

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

LUCAS FEITOSA DE SOUZA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ESTIGMA ACERCA DA ORIENTAÇÃO
SEXUAL**

ARACAJU
2019

LUCAS FEITOSA DE SOUZA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ESTIGMA ACERCA DA ORIENTAÇÃO
SEXUAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Siqueira Prado

ARACAJU
2019

LUCAS FEITOSA DE SOUZA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ESTIGMA ACERCA DA ORIENTAÇÃO
SEXUAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autor: Lucas Feitosa de Souza

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Siqueira Prado

ARACAJU
2019

LUCAS FEITOSA DE SOUZA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ESTIGMA ACERCA DA ORIENTAÇÃO
SEXUAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

“Eles não vão vencer
Baby, nada há de ser em vão
Ninguém vai poder querer nos dizer como amar”

Johnny Hooker

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me presentear a cada dia com o dom da vida, para que eu pudesse trilhar essa jornada que me foi dada.

Aos meus pais, Cácia e Euclides, por estarem comigo sempre (mesmo estando longe), por serem meu cais, por apoiarem todas as minhas decisões, por me fazerem ir até. Eu amo vocês mais que tudo nessa vida.

À minha irmã, Letícia, por aturar morar comigo, por nos batermos na cozinha e você começar a contar coisas aleatórias e só com isso tornar meu dia tão mais leve, por deixar bem claro que sempre posso contar com você. Isso é tão reconfortante. Eu te amo, tita!

A todos os meus familiares, que de alguma forma participam desse meu caminho e que sei que torcem por mim. Em especial a tia Patrícia, saiba que eu sinto todo o seu amor e ele é recíproco. E a vovó Sinhara (*in memoriam*) que teve que partir nos deixando com tanta saudade, eu te amo vovó, peço que me abençoe de onde estiver.

Aos meus amigos, aqueles que me ouvem incansavelmente sempre que preciso. Agradeço especialmente a Amanda, Ionara, Freitas e Dimitrius, por estarem tão próximos nesse momento.

Ao meu Quadrado de 8, vocês fazem a faculdade ser algo incrivelmente maravilhoso, vocês que tornam meus dias mais coloridos cada um compondo as sete cores do arco-íris. Átala, Carol, Flávia, Ionara, Renan, Thaila e Wallace, vocês estão guardados no meu coração para sempre.

À minha orientadora, Daniela Prado, por me orientar tão majestosamente, por ter acolhido de forma tão incrível a ideia de pesquisar sobre esse tema, por ter tido paciência, por compartilhar seus conhecimentos. Muito obrigado, você é espelho para mim.

A todas as mulheres que participaram dessa pesquisa por confiarem em mim. Ninguém solta a mão de ninguém, juntos vamos tornar esse mundo um lugar sem diferenças, sem preconceitos e sem discriminação!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população segundo a orientação sexual.....	51
Tabela 2. Correlação entre orientação sexual e aspectos sociodemográficos com o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF).....	52
Tabela 3. Média do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e dos domínios da função sexual segundo a orientação sexual.....	53
Tabela 4. Correlação entre o escore da Escala de Avaliação da Homofobia Internalizada (dividido nos domínios: percepção externa e percepção interna) e do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF).....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APA	American Psychological Association
BSFI-W	Brief Sexual Functioning Index for Women
BSSB	Brazilian study on sexual behavior
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSF	Disfunção sexual feminina
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FSDS	Female Sexual Distress Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGB	Lésbicas, gays e bissexuais
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
MSH	Mulheres que fazem sexo apenas com homens
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSFS	Profile of Female Sexual Function
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
RSH	Resposta sexual humana
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSH	Hormônio estimulante da tireoide

SUMÁRIO

1. REVISÃO DE LITERATURA	10
1.1 Conceitos	10
1.1.1 Gênero.....	10
1.1.2 Sexualidade.....	10
1.1.3 Orientação sexual.....	11
1.2 A invisibilidade e discriminação de mulheres que fazem sexo com mulheres.....	11
1.3 A homofobia internalizada.....	12
1.4 Ciclo da resposta sexual feminina.....	14
1.5 Disfunção sexual feminina.....	16
1.6 Epidemiologia da disfunção sexual feminina	17
1.7 Fatores associados à disfunção sexual feminina	18
1.8 Diagnóstico da disfunção sexual feminina.....	20
1.9 Tratamento da disfunção sexual feminina	21
REFERÊNCIAS	23
3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO	31
4. ARTIGO	41
Resumo	42
Abstract	43
Introdução.....	44
Metodologia	45
Resultados.....	47
Discussão.....	48
Conclusão	50
Referências	55
ANEXOS.....	59
A. Informações Sociodemográficas	59
B. Índice de Função Sexual Feminina	59
C. Escala de Avaliação de Homofobia Internalizada	61
D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Conceitos

Conceitos são construções produzidas pelo ser humano para expressar uma ideia ou um conjunto de ideias inter-relacionadas. Os conceitos são sempre originados de acordo com a percepção humana, por isso, podemos ter diferentes conceitos para eventos similares ou um mesmo conceito para eventos diferentes (CARDOSO, 2008). Sendo assim, iremos conceituar os termos básicos que são importantes para o desenvolvimento desse trabalho.

1.1.1 Gênero

Gênero é um conceito das ciências sociais que busca negar a continuidade entre o sexo físico e o sexo social, e vem sendo utilizado por diversas áreas do conhecimento. O comportamento esperado de uma pessoa de um determinado sexo é produto das convenções sociais em relação ao gênero em um contexto social próprio (HEILBORN, 1997).

Desse modo, gênero diz respeito à formação social do sexo. A palavra sexo, se refere, em uma análise sociológica, apenas à determinação anátomo-fisiológica dos seres humanos e à atividade sexual em si. O conceito de gênero surge, portanto, para diferenciar o aspecto biológico do social. O pensamento que sustenta essa distinção baseia-se na ideia da existência de machos e fêmeas na espécie humana, mas que a qualidade de ser homem e ser mulher é construída pela cultura (HEILBORN, 1994). Sendo assim, em termos de gênero, todos os seres humanos podem ser enquadrados em uma identidade de gênero, como transgênero ou cisgênero, isso levando em conta uma divisão binária de gêneros. As pessoas cisgênero são aquelas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, enquanto que os transgêneros são os que não se identificam (JESUS, 2012).

1.1.2 Sexualidade

Sexualidade é um ponto central na vida do ser humano, compreende o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, prazer, erotismo, reprodução e intimidade. A sexualidade é vivenciada e manifestada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, nos comportamentos e nos relacionamentos. Apesar da sexualidade poder incluir todos estes aspectos, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é produto das relações entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Assim, Maia (2010) determina sexualidade como a dimensão da vida humana que engloba as sensações corpóreas e abstratas e que envolvem, também, os assuntos emocionais. Afirmar ainda, que não é possível separar a emoção, a razão, a cognição e as questões sociais, fazendo a sexualidade tornar-se um conceito abrangente, que se refere a várias manifestações e não somente ao sexo (MAIA, 2010).

1.1.3 Orientação sexual

A orientação sexual se concebeu como conceito mais recentemente, referindo-se, de modo generalizado, ao sexo ou ao gênero que compreende o objeto de desejo de uma pessoa onde não está envolvida consciência nem intenção. Diz respeito a algo que mostra uma grande abertura e flexibilidade. Permitindo assim, diversas interpretações e usos que, às vezes, acabam acrescentando significados que determinam e caracterizam a orientação sexual nos indivíduos (SIMÕES; FACHINNI, 2009).

À vista disso, o termo orientação sexual emerge como ferramenta estratégica nas discussões sobre a sexualidade, além de servir para a consolidação política de movimentos que se sustentam na identidade sexual assumida publicamente. Tal termo é contrário à ideia de que a homossexualidade seria uma escolha racional. Portanto, a definição de orientação sexual está intimamente associada com o sentido do desejo sexual: se para pessoas do gênero oposto, do mesmo gênero ou para ambos (SILVA, 2014).

Dessa forma, existem inúmeros termos para definir as relações afetivo-sexuais, como por exemplo, heterossexual (pessoa que sente atração por pessoas do gênero oposto), homossexual (pessoa que sente atração por pessoas do mesmo gênero), bissexual (pessoa que se sente atraída pelos gêneros masculino e feminino), assexual (pessoa que não tem desejo puramente sexual), pansexual (pessoa que tem atração por todos os gêneros). Os homossexuais ainda podem se denominar gay, quando homem, ou lésbica, quando mulher (FOSTER, 2015).

1.2 A invisibilidade e discriminação de mulheres que fazem sexo com mulheres

As mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), sejam elas lésbicas, bissexuais ou pansexuais encontram-se invisibilizadas na sociedade, ou seja, há insuficiência de políticas públicas inclusivas voltadas a esse grupo, e as que existem nem sempre contemplam todas as demandas dessas mulheres. Essa invisibilidade pode ser explicada pelo

preconceito disseminado na comunidade, sendo que este resulta em estresse e isolamento dessas mulheres (RODRIGUES, 2010).

O preconceito sofrido por MSM existe como parcela que compõe o patriarcado, já que elas são vistas como mulheres que não se sujeitam às normas heterossexuais que proporcionam a dominação masculina sobre as mulheres heterossexuais. Essa constatação pode ser uma das motivações de violência. Segundo dados apresentados no Relatório de Violência Homofóbica no Brasil, a violência contra a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no ano de 2013 se distribuiu em relação à identidade sexual da seguinte maneira: não informados (46,8%), gays (24,5%), travestis (11,9%), lésbicas (8,6%), transexuais (5,9%) e bissexuais (2,3%). A porcentagem de “não informado” (46,8%) deve-se aos casos em que a identidade sexual foi entendida como não heterossexual, porém não foi enquadrada em nenhuma das outras categorias. Isto sugere que existe uma falta de conhecimento sobre como lidar com a identidade sexual LGBT (SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS, 2016).

Além da violência, esse grupo de mulheres têm outros aspectos da sua vida influenciados por essa dinâmica social, como por exemplo sua saúde sexual, que é extremamente afetada pela invisibilidade (RODRIGUES, 2010). A Organização das Nações Unidas (ONU) pontua, por exemplo, que ainda existem muitas dificuldades para MSM encontrarem informações sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), assim como enfrentam o despreparo e a falta de conhecimento específico por parte dos profissionais da saúde. Portanto, a saúde sexual dessas mulheres é negligenciada, e todos esses aspectos em conjunto, acabam contribuindo para um quadro de estigma, discriminação e invisibilidade dessa população (ONU, 2018).

A invisibilidade e os medos relacionados ao preconceito, seus efeitos na vida cotidiana e nas relações sociais, a discriminação e o enigma que ainda estão associados às relações afetivas e sexuais entre mulheres, colaboram com o silêncio e restrições que podem implicar negativamente nas relações amorosas dessas mulheres (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

1.3 A homofobia internalizada

A homofobia é definida por Koehler (2013) como rejeição, aversão, medo ou ódio irracional aos homossexuais. Sendo assim, comportamentos homofóbicos vão desde a

violência física, como a agressão e o assassinato, até a violência psicológica, nos atos de xingar, ridicularizar, apelidar e excluir do grupo (KOEHLER, 2013).

Junqueira (2007) relata que há uma dificuldade importante em se perceber a homofobia como algo relacionado a questões de gênero, já que o termo, quase sempre, é utilizado apenas para casos de discriminação contra homossexuais masculinos (JUNQUEIRA, 2007). Porém, a Sociedade Intersexual da América do Norte (2013) explica que sempre que utilizadas as expressões sexuais diferentes do modelo heterossexual, inclui-se: lésbicas, gays, bissexuais, travestis, homens e mulheres transexuais e intersexos (INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA, 2013).

Violências contra a população LGBT estão presentes nos diversos espaços de convívio social. Fazendo-se perceber no ambiente familiar, nas escolas, na igreja, na rua, no posto de saúde, na mídia, no trabalho, nas forças armadas, na justiça, na polícia, em diferentes esferas do poder público (BRASIL, 2012) e na falta de políticas públicas afirmativas que contemplem a comunidade LGBT (MOTT, 2006).

O preconceito sexual é uma das principais causas da interiorização do estigma homossexual, constituindo empecilhos para as pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB) se sentirem confortáveis com a sua orientação sexual e de a revelar sem problemas (WEBER-GILMORE; ROSE; RUBENSTEIN, 2012).

