

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL

RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DANIEL MARETTI DIAS

REVISÃO DE LITERATURA: DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Rio de Janeiro

Fevereiro, 2022

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL

RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DANIEL MARETTI DIAS

REVISÃO DE LITERATURA: DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde de
Marinha do Brasil, para conclusão
da Residência Médica em
Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Fabio Caruso Barbosa

Rio de Janeiro

Fevereiro, 2022

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL

RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DANIEL MARETTI DIAS

REVISÃO DE LITERATURA: DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Rio de Janeiro

Fevereiro, 2022

AGRADECIMENTOS:

Estou alicerçado sobre os ombros de tantos que vieram antes de mim e a eles eu agradeço. Também o faço a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente cooperaram para que eu chegasse até aqui. Todos que passaram pela minha vida e, direta, ou indiretamente, intencionalmente ou não, de alguma forma me ensinaram algo. Gostaria de agradecer, em especial, aos servidores dos setores de ginecologia e aos de obstetrícia do Hospital Naval Marcílio Dias, que muitas vezes, à custos ignorados pelos residentes, nos ensinam e se doam diariamente. Minha gratidão não poderia deixar de se estender aos meus pais, meus melhores exemplos de seres humanos. Não posso me furtar ao privilégio de agradecer aos pacientes, fundamentais neste processo de aprendizagem.

DEDICATÓRIA:

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus colegas e mestres, sempre dispostos a compartilhar seus conhecimentos e prover, além do conhecimento, sua amizade, carinho, suporte e respeito. Dedico também a minha família pelo constante e incondicional apoio a mim na busca por este sonho, pelos exemplos, pela educação e pelo amor.

RESUMO:

As disfunções sexuais femininas (DSF) consistem em problemas durante uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual da mulher, que a impedem de chegar ao prazer durante a relação sexual. Tradicionalmente, inclui distúrbios de desejo, excitação, dor e falta de orgasmo. O ciclo da resposta sexual feminina é atualmente dividido em quatro fases (DSM V), sendo elas o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução, nesta ordem. Quaisquer fatores que interfiram nas três primeiras fases podem levar às DSF. A definição precisa da prevalência das DSF torna-se, no mínimo, difícil devido a vergonha das pacientes de admitir possuí-las e da falta de capacitação da maioria dos médicos em detectá-las. Ainda assim a maioria dos estudos evidencia que entre 25 e 40% das mulheres entre 18 e 59 anos possuam alguma DSF. Esta proporção não considera os casos não relatados e não investigados, tornando a porcentagem absoluta possivelmente maior. O tratamento das queixas sexuais envolve medidas gerais para o controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais, dificuldades com o parceiro e medidas específicas que contemplem as queixas individuais, como a terapia de casal, individual, exercícios e tratamento farmacológico, quando necessário. Este trabalho traz uma revisão bibliográfica atualizada das opções e contradições em relação ao tratamento das DSF, além de apresentar alguns questionários que auxiliam na detecção deste acometimento.

Palavras chave: Disfunção sexual feminina, dispareunia, anorgasmia, vaginismo, tratamento.

ABSTRACT:

[Female Sexual Dysfunctions](#) (FSD) consists of a problem during one or more of the women's sexual response cycle phases, which prevents them from reaching pleasure and/or arousal during sexual intercourse. It includes desire disorders, arousal disorders, pain during the intercourse and inability to reach orgasm. The female sexual response cycle is currently divided into four phases (DSM V), which are the desire, arousal, orgasm and resolution, in that order. Any factors that interfere in the first three stages can lead to FSD. The precise definition of FSD's prevalence is at least difficult because most of the patients are too ashamed to even admit having them and the lack of proper training for healthcare professionals to even detect them. Yet most studies come to a startling percentage showing that between 25 and 40% of women between 18 and 59 years old have at least some level of FSD. This percentage does not include the unreported and not investigated cases, possibly making the absolute percentage even bigger. Treatment of sexual related complaints involves general measures for the control of somatic symptoms, psychological, anatomic, difficulties with the partner and specific measures that address individual complaints, as couple therapy, individual therapy, exercise and drug treatment when needed. This work brings an updated bibliographic review of the options and contradictions in relation to the treatment of FSD, in addition to presenting some questionnaires that help in the detection of this condition.

Keywords: female sexual dysfunction, dyspareunia, anorgasmy, treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS

DE – Disfunção erétil

DHEA - Desidroepiandrosterona

DSF – Disfunção sexual feminina

DSH – Desejo Sexual Hipoativo

DSM V - Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais 5.^a edição

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

MAP – Músculos do assoalho pélvico

PDE - Fosfodiesterase

SNC – Sistema nervoso central

USG - ultrassonografia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico demonstrando as fases da excitação sexual da mulher.-----	03
Tabela 1 - Associação entre a presença de disfunções sexuais e as características biológicas, demográficas, reprodutivas e atividade sexual no presente das mulheres atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Recife, Pernambuco, abril a maio de 2004.-----	15

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO-----	01
2 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS -----	03
3 – MATERIAIS E MÉTODOS -----	05
4 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA-----	06
5 – DISCUSSÃO-----	10
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	14
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	16
8 – ANEXO-----	19

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com o manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais 5.ª edição (DSM-V) as disfunções sexuais formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual.¹⁶

As disfunções sexuais femininas (DSF) consistem em problemas durante uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual da mulher, que a impedem de chegar ao prazer durante a relação sexual. Tradicionalmente inclui distúrbios de desejo, excitação, dor e falta de orgasmo. Os fatores de risco relacionados às DSFs incluem doença cardiovascular, distúrbios endócrinos, hipertensão arterial sistêmica (HAS), distúrbios neurológicos e tabagismo.^{1, 14, 17}

O ciclo da resposta sexual feminina é atualmente dividido em quatro fases (DSM V), sendo elas o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução, nesta ordem. Quaisquer fatores que interfiram nas três primeiras fases podem levar às DSF.^{16,21}

A maioria dos estudos aponta que entre 25 e 40% das mulheres entre 18 e 59 anos possuam alguma forma de DSF. Considerando-se que o assunto não é de conhecimento geral, que há um ar de “tabu” o envolvendo, que muitas vezes a insatisfação sexual feminina é tida como “culturalmente normal”, a vergonha das pacientes em abordar este assunto e tendo em vista que a maioria dos profissionais de saúde não são qualificados para identificar as DSF, muito menos tratá-las, este percentual subiria vertiginosamente caso houvesse uma pesquisa rigorosa, ou mais atenção ao tópico.^{1,2, 14, 17, 19, 22}

O tratamento das queixas sexuais envolve medidas gerais para o controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais e dificuldades com o parceiro e medidas específicas que contemplem as queixas individuais. O modelo mais utilizado é o PILSET de ampla abordagem, envolvendo as queixas de origem fisiológica, psicológica e por ignorância em relação à própria anatomia e resposta sexual.

Há casos em que o modelo PILSET não se faz suficiente sendo necessária a introdução de tratamento farmacológico que deve ser muito bem

analisado de acordo com a idade, tipo de DSF, parceiro(s) e estado civil da paciente entre outros fatores. Aqui faz-se particularmente importante a ressalva da diferença na indicação de fármacos para pacientes pré-climatério e pacientes pós-climatério.^{18, 24}

Alguns casos podem ter uma resolução rápida apenas com a mudança dos medicamentos tomados pela paciente ou tratamento adequado de condições e doenças que afetam seu aparelho reprodutor.¹⁸

Considerando os fatores aqui apresentados, consideramos relevante apresentar uma revisão da literatura sobre o tema das DSFs, no sentido de contribuir à sua melhor compreensão e apontar aspectos relevantes que possam auxiliar os médicos a detectá-las.

2 - FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Desde 1970 Masters & Johnson²⁵ descreveram o ciclo de resposta sexual dividindo-o em quatro fases: Excitação, Orgasmo e Resolução (também referida como período refratário). Posteriormente em 1977 foi adicionada a fase do Desejo, anterior à excitação.^{21, 25}

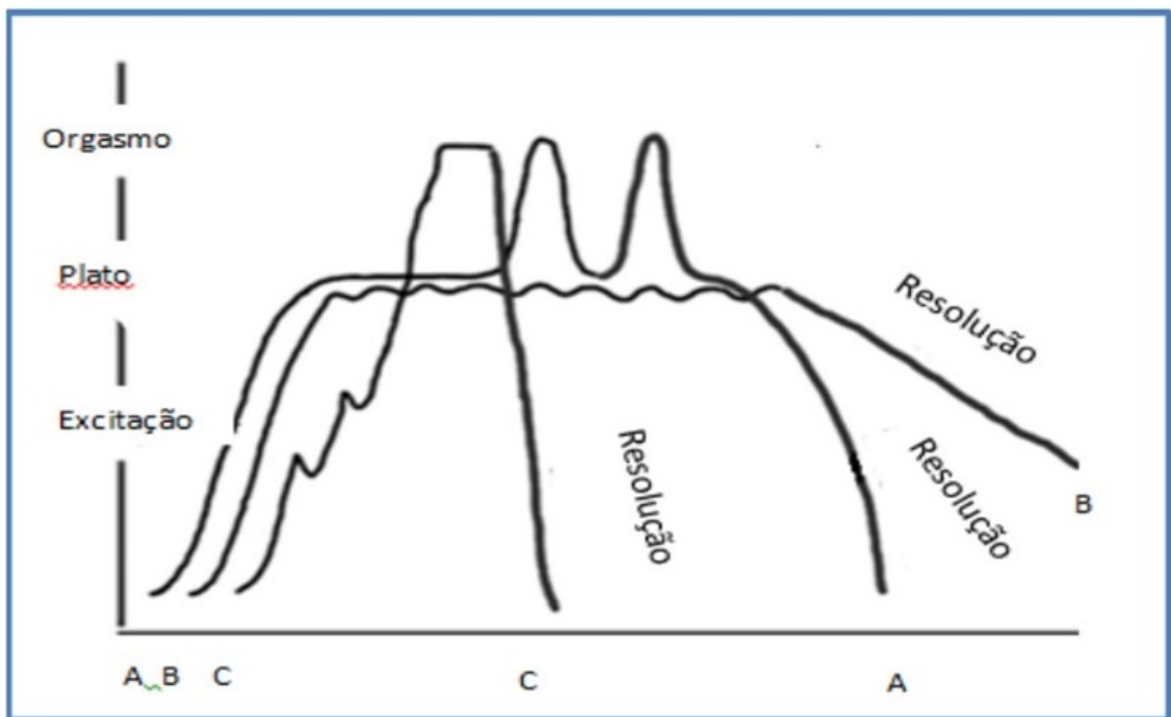




Figura 1 – Ciclo da resposta sexual, modelo proposto por Masters e Johnson, adaptado por Damjanovic.²⁵

Figura 2 – Ilustração mostrando as fases da resposta sexual feminina.²⁶

As disfunções sexuais femininas (DSF) são diversas patologias ou condições congênitas que interferem com o desejo ou prazer feminino durante uma das fases do ciclo da sua resposta sexual acrescidas de vaginismo ou dispareunia.^{1, 2, 15, 22} Não raro podemos ter uma mulher com múltiplos fatores prejudiciais à sua vida sexual, podendo estar relacionados como causa, consequência, ou mesmo funcionando como “*feedbacks*” positivos alimentando outros fatores que os alimentam e assim sucessivamente.¹⁵ Especificamente podemos ter uma grande gama de queixas que interferem negativamente na experiência sexual das mulheres de diversas etiologias como a vascular (a diminuição do fluxo sanguíneo por quaisquer motivos, incluindo o hipoestrogenismo, para o clitóris e vagina levam a perda do tecido muscular liso e sua substituição por tecido fibroso prejudicando o relaxamento vaginal e estímulo clitoriano durante o ato sexual), neurogênica (lesões medulares, esclerose múltipla, ou outras doenças do sistema nervoso central ou periférico), hormonal (disfunções no eixo hipotálamo-hipófise, castrações cirúrgicas ou químicas, falência ovariana precoce, podem levar ao hipoestrogenismo, que leva às disfunções sexuais, que costumam cursar com queixas como ressecamento

vaginal e diminuição do desejo entre outras), muscular (os músculos do assoalho pélvico quando hipotônicos podem levar à anorgasmia e quando hipertônicos podem levar ao vaginismo e dispareunia. Os músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso contribuem, assim como incrementam, a excitação e o orgasmo já que são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias que ocorrem durante a fase do orgasmo), psicossocial (fatores relacionais, emocionais, traumas, desinformação, questões religiosas, conflito de identidade sexual, etc.), o uso de medicamentos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina, anti-hipertensivos e drogas quimioterápicas entre outros), condições uroginecológicas (incontinência urinária, cistites, infecções urinárias e vulvovaginites, causam desconforto levando, conseqüentemente, à disfunção ou diminuição da atividade sexual) e cirurgias (câncer ginecológico, câncer de mama e as cirurgias ginecológicas podem ser desfigurantes, comprometendo física e psicologicamente os símbolos de feminilidade e, conseqüentemente, resultando em dificuldades sexuais físicas e psicológicas).^{8, 9, 13, 15, 17}

Em relação à epidemiologia a maioria dos pesquisadores concorda que a estimativa oficial de 40% das mulheres no mundo possuem algum tipo de DSF não é tão precisa devido à falta de preparo ou vontade de pesquisa-las por parte dos profissionais de saúde e da vergonha das pacientes em relatar esses problemas ou mesmo resignação em relação a eles.^{14, 15, 17, 19} Contudo é possível se notar um aumento na incidência das DSF em determinados grupos de mulheres como nas mulheres com problemas circulatórios causados por problemas cardíacos, mulheres com insuficiência renal crônica, mulheres no pós-parto, imediato ou tardio, profissionais de áreas da saúde^{6, 10-12, 27}.

3 – MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram consultados os bancos de dado UptoDate, PubMed, Scielo, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, American Journal Of Gynecology And Obstetrics e European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology, no período de 1960 a 2016, consultados durante o último ano.

Foram encontrados 118 artigos e selecionados 41 com metodologia adequada e relevância à este trabalho satisfatória.

4 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A utilização da terapia farmacológica no tratamento das disfunções sexuais femininas (DSF) ainda é bastante controversa^{18,19,31-41}. Enquanto alguns autores defendem o uso de fármacos para restauração da função sexual fisiológica^{18,31-33,35,36,41} outros associam o uso destes mesmos fármacos a causa das DSF e, portanto, contraindicam o uso dos fármacos no seu tratamento³⁷⁻⁴⁰. Ainda existem autores que permanecem em uma opinião neutra³⁴, dando suporte ao uso dos fármacos, desde que sua utilização não ocorra de forma contínua, ou que se faça um “rodízio” de fármacos^{19,33}. Entre os autores que apoiam o uso de fármacos existe relativo consenso em relação ao uso dos mesmos apenas quando ele é benéfico à paciente, ou seja, eles não recomendam o uso em casos que podem ser resolvidos sem a utilização dos mesmos, com terapia, ou exercícios por exemplo.

4.1 – Abordagens farmacológicas:

- Estrógenos: indicados geralmente para as pacientes que têm problemas de natureza endócrina, ou de trofismo vaginal. Diferentes estudos revelam que os estrógenos melhoram a dispareunia, pH vaginal, promove restabelecimento da flora vaginal, e ainda promove melhora de sintomas urinários. Tem se

observado que sua indicação é mais efetiva principalmente nos casos de DSF que afetam a fase de excitação. Pode se apresentar nas formas de comprimido, adesivo ou cremes tópicos^{19,36,41}.

- Andrógenos: são utilizados há bastante tempo (desde 1930) no tratamento da DSF por se presumir, no início das pesquisas e diagnósticos sobre este tema, que se tratasse de uma doença exclusivamente relacionada a deficiência de andrógenos. Sua apresentação pode ser na forma de comprimidos (inclusive o sublingual), adesivos transdérmicos e cremes vaginais manipulados. Geralmente são prescritos como adjuvantes na terapia estrogênica ou vice-versa. Os mais utilizados são a testosterona, desidroepiandrosterona (DHEA) e a androstenediona. O uso de andrógenos se mostrou bastante efetivo em pacientes na menopausa, seja ela natural ou cirúrgica^{18,33,36}. Aqui faz-se relevante a menção da Tibolona, que é um esteroide sintético com atividades estrogênica, progestagênica e androgênica, sendo necessária avaliação criteriosa em sua utilização já que muitas pacientes não necessitam de uma intervenção farmacológica de tamanho espectro hormonal^{33,41}.
- Medicamentos vasoativos: O principal medicamento nesta categoria é o inibidor da fosfodiesterase (PDE). Ele ficou famoso por revolucionar o tratamento da disfunção erétil e o principal fármaco que representa esta categoria é a sildenafil (princípio ativo do viágara® e sildenafil®). Sua apresentação é exclusiva em comprimidos, mas sua dose varia. No caso das DSF a sildenafil é indicada e a literatura referente ao assunto a aponta como mais eficaz em mulheres que fazem uso de antidepressivos (excetuando-se a bupropiona), principalmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, aumentando a lubrificação e ingurgitamento vaginal, assim como aumentando a sensibilidade clitoriana^{36,41}. Os últimos estudos relacionando o uso de tadalafila e vardenafila nas DSF não demonstrou nenhuma melhora significativa

ou diferença considerável com o grupo controle ou placebo⁴¹. A fentolamina é um agonista dos receptores de adrenalina e foi descrita pelas pacientes em uso dele uma melhora na lubrificação vaginal e excitação sexual³⁶. Nesta categoria também há o gel de prostaglandina para tratamento interno sendo utilizado na mucosa vaginal. Este demonstrou uma melhora na tumescência genital e sensibilidade aferente, comprovadas através da resposta vascular clitoriana verificada pela ultrassonografia (USG) Doppler⁴¹.

- Bupropiona: é um antidepressivo inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina que não foi associado a geração das DSF como outros tipos de antidepressivos e embora pacientes com DSF em uso de bupropiona tenham apresentado melhora dos sintomas sexuais este medicamento ainda não foi aprovado para ser utilizado com esta finalidade⁴¹.

4.2 – Abordagens não farmacológicas:

- PLISET onde “P” representa a permissão do médico/terapeuta para que a paciente tenha relação sexual desmitificando alguns conceitos prévios da paciente e permitindo que ela faça uso de suas fantasias. O “IL” significa informação limitada, que é como a paciente geralmente chega. A simples explicação da anatomia e do funcionamento sexual do seu corpo pode melhorar o quadro desta paciente. “SE” se trata de uma sugestão específica a ser dada para a paciente de acordo com a sua DSF. O “T” se refere à terapia, quando indicada, que é realizada por um profissional qualificado e possui uma alta taxa de resolatividade^{19,23}.
- Exercícios e tratamentos fisioterapêuticos: são baseados na contração voluntária dos músculos vestibulares da vagina, perineais e do assoalho pélvico, visando aumentar seu tônus e o controle da mulher sobre esta parte do seu corpo. Entre ele estão os exercícios com cones vaginais, nos quais as mulheres devem reter cones progressivamente mais pesados (de 20 a 70 g) em sua

vagina visando o fortalecimento da musculatura local, os exercícios de Kegel, que são exercícios de contração e relaxamento voluntários do introito vaginal (vestíbulo vaginal) visando fortalecimento controle e conscientização perineal, “*Biofeedback*” que é indicado quando a paciente tem dificuldade para o controle voluntário da musculatura do assoalho pélvico e consiste da aplicação de eletrodos para estimular a contração desta ao comando, facilitando a diferenciação desta contração pela paciente e conscientização da mesma em relação a esta musculatura, a eletroestimulação, que tem um objetivo semelhante ao “*biofeedback*”, porém é feita com um dispositivo intravaginal que emite estímulos elétricos (há relatos de irritação local e desconforto por parte de algumas pacientes), o toque bidigital, também visando a conscientização da paciente em relação à musculatura pélvica (o terapeuta introduz os dedos indicador e médio na vagina da paciente, comanda a contração e categoriza em uma escala de 0 a 3, sendo 0 contração nenhuma e 3 contração que vence a resistência dos dedos)³⁷.

- Terapia sexual: envolve o casal e consiste na abordagem específica das queixas sexuais relacionadas à psique de cada parte. Geralmente consiste na orientação e esclarecimento em relação aos aspectos psicossociais, ideias familiares, preconceitos e ideais religiosos relacionados ao sexo. Embora se prime pelo tratamento do casal a abordagem pode ser feita apenas com a mulher quando necessário ou quando não é possível o comparecimento do parceiro por qualquer razão³⁸.

5 - DISCUSSÃO

Em geral, uma disfunção sexual feminina (DSF) pode ocorrer quando uma ou mais das três primeiras etapas do ciclo de excitação sexual feminina é afetada por um ou mais motivos. Estes motivos podem ser vasculares (diminuição do fluxo sanguíneo para vagina e clitóris, o que em si já pode levar ao distúrbio, ou resultando em perda da musculatura lisa e consequente substituição por tecido fibroso), neurogênicos (lesões medulares e doenças do SNC), hormonais (hipotireoidismo, deficiências primárias ou secundárias de estrogênio, etc.), musculares (como o descrito no caso 1), psicossociais (fatores emocionais, pessoais, relacionais, familiares, religiosos, etc.), farmacológicos (inibidores seletivos de serotonina, quimioterápicos, hipertensivos, etc.) e uroginecológicos (incontinência, cistite, vulvovaginite, cânceres ginecológicos, etc.).^{1-9, 13-15}

Entre outras DSF estão o desejo sexual hipoativo (DSH), aversão sexual, transtornos da excitação (problemas de lubrificação, relaxamento muscular, sensibilidade clitoriana, fatores psicológicos e medicação), anorgasmia e transtornos sexuais dolorosos (dispareunia e vaginismo).^{16, 17}

Aqui se faz relevante chamar atenção para o fato de centenas de milhares de mulheres em todo o mundo serem levadas a pensar que seus problemas sexuais são de menor importância ou até naturais, confundindo processos fisiológicos do envelhecimento com patologias.⁵ A vergonha das pacientes admitirem quaisquer dificuldades em relação ao ato sexual, o despreparo dos profissionais de saúde, a ignorância em relação ao ato sexual em si e tantos outros fatores (culturais, religiosos, familiares, etc.) levam a um número de

registros de caso reduzido, que não reflete a real dimensão do problema.²⁸ Isto leva a pouca geração de interesse científico pelo assunto, pouco investimento, pouco esclarecimento, pouca pesquisa, pouca ou nenhuma preparação dos profissionais de saúde para lidarem com estes casos, o que gera um registro menor de casos, levando a um ciclo vicioso.

Os diagnósticos das DSF, embora estejam crescendo em número, apesar dos fatores supracitados, ainda são poucos e estão longe de refletir a realidade de quantas mulheres são afetadas pela DSF. Um exemplo disso é a própria confecção deste trabalho, que só foi possível graças ao compartilhamento de material de um profissional interessado no assunto que vem coletando artigos e casos há anos³¹⁻⁴⁰. Na literatura médica há poucos relatos de casos (muitas vezes os casos são repetidos em diversos trabalhos sobre o assunto) e a abordagem superficial ou inexistente na maioria dos livros de clínica, contrastando com a prevalência das DSF.

A tabela 1 nos fornece alguns dados que nos permite associar determinadas características com o aumento da prevalência das DSF. Nela podemos observar (com certa surpresa) uma prevalência maior das DSF em mulheres menores de vinte e cinco anos e maiores de vinte anos.²⁸ Contudo esta pesquisa não levou em conta mulheres com mais de 39 anos, faixa etária em que aumentam as DSF significativamente.^{5, 7} Contudo é possível extrapolar outras características para outras faixas etárias e manter sua proporção de prevalência, como já foi confirmado por observação clínica e em outras pesquisas.^{1, 14, 15, 18} Desta forma foi possível estabelecer que quanto menor o grau de instrução, quanto mais cedo houve a sexarca, maior a quantidade de partos vaginais, se há histórico de violência sexual e quanto menor a frequência do coito, maiores as chances de a mulher desenvolver uma DSF. Em relação à escolaridade, mulheres com um menor grau de instrução tendem a inibir-se ao falar sobre sexo e sem um conhecimento tão profundo de seus corpos dificulta a comunicação com o parceiro e, conseqüentemente, influenciando negativamente sua vida sexual.^{1, 15, 28} A menor idade da sexarca pode levar à associações negativas em relação ao sexo e outras diversas condições psicológicas. Os partos vaginais podem levar a mudanças no assoalho pélvico, principalmente se acompanhados de episiotomia, o que pode mudar a anatomia ou fisiologia local da mulher^{1, 4, 10, 14,}

¹⁵. Violência sexual, quando não abordada corretamente pode deixar uma cicatriz psicológica importantíssima, o que ligaria o ato sexual a algo violento, triste, repulsivo, invasivo e tantos outros adjetivos negativos.¹⁶ Em relação à frequência do coito há divergência de opiniões entre os especialistas. Embora alguns acreditem que uma menor frequência não significa uma menor satisfação a maioria dos estudiosos do assunto acredita que essa frequência reduzida ocorra devido a algum fator que já predisponha a mulher a rejeitar a atividade sexual, seja este fator psicológico ou somático.¹⁵ Então a discussão seria se a frequência reduzida pode causar uma DSF ou se uma DSF prévia não diagnosticada poderia levar a uma redução desta frequência.

Em relação à terapia mais indicada para cada caso das DSF ainda há muito a se debater, é uma área relativamente jovem (desde 1966)²⁵ e por isso ainda não foram alcançados consensos sobre o “padrão ouro” de tratamento.

A dificuldade na abordagem específica das DSF e determinação de um tratamento se dá ainda pelo relativo pouco interesse no assunto. Enquanto alguns estudos apontam o uso de fármacos como a melhor opção na maioria dos casos, em especial naqueles que possuem alguma disfunção hormonal ou não respondem aos tratamentos com exercícios ou a terapia sexual^{18,31-33,35,36,41}, outros estudos apontam que o uso destes medicamentos pode ser irrelevante³⁹, ineficaz³⁸ ou até mesmo desnecessário³⁷.

Há algumas ressalvas interessantes e lógicas que são feitas apenas por alguns autores como a terapia estrogênica de uso intermitente. A justificativa desta forma de utilização se dá no fato de que o uso contínuo de estrogênio levaria a uma dessensibilização ao mesmo, já que os índices sanguíneos do estrogênio estariam acima dos níveis fisiológicos, o que levaria a saturação de seus receptores, resultando em resposta inadequada ao tratamento¹⁹.

O uso de terapias hormonais através de adesivos vem sendo muito bem visto pela vantagem de não possuir metabolismo hepático de primeira passagem e com isso diminuindo consideravelmente o aparecimento de efeitos colaterais nas pacientes¹⁸.

O uso do sildenafil no tratamento das DSF tem se mostrado mais eficaz nas pacientes que fazem uso de antidepressivos, excetuando a bupropiona, que não costuma cursar com os efeitos colaterais que podem levar às DSF³⁵.

Na maioria dos casos o sistema PILSET tem uma ótima resposta, compartimentalizando as queixas e abordando progressivamente segundo a complexidade as DSF, chegando ao “T” quando necessário que pode ser efetuado com terapia ou acrescido tratamento farmacológico quando necessário^{19,23}.

Características reprodutivas	Com disfunção sexual		Sem disfunção sexual		RP	IC95%	P
	n	%	n	%			
Idade							
20 - 25	16	37,2	27	62,8	1,06	0,63-1,79	0,83
26 - 39	20	35,1	37	64,9	1,00		
Escolaridade							
0 - 7 anos	23	45,1	28	54,9	1,70	0,98-2,96	0,053
8 - 11 anos	13	26,5	36	73,5	1,00		
Atividade remunerada							
Sim	9	34,6	17	65,4	0,95	0,52-1,74	0,86
Não	27	36,5	47	63,5	1,00		
Idade da coitarca							
< 20 anos	33	45,8	39	54,2	4,28	1,43-12,83	0,001
> 20 anos	3	10,7	25	89,3	1,00		
Número de parceiros							
Um	13	24,5	40	75,5	0,50	0,29-0,87	0,01
Dois ou mais	23	48,9	24	51,1	1,00		
Partos vaginais							
Nenhum	8	29,6	19	70,4	0,77	0,40-1,48	0,42
1 ou mais	28	38,4	45	61,6	1,00		
Tipo de MAC							
Condom							
Sim	17	39,5	26	60,5	1,19	0,70-2,00	0,50
Não	19	33,3	38	66,7	1,00		
Hormonal							
Sim	13	35,1	24	64,9	0,96	0,56-1,66	0,89
Não	23	36,5	40	63,5	1,00		
DIU							
Sim	6	22,2	21	77,8	0,54	0,25-1,15	0,08
Não	30	41,1	43	58,9	1,00		
Lactação atual							
Sim	13	59,1	9	40,9	2,00	1,23-3,27	0,01
Não	23	29,5	55	70,5	1,00		
Violência Sexual							
Sim	9	50,0	9	50,0	1,52	0,87-2,65	0,17
Não	27	32,9	55	67,1	1,00		
Frequência de coito no último mês							
Uma vez por semana ou menos	15	53,6	13	46,4	1,84	1,12-3,02	0,02
Mais de uma vez por semana	21	29,2	51	70,8	1,00		

MAC = Método Anticoncepcional; DIU=Dispositivo intrauterino; RP=Razão de Prevalência.

Tabela 1 - Associação entre a presença de disfunções sexuais e as características biológicas, demográficas, reprodutivas e atividade sexual no presente das mulheres atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Recife, Pernambuco, abril a maio de 2004.²⁸

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela análise dos argumentos, dados e fatos apresentados chegamos à conclusão de que as disfunções sexuais femininas são um conjunto de patologias subdiagnosticadas, tanto pelo pouco conhecimento da maioria dos profissionais de saúde, como pela minimização das queixas quando apresentadas (o que por si já é difícil, já que há um contexto social, familiar e religioso intrínseco ao sexo, principalmente em sociedades em que a maioria da população é menos esclarecida).

Uma disfunção sexual feminina (DSF), independente de sua causa primária, vem sempre acompanhada de uma carga psicológica, fato que se deve a importância dada ao sexo, ou pelo menos ao prazer. Este fato fala fortemente a favor da necessidade de um acompanhamento multidisciplinar às mulheres afetadas por uma DSF, para que haja uma resolução satisfatória de cada caso.

O fato de existirem inúmeras causas para o desenvolvimento de uma DSF não ajuda no seu diagnóstico, contudo o simples questionamento da satisfação em relação à vida sexual da paciente poderia levar a uma suspeita diagnóstica, investigação, encaminhamento (quando necessário) e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar (também quando necessário).

Atualmente existem alguns questionários que auxiliam na detecção de uma DSF, porém ainda são pouco difundidos e, geralmente, concentrados em centros especializados na área, ou locais em que pelo menos um profissional com conhecimento na área atua. Exemplos destes questionários se encontram-se no anexo deste trabalho.

Conforme o conhecimento sobre as DSF for compartilhado a probabilidade do aumento no número absoluto de casos é esperada, seja pela quebra de um tabu (facilitar às pacientes a abordagem sobre o assunto), seja pela melhor qualificação dos profissionais de saúde a esse respeito. Com isso a tendência é que novas pesquisas sejam feitas, assim

como estudos, desenvolvimento de novas drogas, terapias e tratamentos assim como consensos a respeito da melhor para as DSF, guardadas as ressalvas para suas respectivas etiologias.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: epidemiology, risk factors, and evaluation. 2016 Abr.
2. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: management. 2016 Mai.
3. Hirsch M, Birnbaum RJ. Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): management. 2016 Jan.
4. Stewart EG. Approach to the woman with sexual pain. 2014 Nov.
5. Agronin M. Sexual dysfunction in older adults. 2016 Fev.
6. Palmer BF, Henrich WL, Snyder PJ. Reproductive and sexual dysfunction in uremic women. 2015 Ago.
7. Udoff LC. Overview of androgen deficiency and therapy in women. 2016 Abr.
8. Duska LR, Falk SJ. Overview of approach to endometrial cancer survivors. 2015 Set.
9. Falk SJ. Overview of sexual dysfunction in female cancer survivors. 2015 Dez.
10. Berens P. Overview of postpartum care. 2016 Ago.
11. Maseroli E, Fanni E, Scavello I, et al. Cardiometabolic Risk and Female Sexuality: Focus on Clitoral Vascular Resistance. 2016 Nov.
12. Stamatou K, Margariti M, Nousi E, et al. Female sexual dysfunction (fsd) in women health care workers. 2016 Jun.
13. Winder K, Linker RA, Seifert F, et al. Neuroanatomic correlates of female sexual dysfunction in multiple sclerosis. 2016 Ago
14. Kingsberg SA, Janata JW. Female sexual disorders: assessment, diagnosis, and treatment. 2007
15. Ferreira ALCG, Souza AI, Ardisson CL, Katz L. Disfunções sexuais femininas. 2007 Nov
16. American Psychiatric Association (APA). Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais 5.ª edição. 2015
17. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. 2013 Jan
18. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. 2014
19. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. 2008 Jun
20. Abdo CHM. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. 2009
21. Marques FZC, Chedid SB, Eizerik GC. Resposta sexual humana. 2008 Dez
22. Oliveira C. Disfunções sexuais femininas caracterização, classificação e variáveis cognitivo-afectivas
23. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. 2006
24. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, et al. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the begonia trial. 2013
25. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
26. Fisiomulher [homepage on internet]. Função sexual feminina [acesso em 5 nov 2016]. Disponível em: <http://www.fisiomulher.com/funcao-sexual>
27. García EL, Rascón JJ. Síndrome de déficit de testosterona en el paciente con insuficiencia renal crónica. 2013
28. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. 2007 Jun
29. Monteiro MIA. Satisfação sexual e satisfação no relacionamento em mulheres com cancro de mama. Covilhã. Tese [Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde] - Universidade Da Beira Interior. 2011. p. 100
30. Freitas SLG. Relatos de frigidez em consulta e sua importância em aconselhamento. 2008
31. Brasil APA, Abdo AHN. Transtornos sexuais dolorosos femininos. Diag e Trat 2016 Abr; 21(2):89-92
32. Virgens DG, Rezende FCB, Santos GD, et al. Disfunção sexual em mulheres. REAS 2016;3:119-125
33. Palacios S. Androgens and female sexual function. 2007 Fev
34. Öçal G. Current concepts in disorders of sexual development. J Clin Res Ped Endo 2011;3(3):105-114
35. Cordás TA, Laranjeiras M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. Rev Psiquiatr 2016; 33 (3): 168-173

36. Raina R, Pahlajani G, Khan S, et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *F&S* 2007 Nov; 88(5): 1273-84
37. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. 2009 Ago
38. Gomes AACFA. A disfunção sexual na mulher. 2014
39. Omid A, Ahmadvand A, Najarzadegan MR, Mehrzad F. Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitivebehavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: a randomized controlled clinical trial. 2016 Mai
40. Lukacz ES, Whitcomb EL, Lawrence JM, et al. Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders? Analysis of a community-based survey. *AJOG* 2007 Jul; 88e1-e6
41. Bertolino MV. Tratamento farmacológico da disfunção sexual na mulher contemporânea. *ReLAMS* 2013; 2(2): 15-21

8 –ANEXO

Anexo I – Quociente sexual – Versão Feminina.²⁰

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82-100 pontos: *bom a excelente*

62-80 pontos: *regular a bom*

42-60 pontos: *desfavorável a regular*

22-40 pontos: *ruim a desfavorável*

0-20 pontos: *nulo a ruim*

Como somar os pontos:

$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5 - Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$

(Q = questão)

Anexo II - Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust.²⁹

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Sempre
1. Sente-se desinteressada em sexo?	1	2	3	4	5
2. Pergunta ao seu parceiro o que é que ele gosta ou não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
3. Há semanas em que não existe qualquer actividade sexual?	1	2	3	4	5
4. Excita-se sexualmente com facilidade?	1	2	3	4	5
5. Está satisfeita com o tempo que demora com o seu parceiro em preliminares?	1	2	3	4	5
6. Considera a sua vagina tão apertada que o pénis do seu parceiro não consegue entrar?	1	2	3	4	5
7. Tenta evitar praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
8. Consegue atingir um orgasmo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
9. Tem prazer em abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?	1	2	3	4	5
10. Considera satisfatório o relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
11. É-lhe possível inserir o seu dedo na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
12. Desagrada-lhe tocar e acariciar o pénis do seu parceiro?	1	2	3	4	5
13. Fica tensa e ansiosa quando o seu parceiro quer praticar sexo?	1	2	3	4	5
14. Considera impossível atingir um orgasmo?	1	2	3	4	5
15. Tem relações sexuais mais do que duas vezes por semana?	1	2	3	4	5
16. É-lhe difícil dizer ao seu parceiro o que gosta e não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
17. É possível o pénis do seu parceiro entrar na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
18. Sente que existe falta de amor e afecto no relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
19. Tem prazer em que os seus genitais sejam tocados e acariciados pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
20. Recusa-se a praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
21. Consegue atingir o orgasmo quando o seu parceiro estimula o seu clitoris durante os preliminares?	1	2	3	4	5
22. Sente-se insatisfeita com o tempo que o seu parceiro demora no acto sexual em si mesmo?	1	2	3	4	5
23. Sente nojo em relação ao que faz enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
24. Considera a sua vagina de tal modo apertada que o pénis do seu parceiro não consegue penetrar com profundidade?	1	2	3	4	5
25. Desagrada-lhe ser abraçada e acariciada pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
26. A sua vagina fica húmida enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
27. Tem prazer em ter relações sexuais com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
28. Não consegue atingir o orgasmo durante o acto sexual?	1	2	3	4	5

Anexo III – The Sexual Function Questionnaire (SFQ)

SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (PART A)

Date:

Although loss of sexual desire is common in depression, some medication can affect your sexual functioning. The purpose of this questionnaire is to assess the effects of medication treatment on sexual function. (All information is confidential). Please read each question below and circle the One number that best describes your feelings and performance.

For the purposes of this study, **sexual activity** is defined as any stimulation of the genitals for the purpose of pleasurable sensation. This includes Intercourse (vaginal or rectal), oral sex, or manual or foreign body stimulation of the genitals

BACKGROUND QUESTION

Have you ever been evaluated or received any treatment for a sexual problem?

