



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

LUZIJEYZA GOMES LEITE

**DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES PORTADORAS DE MIGRÂNEA: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

LUZIJEYZA GOMES LEITE

**DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES PORTADORAS DE MIGRÂNEA: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de Concentração: Fisioterapia Neurofuncional e Fisioterapia na Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco.
Coorientadora: Mestranda Mírian Celly Miranda Medeiros David.

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L533d Leite, Luzijeyza Gomes.
Disfunções sexuais em mulheres portadoras de migrânea
[manuscrito] : uma revisão narrativa / Luzijeyza Gomes Leite. -
2019.
15 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes
Franco, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
"Coorientação: Profa. Ma. Mirian Celly Miranda Medeiros
Davi, UFPE - Universidade Federal de Pernambuco"
1. Disfunção sexual fisiológica. 2. Transtornos da
enxaqueca. 3. Migrânea. 4. Mulheres. I. Título
21. ed. CDD 615.82

LUZIJEYZA GOMES LEITE

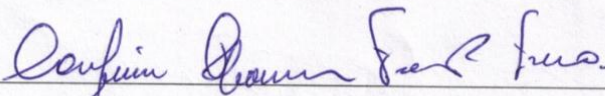
DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES PORTADORAS DE MIGRÂNEA: UMA
REVISÃO NARRATIVA

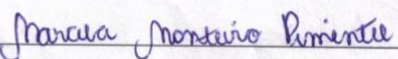
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na modalidade de artigo científico, ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

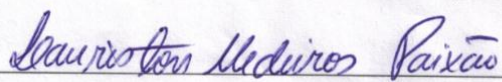
Área de Concentração: Fisioterapia Neurofuncional e Fisioterapia na Saúde da Mulher.

Aprovada em: 12/12/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª Dr^ª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª Mestranda Marcela Monteiro Pimentel (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^º Mestrando Lauriston Medeiros Paixão (Examinador)

UNINASSAU

À minha mãe, Maria Leite Lopes Gomes, que sempre foi minha maior fonte de inspiração, persistência, garra e força, DEDICO.

Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu (Eclesiastes 3:1).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4 CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS	13

DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES PORTADORAS DE MIGRÂNEA: UMA REVISÃO NARRATIVA

SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH MIGRAINE: A NARRATIVE REVIEW

Luzijeyza Gomes Leite ¹
 Mírian Celly Miranda Medeiros David ²
 Carlúcia Ithamar Fernandes Franco ³

RESUMO

Introdução: A migrânea é um tipo de cefaleia primária que está entre as 20 doenças mais incapacitantes do mundo. As mulheres são três vezes afetadas que os homens, apresentando assim, maiores riscos de prejuízos no trabalho, estudos, atividades de lazer, qualidade de vida e função sexual. Entretanto, existem poucas pesquisas sobre as disfunções sexuais em mulheres com migrânea. **Objetivo:** Esta pesquisa objetivou revisar estudos que investigaram as disfunções sexuais em mulheres portadoras de migrânea. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, através de buscas nas bases de dados *PubMed*, *MEDLINE*, *LILACS* e *Cochrane Library*, durante o período entre setembro e dezembro de 2019, utilizando-se os descritores *Sexual Dysfunction* (disfunção sexual), *Migraine Disorders* (transtornos da enxaqueca) e *Women* (mulheres). Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos, sem restrições de idioma, cujo público alvo fosse mulheres com vida sexual ativa, independentemente da idade e que considerassem aspectos das disfunções sexuais nas mulheres com migrânea. Foram excluídos os artigos que não abordassem o tema, que estivessem duplicados ou indisponíveis na íntegra. **Resultados:** A busca resultou em 60 artigos, dos quais 3 artigos foram selecionados para esta revisão. Os resultados mostraram que todos os domínios da disfunção sexual feminina (DSF) (desejo ou libido, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) foram afetados nas mulheres com migrânea, sendo os transtornos do desejo e os transtornos da excitação os tipos de DSF mais frequentes. A intensidade, duração e frequência das crises de migrânea não contribuíram para o aumento do risco de DSF, mas a obesidade, depressão e os sintomas de ansiedade sim. **Conclusão:** Após a análise dos resultados, verificou-se que todos os domínios da DSF foram afetados nas mulheres com migrânea, destacando-se os transtornos do desejo e da excitação. Entretanto, pesquisas mais aprofundadas nessa área são essenciais.