Nesse contexto, a homofobia internalizada é rotineiramente definida como medo da própria homossexualidade, que é um fenômeno cultural, mas não toma as mesmas formas ou o mesmo significado em diferentes grupos sociais, comunidades e regiões. O conceito de homofobia internalizada tem sido demonstrado por diversos autores como um fator central na manifestação de aspectos relacionados com o processo de saúde-doença entre pessoas homossexuais (CARREIRAS, 2014).

De acordo com Meyer e Dean (1998), a homofobia internalizada diz respeito “às atitudes sociais negativas que os sujeitos LGB têm em relação à homossexualidade”, ou seja, na convergência de todas as atitudes negativas referente à homossexualidade para o próprio homossexual, culminando em conflitos internos e baixa autoestima, levando à rejeição da sua orientação sexual (MEYER; DEAN, 1998).

Bostwick (2007) conceitua a homofobia internalizada como a internalização da visão negativa da sociedade, afirmando que esta pode atingir a saúde psicológica e ter consequências desfavoráveis para o desenvolvimento do indivíduo. De forma que, pode nunca ser completamente superada, afetando as pessoas LGB muito depois do processo de revelação da sexualidade (BOSTWICK, 2007).

Apesar de os profissionais de saúde mental e pesquisadores geralmente estarem de acordo com a definição ampla e abrangente da homofobia internalizada, variam significativamente na definição do conceito. Com isso, a homofobia internalizada foi delineada não só como a aversão dos próprios sentimentos e comportamentos homossexuais, mas também, como as atitudes hostis e de desprezo para com outros homossexuais, o ato de inferiorizar a homossexualidade como um estilo de vida aceitável, a percepção do estigma associado ao ser-se LGB e a aceitação de estereótipos sociais sobre a homossexualidade (MEYER, 1995).

A manifestação mais comum da internalização do estigma acerca da homossexualidade é a sensação de vergonha diante da perspectiva de ser identificado como LGB (PEREIRA; LEAL, 2002). Tal sensação de vergonha resulta do confronto com possíveis ameaças externas e internas, dependendo o bem-estar emocional do indivíduo da maneira como ele gere essas ameaças. Existe uma forte demonstração teórica de que estas ameaças causam comprometimento nas dimensões da saúde física e mental daqueles que são expostos a estas situações (HEREK et al., 1997; MEYER; DEAN, 1998; RODRIGUES, 2010).

Russel e Bohan (2006, apud FROST; MAYER, 2009), reafirmam que a homofobia internalizada não é categorizada como uma doença ou um traço de personalidade, pois tem sua origem social no preconceito sexual. A ansiedade, a vergonha e a desvalorização do eu LGB são intrínsecos à homofobia internalizada e tendem a ser manifestadas nas relações interpessoais, afetando não só relacionamentos românticos, mas também, as amizades com indivíduos LGB, as relações familiares e outras relações sociais (FROST; MAYER, 2009). Ao experimentar estes sentimentos no contexto interpessoal íntimo, as relações tornam-se propensas a diminuir sua qualidade e satisfação, em especial no contexto sexual (PEREIRA; LEAL, 2002).

1.4 Ciclo de resposta sexual feminina

A resposta sexual humana (RSH) tem sido muito estudada nos últimos anos. Vitiello (1997) defende que a RSH é composta por três dimensões que interagem entre si, a biológica, a psicológica e a social. Dessa forma, desmistifica o pensamento da exclusividade reprodutiva das relações sexuais (VITIELLO, 1997).

Masters e Johnson foram um casal de pesquisadores que estudaram o comportamento sexual de 312 homens e de 382 mulheres, durante doze anos (1954-1966), observando e registrando, aproximadamente, 14.000 atos sexuais e abordando inúmeros

domínios do comportamento sexual ante as mais diferentes situações. O casal de autores concluiu que a RSH é caracterizada por um ciclo linear de quatro fases, tanto no homem quanto na mulher. De acordo com esse modelo clássico, em cada ciclo ocorrem as fases de excitação, prazer, orgasmo e resolução, nessa ordem e em uma série temporal. Apesar de em homens e mulheres ocorrerem as mesmas fases, elas possuem suas peculiaridades (MASTERS; JOHNSON, 1976).

Em 1974, Kaplan, médica americana, adicionou ao modelo demonstrado por Masters e Johnson, o desejo sexual como uma nova fase da RSH, pois encontrou em suas pesquisas outros transtornos causados pela falta do desejo. A partir de suas observações, Kaplan caracterizou o modelo trifásico da RSH, que assim como o anterior era linear e clássico, composto por três fases: o desejo, a excitação e o orgasmo. Tal modelo foi modificado em 1979 pela própria criadora, com a adição da fase de resolução, ficando assim: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Ainda que o desejo sexual não tivesse seus fundamentos fisiológicos bem explicados, a autora fez proposições sobre seu funcionamento. À vista disso, Kaplan (1999) sugere um modelo psicossomático que leva em conta os aspectos que regulam a motivação sexual humana (KAPLAN, 1999).

Rosemary Basson, médica canadense, no final da década de noventa, indagou os modelos lineares de resposta sexual a respeito da relevância dos sinais de desejo sexual nas mulheres. Isso a levou a construir um novo modelo de RSH chamado “Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina”. Baseando-se junto a outros autores, Basson sugeriu que existiriam distinções entre homens e mulheres em relação à fase do desejo da RSH, ou seja, que a fisiologia da resposta sexual feminina é diferente da resposta masculina. Afirma, ainda, que a excitação sexual feminina é subjetiva, sendo motivada por mecanismos que envolvem questões genitais, emotivas e cognitivas, sendo uma junção de “corpo e mente”. De acordo com a autora, não é obrigatório existir um desejo espontâneo numa primeira fase. As mulheres podem partir de uma condição de “neutralidade” sexual e o desejo ou motivação sexual surgirem dependendo da intimidade, ou seja, a inexistência de desejo sexual espontâneo, no início do ciclo, não significa disfunção sexual (BASSON, 2002).

Cavalcanti e Cavalcanti (2006), perceberam que a resposta sexual do homem possuía um único padrão: excitação, platô, orgasmo, resolução, na mulher, observaram a possibilidade de diversos padrões de respostas que foram descritos em três tipos essenciais: 1- excitação, platô, multi-orgasmos, resolução; 2 - experiência de excitação, platô, sem atingir o orgasmo, resolução e 3 - excitação crescente até o orgasmo e resolução imediata (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006).

Sand e Fisher, através do *Female Sexual Function Index* (FSFI) testaram os três modelos de resposta sexual apresentados e concluíram que as disfunções sexuais femininas são melhor retratadas pelo modelo de Basson, por isso é o modelo mais aceito atualmente (MENDONÇA et al., 2012).

A função sexual feminina normal e suas disfunções, apesar de muito pesquisadas nos últimos anos, demandam mais estudos que elucidem suas múltiplas dimensões. Os modelos da RSH, apesar de esclarecerem parte da resposta sexual feminina ainda não são suficientes para o entendimento completo de suas peculiaridades e alterações (SILVA, 2011).

1.5 Disfunção sexual feminina

O termo disfunção está intimamente ligado à noção de que algo não se porta como deveria, sugerindo desse modo que existe uma forma correta de funcionar. Contudo, no que diz respeito à disfunção sexual feminina (DSF), tal norma ainda não foi caracterizada. Por isso, há uma dificuldade em definir de forma universal o conceito de disfunção sexual, de modo que consiga abordar tanto os aspectos físicos quantitativos quanto os subjetivos qualitativos deste problema (CEREJO, 2006).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais. As disfunções sexuais femininas são classificadas pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2016), como:

- Transtorno do desejo sexual
- Transtorno da excitação sexual
- Transtorno do orgasmo
- Transtornos sexuais dolorosos (dispareunia; vaginismo)
- Disfunção sexual devida a uma condição médica geral
- Disfunção sexual induzida por substância
- Disfunção sexual sem outra especificação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua disfunções sexuais como síndromes comportamentais que incapacitam de forma frequente a satisfação sexual e estão associadas a alterações fisiológicas e fatores físicos. Na décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da OMS, as

disfunções sexuais são apresentadas no capítulo 5, na categoria F-50, da área da psiquiatria. A OMS classifica as disfunções sexuais pelo CID-10 (1998) da seguinte maneira:

- F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
- F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual
- F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual
- F52.2 Falha de resposta genital
- F52.3 Disfunção orgástica
- F52.4 Ejaculação precoce
- F52.5 Vaginismo não orgânico
- F52.6 Dispareunia não orgânica
- F52.7 Apetite sexual excessivo
- F52.8 Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica
- F52.9 Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada

Mendonça *et al.* (2012) descreveram a DSF como um agrupamento de condições clínicas, que afetam significativamente as relações interpessoais e ocasionam diminuição na qualidade de vida (MENDONÇA *et al.*, 2012). Já Shifren (2018), de forma mais objetiva, definiu tal condição como um problema sexual que esteja associado à angústia pessoal (SHIFREN, 2018). Holmes *et al.* (1998) ainda aponta que os conceitos de adequação e inadequação sexual precisam ser levados em conta para diagnóstico e definição de tratamento das disfunções sexuais. Eles propuseram que adequado é aquele casal que, independente de serem funcional ou disfuncional, está satisfeito com sua interação na relação sexual, e inadequado é aquele que não está (HOLMES; LETOURNEAU; VERMILLION, 1998).

1.6 Epidemiologia da disfunção sexual feminina

A disfunção sexual feminina tem elevada prevalência, sendo verificada em 20 a 50% da população feminina (BASSON *et al.*, 2000; BANCROFT; LOFTUS; LONG, 2013). Um estudo realizado com a participação de 29 países, onde 14 mil mulheres entre 40 e 80 anos responderam a questionários validados para investigação de DSF, constatou disfunção do desejo sexual em 26 a 43% das mulheres e 18 a 41% referiram incapacidade de chegar ao orgasmo (LAUMANN *et al.*, 2005).

O *National Health and Social Life Survey*, estudo epidemiológico americano, mostrou que 43% das mulheres americanas possuem algum tipo de disfunção sexual. Neste estudo, a incidência de disfunção do desejo foi de 38,7%, as alterações relacionadas a excitação foi de 26,1% e as dificuldades de orgasmo de 20,5% (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Em estudo realizado na Índia, com 149 mulheres, verificou-se frequência de 72,3% de disfunção sexual (SINGH et al., 2009). Em Portugal, pesquisa com 421 mulheres, com idades entre 18 e 65 anos, constatou prevalência de 75% de DSF. As principais alterações descritas foram a dispareunia (57,9%) e o vaginismo (34,3%) (CEREJO, 2006).

Estudo britânico composto por 5.998 mulheres entre 18 e 49 anos, observou que mulheres com experiência sexual com pessoas do mesmo sexo (13,6%) se envolveram significativamente mais em todas as atividades sexuais em comparação com mulheres sem essa experiência. As MSM também relataram mais problemas de desejo e de satisfação. As queixas relacionadas à excitação, dificuldade de lubrificação, orgasmo e dor no ato sexual não apresentaram diferença significativa de prevalência entre os dois grupos. A disfunção sexual foi mais prevalente em mulheres com experiência sexual entre pessoas do mesmo sexo (23%) em comparação com o grupo de mulheres que não possuíam essa experiência (19%) (BURRI et al., 2012).

Alguns estudos que avaliam a prevalência de DSF em mulheres no Brasil (ABDO et al., 2004; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; VALADARES et al., 2008). Um estudo sobre comportamento sexual realizado em sete estados brasileiros, o *Brazilian study on sexual behavior (BSSB)*, com 1.219 mulheres maiores de 18 anos, demonstrou que a prevalência de DSF aumentou com a idade e o baixo nível educacional. No mínimo uma disfunção sexual foi relatada por 49% das mulheres, sendo que 26,7% afirmaram falta de desejo sexual, 23,1% dor durante o intercurso sexual e 21% disfunção orgástica (ABDO et al., 2004).

Revisão sistemática realizada no Brasil constatou uma variação de 13,3% a 79,3% na prevalência de DSF, variável de acordo com as regiões: Sudeste - 13,3% a 66,7%; Nordeste - 31,2% a 79,3% e Norte - 23,9% a 67,7%. Não foram encontrados estudos realizados na região Centro-Oeste e não houve descrição dos valores encontrados na região Sul (WOLPE et al., 2017a).

