prejudicada por estas alterações.(4)

A tibolona está associada a melhorias significativas da função sexual na pós-menopausa, pois apresenta propriedades estrogénicas bem como androgénicas. Após a administração oral, a tibolona é convertida em três metabolitos. Dois deles (3-alfa-hidroxi e o 3-beta-hidroxi-tibolona) apresentam efeito estrogénio-like atuando sobre a vagina, osso e sintomas vasomotores. Um terceiro metabolito (o delta-4-isomero de tibolona), especialmente convertido no endométrio apresenta uma ação progesterona-like e uma ação testosterona-like. Por ser especialmente convertido no endométrio faz com que o estrogénio não actue neste tecido, podendo ser usado em mulheres com cancro endométrio. Quanto ao cancro da mamã as opiniões não são consensuais e não está precunizada a sua utilização.(16,34)

A tibolona tem efeito vasodilatador vaginal em resposta ao desejo subjectivo. Por ser um farmaco tecido-especifico apresenta efeitos na vagina, no “mood” e na satisfação sexual, bem como nos sintomas vasomotores e no osso.

Tem efeitos beneficos no epitélio vaginal levando a melhoria franca na atrofia vaginal. Estes efeitos foram demonstrados através de estudos placebo-controlados.(35)

Segundo estudos levado acabo por Lann et.al, após toma de tibolona durante três meses ocorre aumento da vasodilatação vaginal quando comparada com o grupo placebo. Neste mesmo estudo foi comprovada que a tibolona aumenta a vasodilatação vaginal na pós-menopausa quase o equivalente à pré-menopausa. Este efeito está associado ao estrogénios.



**Figura 1:** a medição da congestão vaginal é dada pela amplitude de pulso vaginal ou “vaginal pulse amplitude”, medido através de um platismografo. Existe uma grande diferença entre a vasodilatação conseguida com a tibolona em relação ao grupo placebo. (35)

Contudo, apesar do estado hormonal ser importante para a manutenção do epitélio vaginal ela não é essencial para a resposta sexual. Pois a tibolona está associada a alterações no perfil hormonal nomeadamente no nível de estrogénios, sendo que o nível destas hormonas é menor nas mulheres a tomar este fármaco em relação ao grupo placebo. (35)

Segundo *Lann et.al*, a tibolona é mais eficaz na lubrificação (7,13 +- 2,22) em relação ao grupo placebo (5,92 +- 2,19,  $p < 0,001$ ). Este fármaco atua também no aumento do desejo sexual bem como no tratamento da dispareunia em comparação com o grupo placebo. Apresenta efeitos

benéficos na ansiedade e na depressão, comorbilidades importantes que podem impedir uma relação sexual satisfatória sexual, pois tem ação nas endorfinas cerebrais. Este aumento do neurotransmissor também está implicado no aumento do desejo subjetivo e consequente melhoria significada do ‘desejo sexual hipoativo’.

Segundo *A. Carvalheira, Intrinsa*, (sistema transdérmico que contem 8,4mg de testosterona) é limitado às mulheres com desejo sexual hipoativo, e que podem estar a fazer terapia hormonal de substituição com estrogénios. Vários estudos mostram efeito positivo sobre o desejo sexual em mulheres na pós menopausa que fazem terapia hormonal com estrogénios, bem como nas mulheres pré-menopausa. Tem um período de segurança de dois anos e o efeito secundário mais frequente é a masculinização induzida pela testosterona. (16) *Burguer*, afirma por sua vez que o declínio da função sexual durante a menopausa, não está apenas relacionado com os níveis de testosterona circulantes como também se relaciona com os níveis de estradiol. Mas mais importante e que não pode ser ignorado, os factores psicossociais que acompanham qualquer período de transição na esfera reprodutiva da mulher. (16,33,36)

## 10. Conclusão

Dentro das disfunções sexuais mais frequentemente encontradas na pós-menopausa temos a dispareunia, secura vaginal, desconforto vaginal e desejo sexual hipoativo. As disfunções que tem uma relação direta com a diminuição do perfil hormonal são a dispareunia e a diminuição da lubrificação vaginal. Os estrogénios são responsáveis pelo aumento do aporte sanguíneo vaginal, favorecendo a manutenção do epitélio vaginal e conseqüentemente da lubrificação do mesmo. Com na menopausa ocorre diminuição abrupta da carga de estrogénio, deixa de haver o aporte sanguíneo desejado levando à atrofia do epitélio da vagina.