Palavras-chave: Disfunção Sexual Fisiológica. Transtornos da enxaqueca. Mulheres.

ABSTRACT

¹ Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I. E-mail: jeyza.leite@gmail.com

² Fisioterapeuta pela Universidade Estadual da Paraíba e Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Pernambuco. E-mail: miriancelly@hotmail.com

³ Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I. E-mail: cithamar@yahoo.com.br

Introduction: Migraine is a type of primary headache that is among the 20 most disabling diseases in the world. Women are three times more affected than men, presenting higher risks of deficits at work, study tasks, leisure activities, quality of life and sexual function. However, there is little research on sexual dysfunction in women with migraine. **Objective:** This research aimed to review studies that investigated sexual dysfunction in women with migraine. **Method:** This is a narrative review of the literature through searches in the PubMed, MEDLINE, LILACS and Cochrane Library databases, between September and December 2019, using the descriptors Sexual Dysfunction (disfunção sexual), Migraine Disorders (transtornos da enxaqueca) and Women (mulheres). It was included articles published in the last 10 years, without language restrictions, among women with active sex life, regardless of age, and that considered aspects of sexual dysfunction in women with migraine. Articles that did not address the topic, were duplicated or incomplete were excluded. **Results:** The search resulted in 60 articles, of which 3 articles were selected for this review. Results showed that all domains of female sexual dysfunction (FSD) (desire or libido, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain) were affected in women with migraine, with desire disorders and arousal disorders being the most common types of FSD. The intensity, duration and frequency of migraine attacks did not contribute to the increased risk of FSD, but obesity, depression and anxiety symptoms did. **Conclusion:** After analyzing the results, it was found that all domains of FSD were affected in women with migraine, mostly the desire and arousal disorders. However, further research in this area is essential.

Keywords: Physiological Sexual Dysfunction. Migraine Disorders. Women.

1 INTRODUÇÃO

As cefaleias, popularmente chamadas de dores cabeça, têm ocorrência quase universal e representam uma das razões mais frequentes para consultas médicas. (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2011). Constituem importante problema de saúde pública devido ao impacto individual, laboral e social que essa condição clínica acarreta, assim como, a alta incidência e ao aumento de cronicidade, além dos custos econômicos e da redução na qualidade de vida de seus portadores (GALDINO, 2007).

As cefaleias são um tipo de dor referida na superfície da cabeça a partir de suas estruturas profundas, podendo resultar a partir de estímulos intra e extracranianos (GUYTON, HALL, 2011). São classificadas em três partes principais: cefaleias primárias, cefaleias secundárias e neuropatias cranianas dolorosas, dores faciais e outras cefaleias (CAREZZATO, HORTENSE, 2014).

Entre as cefaleias primárias encontra-se a migrânea. A migrânea, ou enxaqueca, é uma doença neurovascular, comum e incapacitante, caracterizada por falha na modulação central com componente genético, que leva a uma hiperexcitabilidade neuronal (SPECIALI, 2011). É a segunda forma mais comum de cefaleia, atrás apenas da cefaleia tensional. Geralmente começa na infância ou adolescência e pode permanecer por toda a vida. Presente em 15% da população em geral, acomete aproximadamente 20% das mulheres, 6% dos homens e 4% a 8% das crianças (STEFANE et al., 2012). Estima-se que apenas 56% dos pacientes com migrânea procuram atendimento de médico generalista e, destes, 4% dos homens e 16% das mulheres consultam-se com especialistas em cefaleias (SOUZA et al., 2015).

Estudos epidemiológicos têm documentado sua elevada prevalência, bem como seu impacto socioeconômico e pessoal. No estudo *Global Burden of Disease Study* (GBD, 2010), a migrânea foi classificada como o terceiro transtorno mais prevalente em todo o mundo. No GBD (2015), foi classificada como a terceira causa de incapacidade tanto em homens como em mulheres com idade abaixo dos 50 anos (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY*, 2018).