0 = No 1 = Yes

1. During the past week, how often have you found yourself thinking about sex with any interest or desire?

- 1 = Several times a day
- 2 = At least once a day
- 3 = At least twice a week
- 4 = At least once a week
- 5 = Not at all

2. Were you sexually active during the past week?

0=No

1=Yes

If 'YES', please complete the remainder of this questionnaire

During the past week :

3. How would you describe your ability to enjoy sex?

- 1 = Fully enjoyed
- 2 = Sometimes enjoyed
- 3 = Barely enjoyed
- 4 = Never enjoyed

4. Overall, how satisfied were you with your sexual functioning?

- 1 = Completely
- 2 = Highly
- 3 = Moderately
- 4 = Slightly
- 5 = Not at all

SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (PART B)	SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (PART C)
Please read each question below and circle the ONE number that best describes your feeling and performance.	Please read each question below and circle the ONE number that best describes your feeling and performance.
FOR WOMEN ONLY: During the past week:	FOR MEN ONLY: During the past week:
5. How often have you become sexually aroused (sexually excited)? 1 = Often 2 = Sometimes 3 = Rarely 4 = Never	12. How often did you have an erection ? 1 = Often 2 = Sometimes 3 = Rarely 4 = Never
6. How easily have you become sexually aroused (sexually excited)? 1 = Very easily 2 = Sometimes easily 3 = Rarely easily 4 = Never easily	13. Describe your ability to have an erection 1 = Always able to achieve 2 = Able to achieve most of the time 3 = Able to achieve much of the time 4 = Able to achieve some of the time 5 = Never at le to achieve
7. Have you had adequate vaginal lubrication during sexual activity? 1 = Very easily 2 = Sometimes easily 3 = Rarely easily 4 = Never easily	14. Did erection take a long time to achieve? NO YES 0 1
8. How often did you have difficulty achieving orgasm? 1 = Very easily 2 = Sometimes easily 3 = Rarely easily 4 = Never easily	15. If you were able to have an erection, could you maintain it as long as necessary to have intercourse? 0 1
9. How often were you unable to reach orgasm? 1 = Very easily 2 = Sometimes easily 3 = Rarely easily 4 = Never easily	16. Did you experience any difficulty with ejaculation? 0 1
10. How satisfied were you with your ability to achieve orgasm? 1 = Highly 2 = Moderately 3 = Slightly 4 = Not at all	17. How often did you have orgasm with little or no ejaculation? 1 = Always 2 = Usually 3 = Frequently 4 = Occasionally 5 = Rarely or never
11. How satisfied were you with the intensity of your orgasm? 1 = Highly 2 = Moderately 3 = Slightly 4 = Not at all	18. How often was ejaculation delayed (took a long time to ejaculate)? 1 = Always 2 = Usually 3 = Frequently 4 = Occasionally 5 = Rarely or never
	19. How often did you ejaculate too quickly ? 1 = Always 2 = Usually 3 = Frequently 4 = Occasionally 5 = Rarely or never

Anexo IV - The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W)

The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W)					
Q1: I feel content with the way my present sex life is.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q2: I often feel something is missing from my present sex life.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q3: I often feel I don't have enough emotional closeness in my sex life.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q4: I feel content with how often I presently have sexual intimacy (kissing, intercourse, etc.) in my life.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q5: I don't have any important problems or concerns about sex (arousal, orgasm, frequency, compatibility, communication, etc.).	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q6: Overall, how satisfactory or unsatisfactory is your present sex life?	5 = Completely satisfactory	4 = Very satisfactory	3 = Reasonable satisfactory	2 = Not very satisfactory	1 = Not at all satisfactory
Q7: My partner often gets defensive when I try discussing sex.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q8: My partner and I do not discuss sex openly enough with each other, or do not discuss sex often enough.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q9: I usually feel completely comfortable discussing sex whenever my partner wants to.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q10: My partner usually feels completely comfortable discussing sex whenever I want to.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q11: I have no difficulty talking about my deepest feelings and emotions when my partner wants me to.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree

Q12: My partner has no difficulty talking about their deepest feelings and emotions when I want him to.	1 = Strongly disagree	2 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	4 = Agree a little	5 = Strongly agree
Q13: I often feel my partner isn't sensitive or aware enough about my sexual likes and desires.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q14: I often feel that my partner and I are not sexually compatible enough.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q15: I often feel that my partner's beliefs and attitudes about sex are too different from mine.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q16: I sometimes think my partner and I are mismatched in needs and desires concerning sexual intimacy.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q17: I sometimes feel that my partner and I might not be physically attracted to each other enough.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q18: I sometimes think my partner and I are mismatched in our sexual styles and preferences.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q19: I'm worried that my partner will become frustrated with my sexual difficulties.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q20: I'm worried that my sexual difficulties will adversely affect my relationship.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q21: I'm worried that my partner may have an affair because of my sexual difficulties.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q22: I'm worried that my partner is sexually unfulfilled.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q23: I'm worried that my partner views me as less of a woman because of my sexual difficulties.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree

Q24: I feel like I've disappointed my partner by having sexual difficulties.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q25: My sexual difficulties are frustrating to me.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q26: My sexual difficulties make me feel sexually unfulfilled.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q27: I'm worried that my sexual difficulties might cause me to seek sexual fulfillment outside my relationship.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q28: I'm so distressed about my sexual difficulties that it affects the way I feel about myself.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q29: I'm so distressed about my sexual difficulties that it affects my own well-being.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree
Q30: My sexual difficulties annoy and anger me.	5 = Strongly disagree	4 = Disagree a little	3 = Neither agree or disagree	2 = Agree a little	1 = Strongly agree

Scoring System		
Domain	Questions	Score range
Contentment	1,2,3,4,5,6	6–30
Communication	7,8,9,10,11,12	6–30
Compatibility	13,14,15,16,17,18	6–30
Concern—Relational	19,20,21,22,23,24	6–30
Concern—Personal	25,26,27,28,29,30	6–30

Individual domain scores are computed by adding the scores of the individual items that comprise the domain. Full Scale Score = (Contentment + Communication + Compatibility + (Relational Concern + Personal Concern/2)).