1.7 Fatores associados a disfunção sexual feminina

A disfunção sexual feminina tem origem multifatorial, incluindo como fatores associados as questões biológicas como o climatério e o avanço da idade; sociais, como o nível educacional e socioeconômico; o uso de medicamentos, como os anticoncepcionais e os antidepressivos; psíquicas, como a baixa autoestima e a depressão; interpessoais, como a disfunção sexual no parceiro(a) e os conflitos no relacionamento e culturais como o preconceito relacionado a orientação sexual (LARA et al., 2008; RIBEIRO; MAGALHÃES; MOTA, 2013).

Mulheres com *status* pós-menopausa relatam um aumento importante das queixas sexuais relativas a DSF como disfunções do orgasmo e dispareunia (HISASUE et al., 2005). Contudo, não se conhece ao certo se o acréscimo das disfunções sexuais nesta fase ocorre devido à diminuição dos níveis hormonais ou ao progredir da idade (JUDY; NORMA, 2005). O envelhecimento cursa com modificações dos níveis hormonais e redução tecidual dos fatores de crescimento e de outras substâncias implicadas na função biológica (CARDONA-GÓMEZ et al., 2002).

A forma como o nível de escolaridade se relaciona com a disfunção sexual também já foi discutida na literatura, apresentando-se tanto com uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade (ABDO et al., 2004; ÇAYAN et al., 2004; SAFARINEJAD, 2006) quanto uma relação entre nível educacional elevado e maior prevalência de disfunção sexual (CEREJO, 2006; SIDI *et al.*, 2007). A piora da posição econômica foi relacionada a um aumento moderado do risco de DSF em todos os seus domínios em um estudo com mulheres americanas (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Em relação ao uso de medicamentos, os anticoncepcionais orais proporcionam a elevação dos níveis séricos da proteína transportadora dos esteroides sexuais, sendo a função desta se ligar aos androgênios, resultando em menor disponibilidade da testosterona livre (GRAHAM et al., 2007). Embora a atuação dos androgênios na função sexual não esteja bem explicada, há evidências de que menores valores sérico da testosterona livre pode cursar com disfunção sexual (CARUSO et al., 2004). Determinados antidepressivos, em especial os inibidores da recaptação da serotonina, muito utilizados em todo o mundo, podem cursar, também, com disfunção sexual (ZEMISHLANY; WEIZMAN, 2008).

Distúrbios psíquicos e estados depressivos costumam estar relacionados com disfunção sexual (COLSON et al., 2006), assim como experiência sexual prévia negativa e traumas por violência sexual como abuso sexual na infância e estupro (BEUTEL; STÖBEL-RICHTER; BRÄHLER, 2008).

Parceiros(as) que possuem alguma disfunção sexual tendem a diminuir a procura para a relação sexual e esta pode ser interpretada como sinal de desamor e perda do potencial de sedução, com resposta negativa em qualquer fase da resposta sexual (LEIBLUM et al., 2006).

Quanto à discriminação sofrida por MSM, Pereira e Leal (2002) afirmam que ao experimentarem os sentimentos de vergonha e desvalorização, decorrentes do preconceito, tendem a diminuir a qualidade e satisfação da relação, em especial no contexto sexual (PEREIRA; LEAL, 2002).

1.8 Diagnóstico da disfunção sexual feminina

O diagnóstico da disfunção sexual feminina é eminentemente clínico, sendo a queixa da paciente, em conjunto com a presença de alguns achados de anamnese, exame ginecológico, avaliação psicológica e neurológica, busca de comorbidades e de fatores etiológicos, indispensáveis (MENDONÇA et al., 2012). É necessário considerar um mínimo de seis meses de sintomas para caracterizar o diagnóstico de disfunção (Abdo e Fleury, 2006). Além disso, os sintomas devem ser persistentes ou recorrentes, e não de forma esporádica, e causar sofrimento inter ou intrapessoal (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Os sintomas da disfunção sexual em mulheres, estão relacionados com a incapacidade de atingir o orgasmo, lubrificação insuficiente antes e durante a relação sexual, incapacidade de relaxar os músculos vaginais para permitir a penetração, diminuição do desejo sexual e dores durante a relação sexual. Sendo esses os aspectos que devem ser investigados na consulta médica (LARA et al., 2008).

Uma consideração importante para o diagnóstico, tratamento e prognóstico da disfunção sexual é a discriminação entre a disfunção primária, que é caracterizada quando a resposta sexual não alcança êxito ao longo da vida, e a secundária, que é a adquirida, assim como entre a disfunção generalizada, que está presente independente da parceria, e a situacional, que está presente em dadas circunstâncias e/ou parcerias (ABDO; FLEURY, 2006).

Uma forma objetiva de avaliar a disfunção sexual é a aplicação de questionários que avaliam a presença, o grau e a causa da disfunção. Dentre eles: o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), o *Brief Sexual Functioning Index for Women (BSFI-W)* – Breve Índice do Funcionamento Sexual para as Mulheres, o *Female Sexual Function Index (FSFI)* –

Índice da Função Sexual Feminina, o *Modified McCoy Sexual Scale* - Escala Sexual Modificada de McCoy, o *Profile of Female Sexual Function (PSFS)* - Perfil da Função Sexual Feminina e o *Female Sexual Distress Scale (FSDS)* - Escala de Distúrbio Sexual Feminino (ABDO, 2006; DEROGATIS et al., 2002; DEROGATIS et al., 2004; MAZER; LEIBLUM; ROSEN, 2000; ROSEN et al., 2000).

Exames complementares podem ser utilizados para ajudar o diagnóstico, como por exemplo a dosagem da prolactina e TSH nos casos de DSF que não têm relação com uso de medicamentos ou fatores psíquicos (GOLDSTEIN, 2007). A literatura descreve que a hiperprolactinemia pode cursar com disfunção sexual e afeta, particularmente, o desejo (BRUNELLESCHI et al., 2003). Investigar os índices de testosterona livre não tem muita finalidade porque seu uso para o tratamento da DSF permanece controverso (LARA et al., 2008).

O diagnóstico de DSF encontra dificuldades, ainda, em questões relacionadas à relação médico-paciente (MENDONÇA et al., 2012). Estudos mostram que muitos médicos realizam pouca ou nenhuma investigação acerca das queixas sexuais das pacientes, justificando essa prática por constrangimento e desconhecimento (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; SHIFREN, 2018). Arelado a isso, existem os empecilhos ligados às pacientes como o desconhecimento do funcionamento da sexualidade feminina e principalmente receio de julgamentos do profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

1.9 Tratamento da disfunção sexual feminina

Existem, na atualidade, diversos métodos disponíveis para o tratamento da DSF, incluindo terapêutica médica, psicológica, medicamentosa, hormonal e fisioterápica (MENDONÇA; AMARAL, 2011; OHL, 2007).

As estratégias de primeira linha para a intervenção nas DSF são as medidas gerais, destacando-se dentre elas: a educação sobre a anatomia da genitália e o ensinamento sobre a resposta sexual humana, a prescrição de lubrificantes vaginais, a inserção das parcerias sexuais em programas de informação acerca da sua função sexual e da função sexual feminina, transformação de causas reversíveis através da instrução, da mudança dos hábitos de vida, dentre outras (GOLDSTEIN, 2007).

O uso de fármacos no tratamento da disfunção sexual feminina é restrito. Diferentes substâncias foram testadas para o tratamento da DSF, e a bupropiona mostrou-se viável e eficiente na terapia de disfunções associadas ao desejo sexual (HARTMANN et al.,

2012). O valsartan, usado de maneira adequada, pode reverter o problema de disfunção sexual através do controle da pressão arterial, melhorando a qualidade de vida (MANOLIS; DOUMAS, 2012). O sildenafil, apresentou-se eficaz quanto ao desempenho sexual de mulheres na pré-menopausa (CARUSO et al., 2001). No que diz respeito à terapia androgênica para o tratamento das DSF, os estudos permanecem controversos, tanto em relação à eficácia quanto à segurança (TRAISH; GUAY; SPARK, 2007).

Recentemente, a fisioterapia começou a participar da intervenção terapêutica da DSF, porém ainda é pouco conhecida pela equipe que trata dos cuidados de saúde da mulher. A importância do fisioterapeuta que cuida da saúde da mulher está no seu papel de avaliação, prevenção e tratamento da DSF (MENDONÇA; AMARAL, 2011). A fisioterapia conta com recursos como a eletroterapia, exercícios e técnicas manuais. Estudos recentes mostraram que exercícios dos músculos do assoalho pélvico elevam a força muscular e favorecem a função sexual de mulheres com incontinência urinária e em período pós-parto (PIASSAROLLI et al., 2010; RAFII; SAJJADI; SHAREINIA, 2018; ROTHSCILD; TANNER, 2018).

A psicoterapia, outro aspecto importantíssimo no tratamento da DSF, deve ser escolhida sempre que os fatores psíquicos (abuso sexual, relações conflituosas, distúrbios de comportamento, autoestima baixa e depressão) forem preponderantes (LARA et al., 2008). Dentre as abordagens da psicologia, a terapia comportamental-cognitiva pode ser um instrumento eficaz no tratamento de mulheres com DSF (BERGERON et al., 2001).

REFERÊNCIAS

1. ABDO, C.; OLIVEIRA JR, W.; MOREIRA JR, E.; FITTIPALDI, J. 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.
2. ABDO, C.; FLEURY, H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 162–167, 2006.
3. ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63 p. 670-2, 2006.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Artmed Editora**, 2014.
5. BANCROFT, J.; LOFTUS, J.; LONG, J. S. Distress about Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. **Archives of Sexual Behavior**, v. 32, n. 3, p. 193–208, 2003.
6. BASSON, R. Women's sexual desire - Disordered or misunderstood? **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 28, n. SUPPL. 1, p. 17–28, 2002.
7. BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; DEROGATIS, L.; FERGUSON, D.; FOURCROY, J. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **Journal of Urology**, 2000.
8. BERGERON, S.; BINIK, Y. M.; KHALIFÉ, S.; PAGIDAS, K.; GLAZER, H. I.; MEANA, M.; AMSEL, R. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. **Pain**, v. 91, n. 3, p. 297–306, 2001.
9. BEUTEL, M. E.; STÖBEL-RICHTER, Y.; BRÄHLER, E. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. **BJU International**, v. 101, n. 1, p. 76–82, 2008.
10. BOSTWICK, W. Mental Health Issues among Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender (GLBT) People. **National Alliance Of Mental Illness**, n. June, 2007.
11. BRASIL. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. **Ministério da Saúde**, 2008.
12. BRASIL. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. **Brasília: Secretaria de Direitos Humanos.**, p. 11, 2012.

13. BRUNELLESCHI, S.; ZEPPEGNO, P.; RISSO, F.; CATTANEO, C. I.; TORRE, E. Risperidone-associated hyperprolactinemia: evaluation in twenty psychiatric outpatients. **Journal of Pharmacology Research**, 2003.
14. BURRI, A.; RAHMAN, Q.; SANTTILA, P.; JERN, P.; SPECTOR, T.; SANDNABBA, K. The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 1, p. 198–206, 2012.
15. CARDONA-GÓMEZ, G. P.; MENDEZ, P.; DONCARLOS, L. L.; AZCOITIA, I.; GARCIA-SEGURA, L. M. Interactions of estrogen and insulin-like growth factor-I in the brain: Molecular mechanisms and functional implications. **Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology**, v. 83, n. 1–5, p. 211–217, 2002.
16. CARDOSO, F. L. O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 42, n. 1, p. 69–79, 2008.
17. CARREIRAS, L. Autoestima sexual, identidade e homofobia internalizada numa população LGB. **Universidade do Algarve**, 2014.
18. CARUSO, S.; AGNELLO, C.; INTELISANO, G.; FARINA, M.; MARI, L. DI; CIANCI, A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 µg ethinylestradiol/60 µg gestodene. **Contraception**, v. 69, n. 3, p. 237–240, 2004.
19. CARUSO, S.; INTELISANO, G.; LUPO, L.; AGNELLO, C. Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: A double-blind, cross-over, placebo-controlled study. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 108, n. 6, p. 623–628, 2001.
20. CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. Editora Roca, 1992.
21. ÇAYAN, S.; AKBAY, E.; BOZLU, M.; CANPOLAT, B.; ACAR, D.; ULUSOY, E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. **Urologia Internationalis**, v. 72, n. 1, p. 52–57, 2004.
22. CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 8–11, 2006.
23. CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701-20, 2006.
24. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: **Universidade de São Paulo**; 1998.

