

Elibrya™

Material Técnico

Elibrya™

Material Técnico

Identificação

Correção:

Teor: Não aplicável.

Umidade / perda por dessecação: Aplicável.

Avaliar o fator correspondente ao teor e/ou umidade de acordo com lote adquirido verificando no certificado de análise e também sob avaliação farmacêutica da **especificação** e da **prescrição**.

Fórmula Molecular: Não aplicável

Peso Molecular: Não aplicável

DCB: Não aplicável.

CAS: Não aplicável.

INCI: Anacyclus pyrethrum Root Extract

Sinonímia: Akarkara, Pellitory root extract, Pellitory, Aqar Qarha, Akarakarabha, Camomila espanhola.

Aparência Física: Pó fino de coloração marrom claro a marrom.

Composição: Padronizado em no mínimo $\geq 10\%$ de amidas graxas

Características Especiais

- Certificação Kosher
- Certificação Halal
- Certificação Orgânica
- Produto GMO-livre
- Produto vegano
- Produto de origem natural
- Produto livre de glúten
- Produto livre de lactose

Aplicações

Propriedades:

- Atividade dopaminérgica
- Atividade androgênica
- Redução de prolactina (freio fisiológico da libido)
- Ação vasodilatadora genital (Óxido Nítrico e VIP) Afrodisíaco
- Adaptógeno
- Antiestresse
- Nootrópico
- Atividade espermato gênica
- Potencial anabólico

Indicações:

- Aumento da libido, excitação, função e satisfação sexual
- Aumento da lubrificação vaginal e conforto
- Auxiliar no transtorno de desejo sexual hipoativo
- Auxiliar nos distúrbios de excitação
- Disfunção erétil
- Sustentação da ereção
- Ejaculação precoce
- Melhora do desempenho sexual
- Reduz ansiedade por desempenho sexual
- Fertilidade masculina (espermato gênese)
- Adjuvante em hipogonadismo
- Fadiga física e mental
- Estresse emocional
- Performance física

Vias de Administração/ Posologia ou Concentração: Via oral. 150mg, uma vez ao dia.
Administração contínua.

Observações Gerais: Não aplicável.

Farmacologia

Mecanismo de Ação: Elibrya™ possui uma padronização exclusiva de **no mínimo 10% de amidas graxas, que são responsáveis por toda atividade afrodisíaca no organismo de mulheres e homens.** Elibrya™ atua nos 4 pilares fisiológicos da função sexual. O ciclo sexual da mulher depende da integração de quatro sistemas fisiológicos coordenado por hormônios, neurotransmissores, sistema vascular e componente psicoemocional. Elibrya™ atua em pontos-chaves desta integração e tem impacto em todas as fases do ciclo sexual: estímulo, desejo, excitação e orgasmo. Elibrya™ modula os níveis de testosterona em homens e mulheres, otimizando os níveis fisiológicos deste hormônio, bem como reduzindo os níveis da prolactina, um importante freio biológico da dopamina e conseqüentemente do desejo, motivação e busca do prazer. O aumento da testosterona se dá possivelmente pelo aumento da sinalização hipotalâmica, favorecendo o equilíbrio do eixo gonadotrófico. Elibrya™ também influencia os níveis de neurotransmissores importante para a função sexual, principalmente a dopamina. Ao melhorar os níveis de testosterona e reduzir a prolactina, Elibrya™ ativa as vias dopaminérgicas, aumentando a libido e excitação. Estudos pré-clínicos demonstraram aumento dos níveis de dopamina em camundongos, o que reforça o mecanismo de ação em humanos. Ao inibir a acetilcolinesterase, Elibrya™ preserva a acetilcolina, fundamental para a lubrificação inicial e para as **contrações rítmicas da fase orgástica.** Elibrya™ contribui para a manutenção dos níveis de acetilcolina ao inibir a acetilcolinesterase. E como melhora os níveis de

testosterona livre, estimula a expressão da enzima eNOS e potencializa a resposta de relaxamento vaginal via VIP (peptídeo intestinal vasoativo), contribuindo com a ação do estrogênio, que é o protagonista nas funções de lubrificação, vasodilatação, tumescência e sensibilidade clitoridiana. Ainda, Elibrya™ tem atividade adaptógena e é capaz de modular os níveis de cortisol em condições de estresse crônico, auxiliando o sistema parassimpático a voltar ao seu estado de base, sem impactar negativamente na resposta sexual.

Sistema envolvido	Biomarcador	Impacto do Elibrya	Resultado Clínico
 HORMONAL	Testosterona	Modulação da testosterona	Modulador central da libido. Ativa vias dopaminérgicas. Motivação e prazer sexual, energia física e mental
	Prolactina	Redução	Prolactina principal inibidor de dopamina, diminui desejo e pode suprimir eixo gonadal. Envolvida na resolução da resposta sexual.
 NEUROCOGNITIVO	Dopamina	Ativação das vias dopaminérgicas*	Aumenta motivação, desejo, excitação sexual
	Acetilcolina	Inibição da acetilcolinesterase**	Preservação da acetilcolina envolvida na função erétil, lubrificação e vasodilatação
 VASCULAR	Óxido Nítrico	Testosterona aumenta produção de óxido nítrico	Essencial para vasodilatação na região genital
	VIP (peptídeo intestinal vasoativo)	Testosterona facilita a resposta de relaxamento vaginal induzida pelo VIP	Essencial para vasodilatação na região genital
 PSICOEMOCIONAL	Cortisol	Ação adaptógena. Modulação do cortisol**	Estresse crônico, cansaço físico, energia física e mental

*Redução de prolactina e aumento de testosterona levam ao aumento de dopamina. Evidências in vivo demonstram aumento de dopamina com anacyclus pyrethrum.

** Estudos pré-clínicos em neuroproteção e depressão demonstram efeito positivo sobre cortisol e acetilcolina

Além de Elibrya™ aumentar a testosterona livre, também modula os receptores androgênicos de forma significativa. Elibrya™ garante que o sinal da testosterona seja efetivamente recebido e processado pelas células.

Efeitos Adversos: No estudo clínico, nenhum efeito adverso relatado foi relacionado com o uso do produto.

Contraindicações / Precauções: SOMP, gravidez, lactação, doenças relacionadas a prolactina. Hiperandrogenismo. Mulheres em uso de terapias supressoras de GnRH. Em todos estes casos, deve-se indicar com precaução e de forma individualizada pela decisão do prescritor responsável, pois Elibrya™ pode agir a nível hipotalâmico estimulando GnRH e aumentando testosterona. Elibrya também reduz níveis de prolactina, por isso é contraindicado em mães lactentes. Em pessoas com alguma condição relacionada a excesso ou déficit de prolactina, também deve ter a prescrição avaliada pelo prescritor responsável.