É caracterizada por crises intermitentes com duração de 4 a 72 horas, dor pulsátil, de moderada a alta intensidade, frequentemente unilateral, agravada pelo esforço e, associada a náuseas e/ou vômitos, fotofobia, fonofobia e osmofobia. Atualmente, é classificada em dois subtipos principais: migrânea sem aura, caracterizada por cefaleia com os sintomas citados anteriormente; e a migrânea com aura, que além dos sintomas típicos, apresentam sintomas neurológicos focais transitórios que antecedem ou acompanham a cefaleia. Todavia, ambas apresentam sintomas comuns que incluem hipo ou hiperatividade, depressão, vontade de comer certos alimentos, fadiga, dor e rigidez na nuca (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY*, 2013).

As crises de migrânea são geralmente desencadeados por um fator peculiar, que pode ser pelo estresse, seja físico ou emocional, hábitos alimentares nocivos ou certos alimentos, distúrbios do sono, álcool, luzes fortes, ruídos altos, menstruação e uso de contraceptivos orais. Após iniciada, a crise de migrânea se desenvolve lentamente e pode persistir por várias horas (WHITNEY, 2011).

A migrânea que costuma atingir o pico durante o período mais produtivo da vida da mulher, pode exercer efeitos deletérios significativos na vida pessoal e profissional. Além disso, pode afetar drasticamente a qualidade de vida, o relacionamento e a satisfação sexual da migrante e seu parceiro, contribuindo para o surgimento de disfunções sexuais (BESTEPE et al., 2011). Seus efeitos na sexualidade são multifatoriais e têm impacto em todas as fases da resposta sexual (IFERGANE et al., 2008).

A resposta sexual feminina é considerada complexa e influenciada por vários fatores, incluindo a interação de componentes fisiológicos, psicológicos e interpessoais (TSAI et al., 2011). Foi caracterizada pela primeira vez por Masters e Johnson, em 1966, sendo constituída por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Em 1979, Helen Kaplan abordou a importância do desejo ou libido, como uma fase cerebral prévia e propôs um modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo. Já o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (DSM) classifica a RSH em quatro fases relacionadas, mas neurofisiologicamente independentes: desejo ou libido, excitação, orgasmo ou clímax e resolução. Este modelo é a base para o diagnóstico e classificação das disfunções sexuais (RIBEIRO et al., 2013; CHEN et al., 2013; WRIGHT, O'CONNOR, 2015).

Entre as mulheres a função sexual sofre alterações em vários momentos da vida como na gravidez, pós-parto e menopausa. Dessa forma, para manutenção da sexualidade ao longo da vida é fundamental promover a saúde física, mental e uma relação afetiva emocionalmente satisfatória (SANTOS, OLIVEIRA, 2015). Por esta razão, é essencial investigar disfunções sexuais, em especial entre as mulheres

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) refere-se a um problema que ocorre durante o ciclo da resposta sexual e inclui 6 domínios principais: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação. Assim, a DSF reduz a satisfação com a atividade sexual, causa

sofrimento e afeta o relacionamento com o parceiro e a qualidade de vida (CLAYTON, GROTH, 2013; ABDOLLAHI et al., 2015). Constitui um espectro alargado de dificuldades, de etiologia multifatorial, que exige uma abordagem holística na sua avaliação e intervenção e, idealmente, um esforço multidisciplinar (SANTOS, OLIVEIRA, 2015).

A DSF é definida como a incapacidade frequente (há pelo menos seis meses) da mulher desempenhar a vida sexual que desejaria, com relação sexual insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro, incluindo várias categorias, especialmente os fatores físicos que influenciam esta satisfação (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2011). Divide-se em quatro categorias de classificação: transtornos do desejo (desejo sexual hipoativo - DSH e a aversão sexual); transtornos da excitação (problemas de lubrificação, relaxamento muscular, sensibilidade clitoriana, fatores psicológicos e medicação); transtornos do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos (dispareunia e o vaginismo) (WRIGHT, O'CONNOR, 2015).

A DSF inclui sintomas fisiológicos e psicológicos que refletem prejuízos em diferentes fases do ciclo de resposta sexual ou dor sentida durante a relação sexual. É reconhecida como uma condição clínica, envolvendo uma interação complexa de componentes neuroendócrinos, vasculares e psicossociais, que podem afetar adversamente a saúde e o bem-estar de indivíduos, casais e famílias (CHAO et al., 2011; KHAJEHEI et al., 2015; WRIGHT, O'CONNOR, 2015).

