

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

RYANE VIEIRA LIMA

Impacto da gestação na função sexual feminina

ARACAJU

2013

RYANE VIEIRA LIMA

Impacto da gestação na função sexual feminina

Monografia apresentada ao colegiado de Medicina da Universidade Federal de Medicina como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Autora: _____

Ryane Vieira Lima

Orientadora: _____

Prof.^a Ma Daniela Siqueira Prado

ARACAJU

2013

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1. Comparação entre as características epidemiológicas e socioeconômicas e antecedentes ginecológicos e obstétricos dos grupos de gestantes (G) e não gestantes (NG) atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE.

Tabela 2. - Comparação entre o IFSF de mulheres gestantes (G) e não gestantes (NG) atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE.

Tabela 3. Média e Desvio Padrão do IFSF de mulheres gestantes atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE, separadas por trimestre.

SUMÁRIO

I. REVISÃO DE LITERATURA	5
1. Introdução	6
2. Função Sexual	7
3. Disfunção Sexual	10
3.1. Conceito e Classificação	10
3.2. Epidemiologia	11
3.3. Etiologia e Fatores de Risco	12
3.4. Função Sexual na Gestação	15
3.5. Comportamento Profissional Diante das Disfunções Sexuais Femininas	17
3.6. Diagnóstico	19
3.7. Tratamento	22
4. Referências	25
II. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	38
III. ARTIGO CIENTÍFICO	54
Resumo	56
Abstract	57
Introdução	58
Métodos	59
Resultados	62
Discussão	63
Referências	65
Tabelas	69
IV. ANEXOS DA MONOGRAFIA	72

I. REVISÃO DE LITERATURA

1. Introdução

Uma vez reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo, critérios foram estabelecidos de modo a distinguir o patológico do não patológico (ABDO; FLEURY, 2006).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (1994), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais (BASSON et al, 2000; ANASTASIADIS et al, 2002).

Estudos mostram que essa enfermidade tem grande prevalência na população feminina (LAUMANN et al, 1999; BASSON et al, 2000; ABDO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2002; JAHAN et al, 2012). No Brasil, o Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS) detectou dificuldade sexual em 30% das mulheres, cujas principais queixas foram falta de desejo (34,6%) e dificuldade para obtenção de orgasmo (29,3%) (ABDO et al, 2002).

As causas de disfunção sexual na mulher podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurogênicas, hormonais e musculogênicas (BERMAN; BASSUK, 2002). Além disso, deve-se considerar como variáveis que interferem na função sexual, idade, estado civil, renda, grau de instrução (LAUMANN et al, 1999), doenças crônicas (LU; JIANG, 2011; DIMITROPOULOS et al; MARTELLI et al, 2012), medicamentos (GRAHAM et al, 2007; ZEMISHLANY; WEIZMAN, 2008; DOUMAS et al, 2012), disfunção sexual do parceiro (LEIBLUM et al, 2006), paridade e gravidez (EROL et al, 2007).

A gestação é um momento de mudanças físicas e psicológicas, sob influência cultural, social, religiosa e emocional que pode levar a mudanças no padrão de vida sexual do casal (BARTELLAS et al, 2000). Em um estudo transversal com 139 gestantes, ao comparar com o

período pré-gestacional, 71% relataram redução da atividade sexual durante a gravidez (BARTELLAS et al, 2000). Essa mudança de comportamento sexual é atribuída ao receio de prejudicar a gestação, provocar nascimento prematuro do filho, romper bolsa dentre outras causas. (BARTELLAS et al, 2000; MURTAGH, 2010).

Não obstante à alta prevalência da disfunção sexual feminina (LAUMANN et al, 1999; BASSON et al, 2000; ABDO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2002; JAHAN et al, 2012), em especial no período gestacional (BARTELLAS et al, 2000), pouco se aborda sobre atividade sexual nos consultórios médicos (SMITH et al, 2007; MARTINEZ, 2008).

2. Função Sexual

A Sexualidade foi incorporada ao campo da medicina a partir do século 19 e, desde então, recebe contribuições da psicanálise, dos avanços na anatomia, fisiologia e sociologia. A identificação das variações de comportamento sexual tornou-se consagrada pelos estudos populacionais de Kinsey (apud ABDO, 2000), época na qual normalidade quanto à atividade sexual se traduzia como conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários.

Os estudos populacionais desse pesquisador revelaram as mais diferentes práticas sexuais entre os americanos, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato (KINSEY et al, 1953; ABDO; FLEURY, 2006). Essa abordagem sobre o comportamento sexual representou uma ruptura com estudos anteriores focalizados sobre os "desvios sexuais" (ELLIS, 1936; KRAFFT-EBING, 1965), e fundados sobre a moral religiosa, a medicina ou a criminologia (LANTERI-LAURA, 1979; TRILLING, 1948).

Masters e Johnson (1966) desenvolveram, na década de 60, um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases – excitação, platô, orgasmo e resolução – e comum aos dois gêneros (PACAGNELLA et al, 2008). Esse modelo preconizava que os estímulos sexuais interno (pensamentos e fantasias) e externo (tato, olfato, audição, gustação e visão) promoveriam a excitação, identificada pela ereção peniana e pela vasocongestão da vagina e vulva. A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se seguiria o orgasmo, caso o estímulo perdurasse. Na sequência, haveria para ambos um período refratário, a resolução – mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições físicas e emocionais usuais, posto que, durante as fases anteriores, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, circulação periférica, sudorese, piloereção, entre outras manifestações, tenderiam a se pronunciar (ABDO, 2005).

Na década de 1970, Kaplan formulou que, antecedendo a fase de excitação, há o desejo, e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente, o que conduz ao orgasmo. O novo esquema de respostas sexuais masculina e feminina, então reformulado, compunha-se de três fases: desejo, excitação e orgasmo (KAPLAN, 1977).

Diante dos avanços no conhecimento da sexualidade humana e das observações clínicas, constatou-se que o modelo de ciclo de resposta sexual não correspondia à realidade, especialmente feminina (ABDO; FLEURY, 2006), uma vez que este pressupõe uma progressão linear entre consciência inicial do desejo sexual e resolução (BASSON, 2005).

Estudos sugerem que a resposta sexual não seja comum a ambos os sexos (TIEFER et al, 2002). Para a mulher, se o estímulo for positivo, a estimulação é desfrutada. Se, ao contrário, for negativo, culpa, vergonha, embaraço ou medo são disparados, revelando assim a natureza multifatorial das disfunções sexuais femininas (WIEGEL et al, 2005).

Mulheres descrevem também sobreposição das fases da resposta sexual em uma sequência variável que combina as respostas do corpo e mente (DENNERSTEIN; LEHERT, 2004).

Tem-se demonstrado a existência de mulheres que não têm desejo espontâneo ou que, ao tê-lo, nem sempre dão sequência ao ato sexual. Algumas iniciam a atividade apenas para satisfazer seus parceiros, não motivadas por estímulos próprios. Ainda assim, sensações genitais prazerosas podem desencadear o interesse por sexo, confirmando que a excitação pode se antepor ao desejo. Muitas dessas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse, desejando primordialmente aproximação física e carinho, antes mesmo que a sensação erótica as envolva (ABDO; FLEURY, 2006).

Basson e colaboradores (2004) propõem um modelo circular, em que a ausência de desejo sexual espontâneo no início do ciclo não significa disfunção sexual, o que exclui muitas mulheres da categoria de disfuncionais. Esse modelo pode ser didaticamente dividido em fases, principiando com o início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo. Em seguida, surge a excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeada pela receptividade ao estímulo sexual, em contexto adequado. Esta sensação de excitação subjetiva desencadeia a consciência do desejo, e tanto a excitação quanto o desejo podem aumentar gradativamente, atingindo ou não alívio orgástico. Por fim, sobrevém a satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos (ABDO; FLEURY, 2006).

Com o crescente interesse da comunidade científica acerca dos problemas sexuais das mulheres, e diante de inúmeras nuances, tem-se buscado consenso diagnóstico sobre o tema (BASSON et al, 2000).

3. Disfunções Sexuais

3.1. Conceito e Classificação

Na prática clínica e no desenvolvimento de pesquisas são necessários conceitos e critérios diagnósticos bem definidos para as disfunções sexuais femininas, com ampla aceitação (BASSON et al, 2000).

A partir dos estudos populacionais de Kinsey e da evolução do conceito de ciclo de resposta sexual, desde Masters e Johnson até Basson, estabeleceram-se critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-IV) (2002), que definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO; FLEURY, 2006).

As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento (ABDO; FLEURY, 2006).

O DSM-IV propõe uma classificação limitada a transtornos psiquiátricos, não abordando, portanto as causas orgânicas das disfunções sexuais femininas. São inclusos nessa classificação: desejo sexual hipotativo, aversão sexual, distúrbio de excitação feminina, desordem orgásmica, dispareunia e vaginismo.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde definiu disfunção sexual como as várias maneiras em que um indivíduo é incapaz de participar de uma relação sexual como desejaria (BASSON et al, 2000).

Constam na Classificação Internacional de Doenças (CID-10): ausência ou perda do desejo sexual, aversão sexual e ausência de prazer sexual, falha de resposta genital, disfunção orgásmica, vaginismo psicogênico, dispareunia não orgânica, apetite sexual excessivo além de outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou a doença orgânica.

