

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**AMANDA ALVES VOLSE
DENISE OLIVEIRA DE SOUSA**

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO
AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**Belém
2017**

**AMANDA ALVES VOLSE
DENISE OLIVEIRA DE SOUSA**

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO
AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**Trabalho de Conclusão do Curso apresentado para
obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal
do Pará.**

Orientador: Prof. José Carlos Wilkens Cavalcante.

Belém

2017

**AMANDA ALVES VOLSE
DENISE OLIVEIRA DE SOUSA**

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO
AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.**

Banca examinadora:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

À Deus por me conceder a oportunidade de aprender uma das mais belas profissões desse mundo: a Medicina. À minha família, em especial a minha mãe, pelo amor e dedicação incondicionais ao longo dessa jornada.

Amanda Alves Volse

Aos meus pais, esposo e minha sogra, exemplos de vida, meus alicerces de sabedoria e conhecimento ao longo desses anos de jornada acadêmica. Meu sucesso vem da inspiração em vocês.

Denise Oliveira de Sousa.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. José Carlos Wilkens Cavalcante pelo valioso auxílio na orientação deste trabalho.

À Dra. Natasha Valente dos Santos pela orientação e sugestões sempre pertinentes.

À todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

**O temor do Senhor é o princípio do conhecimento, mas os insensatos desprezam a
sabedoria e a disciplina.**

Provérbios 1:7

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Objetivo geral.....	12
1.2. Objetivos específicos.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. A sexualidade na consulta ginecológica.....	13
2.2. Função sexual: estudos clássicos.....	14
2.3. Anatomofisiologia sexual.....	16
2.4. Classificação da disfunção sexual.....	18
2.5. A sexualidade nas diversas fases da vida da mulher.....	20
2.6. Diagnóstico e tratamento da disfunção sexual.....	21
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	22
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

APÊNDICES.....	43
-----------------------	-----------

ANEXOS.....	66
--------------------	-----------

RESUMO

Os problemas sexuais em mulheres são altamente prevalentes e estão frequentemente associados ao desconforto pessoal, gerando piora na qualidade de vida. A disfunção sexual é definida pela falta de resposta sexual, e/ou desconforto/dor no decorrer desta, interferindo em alguma fase desse evento (desejo, excitação e/ou orgasmo), podendo causar bloqueios e traumas. Entre as mulheres, a disfunção sexual torna-se ainda mais relevante por ser raramente explicitada durante as consultas, de modo a dificultar o diagnóstico e o tratamento. Desse modo, o objetivo da presente pesquisa foi conhecer a prevalência da disfunção sexual em mulheres usuárias do Ambulatório da Mulher da Santa Casa de Misericórdia do Pará, correlacionando-a com características sociodemográficas pertinentes. Para tanto, foram coletados dados de 186 mulheres por meio da aplicação de dois questionários, sendo um elaborado exclusivamente para esta pesquisa, contendo dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, idade da coitarca, renda familiar, satisfação com a vida sexual e relato de problemas sexuais a algum médico) e outro já validado e desenvolvido propriamente para a população brasileira, o Quociente Sexual - Versão Feminina. A prevalência de disfunção sexual encontrada foi de 32,26%, sendo mais frequente em mulheres entre 36 e 50 anos, casadas/união estável e com baixa escolaridade. A maioria das mulheres mostrou-se insatisfeita com a própria vida sexual e, destas, a maioria (87,2%) nunca havia conversado sobre isso com os seus médicos.

Palavras-chave: Disfunção sexual; Menacme; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

ABSTRACT

Sexual problems in women are highly prevalent and are often associated with personal discomfort, leading to worsening quality of life. Sexual dysfunction is defined by the lack of sexual response and / or discomfort / pain, interfering in some stage of the event (desire, excitement and / or orgasm), which can cause blockages and trauma. Among women, sexual dysfunction becomes even more relevant because it is rarely explained during consultations, making it difficult to diagnose and treat. Thus, the objective of the present study was to know the prevalence of sexual dysfunction in women users of the Women's Ambulatory of Santa Casa de Misericórdia do Pará, correlating it with relevant sociodemographic characteristics. For that, 186 women were collected through two questionnaires, one exclusively for this research, containing sociodemographic data (age, schooling, marital status, cohabitation age, family income, satisfaction with sexual life And report of sexual problems to some doctor) and another already validated and developed properly for the Brazilian population, the Sexual Quotient - Feminine Version. The prevalence of sexual dysfunction found was 32.26%, being more frequent in women between 36 and 50 years of age, married / union stable and with low level of schooling. Most women were dissatisfied with their own sex life, and of these, the majority (87.2%) had never talked about it with their doctors.

Keywords: Sexual dysfunction; Menacme; Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará.

1. INTRODUÇÃO

Uma vida sexual satisfatória é componente indissociável da saúde global e do bem-estar individual feminino, sendo muito importante não só para a função reprodutiva, como também para uma relação afetiva saudável. A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões da mulher, notoriamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias (NAJAFABADY, SALMANI & ABEDI, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como sendo um estado físico, mental, um bem-estar social em relação à sexualidade, exigindo uma abordagem positiva e respeitosa com a sexualidade, com as relações sexuais, bem como com a possibilidade de se ter prazer e experiências sexuais seguras (OMS, 1995). Entre os marcos referenciais internacionais que definiram os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU):

1. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, dando enfoque no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2013).

2. IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMSM), realizada em Pequim, em 1995, reafirmou os acordos estabelecidos no Cairo e avançou na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

A sexualidade feminina sofre influência ao longo da vida de diversos fatores biológicos, psicológicos, ou relacionados à reprodução, saúde, relação e fatores socioculturais. A avaliação e orientação à mulher e ao seu parceiro são importantes para a promoção da melhora na qualidade de vida da mulher (BEZERRA et al., 2015).

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde frequente, com um impacto negativo na qualidade de vida (SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Isso porque, a saúde sexual está inserida em um contexto amplo, englobando vários aspectos, como o bem-estar geral, a qualidade de vida, a função sexual normal e uma relação sexual satisfatória (LIMA et al., 2010). As disfunções sexuais ocorrem em ambos os gêneros e são definidas pela falta de resposta sexual, e/ou desconforto/dor no decorrer desta, interferindo em alguma fase desse evento (desejo, excitação e/ou orgasmo), podendo causar bloqueios e traumas (BEZERRA et al., 2015).

Com o objetivo de avaliar de maneira global a sexualidade feminina, surgiram diversos questionários sobre o tema. Alguns questionários de disfunção sexual já são amplamente utilizados em estudos psicológicos e sociológicos de comportamento sexual, no entanto ainda não são comuns em pesquisas médicas, de modo a distanciar ainda mais tais profissionais das questões sexuais (LIMA et al., 2010). Dentre os questionários utilizados para avaliar a função sexual feminina, cabe citar o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) que é um instrumento validado, elaborado especialmente para a população brasileira, que busca a avaliação dos vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos), de fácil entendimento para a paciente, dada a sua linguagem acessível à população brasileira. Para o médico, este instrumento auxilia a abordagem do assunto de forma objetiva, ajudando em elementos essenciais ao raciocínio clínico (ABDO et al, 2002).

No Brasil, 8,2% das mulheres se queixam de absoluta falta de desejo sexual; 26,2% não atingem o orgasmo; 26,6% têm dificuldade de excitação e 17,8% dispareunia (ABDO, 2009). Para modificar tal contexto torna-se necessário o fornecimento de informação a cerca do tema, a orientação sexual, a conscientização e a formação de hábitos e atitudes relacionados às dimensões biológicas e psíquicas da sexualidade.

Segundo Cavalcanti e seus colaboradores (2014), mulheres que se sentem à vontade para falar sobre sua vida sexual apresentam menor chance de apresentarem disfunção sexual. Tal afirmação pode estar relacionada com o fato dessas mulheres, mais desinibidas, terem um maior diálogo sobre o assunto, gerando um melhor entendimento e conhecimento sobre sua sexualidade, facilitando, dessa forma, sua busca pela satisfação sexual. Dessa forma, corrobora-se o fato da necessidade de maiores pesquisas acerca do tema, para que com os resultados possam ser traçadas estratégias de políticas públicas que desmistifiquem o tema e o tragam para o centro do debate.

Assim, observa-se que entre as mulheres, os temas relacionados à sexualidade ainda são vistos como tabu devido às características históricas e culturais que ainda hoje colocam o nosso país dentro de um contexto patriarcal, no qual a sexualidade feminina deve servir única e exclusivamente para atender aos interesses masculinos, de modo a agravar o problema da disfunção sexual feminina.

1.1. OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de disfunção sexual de pacientes no período da menacme, relacionando-a com perfis sociodemográficos.

1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Caracterizar o perfil das usuárias de acordo com a idade, a escolaridade, o estado civil, a renda familiar e a idade da coitarca;
- Identificar a prevalência de mulheres com disfunção sexual;
- Identificar os grupos sociodemográficos nos quais a prevalência de disfunção sexual é maior;
- Identificar a prevalência de mulheres que declaram estar insatisfeitas com a vida sexual, mas que nunca relataram isso a algum médico;

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A SEXUALIDADE NA CONSULTA GINECOLÓGICA

A sexualidade constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, recebendo influências da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. A presença em um contexto tão amplo, constituído e influenciado por tantos componentes, fez com que a sexualidade fosse amplamente estudada ao longo da história. No entanto, o estudo direcionado as questões femininas é recente e começou a ser delineado na década de 60 do século passado (NAJAFABADY, SALMANI & ABEDI, 2011).

No Brasil, 8,2% das mulheres se queixam de absoluta falta de desejo sexual; 26,2% não atingem o orgasmo; 26,6% têm dificuldade de excitação e 17,8% dispareunia (ABDO, 2009). Para trabalhar com essa temática e modificar tal contexto, é necessário que o profissional de saúde esteja bem com a sua sexualidade, conheça sobre a anatomofisiologia da resposta sexual humana e dote-se de um profundo respeito ético em relação à sexualidade do outro (MONTGOMERY, LOPES & NORONHA, 1993; GARCIA & LISBOA, 2012).

Atualmente percebe-se um gradual aumento da investigação da disfunção sexual feminina decorrente das mudanças nas expectativas sexuais das mulheres, da maior liberdade sexual feminina atestada nos dias atuais e do aumento das informações constantemente veiculadas pela mídia acerca do tema. Entretanto, mesmo com os progressivos avanços nesse debate a compreensão ainda não está suficientemente estabelecida (FERREIRA et al, 2007).

A prevalência da disfunção sexual é elevada, situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial (PABLO & SOARES, 2004), mas os estudos realizados são escassos e os dados observados são bastante heterogêneos e usam diferentes modelos de classificação (CEREJO, 2006). Num estudo realizado nos EUA, em 31.581 mulheres entre os 18 e os 102 anos, estimou-se que cerca de 43% apresentassem alguma queixa neste sentido (SHIFFREN et al, 2008).

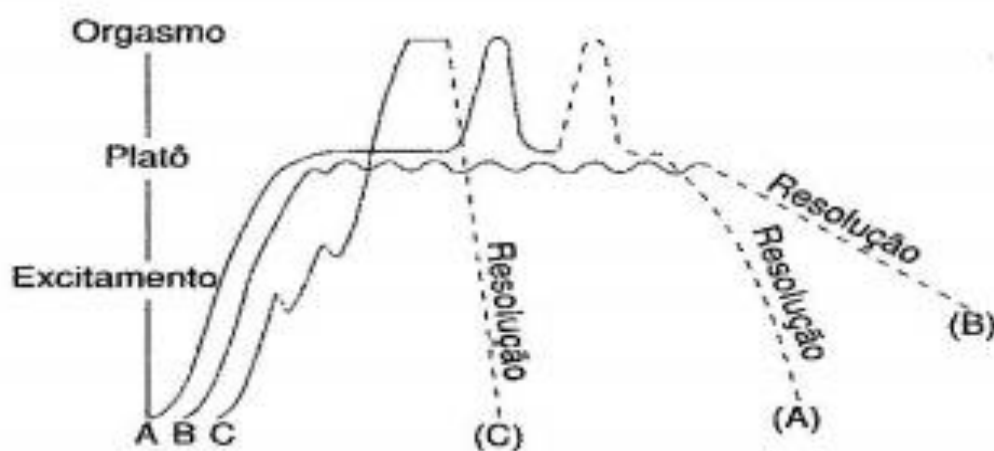
A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública tanto no Brasil como em vários outros países, não só pela alta prevalência, mas também por relacionar-se diretamente com a qualidade de vida dos indivíduos. Em um estudo brasileiro realizado com 1219 mulheres em São Paulo revelou que 49,0% das mulheres apresentavam disfunção sexual,

sendo que 26,7% afirmaram falta de desejo sexual; 23,1% dor durante o intercuro sexual; e 21% disfunção orgástica (ABDO et al, 2004).

2.2. FUNÇÃO SEXUAL: ESTUDOS CLÁSSICOS

Buscando resolver o problema da disfunção sexual feminina, alguns estudos começaram a delinear as bases da sexualidade para atingir as origens do problema. Os primeiros a descreverem o ciclo de resposta sexual feminino foram William Masters e Virginia Johnson em 1966. Em tal modelo, estabeleceu-se que a resposta sexual feminina seria constituída por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução (KOLODNY, MASTERS & JOHNSON, 1982). Na figura a seguir está representado um gráfico da resposta sexual feminina durante a relação sexual.