A prevalência de DSF é elevada, situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial (RIBEIRO et al., 2013). No estudo de Abdo (2002), no Brasil, 53% das mulheres referiam queixas sexuais, sendo que as mais frequentes eram: falta de desejo sexual (34,6%), disfunção orgástica (29,3%) e dor na relação sexual (21%) (VETTORAZZI et al., 2012).

A relação entre migrânea e DSF é um tópico de estudo relativamente recente não sendo totalmente compreendido, dada à escassez de pesquisas sobre o tema, resultados com pouca elucidação e pouca evidência. Portanto, fica claro que um estudo mais aprofundado neste campo é essencial. Nesse sentido, objetivou-se revisar estudos que investigaram as disfunções sexuais em mulheres portadoras de migrânea.

2 MÉTODOS

O estudo em questão trata-se de uma revisão narrativa da literatura, construída por meio do levantamento de dados em periódicos disponíveis nas diferentes bases de dados, constituindo-se de artigos científicos.

A pesquisa foi conduzida sobre a Migrânea e a DSF durante os meses de setembro a dezembro de 2019, nas bases de dados bibliográficos *PubMed*, *MEDLINE*, *LILACS* e *Cochrane Library*. Para as buscas dos descritores padronizados, lançou-se mão do *MeSH* (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), utilizando-se: *sexual dysfunction*, *migraine disorders* e *women* e o conectivo *AND* entre eles.

O processo de seleção dos artigos deu-se em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada a leitura dos títulos e a triagem dos estudos relacionados à temática em questão. A segunda etapa consistiu na leitura dos resumos dos estudos selecionados na etapa anterior, e, na terceira etapa, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados na segunda etapa.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos publicados no período de 2009 a 2019, sem restrições quanto ao tipo de estudo, pesquisas cujo público alvo fosse mulheres com vida sexual ativa, independentemente da idade e, estudos que considerassem aspectos das disfunções sexuais nas mulheres com migrânea. Os critérios de exclusão foram: estudos que não abordassem a temática, que abordassem a relação entre DSF e migrânea com outros tipos de cefaleias ou doenças neurológicas, que abordassem a relação entre DSF e migrânea em animais e que apresentasse duplicidade nas bases de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de busca nas bases de dados de acordo com os descritores estabelecidos, foram encontrados 68 artigos. Excluindo-se as duplicatas, restaram um total de 56 artigos. Destes, 42 artigos foram excluídos na fase correspondente à leitura dos títulos (1ª etapa) e 14 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos (2ª etapa). Nesta fase, 11 artigos foram excluídos (3 por terem sido publicados antes de 2009, 3 por abordarem as diferenças da migrânea entre os sexos e, 5 por não estarem disponíveis na íntegra). Permanecerem, portanto, 3 artigos para a leitura na íntegra (3ª etapa). As etapas de seleção dos estudos são mostradas na Figura 1.

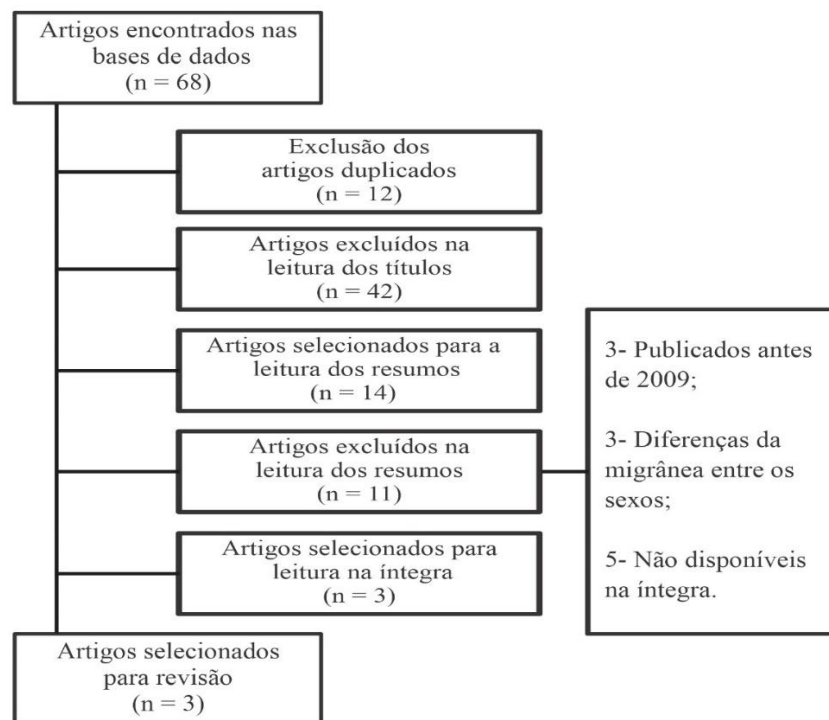


Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos.