Os transtornos de preferência e os transtornos de identidade compõem, com as disfunções sexuais, toda a classificação dos transtornos da sexualidade (ABDO; FLEURY, 2006), sendo esta a categoria de maior prevalência entre os transtornos da sexualidade (ROSEN et al, 1993).

Os transtornos de preferência sexual caracterizam-se por desejos, fantasias e comportamentos envolvendo objetos sexuais "não naturais", que não o ser humano, adulto e vivo. Os transtornos de identidade sexual são manifestados por sensação de impropriedade em relação ao próprio sexo biológico, com desejo irredutível de pertencer, ser tratado e reconhecido como membro do sexo oposto (ABDO et al, 2002).

Atualmente não há uma classificação diagnóstica amplamente aceita que avalie conjuntamente os aspectos subjetivos e objetivos da resposta sexual das mulheres (ALTHOF et al, 2005), mas o refinamento da classificação das disfunções sexuais femininas vem sendo objeto de estudo (BASSON et al, 2004).

3.2. Epidemiologia

Conhecer a incidência e a prevalência dos transtornos sexuais na população é fundamental para o médico. O planejamento de recursos diagnósticos, terapêuticos e preventivos pode ser melhor conduzido a partir desse conhecimento (SPECTOR; CAREY, 1990).

A disfunção sexual feminina tem um grande impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais (BASSON et al, 2000). Estima-se que desordens sexuais afetem 20% a 50% das mulheres (LARA et al, 2008).

O estudo americano *National Health and Social Life Survey* demonstra que 43% das mulheres avaliadas apresentam algum tipo de disfunção sexual (LAUMANN et al, 1999). Em Portugal, observa-se prevalência de 40,4% (LEWIS et al, 2004). Mais recentemente, um trabalho desenvolvido em Bangladesh estima que 51,8% das pacientes estudadas queixam-se de um ou mais problemas sexuais (JAHAN et al, 2012).

No Brasil, um estudo com mais de sete mil indivíduos evidenciou que quase um terço da população feminina em idade reprodutiva apresenta dificuldades para o orgasmo e aproximadamente 10% têm inibição do desejo (ABDO et al, 2010).

Em pesquisa realizada com mulheres australianas entre 20 e 70 anos, constata-se que a prevalência de desejo sexual hipoativo, disfunção de excitação, anorgasmia e dispareunia variam de 32% a 58%, 16% a 32%, 16% a 33% e 3% a 23% respectivamente (HAYES et al, 2008).

Em um estudo conduzido com 74 pacientes com média de idade de 81 anos, 18% das mulheres e 41% dos homens permaneciam sexualmente ativos. As disfunções sexuais mais prevalentes nessas mulheres foram desejo sexual hipoativo, diminuição da lubrificação, anorgasmia e dispareunia (SMITH et al, 2007).

3.3. Etiologia e Fatores de Risco

A disfunção sexual feminina é um problema multicausal e multidimensional combinando determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais (BASSON et al, 2000).

As causas de disfunção sexual na mulher podem ser de ordem psicogênicas, vasculogênicas, neurogênicas, hormonais e musculogênicas (BERMAN; BASSUK, 2002).

Considerando-se as causas vasculogênicas, hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo e cardiopatias associam-se à disfunção sexual feminina. A síndrome de insuficiência vascular vaginal e clitoridiana relaciona-se à redução do fluxo sanguíneo das artérias ílio-hipogástricas e pudendas por aterosclerose. Em conseqüência, surge a atrofia destas estruturas com subsequente secura vaginal e dispareunia. Além disso, lesões traumáticas destas artérias por fratura de bacia ou iatrogenias podem ter o mesmo efeito (BERMAN; BASSUK, 2002; BHASIN et al, 2007).

As causas neurogênicas podem advir de lesões medulares ou secundárias a comorbidades como o diabetes (BERMAN; BASSUK, 2002).

As queixas sexuais mais comuns associadas à deprivação hormonal são redução da libido, secura vaginal e dificuldade de excitação. A queda dos níveis de estrogênios associa-se à redução do fluxo sanguíneo dos corpos cavernosos do clitóris, da vagina e da região periuretral. Histologicamente há fibrose clitoridiana e atrofia vaginal (BERMAN; BASSUK, 2002).

Além de sua função central, receptores de testosterona são também encontrados nos lábios maiores e menores, no clitóris e na vagina. Pacientes sob terapia hormonal estrogênica têm redução da expressão desses receptores, bem como dos níveis circulantes de testosterona livre, em virtude do aumento das globulinas carreadoras de esteroides sexuais, o que explica a eventual persistência de sintomas de atrofia genital em mulheres sob estrogênio-terapia pura (BERMAN; BASSUK, 2002; GRAHAM et al, 2007). Os anticoncepcionais, em particular os de baixa concentração de estrogênios, podem causar diminuição da lubrificação vaginal e alterações no trofismo da parede vaginal, levando à dispareunia, com repercussões negativas

na fase da excitação genital (GREENSTEIN et al, 2007). Existem trabalhos que mostram que a diminuição dos níveis séricos da testosterona livre pode cursar com disfunção sexual (CARUSO et al, 2004), enquanto outros afirmam não haver ligação clara entre baixos níveis de testosterona e disfunção sexual feminina (DAVISON; DAVIS, 2011).

Os músculos do assoalho pélvico participam ativamente da resposta sexual feminina. Os músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos, quando voluntariamente contraídos, intensificam e contribuem com as fases de excitação e orgasmo. São também responsáveis pelas contrações involuntárias rítmicas durante o orgasmo. O músculo levantador do ânus também modula a resposta motora no orgasmo, bem como a receptividade vaginal. Quando este músculo encontra-se hipotônico, podem ocorrer hipoanestesia vaginal, anorgasmia e incontinência urinária durante o ato sexual (BERMAN; BASSUK, 2002).

Deve-se considerar como variáveis que interferem na função sexual, idade, estado civil, renda, grau de instrução (LAUMANN et al, 1999), doenças crônicas (LU; JIANG, 2011; DIMITROPOULOS et al, 2012), medicamentos (GRAHAM et al, 2007; ZEMISHLANY; WEIZMAN, 2008; DOUMAS et al, 2012), disfunção sexual do parceiro (LEIBLUM et al, 2006), paridade e gravidez (EROL et al, 2007).

Ocorre um aumento significativo das queixas sexuais entre mulheres nas fases de pré e pós-menopausa (HISASUE et al, 2005). O estudo longitudinal *Assessment of Ageing in Women* observou que a procura pela relação sexual diminui notadamente com a idade (HOWARD et al, 2006). Em um estudo multicêntrico envolvendo 12.563 homens e mulheres na idade reprodutiva e idosos, 48% dos homens referiam algum grau de disfunção erétil e 63% das mulheres não estavam satisfeitas com o grau de ereção de seus parceiros (MULHALL et al, 2008).

O envelhecimento cursa com alterações dos níveis hormonais (GARCIA-SEGURA et al, 2007) e pode ter repercussões biológicas e psíquicas negativas (ROSA E SILVA; SÁ, 2006). A percepção do envelhecimento, o nível cultural, o grau de satisfação emocional com o parceiro e a lubrificação vaginal inadequada influenciam significativamente o desejo sexual e o orgasmo (GONZÁLEZ et al, 2006).

Estudos demonstraram haver significativa associação entre disfunção sexual e insatisfação física e emocional, assim como prejuízo do bem-estar geral entre mulheres com desordens sexuais (LAUMANN et al, 1999; ROSEN et al, 2000).

Estados depressivos e distúrbios psíquicos podem cursar com disfunção sexual. As tensões no trabalho têm impacto negativo na função sexual, especialmente em mulheres (COLSON et al, 2006) assim como experiência sexual prévia negativa e traumas por violência sexual (BEUTEL et al, 2008). Alguns antidepressivos, particularmente os inibidores da recaptação da serotonina, podem cursar também com disfunção sexual (ZEMISHLANY; WEIZMAN, 2008).

A gestação também é uma condição que afeta a sexualidade feminina (BARTELLAS et al, 2000). Apesar de 80% a 100% dos casais permanecerem sexualmente ativos durante a gestação (BARTELLAS et al, 2000; ASLAN et al, 2005), a mulher, especialmente neste período, pode ter sua função sexual e qualidade de vida comprometidas (CORBACIOGLU et al, 2012).

3.4. Função Sexual na Gestação

Nos mais diversos contextos socioeconômico e cultural, as mulheres podem apresentar dificuldades com desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, além de insatisfação sexual e

dispareunia na gravidez (ASLAN et al, 2005; EROL et al, 2007; PAULETA et al, 2010), determinando efeitos danosos sobre sua autoestima e seus relacionamentos interpessoais (LAUMANN et al, 1999).

A qualidade de vida vem sendo estudada em mulheres grávidas (FERREIRA et al, 2012). Pesquisadores compararam este aspecto em gestantes turcas saudáveis e verificaram que a qualidade de vida diminuía no primeiro trimestre, aumentava no segundo e novamente declinava no último trimestre gestacional (TAŞDEMİR et al, 2010). Estes dados são coincidentes com resultados obtidos por Leite et al. (2009) que afirmam que o segundo trimestre gestacional é considerado o período mais estável emocionalmente, explicando a presença de melhores indicadores da função sexual. Mais de 70% das gestantes apresentam disfunção sexual no terceiro trimestre (LEITE et al, 2009).