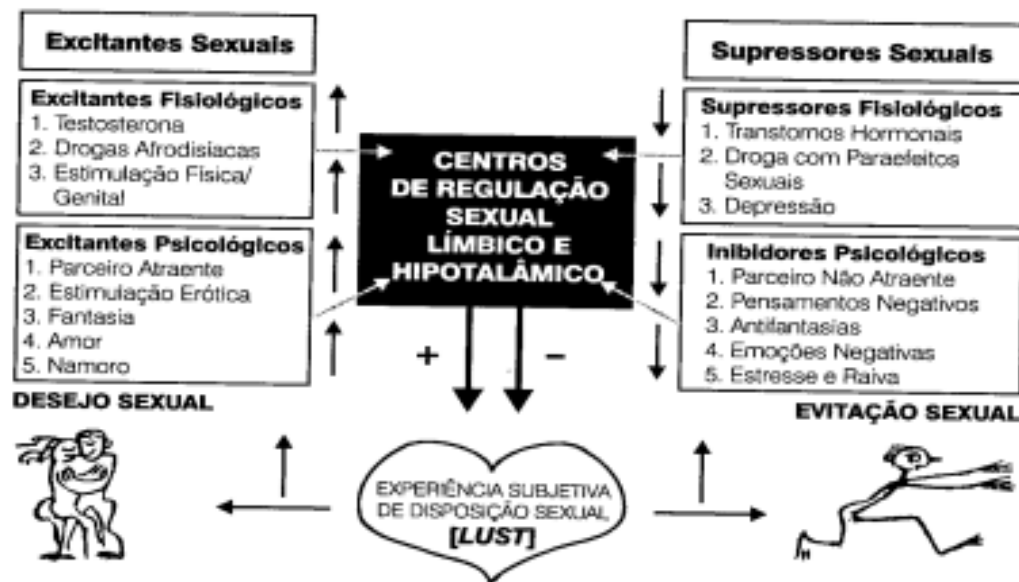
FIGURA 1 - O ciclo da resposta sexual feminina (Masters e Jonhson, 1966)



Fonte: Cavalcanti e Cavalcanti, 2006, p.53.

Em 1979, Helen Kaplan sugeriu um novo modelo, destacando a importância do desejo como uma fase cerebral prévia e propôs um modelo trifásico: desejo, excitabilidade e orgasmo. Eliminou a fase de resolução por acreditar ser uma ausência de resposta sexual, em vez de parte do próprio ciclo. Excluiu-se também a fase de platô, por imaginar ser essencialmente uma continuação da fase de excitação (KAPLAN, 1983). Na figura 2 observa-se um modelo psicossomático dos elementos de controle dual da motivação sexual humana.

FIGURA 2 - Elementos de controle dual da motivação sexual humana: um modelo psicossomático.



Fonte: Kaplan, 1999, p. 34.

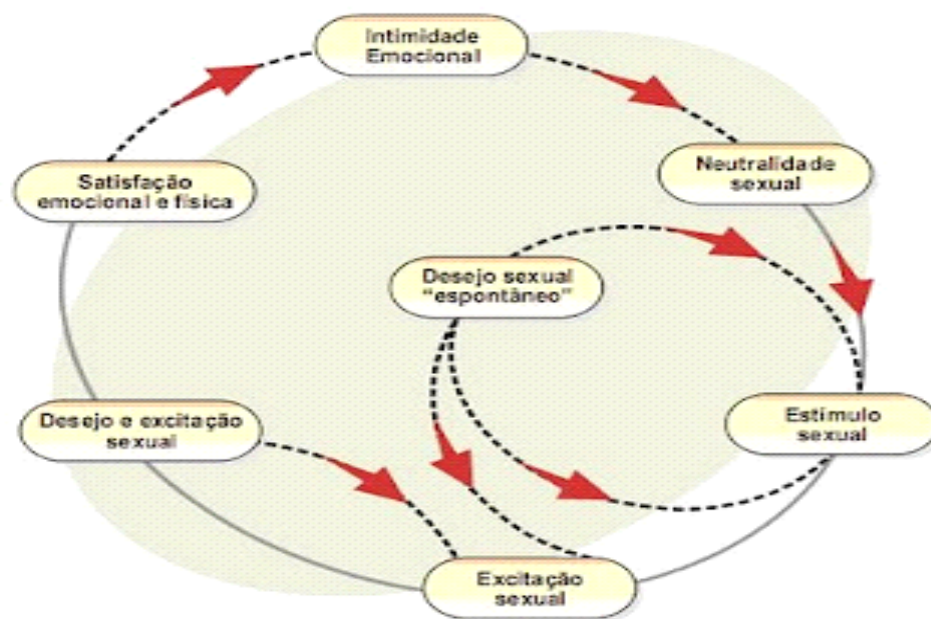
Após as publicações de Kaplan, o estudo da complexidade da função sexual feminina voltou aos temas centrais no início da década de 2000, quando Basson propôs representações não-lineares, que enfatizavam a importância de fatores não biológicos. A fase do desejo foi reconhecida como deflagradora da resposta sexual, e não mais como um simples impulso biológico. Este novo modelo proposto por Basson, ressalta a importância da associação entre a intimidade emocional e a satisfação no relacionamento para uma função sexual satisfatória (BASSON, 2001).

Segundo este novo modelo, o resultado emocional e físico da experiência seria responsável pela disponibilidade da mulher para uma próxima experiência sexual, caracterizando um modelo circular, que valoriza a responsividade física e a receptividade da mulher. As mulheres têm muitas razões para se envolverem nas atividades sexuais que não sejam o desejo sexual, como os modelos tradicionais sugerem. O desejo espontâneo e interesse aparecem mais frequentemente no início de um relacionamento, ou após uma longa separação de um parceiro, por exemplo, e não é frequente em relacionamentos de longa duração. Nesse último caso, sugere Basson, a maior proximidade emocional e intimidade podem predispor as mulheres a se envolverem na atividade sexual. A partir de um ponto de neutralidade sexual, ocorre a excitação e o desejo sexual é ativado. A excitação, portanto,

pode preceder o desejo e acioná-lo, permitindo que a relação sexual ocorra de forma prazerosa (BASSON, 2001).

No entanto, para cada mulher, individualmente, haverá uma definição específica do que é uma função sexual normal, com base na sua cultura, na sua história de vida, nas suas experiências sexuais anteriores e na sua própria estrutura biológica. Neste sentido, a função sexual de uma mulher deve ser vista como os outros aspectos individuais de sua forma de ser. Os problemas sexuais devem ser avaliados com sensibilidade no que diz respeito a diferenças individuais na atividade e interesse sexual (PINTO NETO, VALADARES & COSTA-PAIVA, 2013). Na figura 3 encontra-se o modelo circular da resposta sexual feminina.

Figura 3 – Modelo circular da resposta sexual feminina.



Fonte: Basson, 2001.

2.3. ANATOMOFISIOLOGIA SEXUAL

O sistema nervoso atua através da transmissão de estímulos nervosos para a genitália, seja sensorial da medula espinhal ou controlada pelo sistema parassimpático e simpático. Os estímulos são transmitidos pelo nervo pudendo (S2-S4), pelos nervos pélvicos (S2-S4) e hipogástrico (T10-L2). O estímulo sexual é reconhecido pelas recompensas fornecidas ao nosso cérebro, por experiências emocionais positivas e negativas. O estímulo do sistema nervoso parassimpático provoca turgescência dos grandes e pequenos lábios e do clitóris, bem

como a lubrificação vaginal. Já o simpático provoca contrações rítmicas do útero, tuba uterina, glândulas uretrais e da musculatura do assoalho pélvico (NARROW et al, 2014; WOODARD & DIAMOND, 2009).

Durante a excitação sexual há um aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais, resultando em vasocongestão, vasoconstrição pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgescência da genitália externa (NARROW et al, 2014; WOODARD & DIAMOND, 2009). A lubrificação vaginal ocorre como resultado de vários processos, incluindo a transudação de plasma pelo epitélio vaginal, secreções do útero e glândulas vestibulares. A vagina se alonga e dilata devido ao relaxamento do músculo liso (ANDERSON et al, 2007).

Uma vez experimentando o estímulo, a resposta acontece primeiro em nível inconsciente e posteriormente de forma consciente. Fatores motivacionais, como a proximidade emocional, união, compromisso, tolerância com as diferenças, expectativa e aumento do bem-estar do parceiro, são componentes importantes que ativam o ciclo sexual. Se na intimidade há a interação entre o aspecto emocional e o bem-estar físico, o ciclo de resposta sexual é reforçado (ANDERSON et al, 2007).

A resposta sexual é influenciada diretamente por diversos fatores, tais como: fatores psicológicos e interpessoais, entre eles a baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas, histórico de abuso e qualidade do relacionamento; fatores hormonais como baixos níveis de andrógenos, hiperprolactinemia; fatores vasculares; condições médicas específicas, como disfunções do assoalho pélvico, menopausa, gravidez e pós-parto, lacerações perineais, fraqueza muscular e músculos disfuncionais hipertônicos; cirurgia ou uso de medicamentos; fatores socioeconômicos (NAJAFABADY, SALMANI & ABEDI, 2011; PABLO & SOARES, 2004; CEREJO, 2006).

Inúmeros distúrbios neurológicos podem levar à disfunção sexual, incluindo doenças do sistema nervoso central ou periférico e lesão medular. Os neurônios motores superiores e o arco reflexo sacral não podem apresentar nenhum prejuízo de sua função para que a mulher sinta desejo sexual e, então, atinja o orgasmo. (RAINA et al., 2007).

Doenças crônicas, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial e hiperlipidemia, são fatores de risco importantes para a aterosclerose, que, quando envolve a vascularização pélvica, predispõe a impotência vasculogênica em homens e mulheres (VAZ; COELHO, 2010). Diminuição do fluxo sanguíneo pélvico secundário à doença aterosclerótica pode ocasionar fibrose do músculo liso da parede vaginal e clitoriana, podendo resultar em sintomas de má lubrificação vaginal e dispareunia (FERREIRA & OSIS, 2010).

Segundo Blumel et al (2004), o principal motivo para o abandono da vida sexualmente ativa é a disfunção em diversas esferas da sexualidade, orgânicas e não orgânicas. Dentre as disfunções sexuais, a de curta duração pode provocar frustração e angústia. Quando crônica, pode levar a ansiedade e depressão, prejudicando a qualidade de vida da mulher (DENNERSTEIN et al, 2005).

2.4. CLASSIFICAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL

O ciclo de resposta sexual proposto pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define as disfunções sexuais como um grupo heterogêneo de distúrbios que provoca alteração clinicamente significativa na habilidade do indivíduo de responder sexualmente ou experimentar prazer sexual. Dessa forma, a disfunção sexual é classificada em:

- Transtorno do desejo sexual: desejo sexual hipoativo e aversão sexual. O primeiro consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundário a outras dificuldades sexuais, como a dispareunia. Já o transtorno de aversão sexual se refere à aversão ou fuga do contato sexual genital com um parceiro;
- Transtorno de excitação: alterações relacionadas à excitação e à lubrificação. Diz respeito à incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual e de lubrificação-turgescência até o término da atividade sexual.
- Transtorno na fase de orgasmo: anorgasmia. Consiste no atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. O julgamento clínico é fundamental para o diagnóstico e deve ser levado em conta se a capacidade da mulher atingir o orgasmo for menor do que se poderia esperar para a sua idade e experiência sexual, desde que esteja ocorrendo adequada estimulação.
- Transtornos sexuais relacionadas à dor: dispareunia e vaginismo. A primeira é caracterizada por dor genital associada ao intercuro sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercuro. Já o vaginismo é caracterizado por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há tentativa da penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espécuro;

- Disfunção sexual devida a uma condição médica geral: refere-se à presença de disfunção sexual clinicamente expressiva, decorrente exclusivamente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral;
- Disfunção sexual induzida por substância: disfunção sexual clinicamente significativa que tem como consequência acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância como drogas ilícitas, medicamentos ou exposição a toxinas;
- Disfunção sexual sem outra especificação: são disfunções que não atendem aos critérios para qualquer disfunção sexual específica, como ausência de sensações eróticas subjetivas, apesar de excitação normal e orgasmo.

A fase do desejo consiste em fantasias e vontade de ter a atividade sexual. Na fase de excitação ocorre o sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. A do orgasmo é o momento em que ocorre o ápice do prazer sexual, com contrações do terço inferior da vagina e contrações rítmicas do esfíncter anal. (NARROW et al, 2014).

Dessa forma, fatores como duração do relacionamento, pouca satisfação afetiva e menor valorização da vida sexual, destacam-se como fatores de risco para o declínio ou ausência de desejo. Condições médicas e respectivos tratamentos também afetam esta primeira fase da função sexual. Problemas sexuais tendem a ser mais comuns em mulheres idosas. Contudo, fatores relacionais são mais impactantes do que a idade ou a menopausa, sendo a diminuição do desejo mais significativa entre aquelas com relacionamentos de longa duração. Embora a diminuição do desejo atinja todas as faixas etárias, as mulheres jovens apresentam maior desconforto com essa condição (HAYES et al, 2008; BANCROFT, LOFTUS & LONG, 2003).

Já a fase de excitação, que é desencadeada pelo desejo, é a preparação para o ato sexual, propriamente dito. Estímulos psicológicos (pensamentos e fantasias) e/ou físicos (tato, olfato, gustação, audição e visão) podem levar à excitação. Nessa fase, junto com sensações de prazer, surgem alterações corporais que são representadas basicamente no homem, pela ereção e na mulher, pela vasocongestão (turgescência) da vagina e da vulva e pela lubrificação vaginal (KAPLAN, 1997; MASTER & JOHNSON, 1996; BRASIL, 2010).