Dos 68 artigos pesquisados, 3 artigos foram inclusos nesta revisão (Eraslan et al., 2014; Bond et al., 2017; Pradeep et al., 2019), todos eles do tipo transversal não intervencionista. Tal fato reflete um possível desconhecimento ou desinteresse acerca dos efeitos da migrânea no funcionamento sexual. As principais características destes estudos são mostradas na Tabela 1.

A sexualidade é considerada como um dos cinco parâmetros de saúde do indivíduo, sendo cada vez mais enfatizada a importância da saúde sexual para a manutenção das relações afetivas (VETTORAZZI et al., 2012). A saúde sexual definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a integração de aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais de maneira positivamente enriquecedoras e que aprimoram a personalidade, a comunicação e o amor (TSAI et al., 2011).

Existem vários fatores de risco associados à DSF, entre eles a doença neurológica, endócrina ou vascular, cirurgia genital, abuso sexual, nível educacional e socioeconômico, fatores psicológicos e interpessoais (depressão, ansiedade, má relação com o parceiro), doenças físicas (câncer, infertilidade), medicação (anticoncepcionais orais e antidepressivos) e alterações hormonais fisiológicas como a menopausa e a amamentação (RIBEIRO et al., 2013).

Autores	Tipo de Estudo	Amostra	Métodos	Resultados
Eraslan et al., 2014	Transversal	50 mulheres diagnosticadas com migrânea com ou sem aura por dois neurologistas com base nos critérios da ICHD-II, idade entre 18 e 50 anos e com relacionamento sexual nos últimos 6 meses.	Questionário sociodemográfico, MIDAS, FSFI, BDI e BDA	Não houve correlação entre DSF e o escore ou grau do MIDAS. Não houve relação da função sexual com a ansiedade nem com a frequência e gravidade da migrânea. A depressão apresentou correlação com todos os domínios da DSF.
Bond et al., 2017	Transversal	2 amostras de mulheres sexualmente ativas durante o mês da pesquisa. 1ª amostra: 105 mulheres com idade entre 18 e 50 anos, IMC 25-50 kg / m ² , com diagnóstico de migrânea com base na ICHD-III. 2ª amostra: grupo migrânea e obesidade (n = 37) e grupo controle sem migrânea (n = 37), pareados em idade e IMC	Questionário sociodemográfico, FSFI, Escala de Depressão de 20 itens do <i>Center for Epidemiologic Studies (CES-D)</i> , GAD-7 e aplicativo diário de cefaleia	As taxas de DSF entre as mulheres com migrânea e obesidade em idade reprodutiva foram semelhantes ao grupo controle. A obesidade contribuiu diretamente para a DSF, afetando o desejo e a função sexual. A ansiedade foi associada a um aumento de aproximadamente 15% mais chances de DSF, enquanto que a depressão não apresentou correlação.
Bond et al., 2017	Transversal	60 mulheres diagnosticadas com migrânea com ou sem aura com base nos critérios da ICHD-III, idade entre 18 e 40 anos e com relacionamento sexual ativo	Questionário sociodemográfico semiestruturado, MIDAS e FSFI	78,3% das participantes apresentaram DSF. Todos os domínios da função sexual foram afetados nas migrantes. A duração, frequência e intensidade da migrânea tiveram efeito no funcionamento sexual. A dor e a hipersensibilidade foram as principais causas das DSF.

Tabela 1: Resumo dos artigos selecionados para esta revisão.

No estudo de Pradeep et al. (2019), 78,3% das mulheres com migrânea apresentaram DSF e todos os domínios da resposta sexual (desejo ou libido, excitação, lubrificação vaginal,

capacidade de atingir o orgasmo e satisfação orgástica) foram afetados. O desejo sexual apresentou correlação negativa significativa com a duração dos episódios agudos de migrânea. A duração de cada episódio, a intensidade e a frequência da migrânea tiveram efeito sobre o funcionamento sexual, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores do FSFI e os diferentes graus de gravidade do MIDAS. A dor e a sensibilidade foram os principais fatores responsáveis pela DSF. Isso corrobora com os achados de Bestepe et al. (2011), que descobriram em seu estudo que todos os aspectos da saúde sexual em pacientes com migrânea são mais prejudicados do que os controles saudáveis e que os tipos de DSF mais comuns nas migrantes são os transtornos do desejo e da excitação.

