



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXVIII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2024

Desejo hipoativo e aspectos hormonais em mulheres com Doença Falciforma.

**Thifany Novais de Paula¹; José de Bessa Júnior²; Ricardo Brianezi Tiraboschi³ e
Caroline Santos Silva⁴**

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: thiinovais@gmail.com
2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: bessa@uefs.br
3. Orientador do Grupo UroS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: rbtiraboschi@uefs.br
4. Orientadora do Grupo UroS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: cssilva@uefs.br

PALAVRAS-CHAVE: desejo hipoativo; saúde da mulher; estrógenos.

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma das doenças monogênicas graves mais comuns em todo o mundo (WEATHERALL, 2010). Trata-se de um termo abrangente que define um grupo de doenças hereditárias (incluindo anemia falciforme (HbSS), HbSC e HbS β -talassemia) caracterizadas por mutações no gene que codifica a subunidade β da hemoglobina (KATO et al., 2018). Caracteriza-se por anemia hemolítica crônica, episódios imprevisíveis de dor e danos generalizados aos órgãos. Apresenta significativa variabilidade na gravidade clínica da DF, bem como na expectativa de vida das pessoas acometidas (STEINBERG; SEBASTIANI, 2012). Para além dos impactos físicos, semelhante a muitas outras doenças crônicas (DOHERTY; AUGHRAN, 2014; ISVORANU et al., 2021), a DF afeta negativamente a saúde psicossocial e a qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença (PECKER; DARBARI, 2019).

Com os recentes avanços no manejo da DF e aumento da expectativa de vida, observa-se uma mudança de paradigma no tratamento com foco a redução da morbidade e na melhoria da qualidade de vida (PECKER et al., 2021) incluindo a função sexual (PECKER; KUO, 2022). Em mulheres com DF, a prevalência de disfunção sexual foi maior quando comparadas aquelas sem a DF (ADESOYE; AKHIGBE, 2022). Apesar das evidências relacionadas ao impacto da DF na vida sexual das mulheres, ainda são escassos na literatura estudos epidemiológicos sobre a temática (PECKER et al., 2021).

Estudo inicial em nosso grupo mostrou elevada prevalência de disfunção sexual e o desejo hipoativo foi o aspecto da sexualidade com maior impacto. Na literatura geral aspectos hormonais estão associados a diminuição do desejo sexual nas mulheres, aspectos ainda inexplorados no subgrupo de mulheres com DF (SILVA et al., 2022).

A compreensão dessa associação é importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento tanto para disfunção sexual quanto para DF e também pode auxiliar na determinação de objetivos de pesquisas futuras. Neste contexto, o objetivo deste estudo é estimar a prevalência de disfunção sexual e do desejo hipoativo e avaliar a possível associação entre desejo hipoativo e dosagens hormonais séricas em mulheres adultas com DF.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer nº 4.484.589), e todas as participantes elegíveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes dos procedimentos do estudo. Foram convidadas a participar do estudo mulheres adultas (idade ≥ 18 anos) diagnosticadas com DF acompanhadas em um Programa de Apoio à Pessoa com Doença Falciforme e que referiram relações sexuais pelo menos uma vez nas últimas 4 semanas antes do estudo. Foram excluídas mulheres que apresentavam comprometimento cognitivo, crise álgica ou qualquer complicação clínica que interferisse na compreensão dos instrumentos utilizados, comorbidades autodeclaradas, dentre elas: doenças sexualmente transmissíveis, endometriose e malignidade, bem como, mulheres em uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos e sedativos, sabidamente associados à disfunção sexual.

O diagnóstico de DF registrado em prontuário foi confirmado por teste de eletroforese de hemoglobina. A coleta de dados aconteceu no período de março de 2022 a março de 2023. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de um questionário estruturado e as informações foram confirmadas em prontuário clínico. Para avaliação de parâmetros bioquímicos, as participantes foram encaminhadas a um laboratório conveniado.

A função sexual foi avaliada a partir do Female Sexual Function Index validado para o português brasileiro (THIEL et al., 2008). O instrumento possui 19 questões agrupadas em seis domínios que medem desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. Dos seis domínios da função sexual incluídos no FSFI, o domínio Desejo, composto por 2 itens (1 e 2), é o único domínio que pode ser usado independentemente (MESTON et al., 2020). O domínio é pontuado de dois a dez, e escore total menor ou igual a cinco pontos indica transtorno do desejo sexual hipoativo (GERSTENBERGER et al., 2010).