A disfunção do orgasmo inclui tanto o atraso marcado no atingimento dessa fase quanto orgasmo ausente/pouco frequente ou menos intenso durante pelo menos seis meses em 75 a 100% das relações sexuais. Esta disfunção pode existir desde sempre (primária) ou ser adquirida (secundária) (SANTOS & OLIVEIRA, 2015).

A anorgasmia primária é sugestiva de que a paciente não está familiarizada nem confortável com a autoestimulação ou com a comunicação sexual com o parceiro ou, ainda, por falta de educação sexual adequada. Atraso ou diminuição da intensidade do orgasmo pode estar relacionado com a diminuição do fluxo sanguíneo genital ou a diminuição da sensibilidade genital, consequência do envelhecimento, e não é considerado como disfunção sexual (SANTOS & OLIVEIRA, 2015).

Em relação as disfunções sexuais relacionadas à dor, cabe citar o vaginismo e a dispareunia, que estão incluídos na dor genitopélvica/disfunção associada à penetração. A dor é definida como medo ou ansiedade, contração/tensão dos músculos abdominopélvicos ou dor associada à penetração vaginal persistente e/ou recorrente durante, pelo menos, seis meses. Esta disfunção pode ser primária ou secundária. O médico deve determinar se a dor ocorre no início da penetração vaginal, com a penetração profunda, ou em ambas (SANTOS & OLIVEIRA, 2015).

A dor genital feminina é complexa e necessita de uma abordagem multidisciplinar, considerando os fatores biopsicossociais. A disfunção do pavimento pélvico é melhor tratada pela medicina física e de reabilitação. A utilização de vibrador, se não dolorosa, pode ser benéfica. (SANTOS & OLIVEIRA, 2015).

2.5. SEXUALIDADE NAS DIVERSAS FASES DA VIDA DA MULHER

A função sexual se mostra diferente nas diversas fases da vida de uma mulher. Não só pelas oscilações hormonais, mas também pelas experiências e conhecimento do próprio corpo. Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012) o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescentes indivíduos de 12 a 18 anos de idade e em alguns casos excepcionais dispostos na lei, podem-se considerar adolescentes indivíduos até os 21 anos. Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (youth), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. (EISENSTEIN, 2005).

Na fase da adolescência ocorre a preparação do corpo para o ato sexual e, mais do que isso, é nessa fase em que se é definida a identidade sexual, em que, na maioria das vezes, há uma maior experimentação e, portanto uma maior variabilidade de parceiros, por isso nessa fase encontram-se os maiores riscos de gestações indesejadas, contágio de doenças

sexualmente transmissíveis e aquisição de experiências negativas que poderão causar impacto por toda a vida sexual desta mulher (TAQUETTE & VILHENA, 2008).

O climatério corresponde ao período de transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. (BRASIL, 2016). Nessa fase, apesar de estarem mais experientes e terem um maior conhecimento do próprio corpo, as mulheres iniciam uma fase de maior vulnerabilidade as disfunções sexuais em consequência da interação de um conjunto complexo de fatores, tais como o hipoestrogenismo fisiológico, inerente desta fase, e as dificuldades nos aspectos emocional e social. (CAVALCANTI et al, 2014). No estudo de Cavalcanti et al (2014), 46,2% das mulheres nessa fase da vida apresentaram disfunção sexual, segundo o Female Sexual Function Index.

2.6. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL

O diagnóstico da disfunção sexual feminina é iminentemente clínico. A queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental e indispensável para se chegar ao diagnóstico correto e traçar a conduta adequada. Deve-se considerar um mínimo de seis meses de sintomatologia como critério indispensável para a caracterização da disfunção (ABDO & FLEURY, 2006).

Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela paciente. Tornam-se notórias as condições do homem, por exemplo, em um caso em que ele apresente ejaculação precoce, pois o médico pode erroneamente considerar a mulher anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. Estimulação inadequada em foco, intensidade ou duração exclui o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo, por exemplo. (ABDO & FLEURY, 2006).

Em consequência da chamada “revolução sexual”, vive-se hoje uma época de liberação na qual muitas normas, mitos e tabus em relação à sexualidade humana vêm sendo superados e/ou desconstruídos. No entanto, não são poucas as mulheres que ainda não superaram esse desafio, por isso a simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais, em especial de mulheres mais jovens e daquelas que ainda não tiveram repercussão da sintomatologia disfuncional na vida como um todo e/ou sobre o desempenho sexual do parceiro. O médico, nesses casos, desempenha papel fundamental, orientando, esclarecendo e prevenindo a cronificação dos sintomas. (ABDO & FLEURY, 2006; FOUCAULT, 2008)

Em contraponto, muitas vezes a disfunção sexual encontra-se mais sintomática, trazendo maiores prejuízos à qualidade de vida da mulher. Isso acontece, por exemplo nos casos de mulheres com depressão (ainda bastante prevalente no gênero feminino). Nessa patologia, observa-se uma interessante complexidade, na qual a depressão pode ser condição para a disfunção sexual; consequência dessa disfunção ou ainda, a terapêutica utilizada para seu tratamento pode estar ocasionando a disfunção sexual. Cabe ao médico, com o auxílio da equipe multidisciplinar, avaliar e individualizar o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso para cada paciente. (ABDO & FLEURY, 2006).

Outro ponto-chave no tratamento da disfunção sexual encontra-se no diagnóstico precoce e acertado dos sintomas climatéricos. Para alívio dos sintomas, o médico pode utilizar estrógenos tópicos, no caso da queixa de secura vaginal, pois estas drogas possuem efeito sobre o trofismo vaginal, aliviam os quadros de dispareunia, secundários à atrofia do epitélio da vagina, visto que restauram esse epitélio, bem como o pH e o fluxo sanguíneo vaginais (ABDO & FLEURY, 2006).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. A instituição a qual as autoras e o orientador do projeto têm vínculo corresponde à Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. O local de coleta dos dados foi o Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPa). A aplicação dos questionários foi voltada para pacientes no menacme, com 18 anos ou mais, que tinham parceiro fixo, que mantinham relação sexual há pelo menos seis meses e que estavam aguardando atendimento no Ambulatório da Mulher da FSCMPa. A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética da FSCMPa (ANEXO A) e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A amostra foi calculada por meio do programa Epi-Info, versão 3.4.3- 2007. Utilizou-se a frequência do evento (disfunção sexual) de 49%, com erro absoluto de 10% e nível de confiança de 95%, totalizando um número de 166 pacientes. Adicionou-se 12% de perdas, o que resultou em uma amostra final de 186 pacientes.

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos, ambos respondidos pela própria paciente: o primeiro, um questionário desenvolvido especificamente para esta pesquisa, no qual serão investigados dados sociodemográficos, tais como, idade, escolaridade, estado civil, idade da coitarca, renda familiar, satisfação com a vida sexual e relato de

problemas sexuais (no caso de resposta afirmativa ao item anterior) a algum médico (APÊNDICE B). O segundo instrumento utilizado será o Quociente Sexual - Versão feminina (QS-F) (ANEXO B). O QS-F avalia a função sexual de mulheres através de 10 questões arranjadas em diferentes domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 a 10). O escore final será calculado, transformando a questão 7, pois está no sentido reverso e a transformação será feita por meio da seguinte fórmula:

$$Q7 \text{ reversa (Q7R)} = 5 - Q7$$

O escore final será calculado da seguinte maneira:

- a) Soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + (5 – escore da questão 7);
- b) Multiplicar o resultado dessa soma por 2, ou seja:

Quanto maiores os valores dos escores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher. Sendo que a resposta para cada questão é composta por uma escala gradual de 0 a 5, sendo 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = aproximadamente 50% das vezes; 4 = a maioria das vezes; 5 = sempre. Os pontos de corte são: 0 a 20 pontos = nulo a ruim; 22 a 40 = ruim a desfavorável; 42 a 60 = desfavorável a regular; 62 a 80 = regular a bom; 82 a 100 = bom a excelente. Sendo classificada como disfunção sexual aquelas mulheres com pontuação inferior a 60.

Para a realização da pesquisa foram efetuadas duas visitas semanais com dias escolhidos de maneira randômica, por um período de três meses, ao Ambulatório da Mulher com o intuito de conseguir o preenchimento dos questionários. Durante o preenchimento dos questionários, as pacientes estiveram em uma sala reservada com o intuito de minimizar possíveis constrangimentos.

A análise dos dados foi realizada com o uso do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18 para Windows. Para a caracterização da amostra, foi calculada a média, o desvio padrão (DP) e o intervalo de confiança para as variáveis idade e escore do QS-F. Na análise descritiva, os dados estão expostos em tabelas de distribuição das frequências absoluta e relativa. Para verificar a presença de associação entre a variável dependente do estudo (disfunção sexual) e as independentes (dados sociodemográficos), foi utilizado o Bioestat versão 5.0. Para analisar a força da associação, foi utilizado o odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

4. RESULTADOS

Foram entregues 186 questionários às pacientes que aguardavam atendimento no Ambulatório da Mulher da FSCMPa, destes todos foram respondidos. Em relação à escolaridade, 25% das mulheres tinham ensino médio completo, 20,9% tinham ensino fundamental completo, 18,2% ensino médio incompleto, 12,3% tinham ensino fundamental incompleto, sendo o mesmo percentual para ensino superior incompleto, 6,9% possuíam curso técnico e 3,7% tinham ensino superior completo. A faixa etária das mulheres variou de 18 a 50 anos, foram agrupadas em duas faixas etárias, sendo de 18 a 35 anos equivalente a 57,5 % das mulheres. Quanto ao estado civil, 64,5% eram casadas ou possuíam união estável. E 35,4% eram solteiras, viúvas ou divorciadas. Em relação à renda familiar, 63,9% das mulheres dispunham de até 1 salário mínimo por mês, 32,8% de 1 a 4 salários mínimos por mês, 2,6% de 5 a 8 salários mínimos e apenas 0,54% dispunham de 9 ou mais salários mínimos por mês. (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas das pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. (N= número de pacientes entrevistadas).

Variável	Disfunção sexual (n=186)				Total	%	P-Valor
	Não	%	Sim (59)	%			
Faixa etária							
18 a 35	84	78.5	23	21.5	107	57.5	*0.0009
36 a 50	43	54.4	36	45.6	79	42.5	
Estado civil							
Casada/união estável	73	60.8	47	39.2	120	64.5	*0.0055
Solteira/viúva/divorciada	54	81.8	12	18.2	66	35.5	
Renda							
Até 1 SM	81	68.1	38	31.9	119	64.0	0.8212
1 a 4 SM	41	67.2	20	32.8	61	32.8	
5 a 8 SM	4	80.0	1	20.0	5	2.70	
9 ou + SM	1	100.0	0	0.0	1	0.5	

TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas das pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. (N= número de pacientes entrevistadas).

(continuação)

Escolaridade

Fundamental completo	14	35,9	25	64,1	39	21	*0.0001
Fundamental incompleto	11	47,8	12	52,2	23	12,4	
Médio completo	40	85,1	7	14,9	47	25,3	
Médio incompleto	24	70,6	10	29,4	34	18,3	
Superior completo	6	85,7	1	14,3	7	3,8	
Superior incompleto	19	82,6	4	20,0	23	12,4	
Técnico	13	100,0	0	0,0	13	7	

Idade da coitarca

< ou = 18	99	66.0	51	34.0	150	80.7	0.2443
> 18	28	77.8	8	22.2	36	19.3	
Total	127	68.3	59	31.7	186		

N= número de pacientes

Fonte: pesquisa de campo.

Com relação à distribuição das respostas das mulheres no QS-F, 29% costumam às vezes pensar espontaneamente em sexo, lembram de sexo ou se imaginam fazendo sexo. Quanto ao interesse por sexo, 53,7% das mulheres referiram que raramente participam da relação sexual com vontade. Com relação às preliminares, 46,2% das mulheres relataram que as carícias, beijos, abraços e afagos a estimulam sempre a continuar a relação sexual. Em relação à lubrificação, 38,1% das mulheres citaram ficar lubrificada durante a relação sexual sempre. Em relação ao grau de excitação, 46,2% das mulheres referiram que à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, elas sempre se sentem mais estimuladas para o sexo. Em relação à penetração, 39,2% das mulheres mencionaram que sempre relaxam a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis.

Ainda neste questionário, o sintoma da dispareunia foi negado por 37,6% das mulheres e 27,4% o referiram raramente. 22% das mulheres citaram a maioria das vezes se envolver, sem

se distrair, durante a relação sexual e 21,5% disseram sempre se envolver, sem se distrair, durante a relação sexual. Com relação ao orgasmo, 34,9% das mulheres referiram que a maioria das vezes atinge o orgasmo nas relações sexuais que realizam. E 43% mulheres mencionaram que sempre sentem vontade de fazer sexo outras vezes e em outros dias. Na tabela 2 encontram-se as respostas das entrevistadas à cada pergunta do questionário.

TABELA 2 - Distribuição das respostas de pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará ao Quociente Sexual – versão feminina (QS-F). (N= número de pacientes que informaram a referida resposta).