25. COLSON, M. H.; LEMAIRE, A.; PINTON, P.; HAMIDI, K.; KLEIN, P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. **Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 121–131, 2006.
26. DEROGATIS, L. R. et al. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 28, n. 4, p. 317-330, 2002.
27. DEROGATIS, L. R. et al. Validation of the profile of female sexual function (PFSF) in surgically and naturally menopausal women. **Journal of sex & marital therapy**, v. 30, n. 1, p. 25-36, 2004.
28. FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, 2006.
29. FERREIRA, A.; DE SOUZA, A.; DE AMORIM, M. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco Female sexual dysfunction prevalence in a family planning clinic at a university hospital located in Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2007.
30. FOSTER, G. Cis, trans, pan, intersexual: entenda os termos de identidade e orientação sexual. **Disponível em:**
<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2015/03/cis-trans-pan-intersexual-entenda-os-termos-de-identidade-e-orientacao-sexual-4730566.html>.
Acesso em: 25 de janeiro de 2019, 18:58:31., 2015.
31. FROST, D. M.; MAYER, I. H. Internalized Homophobia And Relationship Quality Among Lesbian, Gay Men, And Bisexuals. **Journal of Counseling Psychology**, v. 56, 2009.
32. GOLDSTEIN, I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. **Journal of Sexual Medicine**, 2007.
33. GRAHAM, C. A.; BANCROFT, J.; DOLL, H. A.; GRECO, T.; TANNER, A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, n. 3, p. 246–255, 2007.
34. HARTMANN, U. H.; RÜFFER-HESSE, C.; KRÜGER, T. H.; PHILIPPSOHN, S. Individual and dyadic barriers to a pharmacotherapeutic treatment of hypoactive sexual desire disorders: results and implications from a small-scale study with bupropion. **Sex Marital Ther**, 2012.

35. HEILBORN, M. L. De que gênero estamos falando? **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, v. 2 CEPES, 1994.
36. HEILBORN, M. L. Gênero, sexualidade e saúde. **Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades**, p. 101–110, 1997.
37. HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 27, n. 1 (2007), p. 10-14, 2007.
38. HEREK, G. M.; COGAN, J. C.; GILLIS, J. R.; GLUNT, E. K. Correlates of Internalized Homophobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men. **Journal of Gay and Lesbian Medical Association**, v. 2, p. 17–25, 1997.
39. HISASUE, S.; KUMAMOTO, Y.; SATO, Y.; MASUMORI, N.; HORITA, H.; KATO, R. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. **Urology**, 2005.
40. HOLMES MD, M. M.; LETOURNEAU MD, E. J.; VERMILLION MD, S. T. A psychiatrist's guide to sexual dysfunction in women. **Medical Update for Psychiatrists**, v. 3, n. 4, p. 105–112, 1998.
41. JESUS, J. G. DE. Orientações sobre identidade de Gênero: conceitos e termos. **Disponível em: <http://issuu.com>**, v. 2, p. 42, 2012.
42. JUDY, G. B.; NORMA, L. M. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. **Archives of Sexual Behavior**, v. 17, n. 2, p. 109–129, 2005.
43. JUNQUEIRA, R. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. **Seminário: Corpo, gênero e sexualidade: discutindo práticas educativas**. Rio Grande, 2007.
44. KAPLAN, H. Transtornos do Desejo Sexual - regulação disfuncional da motivação sexual. Porto Alegre: **ArtMed**, 1999.
45. KOEHLER, S. M. F. Homofobia, cultura e violências: a desinformação social. **Interacções**, v. 26, n. 26, p. 129–151, 2013.
46. LARA, L. A. DA S.; SCALCO, S. C. P.; TRONCON, J. K.; LOPES, G. P. Modelo para abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 4, p. 184–194, 2008.
47. LARA, L. A. S.; SILVA, A. C. J. D. S. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 312–321, 2008.
48. LAUMANN, E. O.; NICOLOSI, A.; GLASSER, D. B.; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E.; WANG, T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y:

- prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **International journal of impotence research**, v. 17, n. 1, p. 39, 2005.
49. LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual Dysfunction in the United States. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537, 1999.
 50. LEIBLUM, S. R.; KOOCHAKI, P. E.; RODENBERG, C. A.; BARTON, I. P.; ROSEN, R. C. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). **Menopause**, v. 13, n. 1, p. 46–56, 2006.
 51. MAIA, A. C. B. Sexualidade e educação sexual. **Psicopedagogia On line**, p. 1–15, 2010.
 52. MANOLIS, A.; DOUMAS, M. Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. **Current Hypertension Reports**, v. 14, n. 4, p. 285–292, 2012.
 53. MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3/6, 2008.
 54. MASTERS, W.; JOHNSON, V. A incompetência sexual: suas causas, seu tratamento. 2. ed. **Rio de Janeiro: Civilização Brasileira**, 1976.
 55. MAZER, N. A.; LEIBLUM S.R.; ROSEN R.C. The brief index of sexual functioning of women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. **Menopause**. v. 7, p. 350-63, 2000.
 56. MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. **Femina**, v. 39, n. 3, p. 1–4, 2011.
 57. MENDONÇA, C.; SILVA, T.; ARRUDAI, J.; GARCÍA- ZAPATA, M.; AMARAL, W. Função sexual feminina : aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v. 40, n. 4, p. 196–202, 2012.
 58. MEYER, I. H. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 38, 1995.
 59. MEYER, I. H.; DEAN, L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. **Psychological perspectives on lesbian and gay issues**, v. 4, p. 160-186, 1998.
 60. MOTT, L. Homo-afetividade e direitos humanos. v. 14, n. 2, p. 509–521, 2006.
 61. OHL, L. E. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. **Urologic Nursing**, v. 27, n. 1, p. 57–63, 2007.
 62. ONU. UNAIDS lembra importância de garantir saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. **Disponível em:** <<https://nacoesunidas.org/unaids-lembra->

- importancia-de-garantir-saude-sexual-e-reprodutiva-de-mulheres-lesbicas/>**
Acesso em: 30 de janeiro de 2019, 19:26:03, 2018.
63. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sexual health. **Disponível em:**
<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#2>. Acesso
em: 9 ago. 2007., 2007.
 64. PEREIRA, H.; LEAL, I. P. A homofobia internalizada e os comportamentos para a
 saúde numa amostra de homens homossexuais. **Análise Psicológica**, v. 1, n. 20, p.
 107–113, 2002.
 65. PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; ANDRADE, N. F. DE; FERREIRA, N. DE O.;
 OSIS, M. J. D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais
 femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 5, 2010.
 66. RAFII, F.; SAJJADI, M.; SHAREINIA, H. Effects of Pelvic Floor Muscle Exercises
 on Urinary Incontinence and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis.
World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine, v. 16,
 n. 1, p. 62–69, 2018.
 67. INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA. **Recuperado de**
<http://www.isna.org/>, 2013.
 68. RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade
 reprodutiva: prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina**
Geral e Familiar, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.
 69. RODRIGUES, J. L. Saúde Sexual E Reprodutiva De Mulheres Lésbicas E Bissexuais.
Fazendo gênero 9, p. 1–11, 2010.
 70. RODRIGUES, P. Homofobia Internalizada e Suicidalidade em Jovens LGB e não
 LGB. **LES Online**, 2 (2), 22, v. 24, 2010.
 71. ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D.
 FERGUSON, R. D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a
 multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function.
Journal of Sex & Marital Therapy, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.
 72. ROTHSCILD, C. E.; TANNER, R. S. Pelvic Floor Muscle Training in the
 Management of Postpartum Pelvic Floor Dysfunctions: A Literature Review. **Journal**
of Women's Health Physical Therapy, v. 42, n. 1, p. 44, 2018.
 73. SAFARINEJAD, M. R. Female sexual dysfunction in a population-based study in
 Iran: Prevalence and associated risk factors. **International Journal of Impotence**
Research, v. 18, n. 4, p. 382–395, 2006.

74. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013. p. 79, 2016.
75. SHIFREN, J. L. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. **UptoDate Online**, v. 17, p. 1-150, 2012.
76. SIDI, H.; PUTEH, S. E. W.; ABDULLAH, N.; MIDIN, M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. **Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 2, p. 311–321, 2007.
77. SILVA, C. G. DA. Orientação sexual, identidades sexuais e identidade de gênero. **Sexualidade: Dimensão conceitual, diversidade e discriminação**, p. 273–278, 2014.
78. SILVA, S. F. G. Neuropsicofisiologia do Desejo Sexual: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual. 2011.
79. SIMÕES, J.; FACHINNI, R. Paradoxos da Identidade. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**, 2009.
80. SINGH, J.; THARYAN, P.; KEKRE, N.; SINGH, G.; GOPALAKRISHNAN, G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. **Journal of Postgraduate Medicine**, v. 55, n. 2, p. 113, 2009.
81. TRAISH, A.; GUAY, A. T.; SPARK, R. F. Are the Endocrine Society's Clinical Practice Guidelines on Androgen Therapy in Women misguided? A commentary. **Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 5, p. 1223–1225, 2007.
82. VALADARES, A. L. R.; PINTO-NETO, A. M.; OSIS, M. J.; SOUSA, M. H.; COSTA-PAIVA, L.; CONDE, D. M. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. **Clinics**, v. 63, n. 6, p. 775–782, 2008.
83. VITIELLO, N.; RODRIGUES JR, O. As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade. **São Paulo: Iglu**, 1997.
84. WEBER-GILMORE, G.; ROSE, S.; RUBENSTEIN, R. The Impact of Internalized Homophobia on Outness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. **The Professional Counselor**, v. 1, n. 3, p. 163–175, 2012.
85. WOLPE, R. E.; ZOMKOWSKI, K.; SILVA, F. P.; QUEIROZ, A. P. A.; SPERANDIO, F. F. Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Brazil: A Systematic Review. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, 2017.

86. ZEMISHLANY, Z.; WEIZMAN, A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. **Advances in Psychosomatic Medicine**, v. 29, p. 89–106, 2008.

3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana (R.B.S.H.), órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, é uma publicação semestral a ser distribuída aos associados da SBRASH, é vendida por assinatura ou em números avulsos. RBSH visa a divulgação de trabalhos cujo objeto de estudo seja qualquer das facetas da sexualidade humana. Os textos a serem publicados devem ser trabalhos originais e seguir as Normas da Revista, baseadas nas Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT): Informação e documentação - Citações em documentos - Apresentação (NBR 10520, 2002 - em vigor); Informação e documentação Referências – Elaboração (NBR 6023, 2002, em vigor); Informação e Documentação - Resumo - Apresentação (NBR 6028 - 2003 em vigor) - Informação e Documentação - Artigo em publicação periódica científica - impressa (NBR 6022 -2003 em vigor).

Os artigos serão submetidos ao conselho editorial da revista e aprovados para publicação.

Para submeter um artigo:

1- Os originais deverão ser encaminhados por e-mail, em espaçamento 1,5, fonte Times New Roman 12, configuradas no programa Microsoft Office Word, não excedendo vinte páginas (entre 21 mil a 28 mil caracteres), dentro das seguintes seções:

- a) Artigos opinativos ou de atualização.
- b) Trabalhos de Pesquisa.
- c) Estudos de caso. Devem conter referências de um caso
- d) Resenha de Livros
- e) Resenha de Teses e Dissertações
- f) Entrevista
- g) Tópicos

2- Todos os textos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por um dos autores, atestando que o artigo não fere as normas éticas da profissão e abrindo mão dos direitos autorais em favor da Revista. As opiniões expressas pelo autor são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem, obrigatoriamente, a opinião dos editores.

3- Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do original pelo Conselho Editorial.

4- A apresentação das Resenhas de Livros e Resenhas de Teses e Dissertações devem ter texto com dimensão variável entre três e cinco páginas (4.200 a 7.000 caracteres), contendo o registro e a crítica das obras, livros e teses, publicadas recentemente.

5- Tópicos é seção reservada a manifestações do corpo editorial da revista.