A coleta de amostras biológicas foi realizada em acordo com as boas práticas laboratoriais e clínicas. A coleta aconteceu no período de 07h às 10h, durante a fase folicular (entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual), para determinação dos níveis de LH, FSH, estradiol e progesterona.

Foi considerada uma amostragem de conveniência não probabilística, onde todas as mulheres com DF que foram acompanhadas no programa de referência foram convidadas a participar do estudo. Dados categóricos, por outro lado, foram representados por contagens brutas, porcentagens ou proporções. O teste de Mann-Whitney foi empregado para avaliação contínua de dados, enquanto dados categóricos foram examinados usando o teste qui-quadrado. A significância estatística foi definida em um valor de p menor que 0,05. Intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram apresentados como uma medida de precisão. A análise de dados foi realizada usando o GraphPad Prism, versão 9.0.3, de San Diego-CA, EUA.

RESULTADOS

A amostra obtida foi de 59 mulheres, das quais 43 (72,8%) relataram atividade sexual regular e foram incluídas na análise. A mediana de idade foi de 34 [26-42] anos e, dentre os fenótipos, 28 mulheres (65%) tinham o fenótipo SS e 15 mulheres (35%) tinham outros fenótipos (SC, CC e S- β -talassemia).

A mediana da pontuação do FSFI foi de 28,2 [20,7-31,8] e a mediana da pontuação do domínio Desejo foi de 3,6 [2,4-5,4]. Sintomas de disfunção sexual (pontuação total do FSFI $< 26,55$) foram apresentados por 17 mulheres (39,5%) e sintomas de desejo sexual hipoativo (pontuação do domínio desejo ≤ 5) foram relatados por 32 (74,4%)

participantes. A análise de variância revelou que o Desejo foi o segundo domínio mais crucial na determinação da pontuação FSFI (18,8% do índice total).

Entre as mulheres com desejo hipoativo, a mediana da idade foi de 32,50 [27-40], do valor de LH foi de 7,04 [3,955-10,71], progesterona 48 [38-57], estradiol 30,90 [21-52,20], FSH 9,88 [6,86-14,15]. Dentre as mulheres sem desejo hipoativo, a mediana dos valores de LH foi de 6,97 [3,71-13,21], progesterona 32 [22-59], estradiol 30,40 [28,70-46,40], FSH 9,43 [7,27-16,89].

DISCUSSÃO

A resposta sexual da mulher, segundo o modelo circular de Basson, considera 4 domínios (desejo espontâneo ou responsivo, excitação, orgasmo e satisfação) que se inter-relacionam e exercem reforço positivo ou negativo entre eles. Quaisquer desses domínios podem ser alterados, isoladamente ou em conjunto, e desencadear disfunção sexual (BASSON, 2000). O desejo sexual hipoativo é uma das possíveis formas da disfunção sexual e manifesta-se por ausência ou redução do desejo espontâneo, por desejo responsivo a estímulos reduzido ou ausente ou por incapacidade de manter o desejo ou interesse pela atividade sexual, uma vez iniciada (MCCABE et al., 2016). A análise dos domínios do FSFI neste estudo revelou que o orgasmo foi o elemento mais essencial que influenciou a função sexual, e o desejo o segundo fator mais relevante.

A prevalência de transtorno do desejo sexual hipoativo entre mulheres sexualmente ativas com DF foi de 74,4% e de disfunção sexual foi de 39,5%, sendo que todas as mulheres com disfunção sexual apresentavam desejo sexual hipoativo. Em estudo de Adesoye e Akhigbe que demonstrou maior prevalência de disfunção sexual em mulheres com DF do que aquelas sem DF, embora não tenham descrito a prevalência desse fator separadamente, descreveram médias semelhantes às encontradas neste estudo ao avaliar o domínio Desejo isoladamente (ADESOYE; AKHIGBE, 2022).

Dentre as mulheres que apresentaram desejo hipoativo, 22 (68,75%) eram SS e 10 (31,25%) eram SC/outros. Comparando a prevalência de desejo sexual hipoativo nos diferentes genótipos, observa-se semelhança, sendo que 75% das mulheres com SS e 71,43% das com SC/outros apresentaram desejo hipoativo. No entanto, uma das limitações desta comparação é que houve predominância de mulheres com HbSS e um pequeno número de mulheres com HbSC ou S β -talassemia.

Não foram demonstradas diferenças significativas entre os valores séricos de LH, progesterona, estradiol e FSH entre as mulheres com desejo hipoativo e as mulheres sem desejo hipoativo. Croft aponta que a resposta sexual feminina é regulada não apenas pelos hormônios sexuais, mas também por vários neurotransmissores excitatórios (dopamina, norepinefrina e ocitocina) e inibitórios (serotonina, opioides e endocanabinoides) (CROFT, 2017). A função sexual é modulada ainda pela interação de muitos processos, incluindo as influências de fatores fisiológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais. Portanto, sabemos que mesmo na ausência de alterações hormonais, outros componentes biológicos, as questões emocionais e interpessoais podem interferir de forma importante no desejo sexual (MCCOOL-MYERS et al., 2018).

O número de participantes de nosso estudo não foi tão expressivo, porém ainda representa uma das maiores coortes na literatura a avaliar a função sexual de mulheres com DF. Outro fator limitante é que o uso do FSFI restringe a análise de dados referentes a mulheres sem parceiros sexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres e bissexuais, reduzindo a inclusão de participantes neste estudo, bem como se limita a avaliar o desejo espontâneo. O presente estudo é de delineamento transversal e, portanto, fatores de risco biológicos e possíveis mecanismos associados não foram determinados e nenhuma explicação definitiva para essa condição pôde ser dada.

CONCLUSÃO

Identificamos alta prevalência de disfunção sexual e de desejo sexual hipoativo nas mulheres com DF, sendo que todas as mulheres com disfunção sexual apresentaram desejo sexual hipoativo. Não foi encontrada associação entre as dosagens hormonais séricas e o desejo sexual hipoativo em nossa população de estudo.

REFERÊNCIAS

- ADESOYE, O. B.; AKHIGBE, R. E. Predictors of Sex-Induced Crisis, Sexual Function and Marital Satisfaction in Women With Sick Cell Disease. *Journal of Sexual Medicine*, v. 19, n. 11, p. 1625–1633, 2022.
- BASSON, R. The female sexual response: A different model. *Journal of sex & marital therapy*, v. 26, n. 1, p. 51–65, 2000.
- CROFT, H. A. Understanding the role of serotonin in female hypoactive sexual desire disorder and treatment options. *The journal of sexual medicine*, v. 14, n. 12, p. 1575–1584, 2017.
- DOHERTY, A. M.; GAUGHRAN, F. The interface of physical and mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 49, n. 5, p. 673–682, 2014.
- GERSTENBERGER, E. P. et al. Sexual desire and the Female Sexual Function Index (FSFI): A sexual desire cutpoint for clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. *The journal of sexual medicine*, v. 7, n. 9, p. 3096–3103, 2010.
- ISVORANU, A.-M. et al. Extended network analysis: from psychopathology to chronic illness. *BMC psychiatry*, v. 21, n. 1, 2021.
- MCCABE, M. P. et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, v. 13, n. 2, p. 144–152, 2016.
- MCCOOL-MYERS, M. et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC women's health*, v. 18, n. 1, 2018.
- MESTON, C. M. et al. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The journal of sexual medicine*, v. 17, n. 1, p. 17–25, 2020.
- PECKER, L. H. et al. Knowledge gaps in reproductive and sexual health in girls and women with sickle cell disease. *British Journal of Haematology*, v. 194, p. 970–979, 2021.
- PECKER, L. H.; DARBARI, D. S. Psychosocial and affective comorbidities in sickle cell disease. *Neuroscience letters*, v. 705, p. 1–6, 2019.
- PECKER, L. H.; KUO, K. H. M. Go the distance. *Hematology/oncology clinics of North America*, v. 36, n. 6, p. 1255–1270, 2022.
- STEINBERG, M. H.; SEBASTIANI, P. Genetic modifiers of sickle cell disease. *American Journal of Hematology*, v. 87, n. 8, p. 795–803, ago. 2012.
- THIEL, R. DO R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 10, p. 504–510, out. 2008.
- WEATHERALL, DAVID. J. The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*, v. 115, n. 22, p. 4331–4336, 3 jun. 2010.