Referências Científicas

As disfunções sexuais femininas

As queixas sexuais femininas variam significativamente de acordo com a fase da vida, sendo influenciadas por fatores biológicos, hormonais e psicossociais. De forma geral, a prevalência global de alguma queixa sexual atinge cerca de 43% das mulheres. ^{1,2} No Brasil, até 67% de mulheres entre 40 a 60 anos podem apresentar uma disfunção sexual. Até 78% de mulheres com alguma condição médica crônica também apresentam uma disfunção sexual. E mulheres entre 18 e 40 também são afetadas, variando entre 13 a 37% desta população, dependendo da metodologia de estudo. ³ Estes números demonstram claramente a proporção e importância que estas disfunções sexuais têm na população feminina.

Nas mulheres em fase reprodutiva, as queixas costumam estar ligadas a fatores de estilo de vida, estresse e eventos reprodutivos (como pós-parto e amamentação).

- **Desejo Sexual Hipoativo:** É a queixa mais prevalente, afetando cerca de 22% das mulheres em estudos populacionais amplos. Entre mulheres de 18 a 44 anos, cerca de 8,9% relatam baixo desejo acompanhado de sofrimento pessoal.^{1,2,4}
- **Dificuldades de Excitação e Lubrificação:** Afetam aproximadamente 14% das mulheres nessa faixa etária.¹
- **Dispareunia (Dor na Relação):** Acomete cerca de 7% das mulheres jovens, podendo estar associada ao uso de anticoncepcionais orais ou infecções.^{1, 2}
- **Dificuldade em Atingir o Orgasmo:** Embora as taxas variem muito em metanálises, é uma queixa frequente em mulheres em idade reprodutiva.¹

Com a transição menopausal (perimenopausa) e a queda acentuada do estradiol, as queixas tornam-se mais frequentes e severas, atingindo entre **76% e 87%** das mulheres em amostras clínicas.

- **Declínio do Interesse Sexual:** Há um declínio acentuado no desejo, correlacionado diretamente à flutuação hormonal e ao declínio do bem-estar psicossocial.
- **Secura Vaginal e Dispareunia:** Devido à atrofia vulvovaginal (síndrome geniturinária da menopausa), a falta de lubrificação e a dor na penetração tornam-se as queixas físicas dominantes.
- **Diminuição da Resposta Sexual:** A perda de hormônios resulta em redução do fluxo sanguíneo genital e da percepção sensorial, dificultando a excitação e o alcance do orgasmo.
- **Dificuldade Orgástica:** Em mulheres entre 50 e 74 anos, a dificuldade em atingir o orgasmo é uma das reclamações mais reportadas.^{1, 2}

As disfunções sexuais femininas podem ser divididas em categorias de desejo, excitação, orgasmo ou dor. No quadro abaixo, estão reunidas disfunções que podem até mesmo se sobreporem, a depender da fonte consultada (CID-11 ou DSM-5).

Categoria	Nome da Disfunção	Descrição Principal (Baseada nas Fontes)
 Desejo	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH)	Deficiência ou ausência persistente de pensamentos, fantasias e desejo de atividade sexual (mantido como categoria separada na CID-11)
 Excitação	Disfunção da Excitação Sexual Feminina (DESF)	Incapacidade persistente de atingir ou manter a resposta física de lubrificação e tumescência (inchaço) genital durante o ato (CID-11)
 Desejo / Excitação	Transtorno do Desejo/Excitação Sexual Feminino (TIESF)	Categoria unificada no DSM-5 que reconhece que a falta de interesse mental e a dificuldade física frequentemente ocorrem juntas
 Orgasmo	Transtorno Orgástico Feminino (Anorgasmia)	Retardo acentuado, infrequência rara ou ausência total de orgasmo, ou redução significativa na intensidade da sensação orgástica
 Dor	Transtorno de Dor na Genitália/Penetração (TDGPP)	Categoria do DSM-5 que unificou as queixas de dor e espasmo muscular, incluindo medo ou ansiedade antes da penetração
	Dispareunia	Dor persistente ou recorrente na genitália antes, durante ou após a penetração
	Vaginismo	Contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico que dificulta ou impede a penetração
	Vulvodinia	Dor vulvar crônica persistente (como queimação) que ocorre mesmo sem estímulo sexual direto ou penetração.

Tabela 1. Disfunções sexuais femininas

CrITÉRIODE DIAGNÓSTICO: Para serem consideradas disfunções, as queixas devem persistir por pelo menos seis meses e ocorrer em **75% a 100%** das interações e causar **sofrimento pessoal significativo**

DiferenÇANOS MANUAIS: Enquanto o **DSM-5** tende a unificar categorias (como desejo e excitação), a **CID-11** prefere mantê-las separadas para facilitar diagnósticos e pesquisas clínicas específicas.

E além da própria fase da vida da mulher, diversos fatores são associados as disfunções sexuais femininas são divididas em diferentes categorias, como colocado na tabela abaixo⁴ e definida pela FEBR ASGO.

Categoria	Fatores Associados
Condições médicas	Diabetes, hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, dor pélvica crônica, depressão, ansiedade, hipoestrogenismo, hiperprolactinemia, hipoandrogenismo
Medicamentos	Benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina (ISRSs), antipsicóticos antidopaminérgicos, antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona), betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), anti-hipertensivos de ação central (metildopa e reserpina), bloqueadores H2 histamina (cimetidina, ranitidina), anticoncepcionais hormonais
Didáticas (relacionais)	Relação conflituosa de longa duração; rotina relacional; ausência do ritual de sedução; preliminares insuficientes; disfunção sexual da parceria
Aspectos socioculturais	Costumes, valores, tabus e mitos; autoestima rebaixada; valores negativos em relação à sexualidade
Violência sexual	Abuso sexual, estupro
Quebra de contrato	Traições cursam com desejo sexual hipoativo (DSH) e dificuldade de entrega
Repressão sexual	Familiar, religiosa e social no processo de formação da sexualidade; induz ao sentimento negativo em relação à sua sexualidade e inibe a expressão sexual
Hormonais	Hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipoestrogenismo e hipoandrogenismo; anticoncepcionais hormonais
Desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual	Repertório sexual limitado, inibição, dificuldade de entrega
Disfunção sexual prévia	Alteração em uma fase da resposta pode desencadear disfunção em outra fase. Ex: anorgasmia primária pode levar ao DSH, disfunção de excitação ou dor durante a relação

Tabela 2. Fatores associados com disfunções sexuais.