As mulheres na pós-menopausa, podem apresentar maior lentidão na lubrificação, redução da fase orgásmica e aumento da fase de resolução.

Estima-se, também, que cerca de 68 a 86,5% das mulheres na pós-menopausa, apresentem uma qualquer disfunção sexual, podendo ser ligeira, moderada ou grave. A literatura revelou que o desejo sexual hipoativo é a disfunção sexual que mais frequentemente acomete mulheres na pós-menopausa. Aproximadamente 20% das mulheres na menopausa queixam-se deste distúrbio, tendo tendência a agravar com o envelhecimento progressivo.

O desejo sexual hipoativo é mais frequente nas mulheres com menopausa cirúrgica. Doentes com esta perturbação também apresentam maior dificuldade em atingir o orgasmo, culminando na diminuição da frequência com que se deixam envolver no ato sexual.

Concluiu-se também que mulheres com atividade sexual regular antes da menopausa apresentam menor risco de desenvolver disfunção sexual, em relação a mulheres sem vida sexual ativa.

As alterações da percepção do corpo decorrentes das modificações associadas à menopausa leva à diminuição da auto-estima. Estas alterações em conjunto com a diminuição da carga hormonal associada à menopausa favorecem o desenvolvimento de alterações na sexualidade feminina.

Posto isto, é importante uma boa relação médico-doente com o objectivo de conseguir uma anamnese completa. A avaliação da doente deve consistir numa abordagem biopsicossocial, ou seja, uma avaliação multifacetada da doente que compreende as alterações físicas e psíquicas. Dado se tratar de uma faixa etária mais avançada deve ser pesquisado comorbilidades como depressão e doenças cardiovasculares, patologias que podem perturbar a saúde sexual. É também importante pesquisar toda a medicação feita pela doente no sentido de investigar possíveis interferências na libido.

Por fim o tratamento das disfunções sexual tem como objectivo restabelecer a satisfação sexual e conseqüentemente a saúde sexual. Deve-se, então começar por envolver o casal com o objectivo de corrigir fatores de risco e sugerir modificação de certos hábitos e rotinas que podem estar a prejudicar a relação.

Contudo, se a principal queixa for a dispareunia, o médico pode iniciar tratamento local com lubrificantes não hormonais. Se não ocorrer melhoria pode-se tentar os lubrificantes hormonais e numa fase mais avançada os moduladores seletivos dos receptores dos estrogénios.

A tibolona é um fármaco associado a melhoria franca na função sexual. Tem um efeito vasodilatador, aumentando a congestão vaginal e maior renovação do epitélio vaginal com conseqüente diminuição da atrofia vaginal e aumento da lubrificação. Conclui-se que com a administração da tibolona ocorre aumento da satisfação sexual.

A tibolona atua a nível cerebral, nas endorfinas cerebrais, tendo efeito benéfico sobre os sintomas depressivos, comorbilidade importante da menopausa bem como sobre o desejo sexual hipoativo.

Por fim ainda está indicado o uso de testosterona para o tratamento do desejo sexual hipoativo, com resultados muito bons sobre esta disfunção.

## **11. Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Manuel Teixeira Marques Veríssimo pela disponibilidade e prontidão demonstrada no apoio e orientação da realização do presente trabalho, bem como à Dra. Maria João Carvalho.

Agradeço, ainda às pessoas do serviço de Serviço de Documentação e Informação do C.H.U.C. pela ajuda na seleção da bibliografia e fornecimento dos artigos que serviram de base à elaboração desta revisão.