Questão	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Às vezes N (%)	50% das vezes N (%)	Maioria das vezes N (%)	Sempre N (%)	P- valor
Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	16(8,60)	47(25,27)	54(29,03)	18(9,68)	27(14,52)	24(12,90)	*0,0001
O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	1(0,54)	25(53,76)	52(27,96)	19(10,22)	29(15,59)	60(32,26)	*0,0001
As preliminares a estimulam a continuar a relação sexual?	5(2,69)	15(8,06)	25(13,44)	20(10,75)	35(18,82)	86(46,24)	*0,0001
Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	10(5,38)	28(15,05)	20(10,75)	22(11,83)	35(18,82)	71(38,17)	*0,0001

TABELA 2 - Distribuição das respostas de pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará ao Quociente Sexual – versão feminina (QS-F). (N= número de pacientes que informaram a referida resposta).

(continuação)

Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	6(3,23)	16(8,60)	27(14,52)	7(3,75)	44(23,66)	86(46,24)	*0,0001
Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	3(1,61)	13(6,99)	35(18,82)	20(10,75)	42(22,58)	73(39,25)	*0,0001
Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	70(37,63)	51(27,42)	34(18,28)	11(5,91)	8(4,30)	12(6,45)	*0,0001
Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação?	15(8,06)	29(15,59)	35(18,82)	26(13,98)	41(22,04)	40(21,51)	*0,0001
Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	3(1,61)	30(16,13)	23(12,37)	23(13,37)	65(34,95)	42(22,58)	*0,0001

TABELA 2 - Distribuição das respostas de pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará ao Quociente Sexual – versão feminina (QS-F). (N= número de pacientes que informaram a referida resposta).

(continuação)

O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	3(1,61)	13(6,99)	30(16,13)	16(8,60)	44(23,66)	80(43,01)	*0,0001
--	---------	----------	-----------	----------	-----------	-----------	---------

N= número de pacientes que informaram a referida resposta.

Fonte: Pesquisa de campo

Com relação ao padrão de desempenho sexual, na presente pesquisa, 68 (36,5%) das mulheres apresentaram desempenho sexual de regular a bom e 58 (31,1%) desempenho sexual de bom a excelente como mostra a tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição dos resultados do Quociente Sexual – versão feminina (QS-F) das pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. (N= número de pacientes entrevistadas)

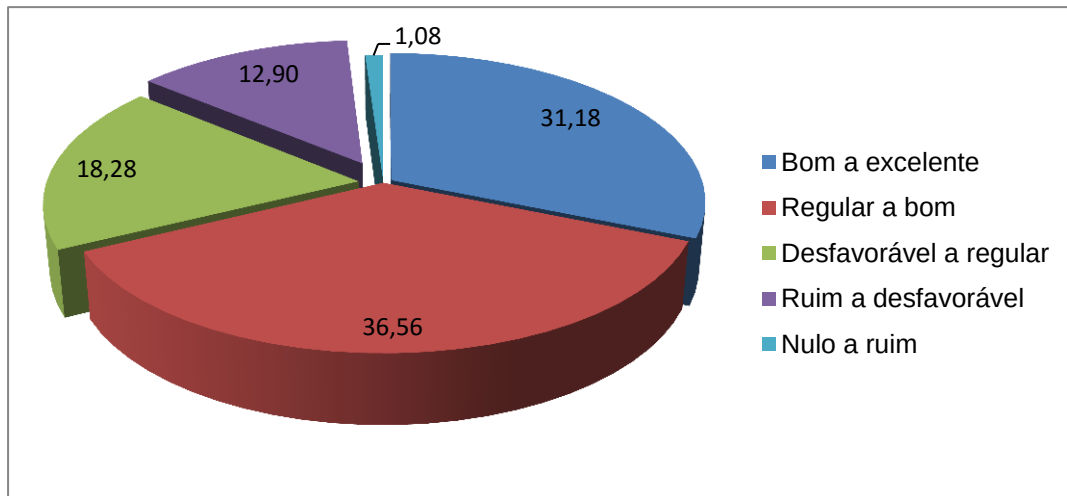
Padrão de desempenho sexual	N	%	p-valor
Bom a excelente	58	31.18	*0,0001
Regular a bom	68	36.56	*0,0001
Desfavorável a regular	34	18.28	*0,0001
Ruim a desfavorável	24	12.90	*0,0001
Nulo a ruim	2	1.08	*0,0001
Total	186	100.00	

N= número de pacientes entrevistadas.

Fonte: pesquisa de campo.

Na figura 4 observa-se que a maioria das entrevistadas consideram ter um desempenho sexual de regular a bom.

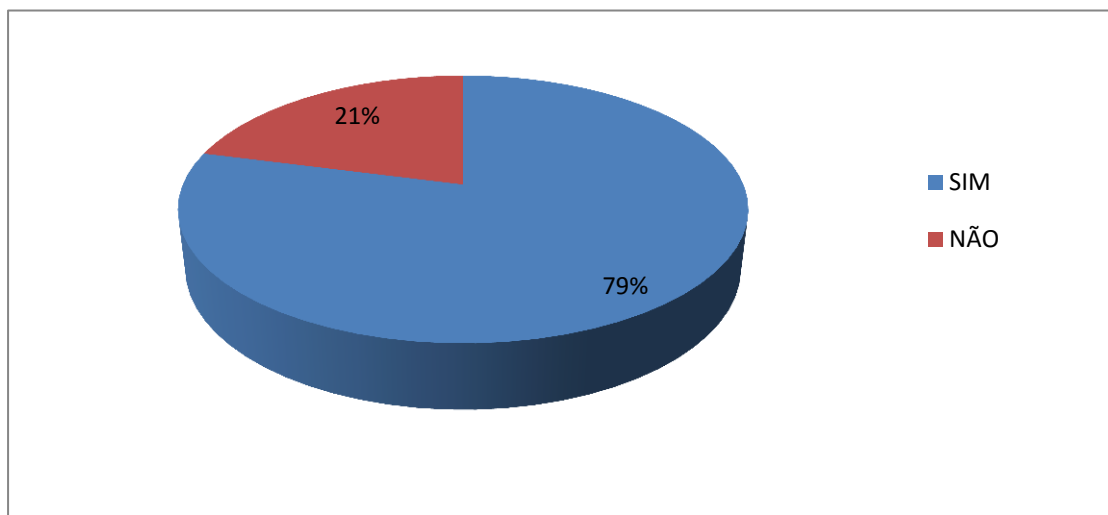
Figura 4: Distribuição percentual segundo o desempenho sexual.



Fonte: Pesquisa de campo

Em relação à satisfação com a vida sexual, 79% das mulheres referiram estar satisfeitas com a vida sexual como evidencia a figura 5, sendo que desse total 78,2% realmente apresentaram escore compatível com função sexual normal. Dos 21% das mulheres que relataram insatisfação com a vida sexual, 71% apresentaram escore compatível com disfunção sexual e, somente 12,8%, afirmaram já ter conversado com algum médico sobre essa questão.

Figura 5: Satisfação com a vida sexual.



Fonte: Pesquisa de campo

5. DISCUSSÃO

De etiologia multifatorial e fisiopatologia complexa, a disfunção sexual feminina prejudica a qualidade de vida da mulher de maneira ampla e global, constituindo um relevante problema de saúde pública (ABDO et al., 2006; FERREIRA et al., 2007). É cada vez mais emblemática a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte do bem-estar do ser humano. Atualmente, independente do gênero, o aspecto prazeroso das relações sexuais tem demonstrado maior importância do que o seu aspecto biológico (reprodutivo) (LARA et al, 2008).

Esta pesquisa foi feita embasada em apenas um grupo, sendo comparado entre suas diferentes variáveis. Dessa forma as análises e associações seriam melhor aproveitadas e mais específicas. O QS-F, foi selecionado por ser um instrumento validado cientificamente, elaborado especificamente para a população brasileira e por já ter sido utilizado em outros artigos científicos reconhecidos. Outro questionário, elaborado pelas autoras, foi aplicado devido à necessidade de variáveis para a comparação e correlação dos dados. Esses dados que incluíam idade, estado civil, renda familiar, escolaridade e idade da coitarca foram fundamentais para os resultados da pesquisa.

A prevalência de disfunção sexual no presente estudo foi de 32,26%, coincidindo com o detectado em alguns estudos da literatura, nos quais a prevalência variou entre 20 e 50% (BASSON, 2005; ABDO et al., 2002). Entretanto, foi discordante do estudo de Abdo (2004), no qual a prevalência foi de 5,8% na faixa etária de 18 a 40 anos.

Cabe ressaltar, no entanto, que os dados relativos à prevalência da disfunção sexual apresentam uma grande diversidade entre si, não só pela miscigenação da população brasileira e pluralidade dentro do próprio território nacional, mas também pelos diversos métodos de avaliação existentes. Assim, apesar do aumento no interesse pelo tema, ainda há uma escassez de dados confiáveis e muitas pesquisas são realizadas inadequadamente (NAZARETH, BOYTON & KING, 2003).

Com relação ao padrão de desempenho sexual, na presente pesquisa, 36,56% das mulheres apresentaram desempenho sexual de regular a bom. Tais resultados diferem dos resultados da pesquisa desenvolvida pelo Projeto Sexualidade (Prosex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, realizada em 2003, em que 54,4% das mulheres que tinham entre 18 e 25 anos e 60,9% das mulheres que tinham entre 26 e 40 anos apresentaram uma autoavaliação do desempenho sexual bom, enquanto que 11,5% das

mulheres entre 18 e 25 anos e 10,6% das mulheres entre 26 e 40 anos apresentaram uma autoavaliação do desempenho sexual regular (Abdo, 2004).

Os resultados na presente pesquisa quanto ao desejo e interesse sexual apontam que 29,03% das mulheres costumam às vezes pensar espontaneamente em sexo, lembram-se de sexo ou se imaginam fazendo sexo, 53,76% das mulheres referiram raramente ter interesse por sexo o suficiente para participar da relação sexual com vontade e 22,04% das mulheres referiram que a maioria das vezes se envolvem, sem se distrair, durante a relação sexual.

Na literatura, o problema funcional mais encontrado nas mulheres do ponto de vista sexual esta relacionado ao desejo. Um estudo realizado com 1.474 mulheres com idade média entre 26 e 40 anos apontou como principais disfunções sexuais femininas, a falta de desejo sexual (34,6%) e a ausência de orgasmo (29,3%). O mesmo estudo apontou que as mulheres com idade até 25 anos apresentaram diminuição do desejo sexual em 23,4% e que essa porcentagem só aumenta com o decorrer do tempo. (ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA & FITTIPALDI, 2002).

O desejo sexual feminino depende do equilíbrio entre aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Fatores cognitivos, principalmente os pensamentos automáticos durante a atividade sexual, são importantes preditores do desejo sexual (ABDO, 2004).

Com relação à dispareunia, 37,63% das mulheres referiram nunca sentir dor durante a relação sexual. E com relação ao orgasmo, 34,95% das mulheres referiram atingir na maioria das vezes nas relações sexuais que realizam. Tais resultados diferem da pesquisa “Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro”, realizada em 2000, na qual os resultados foram os seguintes: 34,6% das mulheres apresentaram falta de desejo sexual, 21,1% das mulheres referiram dor durante a relação sexual, e 29,3%, das mulheres apresentaram disfunção orgásmica (ABDO, MOREIRA JR, OLIVEIRA JR, FITTIPALDI, 2002).

Os resultados encontrados indicam que a satisfação sexual é influenciada pela idade das mulheres ($p=0,0009$). Mulheres com idade entre 36 e 50 anos apresentaram mais disfunção sexual que as mulheres mais jovens, 45,6% contra 21,5%. O estudo de Trindade & Ferreira (2008), analisando a sexualidade e a vontade do ato sexual, concluiu que o avanço da idade tem efeito significativo na resposta sexual feminina, principalmente devido à falência ovariana que ocorre na menopausa. No entanto isso não é consenso na literatura.

O estudo realizado por Hite (1986), por exemplo, ressalta que a capacidade sexual feminina aumenta à medida que a mulher envelhece. Algumas mulheres relataram que as suas melhores experiências sexuais vieram com a maturidade, autoconfiança e ausência do medo

de engravidar. Isso porque, para os autores que defendem essa hipótese, fatores relacionais são mais impactantes do que a idade ou a menopausa, dessa forma, mulheres na fase da menacme também podem apresentar disfunção sexual.

Quanto à associação entre nível socioeconômico e disfunção sexual a literatura é bastante divergente. Em estudo realizado com mulheres americanas, a deterioração da posição econômica foi associada a um aumento modesto do risco em todas as categorias de disfunção sexual feminina (LAURAN, 1999). Tal fato foi corroborado nesta pesquisa, pois 31,9% das mulheres com disfunção sexual declararam ter como renda familiar até um salário mínimo.

A relação do nível de escolaridade com disfunção sexual já foi discutida na literatura, sendo apontada tanto uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade (ABDO et al., 2004) quanto uma relação direta entre nível educacional elevado e maior prevalência de disfunção sexual (FERREIRA et al., 2007; TRINDADE & FERREIRA, 2008). Neste estudo, observou-se que 62,7% das mulheres com disfunção sexual não chegaram nem a iniciar o ensino médio. Em contraponto, entre as mulheres com ensino superior completo, apenas 14,3% apresentaram disfunção sexual.

Em relação ao estado civil, a pesquisa também se mostrou significativa estatisticamente. Entre as mulheres casadas/união estável, 39,2% da amostra apresentaram disfunção sexual em paralelo com apenas 18,2% das mulheres solteiras/viúvas/divorciadas.

Em relação à coitarca, atualmente, as adolescentes iniciam a atividade sexual cada vez mais precocemente por conta de inúmeros fatores, entre eles, o fato de que muitas jovens associam a concretização da relação com o parceiro apenas após a primeira relação sexual, tendo como plano de fundo o romantismo, ou ainda, por serem pressionadas por seus parceiros. (BORGES, 2004; BINKSTOCK & GOGNA, 2015).

Diante disso, a presente pesquisa corrobora com as estatísticas nacionais ao mostrar que 80,7% das mulheres iniciaram a vida sexual antes dos 19 anos. Mulheres com idade de coitarca superior a 18 anos apresentaram menos disfunção sexual (22,2%), entretanto, os resultados dessa pesquisa, não mostraram significância estatística para esta variável ($p=0,2443$). Borges & Schor (2005), descrevem em seu estudo transversal sobre a sexualidade na adolescência, que as mulheres iniciam sua vida sexual, cada ano mais cedo, e que nos dias de hoje a média de iniciação sexual feminina é de 15 a 19 anos. Berlofi et al. (2006) apontam que a iniciação sexual vem ocorrendo de forma mais precoce devido às oportunidades de manter relações sexuais, ao estilo de vida moderno e aos estímulos ambientais.

O estudo de Taquette & Vilhena (2008) mostrou que o grupo de adolescentes com bom vínculo familiar e boa comunicação com a família ainda não havia tido a coitarca, diferente

do grupo de meninas da mesma idade pertencente a famílias com problemas socioafetivos graves. Este estudo também destaca que a ausência paterna na criação de adolescentes do gênero feminino é um fator predisponente à atividade sexual e à gravidez precoces.

Estudos mais recentes apontam que a idade média para início das relações sexuais de adolescentes do sexo feminino é de 14,8 anos. Esse dado revela que houve uma mudança no comportamento sexual das jovens, pois na comparação com os dados do Ministério da Saúde de 1984 em que, a idade média para primeira relação sexual das mulheres era de 16,0 anos, percebe-se que a iniciação sexual das mulheres se apresenta mais precoce (BORGES, 2007; BERGAMIN & BORGES, 2009).

Avaliar a satisfação sexual dos indivíduos é uma tarefa complexa, não só pela dificuldade em abordar o tema, mas também pelas diversas variáveis implícitas no mesmo. Da década de 1970 à de 90, ainda que as perguntas não fossem idênticas, nota-se um aumento expressivo da satisfação feminina (de 26% para 51%) (BOZON, 2003). A presente pesquisa mostrou uma prevalência ainda maior de satisfação sexual, com um percentual de 79%. Esse crescimento da satisfação feminina é, sem dúvida, devido a uma atitude mais ativa e mais hedonista da parte delas nos relacionamentos amorosos.

Apesar desse expressivo aumento, não é raro encontrar mulheres com dificuldades em suas relações sexuais. Entretanto, não são raros os profissionais de saúde que, diante de um questionamento de ordem sexual, não sabem que conduta adotar, ou pior, tomam atitudes intempestivas e algumas vezes preconceituosas, pois, em geral, ao se formar, estes profissionais pouco conhecem sobre sexualidade (STUDD, 2007).

Nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com maior frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual. No entanto, menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes (LARA et al, 2008). Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas (ABDO & OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

Mesmo com esse aumento na prevalência de mulheres que buscam atendimento médico diante de problemas relacionados à sexualidade, esse número ainda está aquém do número de mulheres que lidam com este problema. Tal fato pode ser verificado na presente pesquisa, a qual mostrou que a maioria das mulheres (87,2%) insatisfeitas com própria vida sexual nunca conversou sobre isso com os seus médicos.

A insatisfação sexual pode resultar de disfunções sexuais na própria pessoa ou no companheiro, ou pode existir independentemente de disfunções. É possível e até relativamente frequente encontrar mulheres que querem ter atividade sexual, ficam excitadas, têm orgasmo, e mesmo assim se sentem insatisfeitas (DAVIS & PETRETIC-JACKSON, 2000). Tal fato pode ser observado no presente estudo, pois 21,8% das mulheres que referiram satisfação com a vida sexual apresentaram escore compatível com disfunção sexual.

6. CONCLUSÃO

A prevalência de disfunção sexual neste estudo foi de 32,26%, mostrando-se mais frequente em mulheres entre 36 e 50 anos, casadas/união estável e com baixa escolaridade. Tal fato denota a importância de se ampliarem os estudos nessa área não só para refinar o entendimento sobre as taxas de incidência da disfunção sexual feminina, usando amostras populacionais estratificadas e representativas e critérios diagnósticos claros, acurados e de consenso, como também para delinear de medidas preventivas e educacionais que venham contribuir na diminuição da ocorrência de disfunção sexual feminina.

Os dados nessa pesquisa mostraram que 87,2% das mulheres que estavam insatisfeitas com a vida sexual nunca haviam conversado sobre isso com nenhum médico, o que revelou a importância de se divulgar o tema também entre a comunidade médico-científica que ainda parece ignorar a sexualidade durante a anamnese.

A sexualidade é algo essencial ao ser humano, sendo importante na construção da identidade, engloba aspectos biológicos, afetivos, amorosos e até mesmo, religiosos. Entretanto, apesar da relevância do tema, observa-se uma escassez de estudos nessa área. Tais estudos tornam-se ainda menos frequente quando se restringe a pesquisa ao gênero feminino, de modo que apesar da prevalência expressiva da disfunção sexual feminina, a sua compreensão ainda não está suficientemente estabelecida.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn. tratamento**, v. 14, n. 2, p. 45-49, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=552570&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ABDO, C.H.N. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Rev. bras. Med.**, v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1875&fase=imprime>. Acesso em: 02 fev. 2016.

_____. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 160-166, 2004. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/9841/ABDO%20CHN%20Prevalence....pdf?sequence=2>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

_____. et al. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev. Bras Med**, v. 63, n. 9, p. 15, 2006. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=3404&fase>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ANDERSON, K.D. et al. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. **Spinal Cord**, v. 45, n. 5, p. 349-59, 2007. Disponível em: <<http://www.nature.com/sc/journal/v45/n5/full/3101979a.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BANCROFT, J., LOFTUS, J., LONG, J.S. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. **Arch Sex Behav**, v. 32, n.3, p. 193-208, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807292>>. Acesso em: 25 jan 2017.

BASSON, R. Human sex-response cycles. **J Sex Marital Ther**, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224952>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

_____. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **CMAJ**, v. 172, n. 10, p. 1327-1333, 2005. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/172/10/1327.full>>. Acesso em: 25 abr 2017.

BERLOFI et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p.196-200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 11 jun 2017.

BEZERRA, I.F.D. et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Rev. bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 6, p. 266-271, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000600266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BORGES, A.L.V. & SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016>. Acesso em: 18 mai 2017.

BOZON, M. Sexualidade e conjugalidade A redefinição das relações de gênero na França contemporânea. **Cadernos pagu**, n. 20, p. 131-156, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n20/n20a05.pdf>>. Acesso em: 30 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: MS, 2010. p. 17-20.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: MS, 2013. p.12-14. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 11 jun 2017.

CALVALCANTI, I.F. et al. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.36, n.11, p. 497-502, Nov. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001100497&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2016.

CEREJO, A.C. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. **Rev. Port de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701-20, 2006. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10303/10039>>. Acesso em: 12 set. 2016.

DAVIS, J. & PETRETIC-JACKSON, P. The impact of childhood sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. **Aggression and Violent Behavior**, v. 5, p. 291-328, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/223785810_The_impact_of_child_sexual_abuse_on_adult_interpersonal_functioning_A_review_and_synthesis_of_the_empirical_literature>. Acesso em: 29 jun 2017.

DENNERSTEIN, L. et al. Fsfí Scoring Appendix. Disponível em: <<http://www.fsfquestionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

EVERAERD, W.; BOTH, S. Ideal female sexual function. **J Sex Marital Ther**, v. 27, n. 2, p. 137-139, 2001. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230152051806>>. Acesso em: 12 mai 2017.

FERREIRA, A.L.C.G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Rev. Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-695, 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/FEMINA_Novembro-691.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GARCIA, O.R.Z.; LISBOA, L.C.S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 708-16, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-708.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

HATZIMOURATIDIS, K.; HATZICHRISTOU, D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. **J Sex Med**, v. 4, n. 1, p. 241-250, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6568560_Sexual_Dysfunctions_Classifications_and_Definitions>. Acesso em: 30 set. 2016.

HAYES, R.D. et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **J Sex Med**, v. 5, n. 7, p. 1681-1693, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410300>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

HITE, S.O. **Relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina**. 18.ed. São Paulo: DIFEL, 1986. 497 p.

KAPLAN, H.S. **O desejo sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. v. 2, 253 p.

_____. **A nova terapia do sexo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. 189 p.

KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Manual de Medicina Sexual**. São Paulo: Manole, 1982. 292 p.

LARA, L.A.S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Lucia_Lara/publication/238480182_Abordagem_das_disfuncoes_sexuais_femininas/links/00b4952cefa216b6f1000000.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-544, 1999. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762>>. Acesso em: 22 abr 2017.

LIMA, S.M.R.R. et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. **Arq. Méd. Hosp. Fac. Ciências Med. Santa Casa São Paulo**, v. 55, n. 1, p. 1-6, 2010. Disponível em:

<http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2010/55_1/01_AO1.pdf>.

Acesso em: 02 fev. 2016.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Human sexual response**. 1 ed. Boston: Lippincott Williams and Wilkins, 1996. 195 p.

MONTGOMERY, M.; LOPES, G.P.; NORONHA, D. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed; 1993. 284 p.

NAJAFABADY, M.T.; SALMANI, Z.; ABEDI, P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. **Clinics**, v. 66, n. 1, p. 83-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322011000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2016.

NARROW, W.E. et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 423-440.

NAZARETH, I.; Boyton, P.; King, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. **BMJ**, v.327, n. 7412, p. 423-429, 2003. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7412/423>. Acesso em: 23 abr 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação**. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 11 mai 2017.

PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. **Rev. Port. de Medicina Geral e Familiar**, v. 20, n. 3, p. 357-70, 2004. Disponível em: <<http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10044>>. Acesso em: 5 set. 2016.

PINTO NETO, A.M.; VALADARES, A.L.R.; COSTA-PAIVA, L. Climacteric and sexuality. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obst.**, v. 35, n. 3, p. 93-96, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 jan. 2017.

RAINA R. et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. **Fertil Steril**, v. 88, n. 5, p. 1273-1284, 2007. Disponível em: <[http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(07\)03561-3/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(07)03561-3/fulltext)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SANTOS, S.R.; OLIVEIRA, C.M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Rev. Port. de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-3, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000500011>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SHIFREN, J.L. et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Obstet Gynecol**, v. 112, n. 5, p. 970-978, 2008. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/11000/Sexual_Problems_and_Distress_in_United_States.3.aspx>. Acesso em: 10 out. 2016.

STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. **Gynecol Endocrinol**, v. 23, n. 12, p. 673-681, 2007. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09513590701708860>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TAQUETTE S.R.; VILHENA M.M. de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 105-114, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Stella_Taquette/publication/262506652_Understanding_female_sexual_initiation_in_adolescence/links/0c96053c9921cb35bb000000.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

TRINDADE, W.R. & FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 149-152, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2017.

VAZ M.I., COELHO M.M. A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. **Acta Urol**, v.

27, n. 2, p. 49-59, 2010. Disponível em: <<http://www.apurologia.pt/acta/2-2010/Sex-Les-Vert-Med.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

VERIT, F.F.; YENI, E.; KAFALI, H. Progress in female sexual dysfunction. **Urol Int**, v. 76, n. 1, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401914>>. Acesso em 23 set. 2016.

WOODARD, T.L.; DIAMOND, M.P. Physiologic measures of sexual function in women: A review. **Fertility and sterility**, v. 92, n. 1, p. 19-34, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771367/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: DISFUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Prezada Senhora,

Você foi selecionada para participar da pesquisa sobre a DISFUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. Esta pesquisa está sendo realizada por uma aluna do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, como Trabalho de Conclusão de Curso, e tem como objetivo identificar e avaliar a prevalência de disfunção sexual nas pacientes usuárias do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Com esse estudo, se buscará ampliar os conhecimentos acerca da sexualidade feminina, gerando dados para melhorar o atendimento das mulheres na abordagem desse tema durante as consultas. A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública tanto no Brasil como em vários outros países, não só pela alta prevalência, mas também por relacionar-se diretamente com a qualidade de vida. Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas nestes dois questionários. Os questionários não são identificáveis e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto sigilo das informações pessoais.

Como riscos e benefícios desta pesquisa: como risco, cita-se o constrangimento no caso da revelação da sua identidade, no entanto, os questionários não exigem o preenchimento de nenhum dado (nome, número de prontuário) que a identifique; como benefício, cita-se a divulgação dos dados de modo a contribuir na criação de campanhas de saúde pública que melhorem a qualidade da vida sexual da população. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento pela mesma, que poderá se recusar a responder quaisquer perguntas dos questionários.

Este trabalho será realizado com recursos próprios da autora, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

A principal investigadora é Amanda Alves Volse (acadêmica de medicina da UFPA), que pode ser encontrada na Travessa Dom Romualdo de Seixas, 1630, fone: (91)981019691.

Amanda Alves Volse

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por **minha livre vontade, aceito participar da pesquisa** cooperando com as informações contidas nos dois questionários.

Belém, ____ / ____ / ____.

Assinatura da entrevistada

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (CEP/FSCMPA) – Rua Oliveira Belo, 395 Umarizal – Belém – Pará. Tel: 4009-2200.

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

1. Idade:

2. Estado civil: ☐ Solteira/Viúva/Divorciada ☐ Casada/União estável

3. Escolaridade:

- ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo
☐ Médio incompleto ☐ Médio completo ☐ Técnico
☐ Superior incompleto ☐ Superior completo

4. Renda familiar:

- ☐ < até 1 salário mínimo ☐ de 1 a 4 salários mínimos
☐ 5 a 8 salários mínimos ☐ 9 ou mais salários mínimos

5. Idade da coitarca (idade da primeira relação sexual):

6. Você está satisfeita com a sua vida sexual? ☐ Sim ☐ Não

7. Em caso afirmativo para a sétima pergunta, responda: você já comentou sobre essa insatisfação com algum médico?

- ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE C - Artigo**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO
AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN IN MENACME USERS OF WOMEN'S
AMBULATORY OF THE SANTA FOUNDATION HOUSE OF MERCY OF PARÁ

Autores: Amanda Alves Volse¹; Denise Oliveira de Souza¹; José Carlos Wilkens Cavalcante¹; Natasha Valente dos Santos².

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

² Médica residente do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Os autores declaram não ter conflitos de interesse, seja ele político, econômico ou de recursos para execução da pesquisa.

RESUMO

Objetivos: a presente pesquisa buscou conhecer a prevalência da disfunção sexual em mulheres usuárias do Ambulatório da Mulher da Santa Casa de Misericórdia do Pará, correlacionando-a com as características sociodemográficas pertinentes. **Métodos:** foram coletados dados de 186 mulheres por meio da aplicação de dois questionários, sendo um elaborado exclusivamente para esta pesquisa, contendo dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, idade da coitarca, renda familiar, satisfação com a vida sexual e relato de problemas sexuais a algum médico) e outro já validado e desenvolvido propriamente para a população brasileira, o Quociente Sexual - Versão Feminina. **Resultados:** a prevalência de disfunção sexual foi de 32,26%, com padrão de desempenho sexual mais frequente (36,5%) variando de regular a bom. A faixa etária de 18 a 35 anos foi a mais prevalente, com 57,5 %. Quanto ao estado civil à maioria das mulheres era casada ou estava em união estável (64,5%). A renda familiar mais prevalente foi a de até um salário mínimo, com 63,9%. **Conclusão:** a prevalência de disfunção sexual encontrada foi mais frequente em mulheres entre 36 e 50 anos, casadas/união estável e com baixa escolaridade. A maioria das mulheres mostrou-se insatisfeita com a própria vida sexual e, destas, a maioria (87,2%) nunca havia conversado sobre isso com os seus médicos. Tal fato denota a importância de se ampliarem os estudos nessa área não só para refinar o entendimento sobre as taxas de prevalência da disfunção sexual como também para delinear de medidas preventivas e educacionais.

Palavras-chave: Disfunção sexual; Menacme; Santa Casa de Misericórdia do Pará.

INTRODUÇÃO

Uma vida sexual satisfatória é componente indissociável da saúde global e do bem-estar individual feminino, sendo muito importante não só para a função reprodutiva, como também para uma relação afetiva saudável. A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões da mulher, notoriamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias (NAJAFABADY, SALMANI & ABEDI, 2011).

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde frequente, com um impacto negativo na qualidade de vida (SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Isso porque, a saúde sexual está inserida em um contexto amplo, englobando vários aspectos, como o bem-estar geral, a qualidade de vida, a função sexual normal e uma relação sexual satisfatória (LIMA et al., 2010).

Alguns questionários de disfunção sexual já são amplamente utilizados em estudos psicológicos e sociológicos de comportamento sexual (LIMA et al., 2010). Dentre os questionários utilizados para avaliar a função sexual feminina, cabe citar o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) que é um instrumento validado, elaborado especialmente para a população brasileira, que busca a avaliação dos vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos), de fácil entendimento para a paciente, dada a sua linguagem acessível à população brasileira (ABDO et al, 2002).

No Brasil, 8,2% das mulheres se queixam de absoluta falta de desejo sexual; 26,2% não atingem o orgasmo; 26,6% têm dificuldade de excitação e 17,8% dispareunia (ABDO, 2009). Para modificar tal contexto torna-se necessário o fornecimento de informação a cerca do tema, a orientação sexual, a conscientização e a formação de hábitos e atitudes relacionados às dimensões biológicas e psíquicas da sexualidade.

Segundo Cavalcanti e seus colaboradores (2014), mulheres que se sentem à vontade para falar sobre sua vida sexual apresentam menor chance de apresentarem disfunção sexual. Tal afirmação pode estar relacionada com o fato dessas mulheres, mais desinibidas, terem um maior diálogo sobre o assunto, gerando um melhor entendimento e conhecimento sobre sua sexualidade, facilitando, dessa forma, sua busca pela satisfação sexual.

Assim, observa-se que entre as mulheres, os temas relacionados à sexualidade ainda são vistos como tabu devido às características históricas e culturais que ainda hoje colocam o nosso país dentro de um contexto patriarcal, no qual a sexualidade feminina deve servir única e exclusivamente para atender aos interesses masculinos, de modo a agravar o problema da disfunção sexual feminina.

A presente pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência de disfunção sexual de pacientes no período da menacme, relacionando-a com perfis sociodemográficos. Além disso, busca identificar a prevalência de mulheres que declaram estar insatisfeitas com a vida sexual, mas que nunca relataram isso a algum médico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. A pesquisa foi realizada no Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPa) por meio da aplicação dos questionários para pacientes no menacme, com 18 anos ou mais, que tinham parceiro fixo, que mantinham relação sexual há pelo menos seis meses e que estavam aguardando atendimento no Ambulatório da Mulher da FSCMPa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FSCMPa.

A amostra foi calculada por meio do programa Epi-Info, versão 3.4.3- 2007. Utilizou-se a frequência do evento (disfunção sexual) de 49%, com erro absoluto de 10% e nível de confiança de 95%, totalizando um número de 166 pacientes. Adicionou-se 12% de perdas, o que resultou em uma amostra final de 186 pacientes.

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos, ambos respondidos pela própria paciente: o primeiro, um questionário desenvolvido especificamente para esta pesquisa, no qual serão investigados dados sociodemográficos, tais como, idade, escolaridade, estado civil, idade da coitarca, renda familiar, satisfação com a vida sexual e relato de problemas sexuais (no caso de resposta afirmativa ao item anterior) a algum médico. O segundo instrumento utilizado será o QS-F que avalia a função sexual de mulheres através de 10 questões arranjadas em diferentes domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 a 10). O escore final será calculado, transformando a questão 7, pois está no sentido reverso e a transformação será feita por meio da seguinte fórmula: $Q7 \text{ reversa } (Q7R) = 5 - Q7$. O escore final será calculado da seguinte maneira:

- a) Soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + (5 – escore da questão 7);
- b) Multiplicar o resultado dessa soma por 2, ou seja: quanto maiores os valores dos escores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher. Sendo que a resposta para cada questão é composta por uma escala gradual de 0 a 5, sendo 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = aproximadamente 50% das vezes; 4 = a maioria das vezes; 5 = sempre. Os pontos de corte são: 0 a 20 pontos = nulo a ruim; 22 a 40 = ruim a

desfavorável; 42 a 60 = desfavorável a regular; 62 a 80 = regular a bom; 82 a 100 = bom a excelente. Sendo classificada como disfunção sexual aquelas mulheres com pontuação inferior a 60.

Para a realização da pesquisa foram efetuadas duas visitas semanais com dias escolhidos de maneira randômica, por um período de três meses. Durante o preenchimento dos questionários, as pacientes estiveram em uma sala reservada com o intuito de minimizar possíveis constrangimentos.

A análise dos dados foi realizada com o uso do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18 para Windows. Para a caracterização da amostra, foi calculada a média, o desvio padrão (DP) e o intervalo de confiança para as variáveis idade e escore do QS-F. Na análise descritiva, os dados estão expostos em tabelas de distribuição das frequências absoluta e relativa. Para verificar a presença de associação entre a variável dependente do estudo (disfunção sexual) e as independentes (dados sociodemográficos), foi utilizado o Bioestat versão 5.0. Para analisar a força da associação, foi utilizado o odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

RESULTADOS

Foram entregues 186 questionários às pacientes que aguardavam atendimento no Ambulatório da Mulher da FSCMPa, destes todos foram respondidos. Em relação à escolaridade, 25% das mulheres tinham ensino médio completo, 20,9% tinham ensino fundamental completo, 18,2% ensino médio incompleto, 12,3% tinham ensino fundamental incompleto, sendo o mesmo percentual para ensino superior incompleto, 6,9% possuíam curso técnico e 3,7% tinham ensino superior completo. A faixa etária das mulheres variou de 18 a 50 anos, foram agrupadas em duas faixas etárias, sendo de 18 a 35 anos equivalente a 57,5 % das mulheres. Quanto ao estado civil, 64,5% eram casadas ou possuíam união estável. E 35,4% eram solteiras, viúvas ou divorciadas. Em relação à renda familiar, 63,9% das mulheres dispunham de até 1 salário mínimo por mês, 32,8% de 1 a 4 salários mínimos por mês, 2,6% de 5 a 8 salários mínimos e apenas 0,54% dispunham de 9 ou mais salários mínimos por mês. (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas das pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. (N= número de pacientes entrevistadas).

Variável	Disfunção sexual (n=186)				Total	%	P-Valor
	Não	%	Sim (59)	%			
Faixa etária							
18 a 35	84	78.5	23	21.5	107	57.5	*0.0009
36 a 50	43	54.4	36	45.6	79	42.5	
Estado civil							
Casada/união estável	73	60.8	47	39.2	120	64.5	*0.0055
Solteira/viúva/divorciada	54	81.8	12	18.2	66	35.5	
Renda							
Até 1 SM	81	68.1	38	31.9	119	64.0	0.8212
1 a 4 SM	41	67.2	20	32.8	61	32.8	
5 a 8 SM	4	80.0	1	20.0	5	2.70	
9 ou + SM	1	100.0	0	0.0	1	0.5	
Escolaridade							
Fundamental completo	14	35,9	25	64,1	39	21	*0.0001
Fundamental incompleto	11	47,8	12	52,2	23	12,4	
Médio completo	40	85,1	7	14,9	47	25,3	
Médio incompleto	24	70,6	10	29,4	34	18,3	
Superior completo	6	85,7	1	14,3	7	3,8	
Superior incompleto	19	82,6	4	20,0	23	12,4	
Técnico	13	100,0	0	0,0	13	7	
Idade da coitarca							
< ou = 18	99	66.0	51	34.0	150	80.7	0.2443
> 18	28	77.8	8	22.2	36	19.3	
Total	127	68.3	59	31.7	186		

N= número de pacientes

Fonte: pesquisa de campo.

Com relação à distribuição das respostas das mulheres no QS-F, 29% costumam às vezes pensar espontaneamente em sexo, lembram de sexo ou se imaginam fazendo sexo. Quanto ao interesse por sexo, 53,7% das mulheres referiram que raramente participam da relação sexual com vontade. Com relação às preliminares, 46,2% das mulheres relataram que as carícias, beijos, abraços e afagos a estimulam sempre a continuar a relação sexual. Em relação à lubrificação, 38,1% das mulheres citaram ficar lubrificada durante a relação sexual sempre. Em relação ao grau de excitação, 46,2% das mulheres referiram que à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, elas sempre se sentem mais estimuladas para o sexo. Em relação à penetração, 39,2% das mulheres mencionaram que sempre relaxam a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis.

Ainda neste questionário, o sintoma da dispareunia foi negado por 37,6% das mulheres e 27,4% o referiram raramente. 22% das mulheres citaram a maioria das vezes se envolver, sem se distrair, durante a relação sexual e 21,5% disseram sempre se envolver, sem se distrair, durante a relação sexual. Com relação ao orgasmo, 34,9% das mulheres referiram que a maioria das vezes atinge o orgasmo nas relações sexuais que realizam. E 43% mulheres mencionaram que sempre sentem vontade de fazer sexo outras vezes e em outros dias (Tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição das respostas de pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará ao Quociente Sexual – versão feminina (QS-F). (N= número de pacientes que informaram a referida resposta).

Questão	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Às vezes N (%)	50% das vezes N (%)	Maioria das vezes N (%)	Sempre N (%)	P-valor
O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	1(0,54)	25(53,76)	52(27,96)	19(10,22)	29(15,59)	60(32,26)	*0,0001
As preliminares a estimulam a continuar a relação sexual?	5(2,69)	15(8,06)	25(13,44)	20(10,75)	35(18,82)	86(46,24)	*0,0001

Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	10(5,38)	28(15,05)	20(10,75)	22(11,83)	35(18,82)	71(38,17)	*0,0001
Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	6(3,23)	16(8,60)	27(14,52)	7(3,75)	44(23,66)	86(46,24)	*0,0001
Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	3(1,61)	13(6,99)	35(18,82)	20(10,75)	42(22,58)	73(39,25)	*0,0001
Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação?	15(8,06)	29(15,59)	35(18,82)	26(13,98)	41(22,04)	40(21,51)	*0,0001
Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	3(1,61)	30(16,13)	23(12,37)	23(13,37)	65(34,95)	42(22,58)	*0,0001
O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	3(1,61)	13(6,99)	30(16,13)	16(8,60)	44(23,66)	80(43,01)	*0,0001

N= número de pacientes que informaram a referida resposta.

Fonte: Pesquisa de campo

Com relação ao padrão de desempenho sexual, na presente pesquisa, 68 (36,5%) das mulheres apresentaram desempenho sexual de regular a bom e 58 (31,1%) desempenho sexual de bom a excelente (Tabela 3).

TABELA 3 - Distribuição dos resultados do Quociente Sexual – versão feminina (QS-F) das pacientes do Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. (N= número de pacientes entrevistadas)

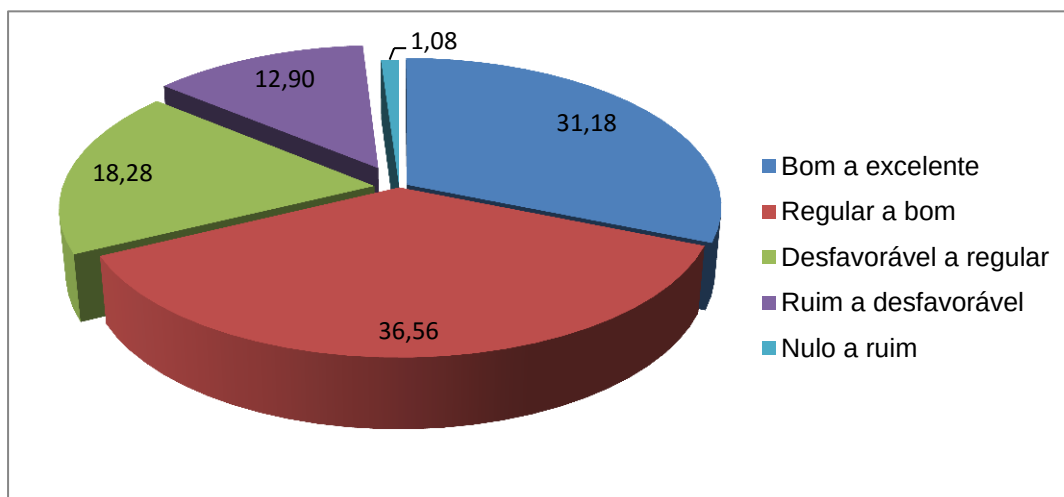
N= número de pacientes entrevistadas.

Padrão de desempenho sexual	N	%	p-valor
Bom a excelente	58	31.18	*0,0001
Regular a bom	68	36.56	*0,0001
Desfavorável a regular	34	18.28	*0,0001
Ruim a desfavorável	24	12.90	*0,0001
Nulo a ruim	2	1.08	*0,0001
Total	186	100.00	

Fonte: pesquisa de campo.

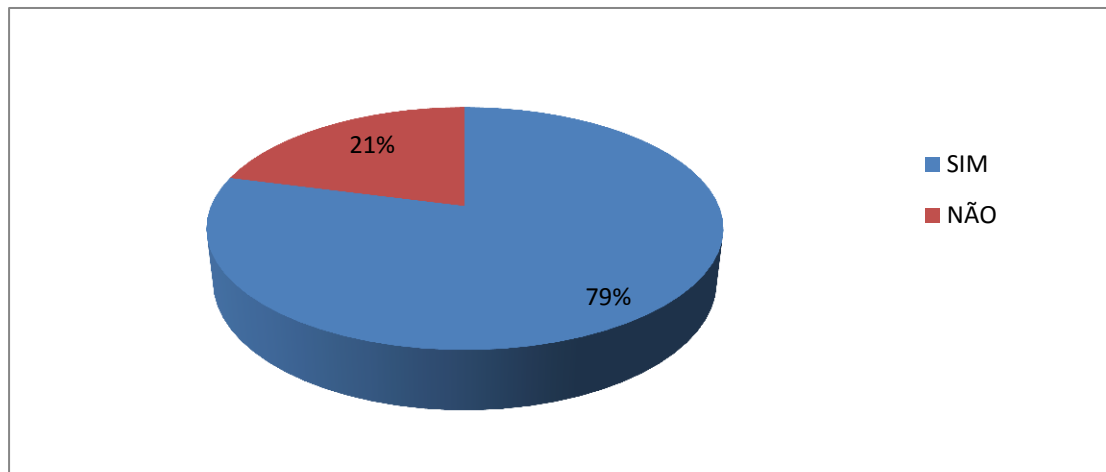
Em relação à satisfação com a vida sexual, 79% das mulheres referiram estar satisfeitas com a vida sexual (Figura 2), sendo que desse total 78,2% realmente apresentaram escore compatível com função sexual normal. Dos 21% das mulheres que relataram insatisfação com a vida sexual, 71% apresentaram escore compatível com disfunção sexual e, somente 12,8%, afirmaram já ter conversado com algum médico sobre essa questão.

Figura 4: Distribuição percentual segundo o desempenho sexual.



Fonte: Pesquisa de campo

Figura 5: Satisfação com a vida sexual.



Fonte: Pesquisa de campo

DISCUSSÃO

De etiologia multifatorial e fisiopatologia complexa, a disfunção sexual feminina prejudica a qualidade de vida da mulher de maneira ampla e global, constituindo um relevante problema de saúde pública (ABDO et al., 2006; FERREIRA et al., 2007). É cada vez mais emblemática a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte do bem-estar do ser humano. Atualmente, independente do gênero, o aspecto prazeroso das relações sexuais tem demonstrado maior importância do que o seu aspecto biológico (reprodutivo) (LARA et al, 2008)

Esta pesquisa foi feita embasada em apenas um grupo, sendo comparado entre suas diferentes variáveis. Dessa forma as análises e associações seriam melhor aproveitadas e mais específicas. O QS-F, foi selecionado por ser um instrumento validado cientificamente, elaborado especificamente para a população brasileira e por já ter sido utilizado em outros artigos científicos reconhecidos. Outro questionário, elaborado pelas autoras, foi aplicado devido à necessidade de variáveis para a comparação e correlação dos dados. Esses dados que incluíam idade, estado civil, renda familiar, escolaridade e idade da coitarca foram fundamentais para os resultados da pesquisa.

A prevalência de disfunção sexual no presente estudo foi de 32,26%, coincidindo com o detectado em alguns estudos da literatura, nos quais a prevalência variou entre 20 e 50% (BASSON, 2005; ABDO et al., 2002). Entretanto, foi discordante do estudo de Abdo (2004), no qual a prevalência foi de 5,8% na faixa etária de 18 a 40 anos.

Cabe ressaltar, no entanto, que os dados relativos à prevalência da disfunção sexual apresentam uma grande diversidade entre si, não só pela miscigenação da população brasileira

e pluralidade dentro do próprio território nacional, mas também pelos diversos métodos de avaliação existentes. Assim, apesar do aumento no interesse pelo tema, ainda há uma escassez de dados confiáveis e muitas pesquisas são realizadas inadequadamente (NAZARETH, BOYTON & KING, 2003).

Com relação ao padrão de desempenho sexual, na presente pesquisa, 36,56% das mulheres apresentaram desempenho sexual de regular a bom. Tais resultados diferem dos resultados da pesquisa desenvolvida pelo Projeto Sexualidade (Prosex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, realizada em 2003, em que 54,4% das mulheres que tinham entre 18 e 25 anos e 60,9% das mulheres que tinham entre 26 e 40 anos apresentaram uma autoavaliação do desempenho sexual bom, enquanto que 11,5% das mulheres entre 18 e 25 anos e 10,6% das mulheres entre 26 e 40 anos apresentaram uma autoavaliação do desempenho sexual regular (Abdo, 2004).

Os resultados na presente pesquisa quanto ao desejo e interesse sexual apontam que 29,03% das mulheres costumam às vezes pensar espontaneamente em sexo, lembram-se de sexo ou se imaginam fazendo sexo, 53,76% das mulheres referiram raramente ter interesse por sexo o suficiente para participar da relação sexual com vontade e 22,04% das mulheres referiram que a maioria das vezes se envolvem, sem se distrair, durante a relação sexual.

Na literatura, o problema funcional mais encontrado nas mulheres do ponto de vista sexual esta relacionado ao desejo. Um estudo realizado com 1.474 mulheres com idade média entre 26 e 40 anos apontou como principais disfunções sexuais femininas, a falta de desejo sexual (34,6%) e a ausência de orgasmo (29,3%). O mesmo estudo apontou que as mulheres com idade até 25 anos apresentaram diminuição do desejo sexual em 23,4% e que essa porcentagem só aumenta com o decorrer do tempo. (ABDO, OLIVEIRA, MOREIRA & FITTIPALDI, 2002).

Com relação à dispareunia, 37,63% das mulheres referiram nunca sentir dor durante a relação sexual. E com relação ao orgasmo, 34,95% das mulheres referiram atingir na maioria das vezes nas relações sexuais que realizam. Tais resultados diferem da pesquisa “Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro”, realizada em 2000, na qual os resultados foram os seguintes: 34,6% das mulheres apresentaram falta de desejo sexual, 21,1% das mulheres referiram dor durante a relação sexual, e 29,3%, das mulheres apresentaram disfunção orgásmica (ABDO, MOREIRA JR, OLIVEIRA JR, FITTIPALDI, 2002).

Os resultados encontrados indicam que a satisfação sexual é influenciada pela idade das mulheres ($p=0,0009$). Mulheres com idade entre 36 e 50 anos apresentaram mais

disfunção sexual que as mulheres mais jovens, 45,6% contra 21,5%. O estudo de Trindade & Ferreira (2008), analisando a sexualidade e a vontade do ato sexual, concluiu que o avanço da idade tem efeito significativo na resposta sexual feminina, principalmente devido à falência ovariana que ocorre na menopausa. No entanto isso não é consenso na literatura.

O estudo realizado por Hite (1986), por exemplo, ressalta que a capacidade sexual feminina aumenta à medida que a mulher envelhece. Algumas mulheres relataram que as suas melhores experiências sexuais vieram com a maturidade, autoconfiança e ausência do medo de engravidar. Isso porque, para os autores que defendem essa hipótese, fatores relacionais são mais impactantes do que a idade ou a menopausa, dessa forma, mulheres na fase da menacme também podem apresentar disfunção sexual.

Quanto à associação entre nível socioeconômico e disfunção sexual a literatura é bastante divergente. Em estudo realizado com mulheres americanas, a deterioração da posição econômica foi associada a um aumento modesto do risco em todas as categorias de disfunção sexual feminina (LAURAN, 1999). Tal fato foi corroborado nesta pesquisa, pois 31,9% das mulheres com disfunção sexual declararam ter como renda familiar até um salário mínimo.

A relação do nível de escolaridade com disfunção sexual já foi discutida na literatura, sendo apontada tanto uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade (ABDO et al., 2004) quanto uma relação direta entre nível educacional elevado e maior prevalência de disfunção sexual (FERREIRA et al., 2007; TRINDADE & FERREIRA, 2008). Neste estudo, observou-se que 62,7% das mulheres com disfunção sexual não chegaram nem a iniciar o ensino médio. Em contraponto, entre as mulheres com ensino superior completo, apenas 14,3% apresentaram disfunção sexual.

Em relação ao estado civil, a pesquisa também se mostrou significativa estatisticamente. Entre as mulheres casadas/união estável, 39,2% da amostra apresentaram disfunção sexual em paralelo com apenas 18,2% das mulheres solteiras/viúvas/divorciadas.

Em relação à coitarca, atualmente, as adolescentes iniciam a atividade sexual cada vez mais precocemente por conta de inúmeros fatores, entre eles, o fato de que muitas jovens associam a concretização da relação com o parceiro apenas após a primeira relação sexual, tendo como plano de fundo o romantismo, ou ainda, por serem pressionadas por seus parceiros. (BORGES, 2004; BINKSTOCK & GOGNA, 2015).

Diante disso, a presente pesquisa corrobora com as estatísticas nacionais ao mostrar que 80,7% das mulheres iniciaram a vida sexual antes dos 19 anos. Mulheres com idade de coitarca superior a 18 anos apresentaram menos disfunção sexual (22,2%), entretanto, os resultados dessa pesquisa, não mostraram significância estatística para esta variável ($p=$

0,2443). Borges & Schor (2005), descrevem em seu estudo transversal sobre a sexualidade na adolescência, que as mulheres iniciam sua vida sexual, cada ano mais cedo, e que nos dias de hoje a média de iniciação sexual feminina é de 15 a 19 anos. Berlofi et al. (2006) apontam que a iniciação sexual vem ocorrendo de forma mais precoce devido às oportunidades de manter relações sexuais, ao estilo de vida moderno e aos estímulos ambientais.

Estudos mais recentes apontam que a idade média para início das relações sexuais de adolescentes do sexo feminino é de 14,8 anos. Esse dado revela que houve uma mudança no comportamento sexual das jovens, pois na comparação com os dados do Ministério da Saúde de 1984 em que, a idade média para primeira relação sexual das mulheres era de 16,0 anos, percebe-se que a iniciação sexual das mulheres se apresenta mais precoce (BORGES, 2007; BERGAMIN & BORGES, 2009).

Avaliar a satisfação sexual dos indivíduos é uma tarefa complexa, não só pela dificuldade em abordar o tema, mas também pelas diversas variáveis implícitas no mesmo. Da década de 1970 à de 90, ainda que as perguntas não fossem idênticas, nota-se um aumento expressivo da satisfação feminina (de 26% para 51%) (BOZON, 2003). A presente pesquisa mostrou uma prevalência ainda maior de satisfação sexual, com um percentual de 79%. Esse crescimento da satisfação feminina é, sem dúvida, devido a uma atitude mais ativa e mais hedonista da parte delas nos relacionamentos amorosos.

Apesar desse expressivo aumento, não é raro encontrar mulheres com dificuldades em suas relações sexuais. Entretanto, não são raros os profissionais de saúde que, diante de um questionamento de ordem sexual, não sabem que conduta adotar, ou pior, tomam atitudes intempestivas e algumas vezes preconceituosas, pois, em geral, ao se formar, estes profissionais pouco conhecem sobre sexualidade (STUDD, 2007).

Nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com maior frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual. No entanto, menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes (LARA et al, 2008). Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas (ABDO & OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

Mesmo com esse aumento na prevalência de mulheres que buscam atendimento médico diante de problemas relacionados à sexualidade, esse número ainda está aquém do número de mulheres que lidam com este problema. Tal fato pode ser verificado na presente

pesquisa, a qual mostrou que a maioria das mulheres (87,2%) insatisfeitas com própria vida sexual nunca conversou sobre isso com os seus médicos.

A insatisfação sexual pode resultar de disfunções sexuais na própria pessoa ou no companheiro, ou pode existir independentemente de disfunções. É possível e até relativamente frequente encontrar mulheres que querem ter atividade sexual, ficam excitadas, têm orgasmo, e mesmo assim se sentem insatisfeitas (DAVIS & PETRETIC-JACKSON, 2000). Tal fato pode ser observado no presente estudo, pois 21,8% das mulheres que referiram satisfação com a vida sexual apresentaram escore compatível com disfunção sexual.

5. CONCLUSÃO

A prevalência de disfunção sexual neste estudo foi de 32,26%, mostrando-se mais frequente em mulheres entre 36 e 50 anos, casadas/união estável e com baixa escolaridade. Tal fato denota a importância de se ampliarem os estudos nessa área não só para refinar o entendimento sobre as taxas de incidência da disfunção sexual feminina, usando amostras populacionais estratificadas e representativas e critérios diagnósticos claros, acurados e de consenso, como também para delinear de medidas preventivas e educacionais que venham contribuir na diminuição da ocorrência de disfunção sexual feminina.

Os dados nessa pesquisa mostraram que 87,2% das mulheres que estavam insatisfeitas com a vida sexual nunca haviam conversado sobre isso com nenhum médico, o que revelou a importância de se divulgar o tema também entre a comunidade médico-científica que ainda parece ignorar a sexualidade durante a anamnese.

A sexualidade é algo essencial ao ser humano, sendo importante na construção da identidade, engloba aspectos biológicos, afetivos, amorosos e até mesmo, religiosos. Entretanto, apesar da relevância do tema, observa-se uma escassez de estudos nessa área. Tais estudos tornam-se ainda menos frequente quando se restringe a pesquisa ao gênero feminino, de modo que apesar da prevalência expressiva da disfunção sexual feminina, a sua compreensão ainda não está suficientemente estabelecida.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn. tratamento**, v. 14, n. 2, p. 45-49, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=552570&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ABDO, C.H.N. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Rev. bras. Med.**, v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1875&fase=imprime>. Acesso em: 02 fev. 2016.

_____. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 160-166, 2004. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/9841/ABDO%20CHN%20Prevalence....pdf?sequence=2>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

_____. et al. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev. Bras Med**, v. 63, n. 9, p. 15, 2006. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=3404&fase>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ANDERSON, K.D. et al. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. **Spinal Cord**, v. 45, n. 5, p. 349-59, 2007. Disponível em: <<http://www.nature.com/sc/journal/v45/n5/full/3101979a.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BANCROFT, J., LOFTUS, J., LONG, J.S. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. **Arch Sex Behav**, v. 32, n.3, p. 193-208, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807292>>. Acesso em: 25 jan 2017.

BASSON, R. Human sex-response cycles. **J Sex Marital Ther**, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224952>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

_____. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **CMAJ**, v. 172, n. 10, p. 1327-1333, 2005. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/172/10/1327.full>>. Acesso em: 25 abr 2017.

BERLOFI et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p.196-200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 11 jun 2017.

BEZERRA, I.F.D. et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Rev. bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 6, p. 266-271, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000600266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BORGES, A.L.V. & SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016>. Acesso em: 18 mai 2017.

BOZON, M. Sexualidade e conjugalidade A redefinição das relações de gênero na França contemporânea. **Cadernos pagu**, n. 20, p. 131-156, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n20/n20a05.pdf>>. Acesso em: 30 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: MS, 2010. p. 17-20.

CALVALCANTI, I.F. et al. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.36, n.11, p. 497-502, Nov. 2014

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001100497&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2016.

CEREJO, A.C. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. **Rev. Port de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701-20, 2006. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10303/10039>>. Acesso em: 12 set. 2016.

DAVIS, J. & PETRETIC-JACKSON, P. The impact of childhood sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. **Aggression and Violent Behavior**, v. 5, p. 291-328, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/223785810_The_impact_of_child_sexual_abuse_on_adult_interpersonal_functioning_A_review_and_synthesis_of_the_empirical_literature>. Acesso em: 29 jun 2017.

DENNERSTEIN, L. et al. Fsfí Scoring Appendix. Disponível em: <<http://www.fsfquestionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

EVERAERD, W.; BOTH, S. Ideal female sexual function. **J Sex Marital Ther**, v. 27, n. 2, p. 137-139, 2001. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230152051806>>. Acesso em: 12 mai 2017.

FERREIRA, A.L.C.G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Rev. Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-695, 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/FEMINA_Novembro-691.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GARCIA, O.R.Z.; LISBOA, L.C.S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 708-16, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-708.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

HATZIMOOURATIDIS, K.; HATZICHRISTOU, D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. **J Sex Med**, v. 4, n. 1, p. 241-250, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6568560_Sexual_Dysfunctions_Classifications_and_Definitions>. Acesso em: 30 set. 2016.

HAYES, R.D. et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **J Sex Med**, v. 5, n. 7, p. 1681-1693, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410300>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

HITE, S.O. **Relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina**. 18.ed. São Paulo: DIFEL, 1986. 497 p.

KAPLAN, H.S. **O desejo sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. v. 2, 253 p.

_____. **A nova terapia do sexo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. 189 p.

KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Manual de Medicina Sexual**. São Paulo: Manole, 1982. 292 p.

LARA, L.A.S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Lucia_Lara/publication/238480182_Abordagem_das_disfuncoes_sexuais_femininas/links/00b4952cefa216b6f1000000.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-544, 1999. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762>>. Acesso em: 22 abr 2017.

LIMA, S.M.R.R. et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. **Arq. Méd. Hosp. Fac. Ciências Med. Santa Casa São Paulo**, v. 55, n. 1, p. 1-6, 2010. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2010/55_1/01_AO1.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Human sexual response**. 1 ed. Boston: Lippincott Williams and Wilkins, 1996. 195 p.

MONTGOMERY, M.; LOPES, G.P.; NORONHA, D. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed; 1993. 284 p.

NAJAFABADY, M.T.; SALMANI, Z.; ABEDI, P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. **Clinics**, v. 66, n. 1, p. 83-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322011000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2016.

NARROW, W.E. et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 423-440.

NAZARETH, I.; Boyton, P.; King, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. **BMJ**, v.327, n. 7412, p. 423-429, 2003. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7412/423>. Acesso em: 23 abr 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação**. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 11 mai 2017.

PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. **Rev. Port. de Medicina Geral e Familiar**, v. 20, n. 3, p. 357-70, 2004. Disponível em: <<http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10044>>. Acesso em: 5 set. 2016.

PINTO NETO, A.M.; VALADARES, A.L.R.; COSTA-PAIVA, L. Climacteric and sexuality. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obst.**, v. 35, n. 3, p. 93-96, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 jan. 2017.

RAINA R. et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. **Fertil Steril**, v. 88, n. 5, p. 1273-1284, 2007. Disponível em: <[http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(07\)03561-3/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(07)03561-3/fulltext)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SANTOS, S.R.; OLIVEIRA, C.M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Rev. Port. de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-3, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000500011>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SHIFREN, J.L. et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Obstet Gynecol**, v. 112, n. 5, p. 970-978, 2008. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/11000/Sexual_Problems_and_Distress_in_United_States.3.aspx>. Acesso em: 10 out. 2016.

STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. **Gynecol Endocrinol**, v. 23, n. 12, p. 673-681, 2007. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09513590701708860>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TRINDADE, W.R. & FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 149-152, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2017.

VAZ M.I., COELHO M.M. A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. **Acta Urol**, v. 27, n. 2, p. 49-59, 2010. Disponível em: <<http://www.apurologia.pt/acta/2-2010/Sex-Les-Vert-Med.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

VERIT, F.F.; YENI, E.; KAFALI, H. Progress in female sexual dysfunction. **Urol Int**, v. 76, n. 1, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401914>>. Acesso em 23 set. 2016.

WOODARD, T.L.; DIAMOND, M.P. Physiologic measures of sexual function in women: A review. **Fertility and sterility**, v. 92, n. 1, p. 19-34, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771367/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISFUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NO MENACME USUÁRIAS DO AMBULATÓRIO DA MULHER DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO

Pesquisador: José Carlos Wilkens Cavalcante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55978316.0.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.666

Apresentação do Projeto:

Os problemas sexuais em mulheres são altamente prevalentes e estão frequentemente associados ao desconforto pessoal, gerando piora na qualidade de vida. A disfunção sexual é definida pela falta de resposta sexual, e/ou desconforto/dor no decorrer desta, interferindo em alguma fase desse evento (desejo, excitação e/ou orgasmo), podendo causar bloqueios e traumas. Entre as mulheres, a disfunção sexual torna-se ainda mais relevante por ser raramente explicitada durante as consultas, de modo a dificultar o diagnóstico e o tratamento. Desse modo, objetiva-se conhecer a prevalência da disfunção sexual em mulheres usuárias do Ambulatório da Mulher da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Para tanto, serão coletados dados de 182 pacientes por meio da aplicação de dois questionários, sendo um elaborado exclusivamente para esta pesquisa, contendo dados sociodemográficos (idade, etnia, escolaridade, estado civil, idade da coitarka, renda familiar, satisfação com a vida sexual e relato de possíveis problemas sexuais a algum médico) e outro já validado e desenvolvido propriamente para a população brasileira, o Quociente Sexual -

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.571.000

Versão Feminina.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e avaliar a prevalência da disfunção sexual de pacientes no período da menarca. Caracterizar o perfil das pacientes de acordo com a idade, a etnia, a escolaridade, o estado civil, a renda familiar e a idade da coltarca; Identificar a prevalência de mulheres que declaram estar insatisfeitas com a vida sexual, mas que nunca relataram isso a um profissional da saúde; Avaliar a função sexual das pacientes; Identificar a prevalência de pacientes com disfunção sexual; Identificar os grupos sociodemográficos nos quais a prevalência de disfunção sexual é maior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As pesquisadas, o risco seria de constrangimento de terem suas identidades reveladas, no entanto, suas identidades estarão mantidas em sigilo, visto que não será necessário o preenchimento do nome em nenhum dos questionários utilizados e as informações coletadas servirão excepcionalmente para fins científicos, sendo os mesmos informados a esse respeito. Este trabalho apresenta como risco à comunidade científica e aos pesquisadores a distorção de alguns resultados, pois os questionários serão preenchidos pelas próprias pacientes, podendo conter informações falsas em decorrência da má interpretação dos itens dos questionários. A fim de atenuar este risco, serão desconsiderados para a pesquisa questionários que não estiverem totalmente preenchidos ou que apresentem mais de uma opção marcada em cada tópico.

Benefícios:

Tem-se como benefício para as pesquisadas a divulgação dos dados encontrados que servirão de base para que a FSCMPa possa criar campanhas de aperfeiçoamento que visem capacitar e atualizar os profissionais de modo a melhorar o atendimento às pacientes. Para a comunidade científica, o ganho seria em relação ao aumento da casuística sobre o assunto e a exposição de dados que poderiam ser utilizados para futuras pesquisas. Para os autores, os benefícios seriam de a pesquisa proporcionar um sentimento de satisfação em disponibilizar informações que possam ajudar a melhorar a qualidade do atendimento das mulheres. Para a Universidade Federal do Pará, o

Endereço: Rua Oliveira Belo, 305	CEP: 66.050-380
Bairro: Umarizal	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)4000-2284	Fax: (91)4000-0528
E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br	

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.571.666

benefício seria de reconhecimento no meio científico, pois a Instituição será citada na pesquisa, a qual estará disponível a toda comunidade científica através da publicação do trabalho na rede mundial dos computadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática relevante, com contribuições a comunidade científica e ao cuidado em saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto apresenta os termos obrigatórios.

Contudo necessita rever TCLE.

Recomendações:

Ajustar hipótese em hipótese nula e hipótese 1.

Rever o cronograma.

Incluir email do pesquisadores, bem como os dados do pesquisador responsável, no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Realizar os ajustes solicitados nas recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_695532.pdf	08/05/2016 18:25:36		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.docx	08/05/2016 18:16:47	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.doc	08/05/2016 18:11:31	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Outros	questionarios.doc	05/05/2016 20:16:06	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/04/2016 11:30:15	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395
Bairro: Umarizal CEP: 66.050-380
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)4004-2264 Fax: (91)4004-0328 E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.571.000

Não

BELEM, 02 de Junho de 2016

Assinado por:
LIENE DO SOCORRO CAMARA XIMENES
(Coordenador)

ANEXO B - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

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

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