A resposta sexual feminina

Rosemary Basson⁵ revolucionou a sexologia clínica ao propor, em 2000, o modelo de resposta sexual não linear ou circular, que reconhece que a motivação feminina para o sexo é muito mais complexa e dependente da intimidade do que o modelo linear masculino.

Diferente dos homens, que frequentemente iniciam o ciclo com um impulso biológico ("fome sexual"), muitas mulheres funcionalmente saudáveis começam a interação em um estado de neutralidade sexual. Elas não estão necessariamente pensando em sexo ou sentindo um desejo espontâneo no momento inicial. A decisão de iniciar ou aceitar um estímulo sexual no modelo de Basson nasce de motivações psicossociais, como a busca por intimidade emocional, demonstração de afeto, desejo de agradar ao parceiro ou simplesmente para aumentar a sensação de bem-estar e proximidade. A exposição a estímulos adequados gera primeiro a excitação (física e subjetiva). E o surgimento do desejo é o processamento mental positivo dessa excitação que desperta o desejo responsivo, não

necessariamente um desejo espontâneo. O objetivo final da atividade sexual para a mulher, neste modelo, não é obrigatoriamente o orgasmo físico, mas sim a obtenção de satisfação emocional e física (sentimento de conexão e segurança). Esse resultado positivo atua como um reforço biocomportamental, aumentando a disponibilidade (willingness) da mulher para entrar no ciclo novamente no futuro.

A medicina deixou de considerar a ausência de desejo espontâneo (especialmente em relacionamentos de longa duração) como uma disfunção automática. Ele ajuda a entender que a saúde sexual feminina depende fortemente do contexto interpessoal e da qualidade da intimidade do casal.



Figura 1. Modelo de resposta sexual circular de Basson, 2000. ⁵

A neurobiologia da resposta sexual

Esse modelo circular da resposta sexual feminina vai de encontro com a própria neurobiologia do desejo da mulher. A neurobiologia do desejo feminino é um processo altamente complexo que envolve a integração de hormônios, neurotransmissores e circuitos cerebrais. O desejo não é um evento isolado, mas o resultado de um equilíbrio dinâmico entre sistemas que "aceleram" e sistemas que "freiam" a resposta sexual.

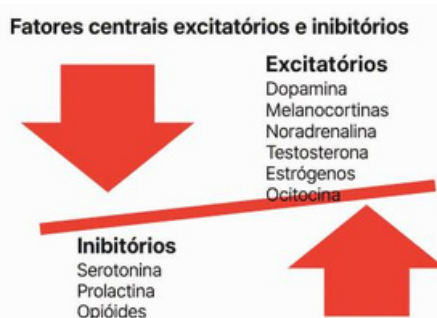


Figura 2. Fatores excitatórios e inibitórios da resposta sexual.

Os hormônios preparam o cérebro e os tecidos genitais para a resposta sexual. A testosterona é o androgênio primário responsável pela libido central. Ela se liga a receptores em áreas límbicas do cérebro, estimulando diretamente a síntese e a liberação de dopamina, o que impulsiona a motivação antecipatória. A testosterona também auxilia o estradiol para manter a integridade dos tecidos e a lubrificação, além de regular a expressão da enzima eNOS, facilitando a resposta vascular necessária para a excitação. A prolactina atua como um "freio biológico". Naturalmente, ela aumenta após o orgasmo para sinalizar saciedade e resolução. Em níveis cronicamente elevados, ela inibe diretamente as vias dopaminérgicas, "desligando" o desejo. E mesmo quando em níveis fisiológicos, a redução da prolactina, pode melhorar significativamente a sinalização dopaminérgica e, consequentemente, a função sexual.

Os benefícios de saúde do sexo em homens e mulheres

A atividade sexual regular é considerada um indicador dinâmico de resiliência fisiológica, estabilidade psicológica e longevidade. O ato sexual desencadeia uma cascata de ajustes neuroendócrinos e imunobiológicos que oferecem benefícios tanto imediatos quanto de longo prazo para diversos sistemas do corpo. Os principais benefícios são:

1. Saúde Cardiovascular e Longevidade

- **Exercício Físico:** A atividade sexual é uma forma de esforço físico leve a moderado, demandando entre 2 e 5 METs (equivalentes metabólicos). Em homens jovens e saudáveis, uma sessão de 30 minutos pode queimar cerca de 101 calorias.¹¹
- **Redução da Mortalidade:** Estudos epidemiológicos mostram uma forte relação inversa entre a frequência sexual e a mortalidade. Indivíduos que praticam sexo semanalmente (mais de 52 vezes por ano) apresentam uma redução de 49% na mortalidade geral, além de taxas significativamente menores de morte por doenças cardíacas e câncer.¹¹
- **Proteção Cardíaca:** O pico controlado de frequência cardíaca e pressão arterial durante o orgasmo pode induzir o "pré-condicionamento isquêmico", melhorando a resiliência do miocárdio.¹¹

2. Função Cognitiva e Memória

- **Saúde Cerebral:** A atividade sexual está ligada à preservação da função cognitiva em populações idosas. Em adultos de 75 a 90 anos, a frequência sexual semanal prediz melhores pontuações em testes cognitivos (MoCA) cinco anos depois.¹²
- **Memória Verbal:** Em mulheres jovens (18 a 29 anos), a frequência de relações sexuais está associada a uma melhor memória verbal (recordação de palavras abstratas). Acredita-se que isso ocorra porque o sexo estimula a neurogênese no hipocampo, a região do cérebro responsável pela memória.¹²

3. Fortalecimento do Sistema Imunológico

- **Imunoglobulina A (IgA):** Existe uma relação em formato de "U invertido" entre a frequência sexual e os níveis de IgA salivar, a primeira linha de defesa contra patógenos mucosais. O benefício máximo (um aumento de cerca de 30% na IgA) é observado em quem pratica sexo de 1 a 2 vezes por semana.¹³
- **Defesa Viral:** Em homens, o orgasmo (mesmo via masturbação) pode elevar temporariamente a contagem de glóbulos brancos, especificamente as células "*natural killer*" (NK), aumentando a defesa contra vírus.¹⁴

4. Sono, Estresse e Alívio da Dor

- **Qualidade do Sono:** O orgasmo libera uma cascata hormonal que inclui prolactina (que consolida os estágios do sono restaurador), ocitocina e endorfinas, que agem como sedativos naturais.¹⁵
- **Redução do Estresse:** A atividade sexual ajuda a reduzir os níveis de cortisol (o hormônio do estresse), resultando em menor pressão arterial e melhor capacidade de enfrentamento no dia seguinte.^{15,16}
- **Analgesia Natural:** A liberação de endorfinas durante o clímax proporciona alívio para enxaquecas (com melhora relatada por 60% dos pacientes) e dores de cabeça em salvas. Também pode ajudar a reduzir cólicas menstruais.¹⁶

5. Benefícios Específicos por Gênero

- **Homens (Saúde da Próstata):** A alta frequência de ejaculação (21 ou mais vezes por mês) está ligada a uma redução de até 31% no risco de câncer de próstata. Acredita-se que a ejaculação regular ajude a "limpar" a próstata de secreções estagnadas e potenciais substâncias cancerígenas.¹⁷
- **Mulheres (Saúde Pélvica):** O sexo e os orgasmos melhoram a força da musculatura do assoalho pélvico através de contrações involuntárias rítmicas. Além disso, a atividade sexual regular protege contra a atrofia vaginal pós-menopausa, mantendo a elasticidade e a vascularização dos tecidos.¹⁸

6. Bem-Estar Psicológico

A vida sexual saudável está associada a uma melhor autoestima, redução de sintomas de depressão e ansiedade, e maior satisfação geral com a vida. Para alguns, ter relações sexuais pelo menos uma vez por semana gera um aumento na felicidade subjetiva equivalente a um ganho financeiro considerável

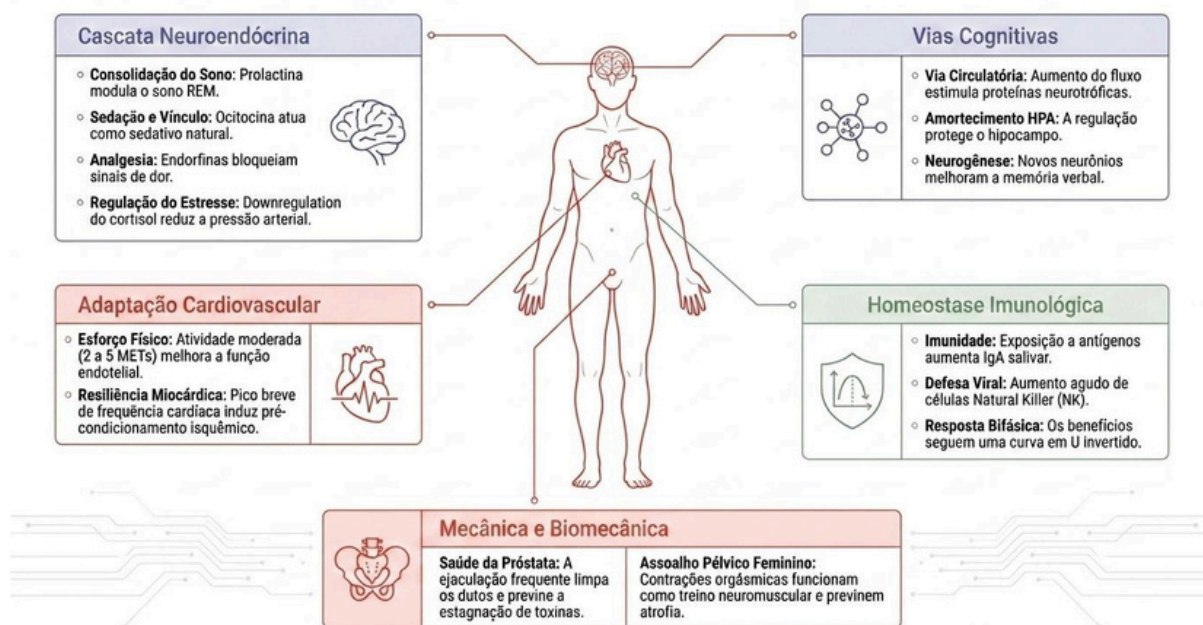


Figura 4. Atividade sexual e resiliência biológica. Os benefícios do sexo na saúde humana.

Elibrya™ – Da libido a performance sexual

Elibrya™ é um ativo inovador derivado da *Anacyclus pyrethrum* (Akarkara), com **padronização exclusiva em ≥ 10% de amidas graxas**, substâncias responsáveis por **eficácia clínica superior** na libido feminina e masculina. Foi desenvolvido para atuar simultaneamente nos quatro pilares fisiológicos da função sexual: hormonal, neurocognitivo, vascular e psicoemocional.

Elibrya™ modula os receptores androgênicos

Mesmo com níveis normais de testosterona, a mulher ainda pode apresentar baixa libido. Isso acontece, pois a correlação entre os níveis séricos de testosterona circulante e a intensidade da libido não é linear. Existe uma ampla variação individual na sensibilidade dos receptores androgênicos centrais em mulheres.

Isso explica por que algumas mulheres mantêm uma libido ativa mesmo com níveis séricos (no sangue) baixos de testosterona, enquanto outras podem precisar de otimização hormonal para que os receptores sejam devidamente estimulados.

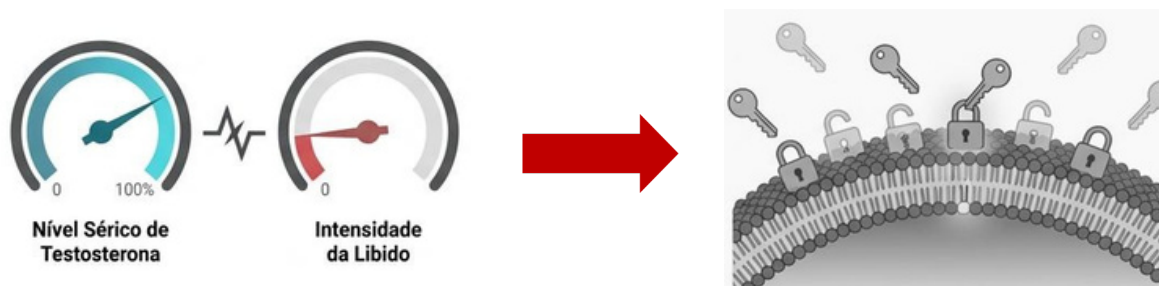
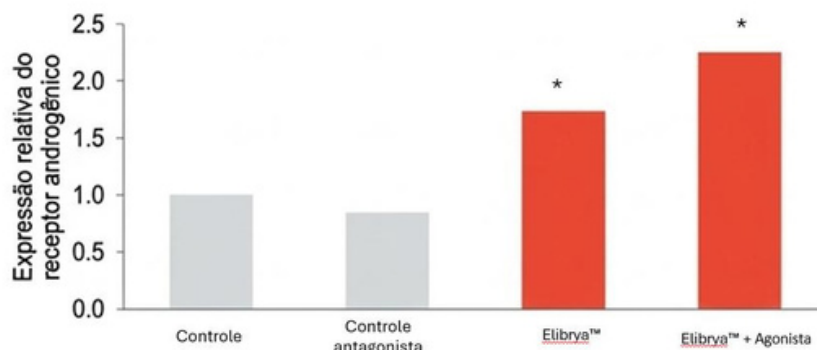


Figura 13: Libido depende da sensibilidade dos receptores androgênicos, não somente da testosterona livre.

Foi avaliada a atividade de Elibrya™ sobre receptores androgênicos em um teste clássico de biologia molecular, onde foi mensurado a expressão de receptores androgênicos após a exposição ao Elibrya™.



(*) significativo em relação ao controle (células s/ tratamento);

Figura 14. Expressão de receptores androgênicos após tratamento com Elibrya™



Elibrya™ aumenta a libido central por aumentar a testosterona livre e modular os receptores androgênicos.

Resultados clínicos de Elibrya™

De acordo com estudo clínico randomizado, duplo-cego e placebo-controlado, conduzido com 100 pacientes, sendo homens e mulheres saudáveis, entre 21 e 50 anos, a intervenção com Elibrya®, na dose de 150 mg, por 9 semanas, demonstrou melhora em todos os parâmetros avaliados.

Os objetivos do estudo foram:

- Avaliar o efeito da suplementação de Elibrya™ (Anacyclus pyrethrum) padronizado em no x sobre o desejo sexual, a excitação sexual e a função sexual global em indivíduos adultos saudáveis.
- Avaliar as alterações em marcadores fisiológicos e psicológicos da saúde sexual.
- Examinar a segurança e a tolerabilidade da suplementação com Elibrya™ em adultos saudáveis.

Os desfechos primários e secundários avaliados envolveram questionários psicométricos validados para função sexual feminina e masculina, exames de sangue e espermograma.

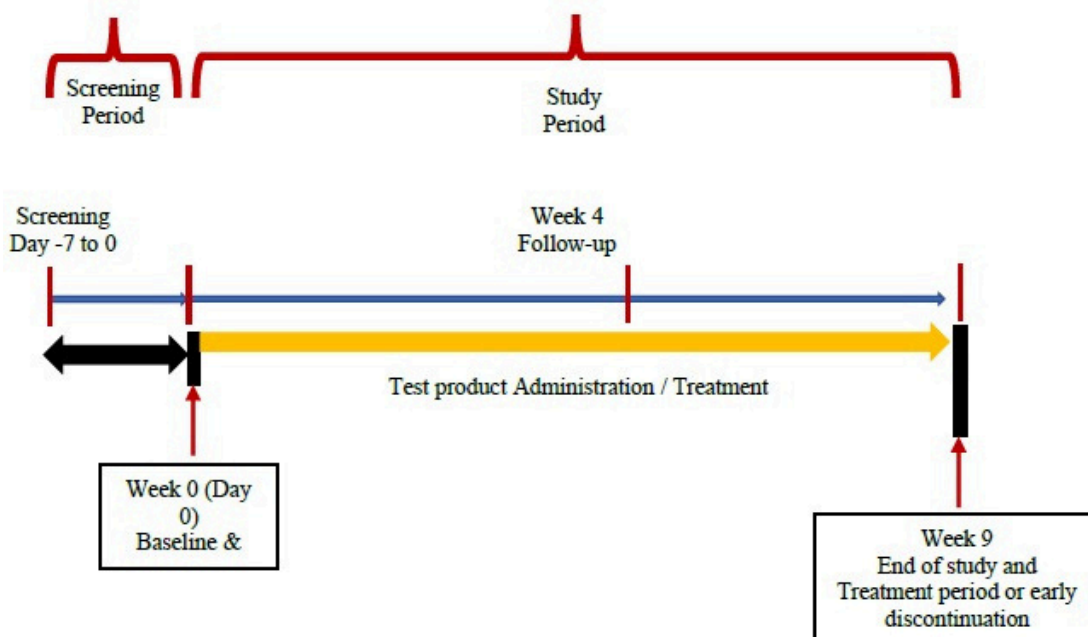


Figura 6. Fluxo do desenho do estudo.

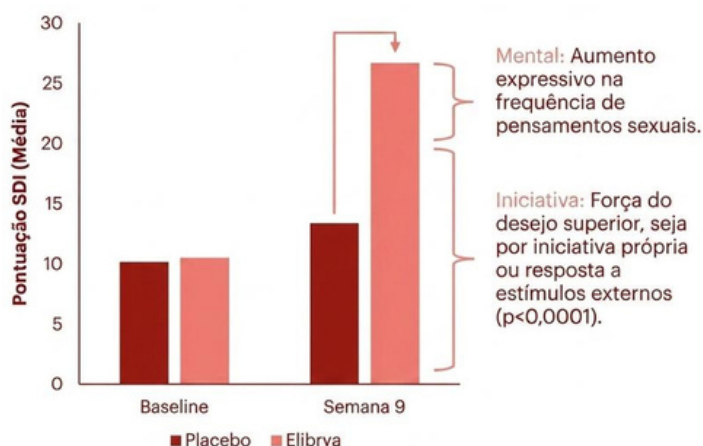
Resultados de Elibrya™ em mulheres

Em mulheres saudáveis Elibrya™ demonstrou que seu uso promove uma restauração abrangente da saúde sexual em 4 e 9 semanas, superando significativamente o placebo em todos os parâmetros avaliados. Os resultados revelaram um aumento de 174,5% no desejo sexual (SDI) e uma melhora de 71,6% na excitação (SAS). A função sexual global (FSFI) cresceu 70,4%, com avanços fundamentais no conforto físico, incluindo uma redução de 85% na dor (dispareunia) e melhoras nítidas na lubrificação natural e na facilidade em atingir o orgasmo, áreas onde o grupo placebo apresentou melhora nula [30, 160, Histórico]. Além da resposta física, as voluntárias relataram um ganho de 51% na satisfação sexual e uma evolução positiva na qualidade de vida (SF-36) e no bem-estar geral, confirmando a eficácia do ativo na recuperação da intimidade e da autoconfiança feminina.



Figura 7. Resultados clínicos de Elibrya™ em todas as etapas do ciclo sexual feminino.

Fase do Desejo



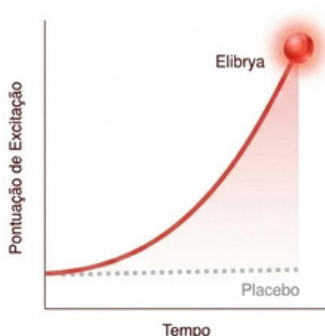
Elibrya™ melhorou significativamente tanto o desejo espontâneo quanto o desejo responsivo nas mulheres.

O desejo espontâneo surge sem um gatilho externo, é uma vontade intrínseca que melhorou com Elibrya.

O desejo responsivo surge com estímulo visual, presença, situações externas que tiram a mulher do ponto de neutralidade sexual.

De forma global, a pontuação total de desejo sexual nas mulheres tratadas com Elibrya™ aumentou **174,5%** (passando de uma média de 27,6 para **69,9**). A diferença entre os grupos foi altamente significativa (), confirmando que o ativo atua de forma robusta na restauração da libido feminina.

Fase da excitação



Globalmente, o escore de excitação nas mulheres tratadas com Elibrya™ aumentou **71,6%** em 9 semanas e é traduzido em dois fatores: aumento da frequência e força de excitação. As mulheres passaram a se sentir sexualmente excitadas com muito mais constância e o nível de intensidade da excitação sentida no momento do estímulo tornou-se significativamente mais forte. As mulheres relataram que as **sensações físicas associadas à excitação se tornaram muito mais prazerosas.**

Os resultados mostram que o tratamento torna mais fácil para a mulher atingir o estado de excitação quando exposta a estímulos sexuais. Elibrya™ também ajudou as mulheres a **permanecerem excitadas por mais tempo** durante a atividade sexual. Essa capacidade de manutenção da excitação é importante para a progressão satisfatória em direção ao orgasmo, onde o ativo também demonstrou superioridade absoluta frente ao placebo.

Enquanto o grupo placebo apresentou uma evolução modesta de apenas **19,4%**, o grupo Elibrya™ alcançou **71,6%** de melhora, provando ser uma intervenção robusta para mulheres que sofrem com distúrbios de excitação ou dificuldade em manter o engajamento físico e mental durante o ato sexual.

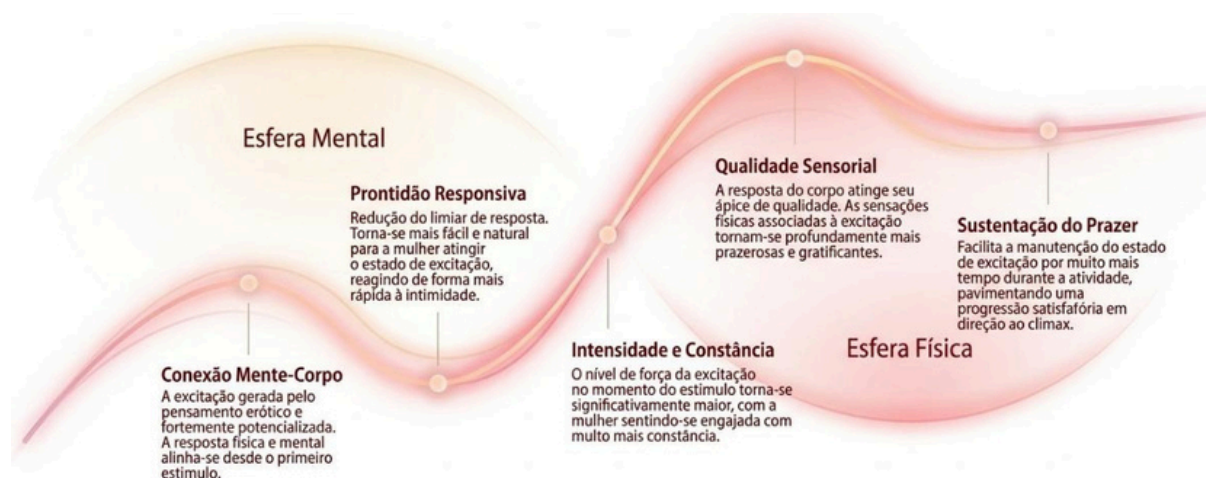
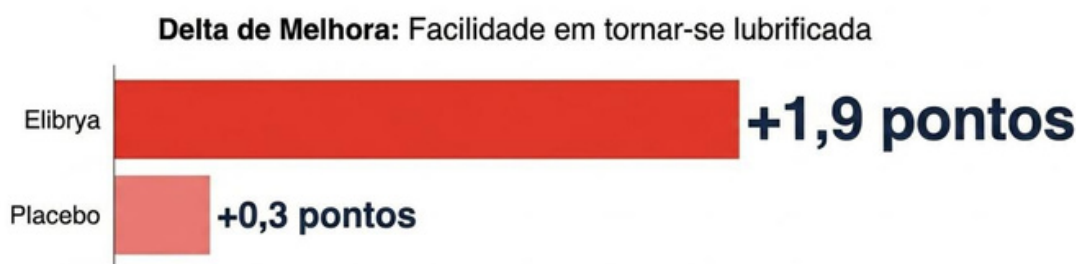


Figura 8. Elibrya na fase de excitação feminina.

Fase da lubrificação e conforto (redução da dor)



Elibrya auxilia na restauração e sustentação do mecanismo de lubrificação feminina, atuando tanto na prontidão inicial quanto na manutenção da umidade durante todo o ato sexual. As mulheres tratadas apresentaram uma **melhora de 1,9 pontos na facilidade em tornarem-se lubrificadas** ($p < 0,0001$), enquanto o grupo placebo não obteve progresso estatisticamente relevante nesse quesito. Um dos diferenciais mais robustos observados foi a capacidade de **manter a lubrificação até a conclusão do ato**.

A pontuação média para a frequência com que as mulheres ficavam lubrificadas saltou de **2,2 para 3,9** ao final de 9 semanas. A comparação entre os grupos confirmou uma diferença altamente significativa ($p = 0,0001$), provando que a melhora não é esporádica, mas sim uma restauração consistente da função.

Impacto Direto no Conforto e Redução da Dor

Essa melhora profunda na lubrificação está diretamente correlacionada com os resultados de **conforto físico**. O estudo registrou uma **redução de 85% na dor (dispareunia)** e uma melhora significativa no desconforto após a penetração. Ao melhorar a hidratação vaginal, o Elibrya™ ajuda a promover uma experiência sexual mais prazerosa e confortável.



Figura 9. Elibrya™

Fase do clímax

Com base nos dados detalhados dos questionários **FSFI** (Índice de Função Sexual Feminina) e **SSS** (Escala de Satisfação Sexual), podemos concluir que o **Elibrya™ aumenta a facilidade em chegar ao orgasmo e melhora a satisfação sexual**, atuando tanto na capacidade física de atingir o clímax quanto na qualidade emocional do relacionamento.

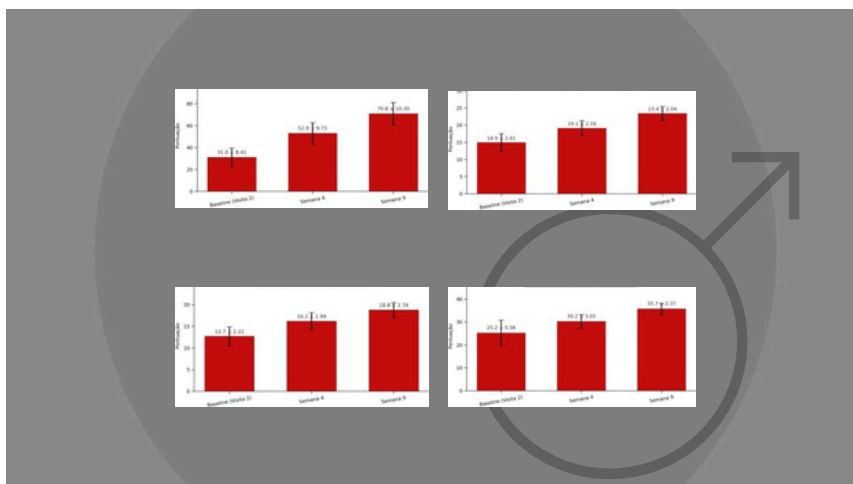
Enquanto as mulheres tratadas com o ativo apresentaram uma **melhora de 1,8 pontos na facilidade em atingir o orgasmo**, o grupo **placebo teve melhora nula (0,0)** nesse parâmetro. Isso prova que o ativo atua em mecanismos fisiológicos que facilitam o limiar do clímax. A regularidade com que as mulheres atingiram o orgasmo subiu de uma pontuação média de **2,4** para **3,7** ao final das 9 semanas. E a satisfação subjetiva das mulheres com sua capacidade orgástica aumentou significativamente, subindo de **2,7** para **4,2 pontos** ($p < 0,0001$).

A satisfação sexual total no grupo Elibrya™ teve um salto de **54,7%**, superando os 11,3% observados no placebo. Elibrya ainda proporcionou a mulher também a sensação de fortalecimento do vínculo afetivo com o parceiro. Aumentando a conexão e intimidade do casal.

Elibrya™ não apenas trata um sintoma isolado, mas promove uma **reconexão completa da mulher com o seu prazer e bem-estar**

Resultados alcançados em homens

O estudo clínico demonstrou que o uso do Elibrya™ promoveu melhoras significativas em múltiplos domínios da saúde sexual e reprodutiva masculina após 4 e 9 semanas de tratamento. Observou-se um aumento de 136,1% no desejo sexual (score SDI) e de 61,3% na excitação sexual (score SAS), indicando um impacto positivo superior ao placebo tanto na libido quanto na fase de prontidão para o ato. A função sexual global masculina, avaliada pelo índice IIEF, apresentou uma melhora de 51%, com avanços fundamentais na qualidade da ereção, na facilidade de penetração e na confiança do indivíduo.



Elibrya™ na excitação masculina e função erétil

O ativo apresentou resultados significativos na fase de excitação masculina, com o nível de intensidade da excitação sentida no momento do estímulo elevando-se de uma média inicial de 2,5 para 4,0 pontos (). Os dados indicam uma melhora na percepção do prazer sensorial e a eficácia da intervenção em manter o estado de prontidão por mais tempo. Observou-se que a capacidade de permanecer sexualmente excitado durante a atividade sexual foi ampliada, demonstrando uma correlação direta com a resposta fisiológica; esse desempenho é corroborado pelo índice de 96,6% na sustentação da ereção (IIEF), o que confirma que a manutenção da excitação mental se traduz em firmeza física e funcional até a conclusão do ato.

A autopercepção de confiança do homem em obter e manter a ereção também aumentou e isso indica uma redução da ansiedade de desempenho, fator que frequentemente compromete a função erétil.

Elibrya™ também melhorou a rigidez para penetração. O ativo demonstrou eficácia em aumentar a frequência com que as ereções atingem a firmeza necessária para a penetração, bem como a capacidade de manutenção da ereção.



Figura 11. Elibrya™ reduz a ansiedade de desempenho no homem.

Elibrya™ na saúde reprodutiva masculina

Na avaliação do espermograma, os resultados quanto a contagem, concentração e motilidade melhoraram significativamente com aumento de 50% na concentração espermática, 61% na contagem total de espermatozoides e 138% na motilidade ativa, acompanhados por uma redução de 60% na contagem de espermatozoides imóveis. O tratamento resultou em avanços consistentes em todos os parâmetros de análise seminal avaliados:

Elibrya™ em homens com disfunção erétil e ejaculação precoce

Em estudo clínico randomizado com homens diagnosticados com disfunção erétil e ejaculação precoce, 30 participantes, com idade entre 22 e 60 anos, avaliou a ação *Anacyclus pyrethrum* nestas disfunções sexuais masculinas.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: manutenção da ereção, tempo para ejaculação, tentativas de desempenho sexual, qualidade da ereção, ansiedade de desempenho, exaustão pós ato e frequência de relações.

Cada parâmetro foi avaliado por meio de uma Escala Analógica de Graduação (Grading Analog Scale) com as seguintes pontuações:

Frequência desejada de relações sexuais:

1: Sem desejo ou aversão ao ato; **2:** Desejo de relação no intervalo de 15 dias;
3: Desejo de relação no intervalo de 7 dias; **4:** Desejo de relação a qualquer momento

Ansiedade de desempenho

1: Muito grave; **2:** Grave; **3:** Leve; **4:** Nenhuma ansiedade

Ereção

1: Nenhuma ereção; **2:** Tem ereção, mas não consegue manter; **3:** Tem ereção, mas não consegue penetrar; **4:** Ereção com boa penetração

Tentativas de desempenho sexual:

o Graduado de 1 (nenhuma penetração) até 5 (penetração mais de três vezes em uma única noite)

Manutenção/Sustentação da ereção:

o 1: Nenhuma ereção; 2: Perda antes das preliminares; 3: Perda durante as preliminares; 4: Perda imediatamente após a penetração; 5: Consegue atingir o clímax (p. 5).