De modo geral, todas as fases do ciclo de resposta sexual descritas por Kaplan (KAPLAN, 1977) podem estar comprometidas durante o período gestacional de mulheres saudáveis, especialmente no terceiro trimestre (EROL et al, 2007; PAULETA et al, 2010).

Em um estudo transversal com 139 gestantes, ao comparar com o período pré gestacional, 71% relataram redução da atividade sexual durante a gravidez (BARTELLAS et al, 2000), mudança atribuída ao receio de prejudicar a gestação, provocar nascimento prematuro do filho, romper bolsa dentre outras causas. (BARTELLAS et al, 2000; MURTAGH, 2010).

Dados da literatura mostram ser o desejo a fase do ciclo sexual mais afetada pela condição gestacional, visto que aproximadamente 80% das mulheres relatam não pensar espontaneamente em sexo. Neste estudo, aproximadamente 34% das grávidas referiram dificuldades com excitação pessoal/lubrificação (RIBEIRO et al, 2011). Em estudo envolvendo 589 grávidas turcas nos três trimestres gestacionais, 81% delas referiram

dificuldade para o orgasmo (BRODY et al, 2003), dados semelhantes aos encontrados por Erol (2007).

Em estudo nacional, 20% das gestantes queixam-se de dispareunia (RIBEIRO et al, 2011). Diversos estudos indicam que tal queixa parece aumentar com o avançar da gestação (LEITE et al, 2009; ASLAN et al, 2005; EROL et al, 2007), enquanto a satisfação sexual diminui (LEITE et al, 2009; GÖKYILDIZ; BEJI, 2005; NALDONI et al, 2011).

Em virtude da grande importância da satisfação sexual na manutenção da autoestima e dos relacionamentos interpessoais da grávida, o obstetra deve ter uma abordagem acolhedora dos sentimentos da grávida em relação a sua sexualidade (LEITE et al, 2007) e fornecer informações a respeito das modificações que os casais poderão esperar e as possíveis consequências prejudiciais ao relacionamento sexual neste período (BARTELLAS et al, 2000; ASLAN et al, 2005).

3.5. Comportamento Profissional Diante das Disfunções Sexuais Femininas

Não obstante à alta prevalência da disfunção sexual feminina (LAUMANN et al, 1999; ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002; JAHAN et al, 2012), em especial no período gestacional (BARTELLAS et al, 2000), e à importância da saúde sexual para a qualidade de vida (LEITE et al, 2007), pouco se aborda sobre o assunto nos consultórios médicos (SMITH et al, 2007; MARTINEZ, 2008).

A atividade sexual é considerada importante ou importantíssima para a harmonia do casal por 96,1% das brasileiras e por 96% dos brasileiros e ambos gostariam de ter o dobro de relações sexuais que conseguem realizar (ABDO et al, 2002). Observou-se que 51,1% a

57,7% das mulheres referiram-se à vontade para falar sobre sexo (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002; ABDO et al, 2002).

Nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com mais frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual (SMITH et al, 2007; MARTINEZ, 2008), mas ainda são muitas as que não o fazem por constrangimento, frustração ou falhas de tentativas de tratamento subprofissionalizado (BERMAN et al, 2003).

Em estudo desenvolvido com mulheres que apresentavam alteração do comportamento sexual durante o período gestacional, 76% das que não trataram do problema com seus médicos, gostariam de fazê-lo (BARTELLAS et al, 2000), fato passível de explicação dado o maior interesse e exigência das mulheres em relação a sua qualidade de vida sexual (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002; LARA et al, 2008).

Diante das dificuldades em abordar esse assunto em consultório médico e da possível subnotificação de disfunções sexuais, deve partir do médico a iniciativa de perguntar sobre função sexual para o diagnóstico e tratamento dos casos que não se apresentam espontaneamente (ABDO; OLIVEIRA JUNIOR, 2002).

No entanto, a literatura revela que apenas 10% (SMITH et al, 2007; MARTINEZ, 2008) a 20% (VIEIRA et al, 2012) dos médicos têm a iniciativa de inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes.

Avaliou-se o comportamento de médicos da Sociedade Americana de Uroginecologia no tocante às disfunções sexuais femininas e observou-se que 68% dos envolvidos na pesquisa tem algum conhecimento sobre os questionários existentes para avaliação da função sexual feminina, mas apenas 13% os utilizam. A maioria refere falta de tempo e 69% subestimam a prevalência de disfunções sexuais femininas (PAULS et al, 2005).

Em estudo recente que compara a atitude de médicos residentes em três diferentes programas de medicina (ginecologia e obstetrícia, medicina interna e psiquiatria), 70% reconhecem a importância de questionar suas pacientes sobre sexualidade, porém, menos de 25% relatam estar completamente confiantes de responder a estas perguntas e 20% afirmam que não há tempo suficiente para explorar estes aspectos em consultas médicas. Dos entrevistados, 71% referem falta de conhecimento específico. Residentes de psiquiatria eram significativamente mais propensos a buscar informações sobre a saúde sexual das pacientes obstétricas do que os de ginecologia e obstetrícia (VIEIRA et al, 2012).

Grande parte das mulheres admite que o ginecologista possui papel fundamental no diagnóstico e manejo das suas disfunções sexuais, e gostaria que eles fossem mais qualificados nesta área (MARTINEZ, 2008).

3.6. Diagnóstico

Os aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas ressaltam a primazia da observação clínica minuciosa, enfatizando a importância do tempo de evolução do quadro, das condições do parceiro e das características do estímulo sexual, quanto ao foco, à duração e à intensidade. Um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção.

Além disso, a distinção entre disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, bem como idade e experiência sexual da mulher, são parâmetros diagnósticos (ABDO; FLEURY, 2006).

É necessário identificar a fase da resposta sexual afetada e se a queixa é associável a algum acontecimento (LARA et al, 2008). A história sexual progressiva permite o acesso à

expressão sexual prévia positiva ou negativa e a identificação de medicamentos ou outros fatores que possam afetar a resposta sexual (JUNQUEIRA et al, 2005).

Para avaliar objetivamente a função sexual feminina pode-se lançar mão da fotopletismografia, avaliação da temperatura labial, dopplervelocimetria e ressonância magnética nuclear, mas nenhuma foi adequadamente validada ou padronizada (BASSON et al, 2000). Estas medidas da resposta sexual humana são invasivas, caras e não avaliam questões subjetivas (ROSEN, 2002).

Na prática clínica, são utilizados questionários desenvolvidos particularmente para essa finalidade (ROSEN et al, 2000), que transformam medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica (BASSON et al, 2000).

Os questionários autoaplicados são delineados para utilizar a escala ordinal e de intervalo, com a capacidade de detectar diferenças sutis em um nível sofisticado de medida. Ao contrário, os diários e calendários de eventos utilizam uma escala nominal que não permite obter tais nuances (ALTHOF et al, 2005).

No Brasil, foi desenvolvido o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), que avalia a satisfação e os domínios da função sexual feminina pela consideração individualizada das questões pertinentes aos diferentes aspectos investigados. É utilizado para estratificação de pacientes em estudos clínicos ou observacionais, bem como para a mensuração da eficácia de intervenção que objetiva o tratamento das disfunções sexuais da mulher (ABDO, 2009).

O *Brief Sexual Function Index for Women* e o *Female Sexual Function Index* (Índice de Função Sexual Feminina - IFSF) também são questionários autoaplicados, que avaliam os domínios da função sexual e apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Tais instrumentos seriam também sensíveis para avaliar intervenções (ROSEN, 2002).

O IFSF é uma escala breve, específica e multidimensional, o qual foi adaptado à língua portuguesa e para a nossa cultura, apresentando significativa confiabilidade e validade, podendo inclusive ser utilizado em estudos da função sexual de grávidas brasileiras.

O IFSF mede quantitativamente a função sexual da mulher, facilita a comparação de estudos realizados em diversos locais, em populações semelhantes, avalia a dimensão do impacto da gestação sobre a função sexual da mulher e o resultado das intervenções terapêuticas, além de servir como um modo de iniciar o diálogo entre a paciente e o profissional da assistência pré-natal a respeito das questões sexuais (LEITE et al, 2007).

O IFSF é composto por 19 questões agrupadas em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. As opções de resposta recebem pontuação entre zero a cinco. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e então somar os valores de cada domínio. Os escores finais podem variar de 2 a 36, sendo que escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual (HENTSCHEL et al; LEITE et al, 2007). Mulheres que apresentam escores menores ou iguais a 26,55 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (WIEGEL et al, 2005).

Este instrumento é prático para aplicação em estudos de campo, avalia a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transforma medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis (ROSEN et al, 2000), além de estar sendo utilizado em diversos estudos (ASLAN et al, 2005; EROL et al, 2007; LEITE et al, 2007, 2009; DIMITROPOULOS et al, 2012; DOUMAS et al, 2012; MARTELLI et al, 2012; SHAEER et al, 2012).

3.7. Tratamento

A simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais. O médico, nesses casos, desempenha papel fundamental, orientando, esclarecendo e prevenindo a cronificação dos sintomas (ABDO; FLEURY, 2006).

O tratamento das queixas sexuais envolve medidas gerais para o controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais e dificuldades com o parceiro e medidas específicas que contemplem as queixas individuais (LARA et al, 2008). As medidas gerais consistem em orientação sobre a anatomia da genitália e o esclarecimento sobre a resposta sexual humana, a prescrição de lubrificantes vaginais (GONZÁLEZ et al, 2006), a orientação sexual para a paciente e seu parceiro, modificação de causas reversíveis através do aconselhamento, mudança do estilo de vida, entre outras (GOLDSTEIN, 2007).