6- A apresentação dos textos nas categorias: Artigos Opinativos, Trabalhos de Pesquisa e Estudos de Caso, devem seguir a seguinte ordem:

Folha de Rosto Identificada:

1-Título em português e em inglês (máximo de quinze palavras);

2-Título abreviado para cabeçalho (máximo de cinco palavras);

3-Nome de cada um do(s) autor(es), acompanhado de breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do artigo. O currículo, bem como os endereços eletrônicos, devem aparecer em rodapé indicado por asterisco (o grifo é nosso) na página de abertura, ou, opcionalmente, no final dos elementos pós-textuais, onde também devem ser colocados os agradecimentos do(s) autor(es) e a data de entrega dos originais à redação do periódico;

4-Endereço completo para correspondência com o Corpo Editorial, telefone, fax e-mail do autor principal.

Folha de Rosto sem Identificação:

1-Título em português e em inglês;

2-Título abreviado para cabeçalho.

Resumos:

1-Resumo, em português, com até 250 palavras;

2-Palavras-chave, em português (de 3 a 5), separadas entre si por ponto.

3-Abstract em inglês (tradução do resumo);

4-Keywords (tradução das palavras-chave).

Texto:

Esta parte deve começar em nova página, numerada como página três (3) ou quatro (4) com título centrado no topo da mesma. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em branco. Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, além das páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências bibliográficas. Se necessário outros subtítulos podem ser acrescentados. Em alguns pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora essa estratégia não seja recomendável como regra geral. Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada "Notas". Informe, no texto, a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo. Observe as normas de citação: Sistema autor-data, sendo a indicação da fonte feita pelo sobrenome do autor ou pelo nome de cada entidade responsável, seguido da data de publicação, do documento e da(s) página(s) da citação. A citação literal de um texto precisa estar entre aspas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. As citações diretas, no texto, com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem aspas. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais. Evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade. Citações de obras antigas e reeditadas devem trazer a data de publicação original/ data de publicação consultada. O sobrenome dos dois autores de um mesmo artigo devem ser citados sempre que o artigo for referido; já artigos escritos por três a cinco autores, os mesmos devem ser citados na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e da data, se for a primeira citação no parágrafo. Cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al. e data para os artigos escritos por seis ou mais autores: Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados. As referências abreviadas Id. (Idem - mesmo autor); Ibid. (Ibidem – na mesma obra); op.cit (Opus citatum – obra citada), dentre outras, só podem ser usadas na mesma página ou folha da citação a que se referem, seguidas da data e página referente ao autor ou obra citada, entre parênteses: (Ibid., 1999, p. 6).

Alguns exemplos de citação no texto:

- Citações diretas, de até três linhas, devem estar contidas entre aspas duplas. As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.

Segundo Sá (1995, p. 27): "[...] por meio da mesma 'arte de conversação' que abrange tão extensa e significativa parte de nossa existência cotidiana [...]".

A chamada "pandectística havia sido a forma particular pela qual o direito romano fora integrado no século XIX na Alemanha em particular." (LOPES, 2000, p. 225)

Diversos autores salientam a importância do "acontecimento desencadeador" no início de um processo de aprendizagem (CROSS, 1984; KNOX, 1986; MEZIROW, 1991).

Bobbio (1995, p.30) com muita propriedade nos lembra, ao comentar essa situação, que os "juristas medievais [...] de Sacro Império Romano."

Merriam e Caffarella (1991) observam que a localização de recursos tem um papel crucial no processo de aprendizagem autodirigida.

De fato, semelhante equacionamento do problema conteria o risco de se considerar a literatura [...], para a teologia (JOSSUA; METZ, 1976, p.3).

Para Freud (1915-1974), mesmo que a relação mãe-bebê se expresse [...] dos primeiros contatos corporais, e eternamente insatisfeito.

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...].

"[...] o viés organicista da burocracia estatal e o antiliberalismo da cultura política de 1937, preservado de modo encapuçado na Carta de 1946." (VIANNA, 1986, p. 172 apud SEGATTO, 1995, p. 214-215).

*"[...] para que não tenha lugar a produção de degenerados, quer *physicos* quer Moraes, misérias, verdadeiras ameaças á sociedade (SOUTO, 1916, p. 46, grifo nosso).*

"[...] desejo de criar uma literatura independente, diversa, de vez que, aparecendo o classicismo como manifestação de passado colonial [...]" (CANDIDO, 1993, v.2, p. 12, grifo do autor).

"Ao fazê-lo pode estar envolto em culpa, perversão, ódio de si mesmo [...] pode julgar-se pecador e identificar-se com seu pecado (RAHNER, 1962, v. 4, p. 463, tradução nossa)

- Em citações devem ser indicadas as supressões, interpolações, ênfases ou destaques. Do seguinte modo:

[...] - supressões

[] - interpolações, acréscimos ou comentários

Grifo, negrito ou itálico – ênfase ou destaque

- Citação de informações verbais (palestras, debates, comunicações etc.) Quando se tratar de dados obtidos em informação verbal (palestras, debates, comunicações etc.) indicar, entre parênteses, a expressão informação verbal, mencionando-se os dados disponíveis, em nota de rodapé.

Exemplo: No texto O novo medicamento estará disponível até o final do semestre (informação verbal)¹

1 Notícia fornecida por John A. Smith no Congresso Internacional de Engenharia Genética, em

Londres, em outubro de 2001.

- Citação de trabalhos em fase de elaboração:

Indicar os dados disponíveis em nota de rodapé:

No texto: Os poetas selecionados contribuíram para a consolidação da poesia no Rio Grande do Sul. Séculos XIX e XX (em fase de elaboração)¹

1. Poetas rio-grandenses, de autoria de Elvo Clemente, a ser editado pela EDIPUCRS, 2002.

- Citações diretas com mais de três linhas devem vir com fonte diminuída em até dois pontos (mínimo 10) comparada ao texto, com espaço simples e recuo a direita.

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional ou regional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone, e computador. Através de áudio-conferência, utilizando a

companhia local de telefone, um sinal de áudio pode ser emitido em um salão de qualquer dimensão (NICHOLS, 1993, p. 181).

- Coincidência sobre nomes de autores: Quando houver coincidência de sobrenome de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes; se mesmo assim existir coincidência, coloca-se os prenomes por extenso.

Exemplo: (BARBOSA, 1958) (BARBOSA, Cassio, 1965)

As Referências bibliográficas dizem respeito a lista de autores e obras citados no texto. Obras consultadas que não forem citadas no texto devem vir listadas em separado como Bibliografia consultada.

As referências ou bibliografia deve ser listadas em ordem alfabética à partir do sobrenome do autor, seguido do título, edição, local, editora, data de publicação e páginas.

Autoria de documentos. Indica(m)-se o(s) autor(es), de modo geral, pelo último sobrenome, em maiúsculas, seguido(s), abreviado(s) ou não. Recomenda-se tanto quanto possível, o mesmo padrão para a abreviação de nomes e sobrenomes, usados na mesma lista de referências. Os nomes devem ser separados por ponto-e-vírgula, seguido de espaço.

Exemplos: ALVES, Roque de Brito. *Ciência Criminal*. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DAMIÃO, R.T; HENRIQUES, A. *Curso de direito jurídico*. São Paulo: Atlas, 1995.

Exemplos de Referências bibliográficas:

1- Artigos e/ou matéria de revista, boletim, etc.

DIAS, C. A.; ALVES, J. M. *Reflexões sobre a escolha da parceria conjugal*. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 15, n. 1. p. 113-133, 2004. São Paulo: Iglu. 2004.

COSTA, V. R. *À margem da lei: o programa Comunidade Solidária*. *Em Pauta: revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 131-148, 1998. (Se a revista científica for paginada por fascículo, incluir o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume).

2- Artigo de revista científica no prelo:

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado.

3- Artigo e/ou matéria de revista, boletim etc. em meio eletrônico:

SILVA, M. M. L. *Crimes da era digital*. Net, Rio de Janeiro, nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 1998.

4- Artigos e/ou matéria de jornal:

NAVES, P. *Lagos andinos dão banho de beleza*. Folha de S. Paulo, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, caderno 8, p. 13.

5- Artigos e/ou matéria de jornal em meio eletrônico:

ARRANJO tributário. *Diário do Nordeste Online*, Fortaleza, 27 nov. 1998. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 1998.

6- Monografia no todo - Inclui livro e/ou folheto (manual, guia, catálogo, enciclopédia, etc.) e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, entre outros).

GOMES, L.G.F.F. *Novela e sociedade no Brasil*. Niterói: EdUFF, 1998.

FERREIRA, L. P. (org). *O fonoaudiólogo e a escola*. São Paulo: Summus, 1991.

PASSOS, L. M. M.; FONSECA, A.; CHAVES, M. *Alegria de saber: matemática, segunda série, 2, primeiro grau: livro do professor*. São Paulo: Scipione, 1995.

RUCH, G. *História geral da civilização: da Antiguidade ao XX século*. Rio de Janeiro: F. Briguier, 1926-1940. 4v.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Catálogo de teses da Universidade de São Paulo*, 1992. São Paulo, 1993. 467 p.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Publication manual* (4ª ed.) Washington, DC: Autor, 1994.

BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). *Relatório da Diretoria-Geral: 1984*. Rio de Janeiro, 1985. 40 p.

7- Monografia no todo em meio eletrônico

ALVES, C. *Navio Negreiro*. [S.I.]: Virtual Books, 2000. Disponível em:... Acesso em: jan. 2002, 16:30:30.

8. Parte de Monografia (inclui capítulo, volume, fragmento e outras partes de uma obra, com autor(es) e/ou título próprios).

ROMANO, G. *Imagens da juventude na era moderna*. In: LEVI, G.; SCHMIDT, J. (Org). *História dos jovens 2*. São Paulo; Companhia das letras, 1996. p. 7-16.

9. Parte de Monografia em meio eletrônico

POLÍTICA. In: *DICIONÁRIO da língua portuguesa*. Lisboa: Priberam Informática, 1998. disponível em: . Acesso em: 8 mar. 1999.

10. Evento como um todo

X CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 2005, Porto Alegre. *Sexualidade. Anais*. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005.

11. Evento como um todo em meio eletrônico:

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPe, 4., 1996, Recife.

Anais eletrônicos... Recife: UFPe, 1996. Disponível em: . acesso em: 21 jan. 1997.

12. Trabalho apresentado em evento, mas não publicado:

FÉRES-CARNEIRO, T. *A transformação das relações familiares no mundo contemporâneo*. Trabalho apresentado no II encontro sobre Direito de Família em Discussão, Rio de Janeiro, RJ, dez, 1998.

13. Trabalho apresentado em evento com resumo publicado em anais:

TONIETTE, M. A; LILIENTHAL, L. A. *(Re)pensando pontos de partida no trabalho com as dificuldades sexuais a partir da Curva de Contato proposta por Joseph Zinker*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 10., Porto Alegre, 2005. *Anais*. Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005, p.129.

14. Trabalho apresentado em evento em meio eletrônico:

SABROZA, P. C. *Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Mesa-redonda. Disponível em: . Acesso em: 17 jan. 1999.

15. Teses ou Dissertações não publicadas:

MORGADO, M.L.C. Reimplante dentário. 1990. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)–Faculdade de Odontologia, Universidade Camilo castelo Branco, São Paulo, 1990.

16- Comunicação pessoal::

Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data.

Não inclua nas referências.

Anexos:

Os anexos devem ser apresentados em uma página após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Somente use anexos se isso for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

Figuras e Tabelas:

Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página. As figuras e tabelas não poderão exceder 11,5 X 17,5cm. É imprescindível citar autor, título (quando não existir, deve-se atribuir uma denominação ou a indicação Sem título, entre colchetes), data e especificação do suporte e listar nas referências bibliográficas. Exemplo: KOBAYASHI, K. Doenças dos xavantes. 1980. 1 fotografia

Nosso procedimento ao receber um trabalho:

Os trabalhos recebidos são apreciados pelo Conselho Editorial. O parecer será expresso de três maneiras:

a) Aceito para publicação: se estiver de acordo com as Normas e for considerado como trabalho de interesse por sua solidez científica, originalidade, atualidade ou oportunidade de informação para a Revista Brasileira de Sexualidade Humana, será publicado em um dos próximos números da revista, segundo um critério cronológico e de paginação.

b) Aceitação Condicional: caso haja dúvida específica, os editores ou outros profissionais associados da SBRASH de reconhecida competência em sua área de atuação poderão ser consultados para avaliar o trabalho e eventualmente condicionar a publicação a modificações que visam melhorar a clareza, precisão do texto ou adequação das normas para publicação. Nesse caso os autores deverão enviar duas cópias impressas do original reformulado com carta de encaminhamento informando sobre as reformulações realizadas.

Caso os autores tenham decidido não realizar algumas modificações sugeridas, devem justificar essa decisão. Esta carta e o texto reformulado serão encaminhados a um dos Conselheiros Editoriais, juntamente com os pareceres dos consultores e a versão inicial para uma análise final. Nesta etapa do procedimento, o Conselho Editorial terá conhecimento das identidades dos autores e dos consultores.

c) Recusado: Nessa hipótese, os autores receberão o parecer do Conselho Editorial com a motivação da recusa.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores, para agilizar o processo de submissão ou publicação dos originais.

Os originais e o disquete enviados pelos autores não serão devolvidos.

Os editoriais, que refletem posições da Diretoria da SBRASH, serão elaborados pelo editor responsável ou pelos membros do Conselho Editorial. Salvo quando um autor é convidado pela revista, exige-se para as demais seções que o autor, ou ao menos um dos co-autores, seja associado à SBRASH.

Direitos Autorais:

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana possui direitos autorais de todos artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (Resumo, abstract, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos Autores.

Endereço para Encaminhamento:

A remessa de trabalhos bem como toda correspondência de segmento que se fizer necessária, deve ser endereçada para:

Revista Brasileira de Sexualidade Humana.

A/C Ana Cristina Canosa Gonçalves

e-mail: publicacao@sbrash.org.br

5. ARTIGO

DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WHO HAVE SEX WITH WOMEN

Título abreviado: Disfunção sexual em mulheres homoafetivas
Sexual dysfunction in homoaffective women

Lucas Feitosa de Souza¹, Daniela Siqueira Prado², Ikaro Daniel de Carvalho Barreto³.

Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

¹ Acadêmico do sexto ano de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

² Professora adjunta da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

³ Doutorando no Programa de pós-graduação em Biometria e Estatística Aplicada da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Pernambuco, Brasil.

Correspondência para:

Lucas Feitosa de Souza

Rua do Horto, nº 240, Cond. Vila Verde.

49095-812 – Aracaju, SE, Brasil

lucas23.ufs@gmail.com

(79) 99938-5444

Resumo

OBJETIVO: verificar se existe diferença na prevalência de disfunção sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres que fazem sexo apenas com homens, e se as percepções interna e externa do estigma acerca da orientação sexual se relacionam com a disfunção sexual. **METODOLOGIA:** estudo transversal com 105 mulheres com idade superior a 18 anos e sexualmente ativas, sendo 35 do grupo mulheres que fazem sexo com mulheres e 70 do grupo mulheres que fazem sexo apenas com homens. Avaliou-se aspectos sociodemográficos e aplicou-se o Índice de Função Sexual Feminina para todas as participantes e a Escala de Avaliação de Homofobia Internalizada apenas para mulheres que fazem sexo com mulheres. Para avaliar variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, teste Exato de Fisher ou teste Qui-Quadrado de Pearson com simulações de Monte-Carlo. O nível de significância adotado foi de 5% e software utilizado foi o R Core Team 2019. **RESULTADOS:** a prevalência global de disfunção sexual foi de 17,1%. Não houve diferença significativa na média do escore do Índice de Função Sexual Feminina entre os grupos ($30,2 \pm 3,5 \times 29,8 \pm 3,3$, $p=0,518$). Verificou-se melhor escore de desejo nas mulheres que fazem sexo com mulheres ($4,8 \pm 0,9 \times 4,3 \pm 0,9$, $p=0,003$). As percepções externa e interna do estigma acerca da orientação sexual não se relacionaram com a disfunção sexual. **CONCLUSÕES:** a prevalência de disfunção sexual foi relativamente baixa, não houve relação entre orientação sexual e disfunção sexual e as percepções interna e externa do estigma acerca da orientação sexual não se associaram à disfunção sexual.

Palavras-chave: Disfunção sexual. Orientação sexual. Homofobia internalizada.

Abstract

OBJECTIVE: to verify if there is a difference in the prevalence of sexual dysfunction among women who have sex with women and women who have sex with men only, and if the internal and external perceptions of sexual orientation stigma are related to sexual dysfunction. **METHODOLOGY:** a cross-sectional study with 105 women over the age of 18 years and sexually active, being 35 of the group women who have sex with women and 70 of the group women who have sex with men only. Sociodemographic aspects were evaluated and the Female Sexual Function Index was applied to all participants and the Internalized Homophobia Assessment Scale was applied only to women who have sex with women. Pearson's Chi-Square test, Fisher's exact test or Pearson's Chi-Square test with Monte-Carlo simulations were used to evaluate categorical variables. The significance level adopted was 5% and the R Core Team 2019 software was used. **RESULTS:** the overall prevalence of sexual dysfunction was 17.1%. There was no significant difference in the mean Female Sexual Function Index score between the groups ($30,2 \pm 3,5$ x $29,8 \pm 3,3$, $p=0.518$). There was a better desire score in women who have sex with women ($4,8 \pm 0,9$ x $4,3 \pm 0,9$, $p=0.003$). External and internal perceptions of stigma about sexual orientation were not related to sexual dysfunction. **CONCLUSIONS:** the prevalence of sexual dysfunction was relatively low, there was no relationship between sexual orientation and sexual dysfunction, and the internal and external perceptions of sexual orientation stigma were not associated with sexual dysfunction.

Keywords: Sexual dysfunction. Sexual orientation. Internalized homophobia.

Introdução

A disfunção sexual é definida, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2016) como transtorno que se caracteriza por uma perturbação, clinicamente significativa, na capacidade de experimentar prazer ou de ter uma resposta sexual adequada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2016). A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é uma condição que envolve determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais (CEREJO, 2006).

O estudo epidemiológico americano National Health and Social Life Survey mostrou que 43% das mulheres americanas possuem algum tipo de disfunção sexual (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). Em estudo realizado na Índia, 72,3% das mulheres participantes apresentaram disfunção sexual (SINGH et al., 2009). No Brasil, o Estudo do Comportamento Sexual detectou que 49% das mulheres possuíam algum tipo de disfunção sexual (ABDO et al., 2004). A DSF altera a qualidade de vida e das relações afetivas, sendo sua investigação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CHEDRAUI et al., 2008; SANTOS; LEÃO; GARDENGHI, 2016; SHIFREN, 2018; UCHÔA et al., 2014).

Existem vários fatores de risco que se relacionam com a disfunção sexual, entre eles doenças neurológicas, endócrinas ou vasculares, cirurgias genitais, antecedente de abuso sexual, nível educacional e socioeconômico, medicações como os anticoncepcionais, alterações hormonais fisiológicas como a menopausa e a amamentação, fatores psicológicos como a depressão e ansiedade e fatores interpessoais como a má relação com o parceiro(a) e a discriminação por conta da orientação sexual (BERMAN; BERMAN; GOLDSTEIN, 1999; CEREJO, 2006; FAJEWONYOMI; ORJI; ADEYEMO, 2007; LIGHTNER, 2002; NAJAFABADY; SALMANI; ABEDI, 2001; PABLO; SOARES, 2004).

As mulheres com práticas homoafetivas e homoeróticas relatam experiências de discriminação por familiares ou por amigos/vizinhos, além de não acessarem com frequência serviços de saúde. Os medos relacionados ao preconceito, seus efeitos na vida cotidiana e nas relações sociais, a discriminação e o mistério que estão associados às relações afetivo-sexuais entre mulheres, contribuem para o silêncio e restrições que podem implicar negativamente nas relações afetivas e sexuais (RODRIGUES, 2010).

Para Koehler (2013) a homofobia é conceituada como rejeição, aversão, medo ou ódio irracional aos homossexuais, conseqüentemente, todos aqueles que demonstram orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heterossexuais ainda aceitos como normativos na nossa sociedade, sofrem com o comportamento homofóbico (KOEHLER, 2013).

Nesse contexto, a homofobia internalizada, comumente definida como medo da própria homossexualidade, é um fenômeno cultural, que não é universal, nem toma as mesmas formas ou o mesmo significado em diferentes grupos sociais, comunidades e regiões. O conceito de homofobia internalizada tem sido apresentado por muitos autores como um fator central na manifestação de vários aspectos relacionados com saúde e doença entre pessoas homossexuais (WEBER-GILMORE; ROSE; RUBENSTEIN, 2012). A ansiedade, a vergonha e a desvalorização do *eu* LGB são inerentes à homofobia internalizada e tendem a ser abertamente manifestadas nas relações interpessoais. Ao experimentar estes sentimentos negativos na composição interpessoal íntima, a relação torna-se suscetível a uma menor qualidade e satisfação, em especial na esfera sexual (PEREIRA; LEAL, 2002).

Tendo em vista o fato da orientação sexual e da homofobia internalizada associarem-se significativamente com as relações interpessoais, no contexto afetivo e sexual, este estudo tem como objetivo verificar se existe diferença na prevalência de disfunção sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) e mulheres que fazem sexo apenas com homens (MSH) e se as percepções interna e externa do estigma acerca da orientação sexual se relacionam com a disfunção sexual.

Metodologia

Trata-se de estudo do tipo transversal, realizado no período entre outubro de 2018 a janeiro de 2019, através da aplicação de questionários em palestras realizadas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, assim como nas aulas da Liga Acadêmica de Saúde LGBT de Sergipe da Universidade Federal de Sergipe. Um total de 105 mulheres participaram do estudo, sendo divididas em dois grupos: um de mulheres que fazem sexo com mulheres, composto por 35 participantes e outro de mulheres que fazem sexo apenas com homens, composto por 70 participantes.

Foram incluídas na pesquisa, mulheres cisgênero que concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE); que tinham 18 anos ou mais na ocasião da entrevista; residissem no estado de Sergipe há pelo menos seis meses; e que tinham vida sexual ativa, que nesse estudo foi definida como ter tido relação sexual nas últimas quatro semanas.

Foram excluídas da pesquisa mulheres que se recusaram a assinar o TCLE; mulheres com estados fisiológicos que pudessem interferir na função sexual como: gestantes, puérperas e as com *status* pós menopausa.

Inicialmente foram avaliados aspectos sociodemográficos como: idade, nível de escolaridade, parceria (fixa ou variável), se teve relações sexuais nas últimas 4 semanas, a orientação sexual e se tem a sexualidade assumida. Estratificou-se o nível de escolaridade em 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos de estudo, 8 anos ou mais de estudo e não determinada. As mulheres puderam classificar a sua orientação sexual em heterossexual, homossexual, bissexual ou outra.

A seguir, aplicou-se o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) tanto para o grupo MSM quanto para o grupo MSH. O IFSF é uma escala breve, específica e multidimensional, que apresenta significativa confiabilidade e validade (LEITE et al., 2007), e transforma medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis. Constituído de 19 perguntas agrupadas em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. Cada resposta do IFSF recebe uma pontuação entre 0 e 5. Para calcular o escore total de cada domínio, deve-se contabilizar a soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e depois somar os valores de cada domínio. Os escores finais podem variar de 2 a 36, sendo que valores mais altos indicam um grau melhor de função sexual, mulheres com escores $\leq 26,55$ devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (ROSEN et al., 2000).

Posteriormente, foi aplicada a Escala de Avaliação de Homofobia Internalizada, apenas para o grupo MSM. Esta escala consiste de 26 itens, sendo a marcação da resposta do tipo *Likert*, variando de 1 – “discordo totalmente” a 7 – “concordo totalmente”. Na adaptação portuguesa da escala, o termo homossexual é utilizado para lésbicas, gays e bissexuais, sendo também adaptadas às questões que se referiam especificamente à homossexualidade masculina para a homossexualidade feminina (e.g. “Homens homossexuais obviamente afeminados fazem-se sentir desconfortável” para “Mulheres homossexuais obviamente masculinas fazem-me sentir desconfortável.” (Carreiraset al., 2014). Tal escala é capaz de classificar a homofobia internalizada em duas dimensões, sendo elas a percepção interna do estigma acerca da

homossexualidade e a percepção externa do estigma acerca da homossexualidade (PEREIRA; LEAL, 2005). Os itens 3, 13, 15, 17, 18, 20 e 24 dizem respeito à percepção externa do estigma associado à homossexualidade, e os demais itens estão relacionados a percepção interna do estigma associado à homossexualidade. Uma vez que a escala utiliza uma forma de cotação de *Likert* de 1 a 7, o valor médio é de 3,5, após a correção dos itens inversos, o que significa que $M > 3,5$ revela níveis elevados de percepção interna e externa do estigma acerca da homossexualidade e, quando $M < 3,5$ revela baixa percepção interna e externa do estigma acerca da homossexualidade.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. As associações foram testadas por meio de teste Qui-Quadrado de Pearson, teste Exato de Fisher ou teste Qui-Quadrado de Pearson com simulações de Monte-Carlo. A aderência à distribuição normal das variáveis contínuas foi testada por meio do teste de Shapiro-Wilks. As diferenças de medida de tendência central foram testadas por meio do teste T para amostras independentes quando atendem o pressuposto de normalidade e por meio do teste de Mann-Whitney quando não atendem. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2019.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 82525917.8.0000.5546).