Período de Ejaculação

o 1: Ejaculação logo após a ereção; 2: Durante as preliminares; 3: Imediatamente após a penetração; 4: Ejaculação apenas no clímax

Exaustão pós-ato:

o 1: Nenhuma; 2: Leve; 3: moderado; 4:grave

Elibrya na manutenção da ereção em homens com disfunção erétil

Antes do tratamento, os pacientes apresentavam queda da ereção logo antes ou durante as preliminares (média de 2,41). Após 4 semanas, a média subiu para 4,75, o que significa que o grupo atingiu o estágio ideal onde a ereção é mantida de forma consistente até o clímax.

Além da manutenção, a qualidade da ereção em si melhorou 64,73%, fazendo com que os homens saíssem de um estado de incapacidade de penetrar para o estágio de ereção firme com boa penetração.

Desempenho sexual e ansiedade.

Antes do estudo, os pacientes conseguiam realizar no máximo uma ou nenhuma penetração por noite. Com o ativo, evoluíram para o estágio de conseguir realizar a penetração duas vezes na mesma noite. Os homens também se sentiram menor cansaço após o ato.

O estudo concluiu que o ativo é eficaz em reduzir a ansiedade de performance, levando os pacientes de um nível de ansiedade grave para um estado leve ou inexistente.

Farmacotécnica

Estabilidade (produto final): Não aplicável.

pH Estabilidade (produto final): Não encontrado nas referências bibliográficas pesquisadas.

Solubilidade: Parcialmentesolúvel em água em temperatura ambiente. Solúvel em água aquecida em 40a 50°C.

Excipiente / Veículo Sugerido / Tipo de Cápsula: Dilucap® Hygro. Cápsulas vegetais.

Orientações Farmacotécnicas: Farmacotécnica básica para manipulação de cápsulas. Para outras formas farmacêuticas seguir a farmacotécnica específica da base pretendida. Suporta aquecimento até 105°C.

Compatibilidades (para veículos): Não aplicável.

Capacidade de Incorporação de Ingredientes Farmacêuticos (para veículos): Não aplicável.

Incompatibilidades: Não encontrado nas referências bibliográficas pesquisadas.

Conservação / Armazenamento do insumo farmacêutico definido pelo fabricante: De acordo o critério de conservação do insumo definido pelo fabricante, sugerimos conservar o produto final em temperatura ambiente, porém cabe também avaliação farmacêutica conforme a formulação, sistema conservante e condições do produto.

Conservação / Armazenamento do produto final definido pelo farmacêutico RT da farmácia: De acordo o critério de conservação do insumo definido pelo fabricante, sugerimos conservar o produto final em temperatura ambiente, porém cabe também avaliação farmacêutica conforme a formulação, sistema conservante e condições do produto.

Formulações

Uso Oral

Aumento da libido, excitação, função e satisfação sexual feminina e masculina

Elibrya™	150mg
Dilucap® Hygro	Qsp 1 dose
Posologia: Tomar 1 dose ao dia, pela manhã	

Aumento da libido feminina via redução do cortisol e estresse crônico – fase reprodutiva e peri menopausa

Elibrya™	150mg
EVA360™	200mg
Dilucap® Hygro	Qsp 1 dose
Posologia: Tomar 1 dose ao dia, pela manhã	

Lubrificação, atrofia vaginal, dores na relação sexual em perie pós menopausa

Elibrya™	150mg
Ormonelle™	250mg
Dilucap® Hygro	Qsp 1 dose
Posologia: Tomar 1 dose ao dia, pela manhã	

Referências Bibliográficas

1. MESTON, Cindy M.; FROHLICH, Penny F. The neurobiology of sexual function. **Archives of General Psychiatry**, [s. l.], v. 57, n. 11, p. 1012-1030, nov. 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12252553_The_Neurobiology_of_Sexual_Function.
2. FAUBION, Stephanie S.; PARISH, Sharon J. Sexual dysfunction in women: Can we talk about it?. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, [s. l.], v. 84, n. 5, p. 367-376, maio 2017. Disponível em: <https://www.ccjm.org/content/84/5/367>.
3. WOLPE, Raquel E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [s. l.], v. 211, p. 26-32, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.018>.
4. Lara LA, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo. Febrasgo; 2018. (Protocolo Febrasgo - Ginecologia, nº 11/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).
5. Rosemary Basson (2000) The Female Sexual Response: A Different Model, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:1, 51-65, DOI: 10.1080/009262300278641
6. FELDMAN, H. A. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, v. 151, n. 1, p. 54-61, jan. 1994
7. ALTHOF, S. E. Prevalence, Characteristics and Implications of Premature Ejaculation/Rapid Ejaculation. *Journal of Urology*, v. 175, n. 3, p. 842-848, mar. 2006
8. N OVERVIEW of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. PMC, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9334580/>
9. DELAYED Orgasm and Anorgasmia. PMC - NIH, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4816679/>.
10. SHABSIGH, R. et al. Health issues of men: prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Journal of Urology*, v. 174, n. 2, p. 662-667, ago. 2005.
11. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Sexual Activity and Heart Disease. 2024. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/sex-and-heart-disease>.
12. INDIANA UNIVERSITY. Frequent sex is linked to better memory: Kinsey Institute. 2018. Disponível em: <https://news.iu.edu/kinseyinstitute/live/news/45755-frequent-sex-is-linked-to-better-memory>
13. WILKES, S. et al. Sexual frequency and salivary immunoglobulin A (IgA). *Psychological Reports*, v. 94, n. 3, p. 839-844, 2004.
14. INTERACTIONS of sexual activity, gender, and depression with immunity. **PubMed/PMC**, 2013/2015.
15. HAMBACH, A. et al. The impact of sexual activity on idiopathic headaches: an observational study. *Cephalalgia*, v. 33, n. 6, p. 384-389, 2013.
16. RIDER, J. R. et al. Ejaculation Frequency and Risk of Prostate Cancer: Updated Results with an Additional Decade of Follow-up. *European Urology*, v. 70, n. 6, p. 974-982, 2016
17. T k § S. The effect of pelvic floor muscle exercise on sexual function in women of reproductive age: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2025 Sep 12;104(37):e44324. doi: 10.1097/MD.00000000000044324.