O modelo PILSET (PLISSIT) é conciso e permite uma abordagem ampla envolvendo as queixas de origem biológica, psíquica e aquelas referentes ao desconhecimento da anatomia e da resposta sexual, conforme descrição de quatro elementos: permissão (P): “permitir” que a paciente tenha relação sexual considerando os aspectos fisiológicos da resposta sexual; informação limitada (IL): informar sobre a fisiologia da resposta sexual e sobre a anatomia da genitália, orientando os locais de maior sensibilidade prazerosa da vulva e vagina (clitóris, pequenos lábios e intróito vaginal); sugestão específica (SE): aconselhar e sugerir mudanças na conduta sexual de acordo com critérios fundamentados na fisiologia da resposta sexual, e orientar mudança de atitude (atitude assertiva); terapia sexual (T): encaminhar para a terapia sexual todos os casos de conflitos mais graves, como anedonia, conflitos relacionais seguidos de agressão verbal ou física, abuso sexual e distúrbios de

comportamento ou desvio sexual e outros, além daqueles que não respondem às orientações básicas (LARA et al, 2008).

Ao médico cabe também o tratamento de doenças infecciosas do trato genital que possam cursar com dispareunia, bem como intervenções cirúrgicas para correção de condições que estejam associadas à queixa sexual como incontinência urinária e prolapso genital (COHEN et al, 2008). Inclui também a substituição de medicamentos que interferem na resposta sexual e prescrição de exercícios específicos para o fortalecimento da musculatura pélvica (GOLDSTEIN, 2007).

Embora o papel dos esteroides sexuais na função sexual não esteja definido, a terapia oral parece favorecer a resposta sexual em mulheres climatéricas por melhorar os sintomas como irritabilidade, insônia e outros (NELSON, 2008). A diminuição da lubrificação vaginal culmina com queixas de dor coital. Em geral, o estrogênio ministrado por via oral atinge níveis ótimos em todas as camadas da parede vaginal, com resposta local adequada (TOURGEMAN et al, 2001). O seu efeito sobre o desejo é, pois, indireto (ABDO; FLEURY, 2006). Mulheres com queixas de desconforto na relação sexual, sem indicação para a terapia estrogênica oral, se beneficiam do estrogênio tópico, suficiente para melhorar o trofismo vaginal (BARENTSEN et al, 1997).

Apesar de trabalhos mostrarem que a testosterona exógena melhora o desejo sexual e a excitação em mulheres, uma ligação clara entre baixos níveis de testosterona e disfunção sexual feminina não tem sido descrita (DAVISON; DAVIS, 2011). Alguns autores preconizam a prescrição de androgênios para portadoras da síndrome da deficiência androgênica e para as submetidas a ooforectomia (KINGSBERG et al, 2007). No entanto, o *Endocrine Society Clinical Practice Guideline* informa a inexistência de evidências

suficientes para apoiar esta recomendação e atestar a segurança dos mesmos no controle das disfunções sexuais femininas em geral (WIERMAN et al, 2006).

A tibolona tem impacto positivo na resposta sexual e parece ser efetiva para as queixas de desejo sexual hipoativo e de disfunção orgástica (CAYAN et al, 2008).

A psicoterapia deve ser instituída sempre que houver preponderância de fatores psíquicos, em especial os casos relacionados a abuso sexual, relações conflituosas, distúrbios de comportamento, autoestima rebaixada e depressão.

Embora os quadros de disfunções sexuais da mulher já sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para esse tratamento ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais masculinas (ABDO; FLEURY, 2006).

4. Referências

ABDO, C. H. N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2. ed. São Paulo: Lemos, 2000.

ABDO, C. H. N. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 4, n. 10, p. 220-2, 2005.

ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 89-1, 2009.

ABDO, C. H. N., FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 162-7, 2006.

ABDO, C. H. N., OLIVEIRA JUNIOR, W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 3, p. 179-86, 2002.

ABDO, C. H. N. et al. Perfil sexual da população brasileira: Resultado do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS). **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 11, p. 250-7, 2002.

ABDO C. H. et al. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. **Menopause**, v.17, n.6, p.1114-21, 2010.

ALTHOF S. E. et al. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 2, p. 153-66, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Art Med, 1994.

ANASTASIADIS, A. G. et al. The epidemiology and definition of female sexual disorders. **World Journal of Urology**, v. 20, n. 2, p. 74-8, 2002.

ASLAN G. et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. **International Journal of Impotence Research**, v. 17, n. 2, p. 154-7, 2005.

BARENTSEN R. et al. Continuous low dose estradiol released from a vaginal ring versus estradiol vaginal cream for urogenital atrophy. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, v. 71, n. 1, p. 73-80, 1997.

BARTELLAS E. et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 107, p. 964-8, 2000.

BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. Review. **Journal of Urology**, v. 163, n. 3, p. 888-93, 2000.

BASSON, R. et al. Revised definitions of Women's Sexual Dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 40, n. 1, p. 40-8, 2004.

BASSON, R. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 1, n. 1, p. 24-34, 2004.

BASSON R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **Canadian Medical Association Journal**, v. 172, n. 10, p. 1327-33, 2005.

BERMAN, J. R, BASSUK, J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. **World Journal of Urology**, v. 20, n. 2, p. 111-8, 2002.

BERMAN L. et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. **Fertility and Sterility**, v. 79, n. 3, p. 572-6, 2003.

BEUTEL M. E. et al. 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.

BHASIN S. et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. **Lancet**, v. 369, n. 9561, p. 597-611, 2007.

BRODY S. C. et al. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. **Obstetrics and Gynecology**, v. 101, n. 2, p. 380-92, 2003.

CARUSO S. et al. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. **Contraception**, v. 69, n. 3, p. 237-40, 2004.

CAYAN F. et al. Comparison of the effects of hormone therapy regimens, oral and vaginal estradiol, estradiol + drospirenone and tibolone, on sexual function in healthy postmenopausal women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 1, p. 132-8, 2008.

COHEN B. L. et al. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 6, p. 1418-23, 2008.

COLSON M. H. et al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 3, n. 1, p. 121-31, 2006.

CORBACIOGLU A. et al. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 7, p. 1897-903, 2012.

DAVISON S. L., DAVIS S. R. Androgenic hormones and aging: the link with female sexual function. **Hormones and Behavior**, v. 59, n. 5, p. 745-53, 2011.

DENNERSTEIN L., LEHERT P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 30, n. 3, p. 173-83, 2004.

DIMITROPOULOS K. et al. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 5, p. 1374-81, 2012.

DOUMAS M. et al. Effects of antihypertensive therapy on female sexual dysfunction: clinically meaningful? **Journal of Hypertension**. v. 30, n. 6, p. 1263-4, 2012.

ELLIS, H. S., **Studies in the Psychology of Sex**. New York: Randon House, 1936.

EROL B. et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 5, p. 1381-7, 2007.

FERREIRA, D. Q. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 409-13, 2012.

GARCIA-SEGURA L. M. et al. Estradiol, insulin-like growth factor-I and brain aging. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, p. 57-61, 2007.

GÖKYILDIZ S., BEJI N. K. The effects of pregnancy on sexual life. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 3, p. 201-15, 2005.

GOLDSTEIN I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 3, p. 235-53, 2007.

GONZÁLEZ M. et al. Libido and orgasm in middle-aged woman. **Maturitas**, v. 53, n. 1, p. 1-10, 2006.

GRAHAM C. A. et al. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, p. 246-55, 2007.

GRANDJEAN C., MORAN B. The impact of diabetes mellitus on female sexual well-being. **Nursing Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 581-92, 2007.

GREENSTEIN A. et al. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 6, p. 1679-83, 2007.

HAYES R. D. et al. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 4, p. 777-87, 2008.

HENTSCHEL H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v. 27, n. 1, p. 10-4, 2007.

HISASUE S. et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. **Urology**, v. 65, n. 1, p. 143-8, 2005.

HOWARD J. R. et al. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. **Climacteric: The Journal of International Menopause Society**, v. 9, n. 5, p. 355-67, 2006.

JAHAN M. S. et al. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 38, n. 1, p. 329-35, 2012.

JUNQUEIRA F. R. R. et al. Implantação de um ambulatório de sexualidade em um serviço de ginecologia de hospital universitário: resultados após um ano. **Reprodução e Climatério**, v. 20, p. 13-6, 2005.

KAPLAN H. S. Hypoactive sexual desire. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 3, n. 1, p. 3-9, 1977.

KINGSBERG S. et al. Evaluation of the clinical relevance of benefits associated with transdermal testosterone treatment in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, p. 1001-8, 2007.

KINSEY A. S. et al. **Sexual Behavior in The Human Female**. Filadélfia: Sauders, 1953.

KRAFFT-EBING R. **Psychopathia Sexualis**. New York: Bell, 1965.

LANTERI-LAURA, G. **Lectures des Perversions. Histoire de leur Appropriation Médicale**. Paris: Masson, 1979.

LARA L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 312-21, 2008.

LAUMANN E. O. et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **The Journal of the American Medical Association**, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LEIBLUM S. R. et al. 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.

LEITE, A. P. L. et al. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 414-9, 2007.

LEITE A. P. L. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 563-68, 2009.

LEWIS R. W. et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 1, n. 1, p. 35-9, 2004.

LU L. L., JIANG R. Impact of hypertension on female sexual function. **National Journal of Andrology**, v. 17, n. 12, p. 1121-4, 2011.

MARTELLI V. et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 2, p. 434-41, 2012.

MARTINEZ L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. **Fertility and Sterility**, v. 89, n. 4, p. 1035, 2008.

MASTERS W., JOHNSON V. **Human Sexual Response**. Boston, Massachusetts: Little, Brown and Company, 1966.

MURTAGH J. Female sexual function, dysfunction and pregnancy: implications for practice. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v. 55, n. 5. p. 438-56, 2010.

MULHALL J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 4, p. 788-95, 2008.

NALDONI L. M. et al. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 37, n. 2, p. 116-29, 2011.

NELSON H. D. Menopause. **Lancet**, v. 371, n. 9614, p. 760-70, 2008.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10). Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

PACAGNELLA R. C. et al. Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 416-26, 2008.

PAULETA J. R. et al. Sexuality during pregnancy. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, p. 136-42, 2010.

PAULS R. N. et al. Practice patterns of physician members of the American Urogynecologic Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. **International Urogynecology Journal**, v. 16, n. 6, p. 460-67, 2005.

RIBEIRO M. C. et al. [Pregnancy and gestational diabetes: a prejudicial combination to female sexual function?]. [Article in Portuguese]. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 5, p. 219-24, 2011.

RODRIGUES JR., O. M. Inventários de sexualidade – uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. **Terapia Sexual**, v. 1, p. 77-84, 1999.

ROSA E SILVA A. C. J. S., SÁ M. F. S. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33 n. 2, p. 60-7, 2006.

ROSEN R. C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. **Fertility and Sterility**, v. 77, p. 89-93, 2002.

ROSEN R. C. et al. 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, p. 191-208, 2000.

ROSEN R. C. et al. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 19, p. 171-88, 1993.

SHAEER O. et al. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): female sexual dysfunctions among Internet users in the reproductive age group in the Middle East. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 2, p. 411-24, 2012.

SMITH L. J. et al. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 5, p. 1247-53, 2007.

SPECTOR I. P., CAREY M. P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. **Archives of Sexual Behavior**, v. 19, n. 4, p. 389-408, 1990.

STOTLAND N. L. Menopause: social expectations, women's realities. **Archives of Women's Mental Health**, v. 5, n. 1, p. 5-8, 2002.

TAŞDEMİR S. et al. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. **Upsala Journal of Medical Sciences**, v. 115, n. 4, p. 275-81, 2010.

TIEFER L. et al. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 28, p. 225-32, 2002.

TOURGEMAN D. E. et al. Endocrine and clinical effects of micronized estradiol administered vaginally or orally. **Fertility and Sterility**, v. 75, n. 1, p. 200-2, 2001.

TRILLING L. Sex and science: The Kinsey Report. **Partisan Review**, v. 15, p. 460-476, 1948.

VIEIRA T. C. et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 10, p. 2516-24, 2012.

WIEGEL M. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WIERNAN M. E. et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 91, n. 10, p. 3697-710, 2006.

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

II. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

Instruções aos autores para a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet. ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material referente a artigos recusados não é devolvido.

Todos os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas anônimos e o sigilo é garantido durante todo o processo de revisão. Cópias dos pareceres dos revisores são enviadas aos autores. Os manuscritos aceitos e os aceitos condicionalmente são enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas, a fim de que o trabalho seja aceito para publicação. Os autores devem devolver o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento às sugestões. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Caso haja retorno após esse prazo, será considerada nova submissão, e o trabalho deve ser submetido à nova análise.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de responsabilidade dos autores. O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação;

2. Notas Prévias de trabalhos em fase final de coleta de dados, mas cujos resultados são originais e relevantes para justificar sua publicação;

3. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. O texto deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos;

4. Técnicas e Equipamentos, que são apresentações de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos;

5. Artigos de Revisão e Atualização, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura. A seleção dos temas é baseada em planejamento estabelecido pela editoria e editores associados. Os autores convidados devem ter publicações em periódicos sobre o tema escolhido. O número de autores das revisões pode variar entre um e quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho, podendo ser empregadas técnicas para se obterem atualizações, metanálises ou revisões sistemáticas. O texto deve ser baseado em revisão atualizada da literatura. Tratando-se de tema ainda sob investigação, a revisão deve discutir todas as tendências e linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção “Preparo do manuscrito” para informações quanto

ao texto, página de rosto, resumo e abstract. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou esboço do texto, a lista de autores e respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, são convidados para redigir e enviar o texto definitivo. No caso de contribuições espontâneas, aplicam-se as normas citadas para os autores convidados;

6. Comentários Editoriais, sob solicitação do editor;

7. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 250 palavras e seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deve ser enviado em disquete, CD ou DVD com uma cópia impressa. Em arquivo separado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada.

8. Cartas dos leitores para o editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.

2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos

citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

3. No texto, devem ser mencionadas a submissão e a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho.

4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração de que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado.

5. A partir de agosto de 2007, os periódicos indexados nas bases de dados Lilacs e SciELO passaram a exigir que os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials) submetidos à publicação tivessem o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa decisão foi decorrente da orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

6. O número de autores de cada manuscrito é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação é avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados no fim do artigo. O conceito de coautoria é baseado na contribuição substancial de cada um, seja para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, ou para a redação ou revisão crítica do texto. A

inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não é justificável. Todos os autores devem aprovar a versão final a ser publicada.

7. Os autores são informados, por carta, do recebimento dos trabalhos e do número de protocolo na revista. Os trabalhos que estão de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista, são enviados para análise de revisores indicados pelo editor.

8. Os originais em desacordo com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

9. Junto com os originais, deve ser enviada carta de encaminhamento assinada por todos os autores. Podem ser enviadas cartas separadas. Na carta, deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

10. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso e Equipamentos e Técnicas, não ultrapassar 15 páginas, reduzindo também o número de figuras e/ou tabelas. As Notas Prévias devem ser textos curtos, com até 800 palavras, cinco referências bibliográficas e duas ilustrações (ver “Preparo do manuscrito”, “Resultados”).

11. Enviar disquete, CD ou DVD devidamente identificado com o arquivo contendo texto, tabelas, gráficos e as legendas de outras figuras (fotos). Encaminhar também três cópias impressas do manuscrito. O trabalho pode ser enviado para a revista pelo sistema de

submissão on-line no portal SciELO. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é: rbgo@fmrp.usp.br.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço dois em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que forem mencionadas no texto.

3. Para impressão, utilizar folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras não digitadas.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, titulação, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Dar preferência para o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido. O autor tem de indicar quais informações pessoais não devem ser publicadas.

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo. Abaixo do resumo, indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos.

Na mesma página do resumo, citar pelo menos cinco palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas no

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>.

Em outra página, deve ser impresso o abstract como versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results, conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras. Para Notas Prévias, não há necessidade do resumo.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já

tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga devem, necessariamente, incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline – Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também item 4 das “Informações gerais”.

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, com texto, tabelas e figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também tabelas). Nos Relatos de Casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções “introdução” e “resultados”. Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar as suas observações com as de outros autores, comentando e

explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Recomenda-se tabular informações sobre os casos já publicados para comparação.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou publicações de circulação restrita. Não empregar referências do tipo “observações não publicadas” e “comunicação pessoal”. Para textos escritos originalmente em português, a referência também deve ser feita em português. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: “aceito e aguardando publicação”, ou “in press”, indicando-se o periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis on-line, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como “ahead of print”.

No caso de citações de outras publicações dos autores (autocitação), incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais (não citar capítulos ou revisões), impressos em periódicos regulares e relacionados ao tema.

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 30. Para Notas Prévias, no máximo dez. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

- Moran CA, Suster S, Silva EG. Low-grade serous carcinoma of the ovary metastatic to the anterior mediastinum simulating multilocularthymic cysts: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 3 cases. *Am J Surg Pathol*. 2005;29(4):496-9.

- Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FG, Pereira BG, Passini Junior R, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(1):27-32.

- Miyatake T, Ueda Y, Yoshino K, Shroyer KR, Kanao H, Sun H, et al. Clonality analysis and human papillomavirus infection in squamous metaplasia and atypical immature metaplasia of uterine cervix: is atypical immature metaplasia a precursor to cervical intraepithelial neoplasia 3? *Int J Gynecol Pathol*. 2007;26(2):180-7.

- Livro

- Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

- Daher S, Mattar R, Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez: aspectos imunológicos. In: Sass N, Camano L, Moron AF, editores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 45-56.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de telas, data e hora do acesso. Termos como “serial”, “periódico”, “homepage” e “monography”, por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), mencionar no final da referência, além das informações que seguem:

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>

- Monografia na internet ou livro eletrônico

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>>

Tabelas

Imprimir tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no

texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser impressas em folhas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco) e apresentar título e legenda, digitados em fonte Arial 8. No disquete, CD ou DVD devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw[®]), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos,

desenhos, esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela, e na ordem que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Envio dos manuscritos

Os documentos devem ser enviados para:

Jurandyr Moreira de Andrade

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Editoria Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar – Campus Universitário CEP 14049-900 – Ribeirão Preto/SP Fone: (16) 3602-2803/Fax: (16) 3633-0946 E-mail: rbgo@fmrp.usp.br

A submissão pode ser efetuada por meio do sistema de “Submissão on-line” da SciELO. Para correspondência, pode ser empregado o e-mail rbgo@fmrp.usp.br.

Itens para a conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados abaixo. Os itens 1 e 7 não são necessários para trabalhos enviados via “Submissão on-line” no site SciELO.

1. Carta de encaminhamento assinada por todos os autores;
2. Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa (na seção “métodos”) e termo de consentimento livre e informado;
3. Conflito de interesses: se, quando aplicável, foi mencionado, sem omissão de informações relevantes;
4. Página de rosto com todas as informações solicitadas;
5. Resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
6. Cinco ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords;
7. Mídia (disquete, CD ou DVD) contendo arquivo com o texto integral, tabelas e gráficos, corretamente identificado;
8. Verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. Fotos devidamente identificadas e anexadas à correspondência;
10. Referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

III.ARTIGO CIENTÍFICO

Impacto da gestação na função sexual feminina

Impact of pregnancy on female sexual function

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal de
Sergipe – Aracaju (SE), Brasil.

Daniela Siqueira Prado¹

Ryane Vieira Lima²

Leyla Manoella Maurício Rodrigues de Lima²

¹Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe –
Brasil

²Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Brasil

Correspondência:

Daniela Siqueira Prado

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

Rua Cláudio Batista, s/n. Bairro Santo Antônio. Aracaju, Sergipe – Brasil

e-mail: danisprado77@gmail.com

Conflito de interesses: Nada a declarar

Fonte financiadora: Não houve

Impacto da gestação na função sexual feminina

Resumo

OBJETIVO. Pesquisar o impacto da gestação na função sexual feminina. **MÉTODOS.** Foi realizado um estudo analítico, do tipo transversal, com 181 mulheres não gestantes e 177 gestantes. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 45 anos, gestantes e não gestantes, na pré-menopausa, sexualmente ativas e com parceiro fixo e excluídas aquelas em uso de antidepressivos ou com diagnóstico de depressão. Destas, 11 (6,2%) encontravam-se no primeiro trimestre, 50 (28,2%) no segundo e 116 (65,5%) no terceiro. A avaliação se deu por entrevista na qual foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0. Para a comparação entre as médias do IFSF entre gestantes e não gestantes utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. **RESULTADOS.** A disfunção sexual entre gestantes foi de 40,4% e entre não gestantes de 23,3%, sendo significativa a diferença entre os escores dos grupos estudados ($p=0,01$). Também foi significativa ($p<0,0001$) a diferença entre as médias globais do IFSF entre os grupos. Foram observadas diferenças significativas entre gestantes e não gestantes no tocante aos escores dos domínios desejo ($p<0,0001$), excitação ($p=0,003$), lubrificação ($p=0,02$), orgasmo ($p=0,005$) e satisfação ($p=0,03$). O mesmo não foi observado no domínio dor. **CONCLUSÃO.** Diante dos resultados, concluímos que a gestação influencia negativamente a função sexual feminina, particularmente nos domínios desejo e excitação, revelando a importância da abordagem do tema pelos profissionais que lidam com gestantes. **PALAVRAS CHAVE:** Comportamento sexual. Disfunção Sexual Fisiológica. Gravidez. Prevalência. Sexualidade

Impact of pregnancy on female sexual function

Abstract

PURPOSE. To investigate the impact of pregnancy on female sexual function. **METHODS.** It was conducted an analytical, cross-sectional study, with 181 non-pregnant and 177 pregnant women. The study included women aged between 18 and 45 years, pregnant and non-pregnant, premenopausal, sexually active and with steady partner and excluded those in antidepressant use or with depression diagnosis. Among these women, 11 (6.2%) were in the first trimester, 50 (28.2%) in the second trimester and 116 (65.5%) in the third trimester of pregnancy. The evaluation was done by an interview in which was applied the Female Sexual Function Index (FSFI). The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program, version 16.0. In order to compare the mean FSFI values between pregnant and non-pregnant women the nonparametric Mann-Whitney test was used. **RESULTS.** Sexual dysfunction among pregnant women was 40.4% and among non-pregnant women 23.3%, being significant the difference between the scores of the studied groups ($p=0.01$). It was also significant ($p<0.0001$) the difference between the mean global FSFI values of the groups. There were significant differences between pregnant and non-pregnant women regarding desire ($p<0.0001$), excitation ($p=0.003$), lubrication ($p=0.02$), orgasm ($p=0.005$) and satisfaction ($p=0.03$). The same was not observed regarding pain. **CONCLUSION.** We conclude that pregnancy negatively influences female sexual function, particularly the desire and excitement domains, revealing the importance of addressing the issue by professionals dealing with pregnant women.

KEYWORDS: Physiological Sexual Dysfunction. Pregnancy. Prevalence. Sexual Behavior.

Sexuality

Impacto da gestação na função sexual feminina

Impact of pregnancy on female sexual function

Introdução

Uma vez reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo, critérios foram estabelecidos de modo a distinguir o patológico do não patológico¹. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (1994), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais².

Muitos estudos mostram que esse distúrbio é altamente prevalente na população feminina³⁻⁷. O estudo americano *National Health and Social Life Survey* demonstrou que 43% das mulheres avaliadas apresentavam algum tipo de disfunção sexual³. Recentemente, um trabalho desenvolvido em Bangladesh revelou que 51,8% das pacientes estudadas queixavam-se de um ou mais problemas sexuais⁴. No Brasil, o Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS) detectou dificuldade sexual em 30% das mulheres, cujas principais queixas foram falta de desejo (34,6%) e dificuldades para obtenção de orgasmo (29,3%)⁵.

Além da idade, estado civil, renda e grau de instrução³, a função sexual pode ser também influenciada por doenças crônicas⁸⁻¹⁰, uso de medicamentos¹¹⁻¹³, disfunção sexual do parceiro¹⁴, paridade e gravidez^{3,15-21}, esta caracterizada como um momento de mudanças físicas e psicológicas, sob influência cultural, social, religiosa e emocional que pode levar a mudanças no padrão de vida sexual do casal.

Em um estudo transversal com 139 gestantes realizado no Canadá, 71% relataram redução da atividade sexual durante a gravidez ao comparar com o período pré-gestacional¹⁹, mudança atribuída principalmente ao receio de prejudicar a gestação, provocar nascimento prematuro do filho ou romper bolsa^{19,22}.

Não obstante à alta prevalência da disfunção sexual feminina³⁻⁷, em especial no período gestacional¹⁹, pouco se aborda sobre atividade sexual nos consultórios médicos^{23,24}. Grande parte destas mulheres não busca ajuda médica²⁵ e poucos são os ginecologistas que questionam sobre a função sexual de suas pacientes^{24,26}.

Diante da escassez de trabalhos sobre disfunção sexual em gestantes em nosso meio, o presente estudo teve por objetivo comparar o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) de mulheres grávidas com o de não grávidas para avaliar o impacto da gestação na função sexual feminina.

Métodos

Foi realizado um estudo analítico, do tipo transversal, entre setembro de 2011 a fevereiro de 2012, no qual foram incluídas 358 mulheres, sendo 177 gestantes e 181 não gestantes, atendidas no Centro de Referência da Mulher e nas Unidades Básicas de Saúde Dona Sinhazinha e Francisco Fonseca no município de Aracaju-Sergipe. Dois grupos distintos foram considerados: o primeiro grupo composto por 177 gestantes e o segundo por 181 não gestantes.

Os critérios de inclusão foram ser do sexo feminino, com idade entre 18 e 45 anos, gestantes e não gestantes, no período pré-menopausa, que possuíam parceiro fixo, fossem sexualmente ativas, o que implica ter tido relação sexual nos últimos seis meses, e que

concordassem em participar do estudo sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres em uso de antidepressivos ou com diagnóstico de depressão.

As mulheres eram chamadas em sala reservada nestes serviços onde eram convidadas a participar da pesquisa após explicação dos objetivos da mesma, deixando claro que sua participação não era obrigatória. A confidencialidade quanto à identificação e aos dados cedidos era garantida, e em qualquer momento a entrevistada poderia retirar seu consentimento, inclusive diante de constrangimento.

Inicialmente, foram coletados dados referentes à idade, estado civil, grau de instrução, nível socioeconômico, idade de início da atividade sexual, antecedentes ginecológicos e obstétricos, idade gestacional no momento da pesquisa. Questionou-se também sobre comorbidades e uso de medicamentos. O estado civil foi estratificado em solteira ou com união estável e casada; grau de instrução em ensino fundamental, médio e superior; nível socioeconômico em até 1 salário mínimo, entre 1 e 5 salários mínimos e 5 salários mínimos ou mais; e antecedentes obstétricos em até 1, 2 ou 3 e 4 ou mais partos normais, cesáreos e abortos.

Foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), escala breve, específica e multidimensional, adaptado à língua portuguesa, que apresenta significativa confiabilidade e validade²⁷ e transforma medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis²⁸. O IFSF é composto por 19 questões agrupadas em seis domínios, desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto, cujas opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. Os escores finais podem variar de 2 a 36, sendo que escores mais

altos indicam um grau melhor de função sexual^{27,29}. Mulheres que apresentam escores inferiores a 26,55 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual³⁰.

Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0. As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão, já as categóricas, descritas através de frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando mais adequado. Para o teste de hipóteses relativo às variáveis categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. A análise das variáveis contínuas normalmente distribuídas foi realizada mediante teste *t* de Student para amostras independentes. Para a comparação entre as médias do IFSF entre gestantes e não gestantes utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, enquanto que para a comparação entre as médias do IFSF entre trimestres gestacionais utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não seguem a distribuição normal. A avaliação do pressuposto de normalidade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80.

Para o cálculo do tamanho da amostra, levou-se em consideração a prevalência de disfunção sexual em mulheres na população de 25%³¹, e em gestantes de 40%²⁰, com um nível de significância de 5%, um poder de 80%, utilizando o programa WinPepi. Assim o tamanho mínimo da amostra foi de 330 mulheres, 165 em cada um dos dois grupos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 0115.0.107.000.11) e pela Coordenação de Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Sergipe.

Resultados

Foram entrevistadas 362 mulheres, destas, quatro não participaram da pesquisa por estarem em uso de antidepressivos. Foram analisados, portanto, dados de 358 mulheres. O primeiro grupo (G) foi composto por 177 gestantes das quais 11 (6,2%) encontravam-se no primeiro trimestre, 50 (28,2%) no segundo trimestre e 116 (65,5%) no terceiro trimestre. O segundo grupo (NG) foi composto por 181 não gestantes.

Houve homogeneidade entre os grupos no que tange às médias de idade ($p=0,07$), estado civil ($p=0,2$), escolaridade ($p=0,4$), nível socioeconômico ($p=0,07$), médias da idade de início da atividade sexual ($p=0,2$) e número de partos normais, cesáreos e abortos entre as entrevistadas ($p=0,3$; $p=0,8$; $p=0,8$) (Tabela 1).

A maioria das entrevistadas (73,7%) não apresentava comorbidades. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram as mais citadas entre as mulheres que referiam alguma doença.

Quando analisados os domínios da função sexual, foram observadas diferenças significativas entre gestantes e não gestantes no tocante aos escores dos domínios desejo ($p<0,0001$), excitação ($p=0,003$), lubrificação ($p=0,02$), orgasmo ($p=0,005$) e satisfação ($p=0,03$). O mesmo não foi observado no domínio dor, cuja diferença entre os grupos não foi significativa ($p=0,1$) (Tabela 2).

A taxa de disfunção sexual global dessa pesquisa foi de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) que em não gestantes (23,3%) ($p=0,01$). A média global do IFSF para gestantes não gestantes apresentou diferença significativa ($p<0,0001$).

Não foram observadas diferenças significativas entre os trimestres gestacionais quando comparadas as médias dos respectivos IFSF e por domínios (Tabela 3).

Discussão

Nesse estudo, a prevalência de disfunção sexual entre as entrevistadas foi de 31,7%, sendo 23,3% entre as não gestantes, similar ao encontrado por outros estudos^{16,31}, um dos quais também realizado em Sergipe³¹. No entanto, tal prevalência é inferior à observada no estudo nacional que demonstrou que 50,9% das mulheres possuem algum tipo de disfunção sexual³². Tal fato pode se dever à diferença dos instrumentos utilizados para investigação, bem como à possível dificuldade que as mulheres da região nordeste do Brasil têm de expor sobre sua sexualidade.

A prevalência de disfunção sexual foi significativamente superior no grupo de mulheres grávidas, com estatística semelhante a outros estudos^{20,21}. Vale frisar que os grupos analisados foram homogêneos no tocante à idade, estado civil, grau de instrução, nível socioeconômico, idade de início da vida sexual e antecedentes obstétricos, de modo que se pode atribuir à gestação a influência negativa na vida sexual. As mudanças corporais, psicológicas e hormonais inerentes a esse período, bem como o receio de que o intercurso sexual possa culminar com complicações obstétricas ou machucar o bebê^{18,19,21} podem justificar tal impacto negativo da gestação na função sexual feminina.

Entre os domínios da função sexual, os mais prejudicados foram o desejo e a excitação, também similar ao observado em outros estudos^{20,21}. A indisposição e sonolência que as gestantes experimentam no início da gestação, bem como a mudança da autoimagem corporal que ocorre a partir do 2º trimestre podem levar à redução do desejo, conseqüentemente, a fase da excitação também fica prejudicada. Mas vale notar que, apesar de a satisfação ter sido também significativamente diferente entre os grupos, tal diferença não

foi tão importante quanto nos domínios desejo e excitação, o que é reforçado pela teoria de Basson. Resultados semelhantes a estes foram descritos por outros autores^{15,33}.

Foram limitações desse estudo o pequeno número de gestantes no primeiro e segundo trimestres, o que pode retratar a inadequada assistência pré-natal, que deveria se iniciar o mais precoce possível. A dificuldade pode estar relacionada à falta de conscientização por parte das próprias grávidas da importância quanto ao início precoce do pré-natal e do comparecimento às consultas ou pela falta de implementação de programas que divulguem tal importância³⁴. Este fato impediu que os dados por trimestre fossem adequadamente analisados. Bem como os parceiros sexuais não terem sido entrevistados. Sabe-se que, em alguns casos, é o parceiro quem perde a libido e decide por não ter relações sexuais nesse período, como observado por trabalhos^{19,34}.

Para as mulheres, de um modo geral, afeto, carinho e respeito mútuo são aspectos que influenciam a relação sexual⁵. Vivemos em um momento em que tem havido deterioração destes elementos. Na gestação, a mulher fica emocionalmente lábil e ainda mais ávida por carinho, apoio e compreensão. Somando-se a isso as mudanças corporais, os tabus mantidos pela falta de orientação médica adequada e a ansiedade quanto ao parto e maternidade influenciam diretamente a resposta sexual feminina em todos os seus domínios.

A influência da gestação na função sexual feminina é notória e, portanto não deve ser negligenciada, de modo que os médicos devem ser capazes de investigar a incidência de disfunção sexual entre as pacientes, minimizar a ansiedade destas quanto às mudanças trazidas pela gravidez, estimular a participação dos parceiros nas consultas médicas, sanar dúvidas e desmistificar tabus.

Referências

1. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(3):162-7.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1994.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
4. Jahan MS, Billah SM, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012; 38(1):329-35.
5. Abdo, CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: Resultado do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS). *Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
6. Shaer O, Shaer K, Shaer E. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): female sexual dysfunction among internet users in the reproductive age group in the Middle East. *J Sex Med.* 2012;9(2):411-24.
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. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
8. Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, Matteucci C, Lantadilla C, Costantino A, et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med.* 2012;9(2):434-41.
9. Lu LL, Jiang R. Impact of hypertension on female sexual function. *National Journal of Andrology.* 2011;17(12):1121-4.

10. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 Diabetes. *J Sex Med.* 2012;9(5):1374-81
11. Graham CA, Bancroft J, Doll HA, Greco T, Tanner A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32(3):246-55.
12. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.
13. Doumas M, Anyfanti P, Lazaridis N. Effects of antihypertensive therapy on female sexual dysfunction: clinically meaningful? *J Hypertens.* 2012;30(6):1264-5.
14. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56.
15. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-7.
16. Basson R. Womens sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33
17. Çayan S, Akbay E, Boslu 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. *Urol Int.* 2004;72(1):52-7.
18. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;57(2):103-8.
19. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000;107(8):964-8.

20. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):563-8. Portuguese.
21. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*. 2007;4(5):1381-7.
22. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(5):438-46.
23. Martinez L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. **Fertil Steril**. 2008;89(4):1035.
24. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*. 2007;4(5):1247-53.
25. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. 2003;79(3):572-6.
26. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira, FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(6):312-21.
27. Leite A, Moura E, Salles A, Mattar R, Souza E, Camano L. Validation of the Female Sexual Function Index in Brazilians pregnant. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):396-401. Portuguese.
28. Rosen RC, Brown C, Heimon J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
29. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Rev HCPA*. 2007;27(1):10-4.

30. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
31. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção Sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis sócio-econômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):139-43.
32. Abdo C.H.N. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.
33. Bertolino V, Bechara AJ. Female Sexual Dysfunction: a tale of two sides? *J Sex Med.* 2006;3(2):375.
34. Trevisan MR, Dino RSL, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(5):293-9.

Tabelas

Tabela 1 - Comparação entre as características epidemiológicas e socioeconômicas e antecedentes ginecológicos e obstétricos dos grupos de gestantes (G) e não gestantes (NG) atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE.

Categoria	G (n=177)	NG (n=181)	p ¹
Idade	28,7±6,5	30,0±6,7	0,07
Início da atividade sexual	17±4	18±3	0,2
Estado civil	G (%)	NG (%)	
Casada	75 (42,4)	69 (38,1)	0,2
Solteira	94 (53,1)	109 (60,2)	
Outro	8 (4,5)	3 (1,7)	
Escolaridade			
Sem escolaridade	34 (19,2)	25 (13,8)	0,4
Ensino fundamental	40 (22,6)	36 (19,9)	
Ensino médio	92 (52)	105 (58)	
Ensino superior	11 (6,2)	15 (8,3)	
Nível socioeconômico			
≤1 salário mínimo	88 (49,7)	77 (42,5)	0,07
>1 – 5< salários mínimos	83 (46,9)	88 (48,6)	
≥5 salários mínimos	6 (3,4)	16 (8,8)	
Antecedentes obstétricos			
Partos normais			
≤1	136 (76,8)	128 (70,7)	0,3
2-3	32 (18,1)	44 (24,3)	
≥4	9 (5,1)	9 (5)	
Partos cesáreos			
≤1	166 (93,8)	163 (90)	0,8
2-3	9 (5,1)	18 (9,9)	
≥4	2 (1,1)	0 (0)	
Abortos			
≤1	161 (91)	168 (92,8)	0,8
2-3	15 (8,5)	12 (6,6)	
≥4	1 (0,5)	1 (0,6)	

¹t-Student

Tabela 2 - Comparação entre o IFSF de mulheres gestantes (G) e não gestantes (NG) atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE.

IFSF e domínios	G (n=177)	NG (n=181)	p ²
IFSF	26,5±5,81	28,54±4,52	<0,0001
Desejo	3,57±1,02	3,97±1,09	<0,0001
Excitação	4,07±1,16	4,43±0,97	0,003
Lubrificação	4,88±1,37	5,22±1,04	0,02
Orgasmo	4,33±1,41	4,75±1,11	0,005
Satisfação	4,98±1,16	5,19±1,02	0,03
Dor	4,67±1,53	4,96±1,26	0,1

²Teste não paramétrico de Mann-Witneys para amostras independentes

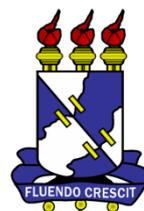
Tabela 3 – Média e Desvio Padrão do IFSF de mulheres gestantes atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju/SE, separadas por trimestre.

IFSF e domínios	Trimestre			p ³	p ⁴ (1 ^o x2 ^o)	p ⁴ (2 ^o x3 ^o)	p ⁴ (1 ^o x3 ^o)
	1 ^o	2 ^o	3 ^o				
IFSF	27,7±1,58	26,3±6,25	26,5±5,89	1,0	1,0	0,9	0,8
Desejo	3,49±0,88	3,52±1,08	3,60±1,01	0,7	1,0	0,5	0,6
Excitação	4,34±0,66	4,06±1,21	4,05±1,18	0,9	0,8	1,0	0,7
Lubrificação	5,29±0,91	4,66±1,37	4,93±1,41	0,2	0,2	0,1	0,7
Orgasmo	4,62±0,74	4,36±1,48	4,28±1,44	0,8	1,0	0,6	0,8
Satisfação	4,90±0,78	4,90±1,36	5,02±1,10	0,7	0,4	1,0	0,4
Dor	5,13±0,96	4,78±1,36	4,59±1,64	0,7	0,5	0,8	0,4

³Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para três amostras independentes.

⁴Teste não paramétrico de Mann-Witneys para duas amostras independentes.

IV. ANEXOS DA MONOGRAFIA



A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “**IMPACTO DA GESTAÇÃO NA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**”, que tem como objetivo avaliar a influência da gravidez no padrão sexual feminino, para que se possa melhorar a abordagem deste tema pelos profissionais de saúde. Essa avaliação se dará a partir da comparação entre dois grupos, um de mulheres gestantes e outro de mulheres não gestantes, através do preenchimento de um questionário. A participação não é obrigatória e a qualquer momento a senhora pode desistir de participar e retirar seu consentimento, inclusive diante de constrangimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento ou em sua relação com os pesquisadores. Asseguramos que sua identificação e os dados obtidos através dessa pesquisa serão mantidos em sigilo (segredo).

Eu, _____, RG nº _____, concordo em participar da pesquisa intitulada “**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM GESTANTES**”. Declaro que tomei conhecimento das informações contidas nesse documento e que fui devidamente informado sobre os procedimentos da pesquisa. O pesquisador também explicou que possuo o direito de retirar os meus dados da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem que isso cause qualquer prejuízo em meu atendimento ou relação com o pesquisador.

Ryane Vieira Lima (acadêmica de medicina / UFS / ryanevieira@ibest.com.br / 9993-3282)

Daniela Siqueira Prado (Prof.^a assistente do departamento de medicina / UFS / danisprado@ig.com.br / 9931-3830)

Sujeito da pesquisa

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E DISFUNÇÃO
SEXUAL DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

**INSTRUÇÕES:**

PACIENTE nº _____

Por favor, responda às perguntas que seguem da forma mais clara e honesta possível.

Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo.

Para cada item objetivo, marque apenas uma opção.

PARTE I1. *IDADE:* _____ anos2. *ESTADO CIVIL:* _____3. *ESCOLARIDADE:* Sem escolaridade Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós Graduação Não Sei4. *RENDA FAMILIAR MENSAL:* Até 1 salário mínimo (até R\$ 545,00). De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 546,00 até R\$ 1090,00). De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 1091,00 até R\$ 2.725,00). Mais de 5 salários mínimos (mais de R\$ 2.726,00).5. *IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL:* _____ anos6. *ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS*

Número de Gestações: _____ Número de Abortos: _____

Número de Partos Normais: _____ Número de Partos Cesáreos: _____

7. *COMORBIDADES:* Hipertensão Arterial Diabetes Outros. Qual? _____8. *MEDICAMENTOS EM USO:* _____**Questão 9 é destinada às GESTANTES:**9. *IDADE GESTACIONAL ATUAL:* _____ semanas (Data da Última Menstruação _____)

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

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 (quantas vezes) você manteve sua lubrificação até o final da 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

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 (Quantas vezes) você atingiu o orgasmo (prazer máximo)?*

- () 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

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

- () 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 capacidade de chegar ao orgasmo (prazer máximo) durante a atividade sexual?

- () Muito satisfeita () Moderadamente insatisfeita
() Moderadamente satisfeita () Muito insatisfeita
() Indiferente

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

- () Muito satisfeita () Moderadamente insatisfeita
() Moderadamente satisfeita () Muito insatisfeita
() Indiferente

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

- () 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 (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- () Não houve tentativa de penetração () 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

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

- () Não houve tentativa de penetração () 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

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 () Alto () Baixo
() Altíssimo () Moderado () Baixíssimo ou nenhum

ANEXO III

Escore das respostas para cada questão do instrumento

1. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?*
 - (5) Sempre ou quase sempre
 - (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 - (3) Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
 - (1) Nunca ou quase nunca
2. *Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?*
 - (5) Muito alto (2) Baixo
 - (4) Alto (1) Muito baixo ou nenhum
 - (3) Moderado
3. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?*
 - (0) Sem atividade sexual (3) Algumas vezes (metade das vezes)
 - (5) Sempre ou quase sempre (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (1) Nunca ou quase nunca
4. *Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?*
 - (0) Sem atividade sexual (3) Moderado
 - (5) Muito alto (2) Baixo
 - (4) Alto (1) Muito baixo ou nenhum
5. *Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?*
 - (0) Sem atividade sexual (3) Moderada confiança
 - (5) Altíssima confiança (2) Baixa confiança
 - (4) Alta confiança (1) Baixíssima ou nenhuma confiança
6. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?*
 - (0) Sem atividade sexual (3) Algumas vezes (metade das vezes)
 - (5) Sempre ou quase sempre (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (1) Nunca ou quase nunca

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

- | | |
|--|---|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Algumas vezes (metade das vezes) |
| (5) Sempre ou quase sempre | (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) | (1) Nunca ou quase nunca |

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

- | | |
|--|-------------------|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Difícil |
| (1) Extremamente difícil ou impossível | (4) Pouco difícil |
| (2) Muito difícil | (5) Nada difícil |

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

- | | |
|--|---|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Algumas vezes (metade das vezes) |
| (5) Sempre ou quase sempre | (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) | (1) 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?*

- | | |
|--|-------------------|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Difícil |
| (1) Extremamente difícil ou impossível | (4) Pouco difícil |
| (2) Muito difícil | (5) Nada difícil |

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

- | | |
|--|---|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Algumas vezes (metade das vezes) |
| (5) Sempre ou quase sempre | (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo) |
| (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo) | (1) 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 (prazer máximo)?*

- | | |
|--|-------------------|
| (0) Sem atividade sexual | (3) Difícil |
| (1) Extremamente difícil ou impossível | (4) Pouco difícil |
| (2) Muito difícil | (5) Nada difícil |

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

- (5) Muito satisfeita (2) Moderadamente insatisfeita
(4) Moderadamente satisfeita (1) Muito insatisfeita
(3) Indiferente

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

- (5) Muito satisfeita (2) Moderadamente insatisfeita
(4) Moderadamente satisfeita (1) Muito insatisfeita
(3) Indiferente

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

- (5) Muito satisfeita (2) Moderadamente insatisfeita
(4) Moderadamente satisfeita (1) Muito insatisfeita
(3) Indiferente

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

- (5) Muito satisfeita (2) Moderadamente insatisfeita
(4) Moderadamente satisfeita (1) Muito insatisfeita
(3) Indiferente

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

- (0) Não houve tentativa de penetração (3) Algumas vezes (metade das vezes)
(1) Sempre ou quase sempre (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
(2) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (5) Nunca ou quase nunca

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

- (0) Não houve tentativa de penetração (3) Algumas vezes (metade das vezes)
(1) Sempre ou quase sempre (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
(2) Muitas vezes (mais da metade do tempo) (5) 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?

- (0) Não houve tentativa de penetração (2) Alto (4) Baixo
(1) Altíssimo (3) Moderado (5) Baixíssimo ou nenhum

Cálculo dos escores

Domínios	Questões	Variação do Escore	Fator	Escore Mínimo	Escore Máximo
Desejo	1, 2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6.0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfação	14, 15, 16	0(0 ou 1)-5*	0.4	0.8	6.0
Dor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6.0
Escore Total				1.2	36.0

*Variação para o item 14=0-5; variação para os itens 15 e 16=1-5.