Resultados

A média de idade das participantes foi de 24,5 ($\pm 5,5$). A maioria das mulheres não possuíam parceria sexual fixa (76,2%) e tinham oito anos de estudo ou mais (91,4%). Quanto à orientação sexual, as mulheres se distribuíram da seguinte maneira: heterossexual (66,7%), homossexual (15,2%), bissexual (16,2%) e panssexual (1,9%) (Tabela 1).

A prevalência global de disfunção sexual ($IFSF \leq 26,55$) foi de 17,1% e a média geral do escore foi de 29,9 ($\pm 3,4$). Quanto à associação entre disfunção sexual e aspectos sociodemográficos, verificou-se que as mulheres com parceria fixa apresentaram maior frequência de disfunção sexual que aquelas sem parceria fixa (36,0% x 11,2%, $p=0,012$). Relação entre o nível de escolaridade e disfunção sexual não foi observada nesse estudo ($p=0,115$) (Tabela 2).

Não houve diferença na prevalência de DSF por grupo (MSM 17,1% x MSH 17,1%, $p=1,000$) (Tabela 2). Em relação à avaliação das médias do escore do IFSF, também não houve diferença entre os grupos (MSM $30,2\pm3,5$ x MSH $29,8\pm3,3$, $p=0,518$). Ao comparar os escores dos domínios da função sexual entre os dois grupos, percebeu-se melhor escore de desejo no grupo MSM ($4,8\pm0,9$ x $4,3\pm0,9$, $p=0,003$), enquanto que nos outros domínios, não houve diferença significativa (Tabela 3).

Quanto à percepção do estigma acerca da orientação sexual, verificada pela Escala de Homofobia Internalizada, o grupo MSM apresentou valores elevados para o escore de percepção externa do estigma ($5,1\pm0,9$) e baixos para o escore de percepção interna do estigma ($2,2\pm0,6$). Ao correlacionar os escores da percepção do estigma acerca da orientação sexual com a presença de disfunção sexual no grupo MSM, verificou-se que não houve associação entre eles, tanto em relação à percepção externa do estigma ($p=0,661$) quanto em relação a percepção interna do estigma ($p=0,166$) (Tabela 4).

Discussão

A disfunção sexual tem etiologia multifatorial e complexa, podendo possuir causas orgânicas ou psicogênicas. Mulheres que sofrem de depressão e ansiedade podem apresentar maior frequência de disfunção sexual (COLSON et al., 2006). As mulheres que fazem sexo com mulheres são vítimas de discriminação e preconceitos, que podem levar a distúrbios psíquicos que impactem negativamente em sua função sexual.

A prevalência global de disfunção sexual do presente estudo (17,1%) foi semelhante à encontrada em estudo composto por 244 mulheres, realizado em Sergipe em 2012, que mostrou uma prevalência de 17,6% de disfunção sexual (PRADO et al., 2014). Outro estudo, com 201 mulheres de níveis socioeconômicos distintos, também realizado em Sergipe em 2009, apresentou similaridade quanto à prevalência global (21,9%) (PRADO; MOTA; LIMA, 2010). Uma revisão sistemática, que avaliou a prevalência de DSF nas diferentes regiões do Brasil, mostrou prevalências entre 31,2% e 79,3% na região Nordeste, superior à encontrada nesse estudo (WOLPE et al., 2017b). A pesquisa brasileira *Brazilian study on sexual behavior (BSSB)*, com 1.219 mulheres, apresentou uma prevalência de 49% (ABDO et al., 2004), assim como em estudo epidemiológico americano, que observou que 43% das mulheres americanas possuíam

algum tipo de disfunção sexual (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). Destaca-se que dados referentes à prevalência de disfunção sexual, geralmente, possuem uma grande variação entre si, provavelmente por existir diversos sistemas de avaliação, métodos de classificação e grupos populacionais presentes nesses estudos (BEAN, 2002), assim como o fato de muitas pesquisas serem realizadas de forma inadequada (NAZARETH; BOYNTON; KING, 2003). A média de idade das pacientes do presente estudo foi baixa, o que pode explicar a baixa frequência de disfunção sexual.

Quanto aos dados sociodemográficos, não foi verificada associação entre nível de escolaridade e disfunção sexual, provavelmente pelo fato do grupo ter sido, em sua maior parte, composto por mulheres com oito anos ou mais de estudo (91,4%). Existem estudos que mostram uma relação entre maior nível de escolaridade e menor disfunção sexual (ABDO et al., 2004; SHIFREN et al., 2008), o que também pode justificar a baixa frequência de disfunção sexual desse estudo. Em relação ao tipo de parceria, percebeu-se associação positiva entre disfunção sexual e parceria fixa. Diferente do demonstrado em estudo realizado no Ceará, que verificou maior prevalência em mulheres sem parceria fixa (BEZERRA et al., 2018). Estudo realizado por Pereira *et al.* (2013) mostrou uma prevalência maior de ansiedade em mulheres casadas em relação às não casadas, o que pode explicar a presença de maior prevalência de disfunção sexual nestas mulheres (PEREIRA; NARDI; SILVA, 2013).

Não houve diferença na prevalência de disfunção sexual nos grupos MSM e MSH, semelhante a estudos que apresentaram prevalência equivalentes ou inferiores em MSM quando comparadas a MSH (BREYER et al., 2010; LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; NICHOLS, 2004). No entanto, estudo britânico verificou maior prevalência de disfunção sexual no grupo MSM (23%) que no MSH (19%) (BURRI et al., 2012). Em relação à comparação dos escores por domínios, percebeu-se melhor escore de desejo no grupo MSM, ao contrário do apresentando pelo estudo de Burri (2012) que mostrou escores piores de desejo e satisfação no grupo MSM (BURRI et al., 2012). Nos demais domínios os grupos não divergiram significativamente, diferente do exposto no estudo de Nichols (2004) em que as MSM apresentaram menor dificuldade de atingir o orgasmo ($p < 0,03$), menos problemas com a lubrificação ($p < 0,003$) e menos dor durante a penetração vaginal ($p < 0,005$) (NICHOLS, 2004).

Em relação à percepção do estigma acerca da orientação sexual, todas as MSM apresentaram valores elevados para o escore de percepção externa do estigma e baixos para o score de percepção interna do estigma, sem relação com a frequência de

disfunção sexual. Essa falta de relação pode ser explicada, talvez, pelo fato do grupo se comportar de forma homogênea em relação à percepção do estigma.

Esse estudo abordou tema pouco explorado na literatura, no que diz respeito à saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres. Contudo, é importante destacar como limitação, o fato das mulheres que constituíram a amostra participarem ativamente de grupos de discussões sobre saúde da população LGBT, acompanhando as aulas da Liga Acadêmica de Saúde LGBT de Sergipe, possuindo assim mais instrução acerca do tema e, conseqüentemente, apresentarem-se mais bem resolvidas quanto à sua orientação sexual.

Conclusão

Pode-se concluir que a prevalência de disfunção sexual foi relativamente baixa, que não houve relação entre orientação sexual e disfunção sexual e que a percepção interna e externa do estigma acerca da orientação sexual não se associou com disfunção sexual.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população segundo a orientação sexual

	Orientação sexual		p-valor
	MSM	MSH	
	N (%)	N (%)	
Parceria			
Com parceria fixa	11 (31,4)	14 (20)	0,228 ^F
Sem parceria fixa (variável)	24 (68,6)	56 (80)	
Nível de escolaridade			
1 a 3 anos de estudo	1 (2,9)	1 (1,4)	1,000 ^{QM}
4 a 7 anos de estudo	1 (2,9)	3 (4,3)	
8 anos de estudo ou mais	32 (91,4)	64 (91,4)	
Não determinada	1 (2,9)	2 (2,9)	

Legenda: N – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. ^F Teste Exato de Fisher. ^{QM} Teste Qui-Quadrado de Pearson com simulações de Monte-Carlo.

Tabela 2. Correlação entre orientação sexual e aspectos sociodemográficos com o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

	N	%	IFSF total		p-valor
			≤ 26,55 N (%)	> 26,55 N (%)	
Orientação sexual					
MSH	70	66,7	12 (17,1)	58 (82,9)	1,000 ^F
MSM	35	33,3	6 (17,1)	29 (82,9)	
Parceria					
Com parceria fixa	25	23,8	9 (36,0)	16 (64,0)	0,012 ^F
Sem parceria fixa (variável)	80	76,2	9 (11,2)	71 (88,8)	
Nível de escolaridade					
1 a 3 anos de estudo	2	1,9	0 (0)	2 (100,0)	0,115 ^{QM}
4 a 7 anos de estudo	4	3,8	1 (25,0)	3 (75,0)	
8 anos de estudo ou mais	96	91,4	15 (15,6)	81 (84,4)	
Não determinada	3	2,9	2 (66,7)	1 (33,3)	

Legenda: N – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. ^F Teste Exato de Fisher. ^{QM} Teste Qui-Quadrado de Pearson com simulações de Monte-Carlo.

Tabela 3. Média do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e dos domínios da função sexual segundo a orientação sexual

	Geral	Orientação sexual		p-valor
		MSM	MSH	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Idade	24,5 (5,5)	24,2 (4)	24,6 (6,2)	0,538 ^W
IFSF	29,9 (3,4)	30,2 (3,5)	29,8 (3,3)	0,518 ^T
Desejo	4,5 (1)	4,8 (0,9)	4,3 (0,9)	0,003 ^W
Excitação	5 (0,8)	5 (0,7)	4,9 (0,8)	0,986 ^W
Lubrificação	5,1 (0,8)	5,3 (0,6)	5,1 (0,9)	0,401 ^W
Orgasmo	5 (0,8)	5,1 (0,7)	4,9 (0,9)	0,321 ^W
Satisfação	5,4 (0,8)	5,3 (0,8)	5,5 (0,8)	0,202 ^W
Dor	5 (1,3)	4,8 (1,8)	5,1 (1)	1,000 ^W

Legenda: DP – Desvio Padrão. ^T Teste T para amostras independentes. ^W Teste de Mann-Whitney.

Tabela 4. Correlação entre o score da Escala de Avaliação da Homofobia Internalizada (dividido nos domínios: percepção externa e percepção interna) e do Índice de Função Sexual Feminina (IFSFS)

	Geral	IFSFS		p-valor
		$\leq 26,55$	$> 26,55$	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Escore Percepção Externa	5,1 (0,9)	4,9 (0,4)	5,1 (0,9)	0,661 ^T
Escore Percepção Interna	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,1 (0,6)	0,166 ^T

Legenda: DP – Desvio Padrão. ^T Teste T para amostras independentes.

Referências

1. ABDO, C.; OLIVEIRA JR, W.; MOREIRA JR, E.; FITTIPALDI, J. 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.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. Porto Alegre: **Artmed**, 2016.
3. BEAN, J. L. Expressions of Female Sexuality. **Journal of Sex & Marital Therapy**, p. 29–38, 2002.
4. BERMAN, J. R.; BERMAN, L.; GOLDSTEIN, I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. **Urology**, v. 54, n. 3, p. 385-391, 1999.
5. BEZERRA, K. D. C.; FEITOZA, S. R.; VASCONCELOS, C. T. M.; KARBAGE, S. A. L.; SABOIA, D. M.; ORIÁ, M. O. B. Função sexual de universitárias: estudo comparativo entre Brasil e Itália. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1511–1517, 2018.
6. BREYER, B. N.; SMITH, J. F.; EISENBERG, M. L.; ANDO, K. A.; ROWEN, T. S.; SHINDEL, A. W. The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students. **Journal of Sexual Medicine**, p. 2391–2400, 2010.
7. BURRI, A.; RAHMAN, Q.; SANTTILA, P.; JERN, P.; SPECTOR, T.; SANDNABBA, K. The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 1, p. 198–206, 2012.
8. CARREIRAS, L. Autoestima sexual, identidade e homofobia internalizada numa população LGB. **Universidade do Algarve**, 2014.
9. CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701–703, 720, 2006.
10. CHEDRAUI, P. *et al.* Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study. **Elsevier Ireland, Maturitas** v. 61, p. 323–329, 2008.
11. COLSON, M. H.; LEMAIRE, A.; PINTON, P.; HAMIDI, K.; KLEIN, P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men

- and women in France. **Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 121–131, 2006.
12. FAJEWONYOMI, B. A.; ORJI, E. O.; ADEYEMO, A. O. Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 25, n. 1, p. 101, 2007.
 13. KOEHLER, S. M. F. Homofobia, cultura e violências: a desinformação social. **Interacções**, v. 26, n. 26, p. 129–151, 2013.
 14. LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual Dysfunction in the United States. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537, 1999.
 15. LEITE, A. P. L.; MOURA, E. D. A.; CAMPOS, A. A. S.; MATTAR, R.; SOUZA, E. DE; CAMANO, L. Validation of the female sexual function index in Brazilian pregnant women. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 29, p. 414–9, 2007.
 16. LIGHTNER, D. J. Female sexual dysfunction. **Mayo Clinic Proceedings**, p. 698-702, 2002.
 17. NAJAFABADY, M.; 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.
 18. NAZARETH, I.; BOYNTON, P.; KING, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. **British Medical Journal**, v. 327, August, p. 1–6, 2003.
 19. NICHOLS, M. Lesbian sexuality/female sexuality: Rethinking "lesbian bed death". **The Lancet**, p. 63–71, 2004.
 20. PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 20, n. 3, p. 357-70, 2004.
 21. PEREIRA, H.; LEAL, I. P. A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. **Análise Psicológica**, v. 1 (XX), p. 107–113, 2002.
 22. PEREIRA, H.; LEAL, I. P. Medindo a homofobia internalizada: a validação de um instrumento. **Análise Psicológica**, v. 3 (XXIII), p. 323-328, 2005.
 23. PEREIRA, V. M.; NARDI, A. E.; SILVA, A. C. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 35, n. 1, p. 55–61, 2013.
 24. PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção

- sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 139–143, 2010.
25. PRADO, D. S.; SANTOS, S. R.; RANGEL, G. DE M.; LIMA, R. V.; TEIXEIRA, L. A. S. Impacto da infecção por HIV e da terapia antiretroviral sobre a função sexual feminina. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 25, n. 1, p. 19–25, 2014.
 26. RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção Sexual Feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, p. 16–24, 2013.
 27. RODRIGUES, J. L. Saúde Sexual E Reprodutiva De Mulheres Lésbicas E Bissexuais. **Fazendo gênero** 9, p. 1–11, 2010.
 28. ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; FERGUSON, D. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191–208, 2000.
 29. SANTOS, J. DE L.; LEÃO, A. P. F.; GARDENGHI, G. Disfunções sexuais no climatério. **Reprodução e Climatério**, v. 31, n. 2, p. 86–92, 2016.
 30. SHIFREN, J. L. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. **UptoDate Online**, v. 17, p. 1-150, 2012.
 31. SHIFREN, J. L.; MONZ, B. U.; RUSSO, P. A.; SEGRET, A.; JOHANNES, C. B. Sexual Problems and Distress in United States Women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 112, n. 5, p. 970–8, 2008.
 32. SINGH, J.; THARYAN, P.; KEKRE, N.; SINGH, G.; GOPALAKRISHNAN, G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. **Journal of Postgraduate Medicine**, v. 55, n. 2, p. 113, 2009.
 33. UCHÔA, P.; CABRAL, L.; GOMES CANÁRIO MD, C.; CONSTANTINO SPYRIDES, H.; COSTA UCHÔA, A. DA; ELEUTÉRIO JÚNIOR, J.; GIRALDO, P. C.; GONÇALVES, K.; LAURENTINO DE MORAIS, M. Physical activity and sexual function in middle-aged women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 1, p. 47–52, 2014.
 34. WEBER-GILMORE, G.; ROSE, S.; RUBENSTEIN, R. The Impact of Internalized Homophobia on Outness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. **The Professional Counselor**, v. 1, n. 3, p. 163–175, 2012.

35. WOLPE, R. E.; ZOMKOWSKI, K.; SILVA, F. P.; QUEIROZ, A. P. A.; SPERANDIO, F. F. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 211, p. 26–32, 2017.

ANEXOS

A. Informações Sociodemográficas

1. Qual é a sua idade?

2. Qual seu estado civil?

() Casada () Solteira () União estável () Divorciada

() Convive com parceiro(a) () Outro _____

3. Qual é o seu nível de escolaridade?

() Menos de 1 ano de estudo

() 1 a 3 anos de estudo

() 4 a 7 anos de estudo

() 8 anos ou mais de estudo

() Não determinada

4. Você tem parceiro(a) fixo(a) atualmente?

() Sim () Não

5. Teve relações sexuais nas últimas 4 semanas?

() Sim () Não

6. Qual é a sua orientação sexual?

() Heterossexual () Bissexual

() Homossexual () Outro. Qual? _____

7. Caso tenha respondido Homossexual, Bissexual ou Outro, na pergunta anterior, você tem sua sexualidade assumida?

() Sim () Não

B. Índice de Função Sexual Feminina

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

() Sempre ou quase sempre () Poucas vezes (menos da metade do tempo)

() Muitas vezes (mais da metade do tempo) () Nunca ou quase nunca

() Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

() Muito alto () Alto () Moderado () Baixo () Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Algumas vezes (metade das vezes) |
| ☐ Sempre ou quase sempre | ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo) | ☐ Nunca ou quase nunca |

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Sem atividade Sexual | ☐ Muito alto | ☐ Alto |
| ☐ Muito baixo ou nenhum | ☐ Moderado | ☐ Baixo |

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Alta confiança | ☐ Baixa confiança |
| ☐ Altíssima confiança | ☐ Moderada confiança | ☐ Baixíssima ou nenhuma confiança |

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) |
| ☐ Sempre ou quase sempre | ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo) | ☐ Nunca ou quase nunca |

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) |
| ☐ Sempre ou quase sempre | ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo) | ☐ Nunca ou quase nunca |

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Difícil |
| ☐ Extremamente difícil ou impossível | ☐ Pouco difícil |
| ☐ Muito difícil | ☐ Nada difícil |

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) |
| ☐ Sempre ou quase sempre | ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo) | ☐ Nunca ou quase nunca |

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Difícil |
| ☐ Extremamente difícil ou impossível | ☐ Pouco difícil |
| ☐ Muito difícil | ☐ Nada difícil |

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) |
| ☐ Sempre ou quase sempre | ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo) | ☐ Nunca ou quase nunca |

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Difícil |
| ☐ Extremamente difícil ou impossível | ☐ Pouco difícil |
| ☐ Muito difícil | ☐ Nada difícil |

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sem atividade sexual | ☐ Indiferente |
| ☐ Muito satisfeita | ☐ Moderadamente insatisfeita |

() Moderadamente satisfeita

() Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

() Sem atividade sexual

() Indiferente

() Muito satisfeita

() Moderadamente insatisfeita

() Moderadamente satisfeita

() Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro(a)?

() Muito satisfeita

() Moderadamente insatisfeita

() Moderadamente satisfeita

() Muito insatisfeita

() Indiferente

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

() Muito satisfeita

() Moderadamente insatisfeita

() Moderadamente satisfeita

() Muito insatisfeita

() Indiferente

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

() Não houve tentativa de penetração

() Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

() Sempre ou quase sempre

() Poucas vezes (menos da metade do tempo)

() Muitas vezes (mais da metade do tempo)

() Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

() Não houve tentativa de penetração

() Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

() Sempre ou quase sempre

() Poucas vezes (menos da metade do tempo)

() Muitas vezes (mais da metade do tempo)

() Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

() Não houve tentativa de penetração

() Moderado

() Altíssimo

() Baixo

() Alto

() Baixíssimo ou nenhuma

C. Escala de Avaliação da Homofobia Internalizada

Preencha a tabela abaixo, assinalando com uma cruz (X) a resposta que pretende, de acordo com a seguinte escala:

1 = Discordo totalmente

5 = Mais ou menos concordo

2 = Discordo

6 = Concordo

3 = Mais ou menos discordo

7 = Concordo totalmente

4 = Nem concordo nem discordo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mulheres homossexuais/bissexuais obviamente masculinizadas fazem-me sentir desconfortável							
2. Prefiro ter parceiras sexuais anônimas							
3. A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual							
4. A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais							
5. Não me sinto confiante para me “atirar” a uma mulher							

6. Sinto-me confortável em bares de lésbicas/bissexuais								
7. Situações sociais com mulheres lésbicas/bissexuais fazem-me sentir desconfortável								
8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade/bissexualidade								
9. Quando penso em mulheres homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas								
10. Sinto-me confortável ao ser vista em público com uma pessoa explicitamente lésbica/bissexual								
11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade/bissexualidade num local público								
12. É importante para mim controlar quem sabe da minha atividade homossexual/bissexual								
13. A maioria das pessoas tem reações negativas à homossexualidade/bissexualidade								
14. A homossexualidade/bissexualidade não é contra a vontade de Deus								
15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem lésbicas/bissexuais								
16. Eu protesto se contarem alguma piada contra os homossexuais/bissexuais na minha presença								
17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/ bissexual								
18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente								
19. Preferia ser mais heterossexual								
20. A maioria das pessoas não discriminam os homossexuais/bissexuais								
21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/bissexualidade								
22. A homossexualidade/bissexualidade é moralmente aceitável								
23. Não estou preocupada com que descubram que sou lésbica/bissexual								
24. A discriminação contra as lésbicas/bissexuais ainda é comum								
25. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava								
26. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade								

D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Sergipe
Hospital Universitário
Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, CEP:49060-108
Aracaju-Sergipe-Brasil
Tel: ++ 55 79 2105-1700

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: “Função sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres e sua relação com a percepção interna e externa do estigma acerca da orientação sexual”, sob supervisão de Dra. Daniela Siqueira Prado. Nesta pesquisa, pretendemos avaliar e descrever a função sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres e como a percepção interna e externa do estigma acerca da orientação sexual pode influenciar neste índice, no estado de Sergipe.

Essa pesquisa pode gerar informações úteis para os profissionais da área de saúde que poderão atuar de forma mais atenta para as questões de sexualidade de mulheres que se relacionam com mulheres, além de possibilitar a criação de ações do governo voltadas para esse grupo social. Não haverá, de imediato, benefícios diretos para as participantes. Indiretamente, elas estarão contribuindo com informações muito importantes no estudo da epidemiologia que poderão melhorar e aumentar o conhecimento científico.

Para este estudo, você preencherá uma ficha-padrão com as informações acerca da sua sexualidade e vida sexual.

Os possíveis riscos relacionados com a realização da pesquisa incluem constrangimento no momento de aplicação do questionário e incômodo ao responder a quantidade de perguntas presentes no questionário. Você possui o direito de recusar-se a responder qualquer uma das perguntas.

Os dados coletados serão tratados de maneira anônima, isto é, em nenhum momento desta será divulgado nome, endereço, ou qualquer outra informação que a possa identificar. Os resultados encontrados serão publicados em revista científica com a identidade igualmente preservada, visando difusão do conhecimento para outros serviços. E este trabalho, assim que concluído, terá seus resultados disponibilizados para todos os participantes.

A sua participação é VOLUNTÁRIA e você possui total liberdade para recusar-se a participar em qualquer momento da pesquisa, sem que isso venha a causar qualquer penalidade. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Você poderá esclarecer suas dúvidas e solicitar novas informações a qualquer momento da realização desta pesquisa, sem qualquer punição ou constrangimento.

Este termo será assinado em duas vias, uma ficará retida com o pesquisador e outra será entregue a participante.

Pesquisadores:

1 - Dra. Daniela Siqueira Prado – danisprado77@gmail.com

Contato: (79) 99931-3830

Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, Aracaju-SE

Tel: (79) 2105-1700

2 – Lucas Feitosa de Souza – lucas23.ufs@gmail.com

Contato: (79) 99938-5444

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe/Hospital Universitário

Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, Aracaju-SE

Tel: (79) 2105-1700

Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe

Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, Aracaju-SE

Tel: (79) 2105-1805

Aracaju, ____/____/____

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Pesquisador