## 12. Bibliografia

1. Águas F. Menopausa. Federação das sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetria, Gynecology Manual. Coimbra. Portugal: Permanyer Portugal; 2009.
2. Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S, et al. Maintaining sexuality in menopause. *Post Reprod Heal*. 2014;20(1):22–9.
3. Luiza M, Janeiro R De. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais / Sexuality-related values practices: tensions between differential modernisation and traditional logics. 2006;1–2.
4. Barros, Fortunado Figueiredo R. Manual de medicina sexual : visão multidisciplinar. 2014.
5. Trench B, Santos CG dos. Menopausa ou Menopausas? Menopause or Menopauses? *Saúde e Soc*. 2005;91–100.
6. Germano RM. Mulher no Climatério : reflexões sobre desejo beleza e feminilidade. 2010;273–85.
7. Antunes S, Marcelino O, Aguiar T. Fisiopatologia da menopausa. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2003;19:353–7.
8. WHO | World Health Organization. World Health Organization; [cited 2015 Jan 15]; Available from: <http://www.who.int/en/>
9. Gonçalves R, Merighi MAB. Reflections on sexuality during the climacteric 1. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17(2):160–6.
10. Greendale GA1, Reboussin BA, Hogan P, Barnabei VM, Shumaker S, Johnson S B-CE. Symptom relief and side effects of postmenopausal hormones: results from the Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial. *Obs Gynecol*. 1998;982–8.
11. Dr. Joyce T. Bromberger, PhD, Dr. Laura L. Schott, PhD, Dr. Howard M. Kravitz, DO, MPH, Dr. MaryFran Sowers, PhD, Dr. Nancy E. Avis, PhD, Dr. Ellen B. Gold, PhD, Dr. John F. Randolph Jr, MD, and Dr. Karen A. Matthews P. Longitudinal Change in Reproductive Hormones and Depressive Symptoms Across the Menopausal Transition: Results From the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). 2011;67(6):598–607.
12. Paganini-Hill HV. Estrogen replacement therapy and risk of Alzheimer disease. *Arch Intern Med*. 1996;
13. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol*. Elsevier Inc.; 2011 Mar 22;57(12):1404–23.

14. Silva DP da, Carvalho JLS, Sousa M de, Antunes AMB. Consenso e estratégias Para a saúde da mulher na pós-menopausa. Sociedade Portuguesa de Ginecologia Sociedade Portuguesa de Menopausa. 2004.
15. Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aragaki A, Beresford SAA, Brzyski R, et al. After Stopping Randomized Treatment With Estrogen and Progestin. 2008;299(9).
16. Car AA, Coimbra D of the GD of the UH of. A disfunção sexual na mulher. Federação das sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetricia, Gyneacology Manual. Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetricia; 2009.
17. Avis NE, Brockwell S, Jr JFR, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the study of women's health across the nation (SWAN). 2010;16(3):442–52.
18. APF – Saúde Sexual e Reprodutiva [Internet]. [cited 2015 Jan 15]. Available from: <http://www.apf.pt/>
19. Fleury HJ. Sexualidade: Menopausa e Andropausa. Rev Bras Psicodrama. 2004;12(2):85–98.
20. Carvalheira AA, Gomes FA. A disfunção sexual na mulher. Permanyer Portugal. 2011. p. 119–34.
21. Basson R1, Brotto LA, Laan E, Redmond G UW. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. J Sex Med, 2005 May. 2005;disg:291–300.
22. Helena C, Abdo N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher : uma nova proposta de entendimento. Rev Diagn Trat. 2010;15(2):88–90.
23. Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o dsm -5. J Psicanálise. 2013;46(1):99–116.
24. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva ACJS, Figueiredo JBP, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane database Syst Rev. 2013;6:CD009672.
25. Sanchez-Borrego R, Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, et al. Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. Maturitas. 2014;78(2):138–45.
26. Abdo CHN, Jr WMO, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro Sexual profile of brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB). Moreira Jr. :250–7.

27. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006;3:212–22.
28. DSM | psychiatry.org [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>
29. Trudel G. Sexuality and marital life: results of a survey. *J Sex Marital Ther.* 28(3):229–49.
30. PROTOCOL NUMBER ZN002/201 - FSFI questionnaire2000.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 11]. Available from: [http://www.fsfiquestionnaire.com/FSFI questionnaire2000.pdf](http://www.fsfiquestionnaire.com/FSFI%20questionnaire2000.pdf)
31. 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.
32. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas.* 2009;63(2):138–41.
33. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane database Syst Rev.* 2005;(4):CD004509.
34. Marimon MM, Sanseverino PB, Bianchi MS, Wender MCO. Uso da tibolona no climatério. *Moreira Jr Ed | RBM Rev Bras Med.* 2012;8–13.
35. Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric.* 2001;4:28–41.
36. Burger HG, Dudley EC, Hopper JL, Groome N, Guthrie JR, Green A, et al. Prospectively measured levels of serum follicle-stimulating hormone, estradiol, and the dimeric inhibins during the menopausal transition in a population-based cohort of women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(11):4025–30.

Anexo 1

**Female Sexual Function Index (FSFI) ©**

Subject Identifier \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIONS:** These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

**CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.**

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

## The Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R; revised 2005): Screening Questionnaire for Measuring Sexually Related Personal Distress in Women With Female Sexual Dysfunction (FSD)

Name:

Date:

Below is a list of feelings and problems that women sometimes have concerning their sexuality. Please read each item carefully, and circle the number that best describes HOW OFTEN THAT PROBLEM HAS BOTHERED YOU OR CAUSED YOU DISTRESS DURING THE PAST 30 DAYS INCLUDING TODAY. Circle only one number for each item, and take care not to skip any items. If you change your mind, erase your first circle carefully. Read the example before beginning, and if you have any questions please ask about them.

Example: How often did you feel: **Personal responsibility for your sexual problems.**

NEVER	RARELY	OCCASIONALLY	FREQUENTLY	ALWAYS
0	1	2	3	4

### How often did you feel

1. Distressed about your sex life	0	1	2	3	4
2. Unhappy about your sexual relationship	0	1	2	3	4
3. Guilty about sexual difficulties	0	1	2	3	4
4. Frustrated by your sexual problems	0	1	2	3	4
5. Stressed about sex	0	1	2	3	4
6. Inferior because of sexual problems	0	1	2	3	4
7. Worried about sex	0	1	2	3	4
8. Sexually inadequate	0	1	2	3	4
9. Regrets about your sexuality	0	1	2	3	4
10. Embarrassed about sexual problems	0	1	2	3	4
11. Dissatisfied with your sex life	0	1	2	3	4
12. Angry about your sex life	0	1	2	3	4
13. Bothered by low sexual desire	0	1	2	3	4

**A score of  $\geq 11$  effectively discriminates between women with FSD and no FSD.\***

Total

## **The Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R; revised 2005): Screening Questionnaire for Measuring Sexually Related Personal Distress in Women With Female Sexual Dysfunction (FSD)**

### **Background and Validation**

The presence of personal distress is central to the diagnosis of hypoactive sexual desire disorder (HSDD). This is recognized in the DSM-IV<sup>®</sup>-TR and other recent diagnostic guidelines for female sexual dysfunction (FSD), including those emanating from the 1999 International Consensus Development Conference on FSD, which stated that women with decreased sexual desire can only be diagnosed with HSDD if they have evidence of associated personal distress.<sup>1</sup>

Accordingly, the Female Sexual Distress Scale (FSDS) was developed to provide a standardized, quantitative measure of sexually related personal distress in women.<sup>2</sup>

The FSDS-R differs from the FSDS in that it includes one additional question that asks women to rate distress related to low sexual desire, consistent with its use as part of the diagnostic algorithm for HSDD.<sup>1</sup>

*A copy of the FSDS-R appears on the reverse side of this card.*

1. DeRogatis L, et al. *J Sex Med.* 2008;5:357-364.
2. DeRogatis L, et al. *J Sex Marital Ther.* 2002;28:317-330.