Eraslan et al. (2014), não encontraram correlação entre a disfunção sexual com a frequência ou gravidade da migrânea nem com o escore ou grau do MIDAS, mesmo 40% das participantes encontrando-se na sua categoria mais grave. Já a duração da migrânea ou o número de ataques por mês foram relacionados com sintomas depressivos. A depressão afetou significativamente todos os domínios da função sexual, mas não foi relatada correlação entre ansiedade e DSF. Isso assemelha-se em partes com os achados de Ghajarzadeh et al. (2014) e Ifergane et al. (2008), onde a migrânea foi associada a diferentes problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, falta de sono, medo, perda de autoestima, luto e disfunção sexual.

Bond et al. (2017) descobriram que as taxas de DSF entre as mulheres com migrânea e obesidade em idade reprodutiva foram semelhantes ao grupo controle. Os resultados mostraram que a obesidade contribui diretamente para a DSF por meio de níveis mais baixos do desejo sexual ou por fatores biológicos ou psicológicos relacionados. Semelhante aos resultados de Eraslan et al. (2014), a frequência, a intensidade da dor e a duração do ataque de migrânea não contribuíram para o aumento do risco de DSF. Diferindo dos resultados sobre os distúrbios psicológicos, em vez da depressão, os sintomas de ansiedade mais graves foram associados a um aumento de aproximadamente 15% nas chances de DSF.

Os distúrbios mais comuns estão relacionados ao desejo, sendo o DSH é o problema mais comum para as mulheres, enquanto que a aversão sexual é rara. As taxas de prevalência de queixas de excitação, orgasmo e dor são semelhantes. A prevalência média de mulheres com dificuldades de desejo foi de 64%, dificuldades de excitação 31%, dificuldades de orgasmo 35% e dor sexual 26% (WRIGHT, O'CONNOR, 2015).

4 CONCLUSÃO

Os estudos existentes sugerem que todos os domínios da DSF (desejo ou libido, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) são alterados em mulheres com migrânea, sendo os transtornos do desejo e os transtornos da excitação os tipos de DSF mais frequentes. A intensidade, duração e frequência das crises de migrânea não contribuíram para o aumento do risco de DSF, mas a obesidade, depressão e os sintomas de ansiedade sim.

A relação entre migrânea e DSF é um tema relativamente novo e ainda não é totalmente esclarecido, devendo-se ao fato de haver pouca evidência científica e os resultados serem conflitantes. Visando assim um maior entendimento, faz-se necessária a realização de mais estudos na área com critérios avaliativos bem definidos, protocolos padronizados, bem como o uso de instrumentos validados para coleta de dados.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, M. et al. The prevalence of female sexual dysfunction among migraine patients. **Iranian journal of neurology**, v. 14, n. 1, p. 8-11, 2015.
- BESTEPE, E. et al. Sexual dysfunction in women with migraine versus tension-type headaches: a comparative study. **International journal of impotence research**, v. 23, n. 3, p. 122-127, 2011.
- BOND, D. S. et al. Sexual dysfunction in women with migraine and overweight / obesity: relative frequency and association with migraine severity. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 57, n. 3, p. 417-427, 2017.
- CAREZZATO, N. L.; HORTENSE, P. Migrânea: etiologia, fatores de risco, desencadeantes, agravantes e manifestações clínicas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 334-342, 2014.
- CHAO, J.K. et al. Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults. **J Sex Marital Ther**, v. 37, n. 5, p. 386-403, 2011.
- CHEN, C. H et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 52, n. 1, p. 3-7, 2013.
- CLAYTON, A. H.; GROTH, J. Etiology of female sexual dysfunction. **Women's Health**, v. 9, n. 2, p. 135-137, 2013.
- ERASLAN, D. et al. The relation of sexual function to migraine-related disability, depression and anxiety in patients with migraine. **The journal of headache and pain**, v. 15, n. 1, p. 32, 2014.
- GALDINO, G. S. Cefaleias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não neurologistas. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 65, n. 3a, p. 681-684, 2007.
- GHAJARZADEH, Mahsa et al. Depression, poor sleep, and sexual dysfunction in migraineurs women. **International journal of preventive medicine**, v. 5, n. 9, p. 1113-1118, 2014.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed. 6ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- IFERGANE, G. et al. Not only headache: higher degree of sexual pain symptoms among migraine sufferers. **The journal of headache and pain**, v. 9, n. 2, p. 113-117, 2008.
- INTERNATIONAL HEADECHE SOCIETY (IHS). The International Classification Headache Disorders. 3ª edition (beta version). **Cephalalgia**, v. 33, n.9, p. 627-808, 2013.
- INTERNATIONAL HEADECHE SOCIETY (IHS). The International Classification Headache Disorders. 3ª rd edition (ICHD-3). 2018. **Cephalalgia**, v. 38, n.1, p. 1-211, 2018.
- KHAJEHEI, M. et al. An update on sexual function and dysfunction in women. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 3, p. 423-433, 2015.
- PRADEEP, R. et al. Prevalence and predictors of female sexual dysfunction in migraine. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 22, n. 3, p. 291, 2019.
- RIBEIRO, B. et al. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.

- SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, C. M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-353, 2015.
- SOUZA, N. E. et al. Cefaleia: migrânea e qualidade de vida. **Revista de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 23-26, 2015.
- SPECIALI, J. G. Cefaleias. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 63, n. 2, 2011.
- TSAI, T. F. et al. Female sexual dysfunction: physiology, epidemiology, classification, evaluation and treatment. **Urological Science**, v. 22, n. 1, p. 7-13, 2011.
- VETTORAZZI, J. et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 32, n. 4, p. 473-479, 2012.
- WHITNEY, V. R. **Acupuncture for Treatment of Acute Migraine: A Systematic Review**. 2011. Dissertação (Mestrado) - School of Physician Assistant Studies, Pacific University Oregon, Oregon. 2011
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Atlas of headache disorders and resources in the world 2011**. Geneva: World Health Organisation, 2011.
- WRIGHT, J. J.; O'CONNOR, K. M. Female sexual dysfunction. **Medical Clinics**, v. 99, n. 3, p. 607-628, 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Que esteve sempre ao meu lado, me dando força, sabedoria, ânimo e muita fé para não desistir e continuar lutando. A Ele, minha gratidão!

Aos meus pais, Luiz Gonzaga Gomes e Maria Leite Lopes Gomes, pela vida e o amor incondicional, companheirismo, zelo, renúncias, incentivo, paciência, confiança de que tudo iria dá certo e por sempre moverem céus e terras para dar a seus 8 filhos a melhor educação/formação. Pai, mãe, mais uma Luzi está se formando!

Aos meus oito irmãos por estarem sempre ao meu lado, torcendo, apoiando, encorajando e dando ânimo em todos os momentos. Amo vocês!

À minha irmã de alma e amiga de infância, Neide Leite, por acreditar em mim, muito mais que eu mesma, pela torcida, compreensão e amizade ao longo de todos esses anos.

Ao meu noivo, Odillon Marques, pelo amor, incentivo, companheirismo, carinho, paciência e compreensão da minha ausência todas as vezes que não pudemos estar juntos.

A todos os colegas da turma 66, especialmente ao meu grupo amado: Caio Henrique, Anne Caroline, Danielle Alves, Ianne Medeiros, Taynah Lopes e Mayara Gondim por todas as risadas, sintonia, amizade, palavras de conforto e incentivo, conhecimentos compartilhados, enfim, por tudo que vivemos dentro e fora da UEPB.

Às queridas orientadora e coorientadora, professora Carlúcia Ithamar e Mírian Celly pelo suporte com suas correções e pela orientação repleta de conhecimento, sabedoria, dedicação, prontidão, compreensão e paciência.

À minha banca, por aceitarem participar desse momento, por toda ajuda, disponibilidade e empenho.

A todos os professores da E.M.E.F. Jacinta Chaves Paulo, do Colégio Diocesano Dom João da Mata, do Colégio Panorama e da UEPB por os ensinamentos, dedicação, persistência, apoio e amizade. Vocês foram meu espelho e são a base dessa conquista!

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada!