

JUCILENE SALES DA PAIXÃO

**Comportamento sexual de mulheres com
síndrome dos ovários policísticos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Medicina

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia
Orientadora: Profa. Dra. Angela Maggio da Fonseca

São Paulo
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Paixão, Jucilene Sales da

Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos /
Jucilene Sales da Paixão. -- São Paulo, 2007.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Angela Maggio da Fonseca.

Descritores: 1.Síndrome do ovário policístico 2.Comportamento sexual
3.Sexualidade 4.Auto-estima 5.Imagem corporal 6.Mulheres

USP/FM/SBD-124/07

Dedicatória

À memória de **Celerino Elias da Paixão**, meu pai, maior entusiasta da minha escolha de ser médica e cujas virtudes do trabalho, da dignidade e da responsabilidade foram exemplo para minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a **DEUS** pelo “dom da VIDA”, pela bondade infinita e pela família que me deste.

Sou muito grata ao meu esposo **Edésio V. Silva Filho** que tem me estimulado em todas as etapas de minha vida acadêmica e à minha filha **Larissa** pela sua existência, sua luz e seu sorriso. Ambos acompanharam esta caminhada do início ao fim, compartilhando os momentos difíceis e as vitórias acumuladas ao longo deste estudo, com paciência e tolerância.

À minha mãe, **Maria Rosa**, e toda querida família, pelo amor, crença, compreensão e alegria que me infundiram a confiança necessária para realizar os meus sonhos.

Às **pacientes** que participaram, com muita disposição, desse estudo e que continuam me ajudando com suas experiências a construir um olhar mais aprofundado da sexualidade.

À Professora **Angela Maggio da Fonseca**, exemplo de dedicação, de doação, de dignidade pessoal e sobretudo de amor. Meu sincero agradecimento pelos incontáveis encontros e discussões, pela hospitalidade na intimidade de sua casa. Sou inteiramente grata por essa orientação que ultrapassa a tese.

Ao Professor **Vicente Renato Bagnoli** sou imensamente grata pelo seu bom humor, pelo incentivo e pela ajuda através da leitura, comentários e observações críticas a respeito do texto.

Ao Professor **Edmund Chada Baracat**, bem como, aos Doutores **Elsa Aida Gay de Pereyra** e **Gustavo Arantes Rosa Maciel**, meus agradecimentos pela disposição para discutir, pelos questionamentos e contribuições na etapa da qualificação, que muito contribuíram para essa forma final da tese.

Aos **colegas** do Ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério do HCFMUSP, em particular à amiga **Ana Lúcia Cavalcanti**, também companheira dessa aventura singular, pela indescritível solidariedade, afeto e capacidade de ouvir que se traduziram sempre em conforto e amadurecimento.

Aos **amigos** que, mesmo não citados individualmente, sabem da importância deles nesta e em outras etapas deste processo. Sabem o afeto, respeito e torcida mútua que temos.

Sumário

Lista de tabelas e gráficos	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Síndrome dos ovários policísticos.....	2
1.1.1 Apresentação clínica.....	4
1.1.2 Fisiopatologia.....	6
1.1.3 Fatores de risco associados à SOP.....	10
1.1.4 Tratamento.....	11
1.2 Sexualidade.....	16
1.2.1 Comportamento sexual.....	16
1.2.2 Ciclo da resposta sexual.....	17
1.2.3 Satisfação sexual.....	18
1.2.4 Fatores sociais e sexualidade.....	19
1.2.5 Neurobiologia da função sexual.....	20
1.2.6 Disfunções sexuais femininas.....	27
1.3 SOP e sexualidade.....	28
1.4 Auto-imagem corporal e auto-estima.....	30
2 PROPOSIÇÃO.....	34
3 MÉTODOS.....	36
3.1 Casuística.....	37
3.1.1 Critérios de inclusão.....	37
3.1.2 Critérios de exclusão.....	38
3.1.3 Características da população.....	38
3.2 Método do estudo.....	39
3.2.1 Instrumento de avaliação.....	41
3.2.2 Avaliação clínica.....	42
3.2.3 Avaliação laboratorial.....	43
3.2.4 Avaliação ultra-sonográfica.....	44
3.2.5 Variáveis estudadas.....	45
3.2.6 Metodologia estatística.....	50

4 RESULTADOS.....	52
4.1 Auto-estima.....	54
4.2 Auto-imagem corporal.....	54
4.3 Variáveis do comportamento sexual.....	56
4.4 Relação dos parâmetros clínicos da SOP com o comportamento sexual....	59
4.5 Influência da terapêutica no ciclo da resposta sexual.....	62
5 DISCUSSÃO.....	64
6 CONCLUSÕES.....	78
7 ANEXOS.....	80
8 REFERÊNCIAS.....	109

Lista de tabelas e gráficos

Tabela 1 – Distribuição de 48 pacientes com SOP quanto à avaliação da auto-imagem corporal através do “Questionário sexual HC”	56
Tabela 2 – Distribuição das variáveis do comportamento sexual vinculadas às atividades desenvolvidas com o parceiro	61
Tabela 3 – Associação entre o tipo de tratamento utilizado e as variáveis do ciclo da resposta sexual	62
Tabela 4 – Mudanças nas variáveis do ciclo da resposta sexual para o seguimento terapêutico com 6 a 12 meses	63
Gráfico 1 – Relação da auto-estima com a consciência de ter nascido em corpo errado	55
Gráfico 2 – Relação da auto-estima com a consciência de que deveria ter nascido em corpo de homem	55
Gráfico 3 – Relação da auto-imagem corporal geral com o IMC	57
Gráfico 4 – Número de parceiros com quem 48 pacientes com SOP manteve atividade sexual por período mínimo de 6 meses	57
Gráfico 5 – Relação entre auto-masturbação e o ciclo menstrual	60
Gráfico 6 – Relação de auto-imagem corporal com frequência de desejo	60

Resumo

PAIXÃO JS. Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 130p.

A sexualidade envolve processo complexo com determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais. Comprometimento em qualquer uma destas dimensões pode interferir na sexualidade, causando impacto na qualidade de vida. Foram estudadas prospectivamente 48 mulheres portadoras de síndrome dos ovários policísticos matriculadas no Ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os objetivos do estudo foram: avaliar a auto-estima e auto-imagem corporal; o comportamento sexual; a relação entre parâmetros clínicos da síndrome (obesidade, hirsutismo, irregularidade menstrual) com o comportamento sexual; e, a influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual. O instrumento de avaliação utilizado foi o Questionário Sexual HC – extenso questionário que avaliou, no tempo 0, dados demográficos; antecedentes pessoais; antecedentes gineco-obstétricos; hábitos e estilo de vida; imagem corporal; auto-estima; antecedentes sexuais e atividade sexual atual com ênfase na satisfação sexual, existência ou não de parceiro, fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), frequência sexual, prática de masturbação, avaliação da presença de práticas menos habituais, do grau de intimidade e qualidade de comunicação no envolvimento com o parceiro. A influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual foi avaliada em 30 das 48 pacientes, divididas em três grupos: Grupo A (n=10), medicadas com acetato de medroxiprogesterona, na dose de 5mg/dia/10dias do mês; Grupo B (n=10), medicadas com 35µg de etinilestradiol + 2mg de acetato de ciproterona, na dose de 1cp/dia/21dias do mês e Grupo C (n=10), medicadas com 2mg de valerato de estradiol – 11 drágeas, 2mg de valerato de estradiol + 1mg de acetato de ciproterona – 10 drágeas, na dose de 1dg/dia/21dias do mês. Para esta avaliação foram utilizadas as frequências sexual, de desejo, de excitação e orgástica nos tempo 0, 6 e 12 meses. A metodologia estatística utilizou frequências absolutas e relativas para análise descritiva das variáveis, Qui-quadrado de homogeneidade, teste exato de Fisher e o teste de McNemar. O nível de significância foi de 5%. Os resultados permitiram concluir que a auto-estima não sofreu interferência das manifestações clínicas da síndrome. A auto-imagem corporal foi prejudicada e exerceu impacto negativo sobre o desejo sexual. A iniciação sexual, as formas de expressão da sexualidade, a intimidade comunicativa com o parceiro e a satisfação sexual não foram influenciadas pela síndrome. Houve maior frequência masturbatória nas pacientes amenorréicas. A terapêutica hormonal não demonstrou influência no ciclo da resposta sexual.

Descritores: 1.Síndrome do ovário policístico 2.Comportamento sexual 3.Sexualidade 4.Auto-estima 5.Imagem corporal 6.Mulheres

Summary

PAIXÃO JS. Sexual behavior of women with polycystic ovary syndrome [thesis]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo, SP (Brazil); 2007. 130p.

Sexuality involves a complex process of biologic, psychological and interpersonal elements. Any alteration in such aspects can interfere in sexuality causing impact in the quality of life. Our prospective study was based on 48 women with Polycystic Ovary Syndrome enrolled at The Outpatient Unit of the Endocrine and Climaterium-Gynecological Clinic at the General Hospital of São Paulo University Medical School (HC-FMUSP). The aim of our study was to evaluate self esteem and physical self image, sexual behavior, the inter relation of clinical parameters of the syndrome (obesity, hirsutism, menstrual irregularity) with sexual behavior, and the influence of hormone therapy within the cycle of sexual response. We applied the HC-FMUSP Sexual Questionnaires to evaluate at baseline (time zero) demographic data, personal antecedents, gynecological-obstetric antecedents, habits and life style, body image, self esteem, sexual antecedents and present sexual activity, with emphasis on sexual satisfaction, presence or absence of a sexual partner, phases of the cycle of sexual response (desire, excitement, orgasm and resolution) sexual frequency, masturbation, assessment of less common practices, degree of intimacy and the quality of communication and involvement with the partner. The influence of hormonal therapy was evaluated in 30 of the 48 patients, divided in 3 groups: Group A (n=10), received medroxyprogesterone acetate at a dose of 5mg/day during 10 days of the month; Group B (n=10), received 35µg of ethinyl estradiol + 2mg of cyproterone acetate at a dose of 1 pill/day during 21 days per month, and Group C(n=10) received 2mg of estradiol valerate – 11 pills, 2mg of estradiol valerate + 1mg of cyproterone acetate 10 pills at a dose of 1pill/day during 21 days of the month. We considered the sexual frequencies of, desire, excitement and orgasm at the periods of 0, 6 and 12 months. The statistic methodology used absolute and relative frequencies for the descriptive analyzes of the variables, -“Chi Square” of homogeneity, Fisher’s exact test and the McNemar Test. The significance level was 5%. The obtained results led to the conclusion that the clinical manifestations of the syndrome did not interfere with self esteem. However, the physical self image was harmed thus producing a negative impact on sexual drive. Sexual initiation, forms of sexual expression, verbal communication with the partner and sexual satisfaction were not influenced by the syndrome. The masturbation frequency was higher among response.

Descriptors: 1.Polycystic ovary syndrome 2.Sexual behavior 3.Sexuality
4.Self concept 5. Body image 6.Women

1 INTRODUÇÃO

1.1 Síndrome dos ovários policísticos

Em 1935, STEIN e LEVENTHAL descreveram a síndrome, que levou seus nomes, caracterizada por amenorréia, hirsutismo, obesidade e ovários aumentados, alongados, nacarados e policísticos bilateralmente. A denominação foi, posteriormente, substituída por síndrome dos ovários policísticos (SOP) baseada em estudos morfológicos, bioquímicos e endocrinológicos.

Não há consenso em relação à correta nomenclatura desta síndrome (HOMBURG, 2002). Segundo LOBO (1995), a terminologia “ovários policísticos” é incorreta, pois descreve apenas uma das facetas de uma entidade ainda mais complexa.

A SOP tem sido caracterizada como uma alteração anatômica dos ovários à qual se associam perturbações do eixo neuro-endócrino-reprodutor, com secreção aumentada de androgênios, anovulação persistente e heterogêneo espectro de fatores etiológicos, de manifestações clínicas e de distúrbios endócrinos (GUZICK, 2004; FONSECA et al., 2005). Do ponto de vista histológico, esses ovários apresentam aumento do número de folículos primordiais e primários e numerosos cistos foliculares dispostos, periféricamente, um ao lado do outro, bem como espessamento da cortical externa ou cápsula, hiperplasia e luteinização das células da teca (FONSECA, 1972; WEBBER et al., 2003). Além disso, o volume do estroma ovariano acha-se aumentado (FOX, 1999). MACIEL et al. (2004), estudando a

dinâmica folicular na SOP, verificaram que o número total de folículos em crescimento foi significativamente maior nas pacientes com SOP quando comparadas com o grupo controle. Para os autores o maior número de folículos primários não pode ser explicado pelo aumento no recrutamento folicular e sim pelo desenvolvimento folicular mais lento, promovendo acúmulo de folículos primários.

Em 1990, na Conferência do Instituto Nacional da Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano sobre SOP, foi proposto que os critérios diagnósticos para essa desordem clínica deveriam ser o hiperandrogenismo e a anovulação crônica sem evidência de outras etiologias (ZAWADSKI e DUNAIF, 1992* apud GUZICK, 2004). Com o melhor entendimento da síndrome, observou-se que a expressão clínica da SOP pode ser mais ampla que a definida por esses critérios. Em 2003, novo consenso foi determinado pela Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva em conjunto com a Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia que concluiu ser a SOP caracterizada pelo registro de duas das seguintes características:

- oligo ou anovulação crônica;
- hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial;
- morfologia policística dos ovários;
- e exclusão de outras etiologias (hiperplasia adrenal congênita, tumores produtores de andrógenos, síndrome de Cushing).

* ZAWADSKI JK, DUNAIF A. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach. In: Dunaif A, Givens JR, Haseletine FP, Merriam GR, editors. Polycystic ovary syndrome. Boston (MA): Blackwell Scientific Publications; 1992. p. 377-84.

Estes critérios representaram importante progresso porque são mais flexíveis e permitem o diagnóstico em pacientes que eram, previamente, excluídas da síndrome (CARMINA, 2004).

O critério ultra-sonográfico, isto é, aumento do volume ovariano ($>10 \text{ cm}^3$) e do número de folículos (12 ou mais folículos de 2-9mm de diâmetro), é agora incluído na definição desta síndrome (BALEN et al., 2003). No entanto, a aparência policística é freqüente, mas nem sempre presente. Mulheres normais, com ciclos regulares e sem outras alterações endócrinas, podem ter ovários policísticos apenas como achado casual (CHEUNG e CHANG, 1990).

O ovário policístico é o distúrbio endócrino mais comum na idade reprodutiva ocorrendo em 4-7% destas mulheres (FRANKS, 1995 ; ASUNCION et al., 2000).

1.1.1 Apresentação clínica

Em geral, as mulheres com essa suspeita clínica apresentam alterações menstruais como espaniomenorréia, amenorréia ou oligomenorréia, graus variados de hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acne e alopecia androgenética) e bioquímico e, freqüentemente, infertilidade por anovulação (HALBE et al., 1997).

Na maioria dos casos, os distúrbios menstruais ocorrem desde ou logo após a menarca, podendo ter início na idade adulta, resultado de modificações ambientais como o ganho de peso (FRANKS, 2002).

As pacientes com SOP têm incidência 30% maior de obesidade que a população geral (YEN, 1999). Segundo DUNAIF (1997), a obesidade é característica comum,

mas não essencial, ocorrendo em 50-60% das mulheres com SOP; a distribuição de gordura tende a ser do tipo androgênica (maior concentração de tecido adiposo nas vísceras e no abdome).

Segundo LOBO e CARMINA (2000), o hirsutismo aparece em 70% dos casos e depende da atuação da diidrotestosterona (DHT) no receptor androgênico do folículo piloso. É forte marcador de excesso androgênico. O hirsutismo é definido como o crescimento de pêlos hiperpigmentados, espessados, denominados pêlos terminais, em folículos pilosos hormônio-dependentes (FERRIMAN e GALLWEY em 1961* apud SHELLEY e DUNAIF, 1990).

A *acanthosis nigricans* é uma alteração dermatológica caracterizada por pele de aspecto aveludado e hiperpigmentada, usualmente em região de dobras, pescoço, axilas, virilha e sulco infra-mamário. Histologicamente, consiste de hiperqueratose, papilomatose epidermóide e hiperpigmentação (GRASINGER et al., 1993). É fortemente sugestiva de resistência insulínica (BARBIERI e RYAN, 1983). Estima-se que a associação entre resistência à insulina e *acanthosis nigricans* ocorra em 1 a 3% de todas as mulheres portadoras de hiperandrogenismo (ESPERANZA e FENSKE, 1996).

A acne é o resultado da obstrução do folículo sebáceo, que causa o acúmulo de sebo, formando os comedões que, ao se inflamarem, originam pápulas, pústulas ou nódulos (MELO et al., 1992). Tem sido considerada marcador potencial do hiperandrogenismo, embora os estudos sejam conflitantes quanto à sua exata prevalência (SLAYDEN et al., 2001).

* FERRIMAN DG, GALLWEY JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1961; 21:1440-8.

A alopecia é um marcador pobre de hiperandrogenismo (FUTTERWEIT et al., 1988).

A virilização com aumento da massa muscular, alteração da voz e clitoromegalia é rara (BARACAT, 1994). Graus mais discretos de clitoromegalia podem ocorrer na SOP, sendo utilizado para sua verificação o índice clitoridiano, onde os diâmetros transversal e longitudinal são medidos após a retração do prepúcio; produto maior que 35mm^2 seria considerado anormal (TAGATZ et al., 1979).

1.1.2 Fisiopatologia

A SOP revela ter um componente familiar, ou seja, vários aspectos da síndrome podem ser herdados geneticamente. O entendimento atual da sua patogênese sugere ser a desordem multigênica (AZZIZ e KASHAR-MILLER, 2000; CARMINA, 2003).

O defeito fundamental que explica o desencadeamento de todas as alterações que se apresentam na SOP é desconhecido; no entanto, essas mulheres têm muitas características inter-relacionadas, incluindo resistência insulínica, hiperandrogenismo e dinâmica das gonadotrofinas alteradas (GUZICK, 2004).

Resistência à insulina pode ser definida como resposta biológica anormal a uma determinada concentração de insulina. O padrão ouro para a determinação de resistência insulínica é a técnica de clamp euglicêmico hiperinsulinêmico, em que se administra insulina intravenosa em dose pré-determinada enquanto a glicose é

infundida simultaneamente; mede-se a taxa de glicose necessária para manter os níveis de glicemia (DeFRONZO et al., 1979). Na prática, o diagnóstico de resistência à insulina é inferido pela medida da glicose e da insulina após uma noite de jejum: a relação glicose (mg/100ml) / insulina (mU/ml) abaixo de 4,5 seria indicativa de resistência à insulina (LEGRO et al., 1998).

Forte correlação entre resistência insulínica e hiperandrogenismo tem sido mostrada. Esta relação data de 1921 com a observação de ACHARD e THIERS* apud GUZICK (2004) que descreveram uma mulher barbada que também era diabética. Em 1983, BARBIERI e RYAN também observaram esta conexão na apresentação de três casos de hiperandrogenismo, resistência insulínica e *acanthosis nigricans*, descrita como “HAIR-AN” síndrome.

A associação de obesidade e resistência insulínica é bem conhecida, no entanto, insuficiente para explicar sua incidência na SOP. Tanto mulheres magras como obesas com SOP têm resistência insulínica (DUNAIF et al., 1989). A incidência da resistência à insulina em mulheres com SOP é de 30% (DEWAILLY et al., 1992).

Experimentos *in vitro* têm documentado que a insulina age sinergicamente com o LH para estimular a produção de andrógenos pelas células da teca (SMITH, 2005).

DUNAIF et al. (1989) reconheceram que a insulina pode também inibir a produção hepática da globulina ligadora dos hormônios sexuais (SHBG) e da proteína transportadora de fator de crescimento insulinóide do tipo I (IGFBP-1), que modulam a biodisponibilidade dos esteróides sexuais e dos fatores de crescimento, respectivamente, nas células-alvo.

* Achard C, Thiers J. Le Virilisme Pilaire et son association à l'insuffisance glylotyque (diabetes des femmes à barbe). *Ball Acad Nat Méd.* 1921;86:51-64.

A SHBG é uma proteína hepática circulante que se liga principalmente à DHT, à testosterona e ao estradiol. Os níveis de SHBG constituem determinantes importantes da ação hormonal pelo fato de somente a fração de esteróide plasmática livre ser biologicamente ativa (PUGEAT e DUCLUZEAU, 1999).

Em condições normais, os ovários produzem 50% da androstenediona plasmática, 5-20% da testosterona, 1-10% da deidroepiandrosterona e 0-5% de sulfato de deidroepiandrosterona. Já a supra-renal secreta 50% de androstenediona, 0-30% da testosterona, 90% da deidroepiandrosterona e 95% do sulfato de deidroepiandrosterona. Cerca dos 50% restante de testosterona é produzida por conversão periférica de androstenediona no fígado, pele e pulmões (BURGER, 2002).

Os androgênios no organismo feminino atuam como hormônios intermediários no metabolismo esteróide, principalmente, nos ovários e supra-renais; estimulam o metabolismo protéico, a libido e o crescimento de pêlos sexuais (FONSECA e BAGNOLI, 1996).

Em condições anormais, ocorre produção aumentada de um ou mais destes hormônios, que sofrerão metabolização nos tecidos periféricos para DHT, androgênio mais potente, sob ação da 5- α -redutase. Na SOP, há aumento da produção de androgênios que leva ao bloqueio da maturação folicular e formação de cistos foliculares (FONSECA et al., 2005).

A exposição do organismo feminino a valores elevados de androgênios determinará nos receptores androgênicos reações que se manifestarão por desfeminização e virilização (FONSECA e BAGNOLI, 1996).

A maioria das pacientes com SOP tem hiperandrogenemia e as concentrações de testosterona e de androstenediona estão, com freqüência, elevadas (FRANKS, 1995).

Há várias hipóteses que colocam a hiperandrogenemia como o centro da fisiopatologia e da expressão clínica da SOP, como, por exemplo, aumento da aromatização periférica da androstenediona para estrona, estimulando produção excessiva de hormônio luteinizante (LH), o que levaria ao aumento na produção de androgênios ovarianos (EHRMANN, 2005). É sugerido também, que a SOP seja uma forma de hiperandrogenismo ovariano funcional por disfunção do complexo enzimático citocromo P-450 17-hidroxilase, ocasionada por estimulação excessiva exercida pelo LH e/ou hiperinsulinemia (NESTLER, 1997).

A SOP é, em parte, atribuída à anormalidade neuroendócrina que resulta em aceleração da freqüência de pulso do GnRH hipotalâmico. O aumento dos androgênios é associado com aumento da amplitude do pulso de GnRH ou alta freqüência de pulso do LH ou baixa do FSH (PATEL et al., 2004).

Como a produção androgênica pelas células da teca é dependente do LH, este é o responsável pelo hiperandrogenismo na SOP. Contudo, provavelmente, o papel do LH no hiperandrogenismo ovariano é mais permissivo que etiológico (GUZICK, 2004).

Os níveis séricos de hormônio folículo estimulante (FSH) podem estar normais ou baixos em mulheres com SOP, gerando elevação da relação LH/FSH, quando comparada às mulheres com ciclos menstruais regulares (TAYLOR, 1998). Por algum tempo, acreditou-se que o aumento na relação LH/FSH fosse achado característico da síndrome, mas, posteriormente, comprovou-se que, em grande parte das pacientes isso não ocorre (FRANKS, 1995).

1.1.3 Fatores de risco associados à SOP

Tem sido observado que mulheres com anovulação crônica e hiperandrogenismo têm aumento na prevalência de diabetes e nos fatores de risco para doença cardiovascular. Especificamente, muitas mulheres com SOP são similares àquelas com síndrome metabólica – diabetes mellitus tipo 2, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, aterosclerose (LEGRO, 2002). Além disso, a anovulação crônica da SOP implica em não oposição ao estrogênio e aumento no risco de câncer endometrial (HARDIMAN et al., 2003).

Esses fatores de risco associados com a SOP podem ter impacto negativo sobre o bem estar psicossocial. De fato, o diagnóstico de SOP tem sido associado com sentimentos de frustração e ansiedade (SILLS et al., 2001) e tem levado a perspectiva clínica diferente no manejo destas pacientes: não só reconhecer a importância do tratamento clássico direcionado à irregularidade menstrual, hirsutismo e infertilidade, mas também enfatizar metas para prevenção de diabetes, doença coronariana e câncer (GUZICK, 2004).

Mulheres com SOP têm intolerância à glicose e aumento da prevalência de diabetes (DUNAIF, 1997). Prevalência de intolerância à glicose em pacientes obesas com SOP é de 30% e a taxa de diabetes nestas mulheres é de 8-10%. Em pacientes com SOP não obesas ou apenas com sobrepeso, essas taxas caem para 10% e 2% respectivamente (LEGRO, 2002; EHRMANN et al., 1999).

Embora controversas, evidências indicam aumento do risco cardiovascular em mulheres com SOP, incluindo hipertensão arterial e dislipidemia (TALBOTT et al., 2001). Além disso, mulheres com SOP apresentam marcadores para aterosclerose precoce como: o inibidor de ativação do plasminogênio – PAI-1 (LEGRO et al., 2001), endotelina-1 (DIAMANTI-KANDARAKIS et al., 2001) e proteína C reativa (KELLY et al., 2001). LAKHANI et al. (2005) demonstraram que mulheres com SOP apresentam disfunção endotelial microvascular indicado pela inibição da resposta vasodilatadora da acetilcolina. Entretanto, WILD et al. (2000), em amplo estudo retrospectivo, não encontraram diferença na mortalidade por evento cardiovascular em pacientes com SOP e estudos prospectivos com amostra e seguimento adequados não têm sido realizados (LEGRO, 2003).

1.1.4 Tratamento

Programas de modificação do estilo de vida, envolvendo restrição calórica com perda de 2-5% de peso resultam em declínio dos níveis de testosterona livre (21%) e regularização do ciclo menstrual em 50% das pacientes (HUBER-BUCHHOLTZ et al., 1999). Exercícios físicos e medidas dietéticas também melhoram a sensibilidade à insulina (HOLTE et al., 1995). PASQUALI et al. (1997) observaram que perda de 5-10% do peso corporal melhora drasticamente o processo ovulatório e aumenta as taxas de gestação. Portanto, a perda de peso pode ser recomendada como medida inicial no tratamento de portadoras de SOP, principalmente, quando existe desejo reprodutivo.

Apoio emocional e tratamento cosmético devem ser oferecidos como medidas gerais. Em relação à pele, pode-se tratar a acne, localmente, com soluções e sabonetes que diminuem a oleosidade, antibióticos tópicos ou por via sistêmica e orientação dietética com diminuição da ingestão de gorduras e aumento de ingestão de água (FONSECA et al., 2005).

Os pêlos podem ser descoloridos, depilados temporariamente através de ceras que os remove com sua porção intradérmica, ou depilados de forma definitiva por eletrólise e vaporização com laser que destroem o folículo piloso (FONSECA et al., 2005).

A terapêutica convencional da SOP enfoca o tratamento de sintomas: distúrbios menstruais, infertilidade, hirsutismo, obesidade, distúrbios metabólicos. Avaliação do risco individual de cada paciente e individualização da estratégia terapêutica é manejo adequado (BALEN e MICHELMORE, 2002).

Progestógenos diminuem a produção de androgênios pelos ovários por diminuir a secreção de LH, competem pela 5 α -redutase e ocupam o receptor dos androgênios. Pode ser utilizado o acetato de medroxiprogesterona na dose de 5mg/dia do 15^o ao 24^o dia do ciclo (FONSECA et al., 2005). A administração de progestógenos cíclicos, assim como de anticoncepcional hormonal oral (ACHO), promove regularização do ciclo menstrual e proteção contra carcinoma endometrial (SMITH, 2005).

Por muitas décadas, os contraceptivos hormonais orais têm sido considerados terapia padrão para mulheres com SOP que não desejam gestação. Contudo, a observação de que o uso prolongado de ACHO pode estar associado com aumento do risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular em mulheres saudáveis tem elevado

o interesse em conhecer as implicações em mulheres com SOP que já têm risco aumentado (DIAMANTI-KANDARAKIS et al., 2003).

De acordo com VRBÍKOVA e CIBULA (2005), os contraceptivos orais têm atuação positiva porque: 1- regularizam o ciclo menstrual, 2- reduzem o risco de hiperplasia endometrial ou câncer por causa do efeito opositor do estrogênio pelo progestógeno, 3- reduzem a secreção de LH e conseqüente dos androgênios nos ovários, 4- aumentam a produção de SHBG e conseqüente reduzem a testosterona livre, e 5- melhoram a acne e o hirsutismo.

Atualmente, estão sendo empregadas em pacientes com SOP drogas que aumentam a sensibilidade à insulina como a metformina, uma biguanida que também diminui a produção hepática de glicose e tem sido utilizada nas doses de 1500 a 2250 mg/dia (EHRMANN, 2005).

MORIN-PAPUNEN et al. (2000) mostraram que os contraceptivos orais regularizam mais freqüentemente o ciclo menstrual que a metformina. Além disso, os contraceptivos orais foram associados à redução do hirsutismo após 6 meses de tratamento, enquanto nenhum efeito foi observado com metformina.

A espironolactona na dose de 50 a 200mg/dia continuamente é também boa opção se o hirsutismo está presente. Espironolactona é um esteróide sintético, antagonista da aldosterona cujo maior efeito é o de competir com os androgênios por seu receptor e por inibição de sistemas enzimáticos, principalmente da 5-alfa-redutase. Entre seus principais colaterais, destacam-se a poliúria, polidipsia, hiperpotassemia, redução transitória da libido e, em algumas mulheres, irregularidades menstruais (FONSECA et al., 2005)

Acetato de ciproterona é um progestógeno derivado da 17OH-progesterona com potente ação antiandrogênica. Esta substância se liga ao receptor androgênico, inibindo a ação dos androgênios e inibe a liberação de LH, interferindo no eixo hipotálamo-hipófise-ovários. É utilizado na dose de 50mg/dia, 10 dias/mês a partir do 5^o dia da menstruação. É também bastante utilizado associado ao etinilestradiol - ACHO 35mcg de etinilestradiol com 2mg de acetato de ciproterona por 21 dias. Durante o tratamento com acetato de ciproterona, impede-se o crescimento de novos pêlos, a taxa de crescimento dos já existentes diminui, além de haver diminuição de sua espessura (FONSECA et al., 2005) e também melhora da acne (CARDIM et al., 1996).

Drosperinona é um composto com propriedades similares à progesterona natural, incluindo atividade antiandrogênica e antimineralocorticoide. Tem sido associada ao etinilestradiol em contraceptivos de 4^a geração com melhora clínica do hiperandrogenismo em mulheres com SOP (GUIDO et al., 2004). GASPARD et al. (2003) mostraram que não houve efeito deletério na tolerância à glicose com o uso de contraceptivos contendo drosperinona.

Flutamida é considerada o único anti-androgênio puro, age bloqueando o receptor androgênico e é efetiva no tratamento do hirsutismo e da acne. Durante sua utilização, deve-se fazer controle rigoroso da função hepática, pois pode levar a efeitos hepatotóxicos (EHRMANN, 2005).

Finasterida é um 4-azaesteróide que age na 5 α -redutase, bloqueando a transformação da testosterona em DHT. ARIE et al. (2004), usando finasterida em pacientes com SOP, observaram que não houve diminuição do volume e do número

de cistos nos ovários, mostrando que, nos ovários, o androgênio atuante é a testosterona.

MOGHETTI et al. (2000), comparando a utilização da espironolactona, flutamida e finasterida no tratamento do hirsutismo, observaram que a eficácia foi similar.

Na infertilidade, deve ser feita indução da ovulação. Citrato de clomifeno é excelente estratégia. A maioria das mulheres com SOP ovulam em resposta ao citrato de clomifeno com doses de 50-100mg/dia por 5 dias. Algumas mulheres com SOP, resistentes ao citrato de clomifeno, podem ser induzidas com gonadotrofinas (GUZICK, 2004).

O tratamento cirúrgico foi proposto inicialmente por STEIN e LEVENTHAL (1935) logo após a descrição da síndrome. A ressecção em cunha dos ovários por laparotomia foi amplamente empregada com excelentes resultados com relação à diminuição dos níveis de androgênios e retorno da ovulação (HALBE et al., 1972). A regularização dos ciclos menstruais ocorre em mais de 90% das pacientes e taxas de gravidez são alcançadas, entre 50 e 85% . No entanto, apesar de eficaz, o procedimento não era isento de riscos e/ou seqüelas, contribuindo para diminuição de sua indicação, tornando-se hoje medida de exceção (ADASHI et al., 1981).

Com o aparecimento das técnicas de microcirurgia laparoscópica, tem ressurgido o procedimento cirúrgico como opção terapêutica. A eletrocauterização laparoscópica ovariana para tratamento de mulheres inférteis com SOP resulta em mudanças endócrinas e ovulação (IZZU, 2003).

1.2 Sexualidade

A sexualidade vem sendo considerada tema importante na qualidade de vida. Nesse sentido, aspectos relacionados à saúde sexual, assim como a identificação de fatores que influenciam positiva ou negativamente a satisfação sexual de mulheres passam a ser cada vez mais estudados.

A sexualidade é complexa, dinâmica, expressa em todas as dimensões da vida e construída individual e socialmente; não faz referência somente ao ato sexual, mas ao conjunto de fantasias e idéias que cada um constrói sobre aquilo que supõe prazer. A vivência da sexualidade foi sempre rodeada por tabus e mitos e a experiência sexual tem significados diferentes para cada mulher a depender de como ela se relaciona com seu corpo, desejos, fantasias e medos. O que é considerado erótico ou sexual é incorporado de acordo com a cultura (VILELA e ARILHA, 2003). HENDERSON et al. (1992) definiram ‘cultura’ como o conjunto de valores, crenças, costumes e símbolos que são compartilhados por um grupo de pessoas e que dão significado à existência dos membros deste grupo.

1.2.1 Comportamento sexual

Comportamento sexual, usualmente, refere-se aos tipos de atividades sexuais nas quais uma pessoa se engaja. Inclui imensa variedade de atividades como beijar e

acariciar, penetração vaginal, sexo oral, sexo anal, fantasias, masturbação e outras manifestações (BERNHARD, 2002).

1.2.2 Ciclo da resposta sexual

O ciclo da resposta sexual foi descrito inicialmente por MASTERS e JOHNSON * (1966) apud KAPLAN (1999) como uma seqüência definida de determinadas fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Este modelo, com atenção voltada principalmente à fisiologia, é comum para homens e mulheres. Nele, estímulo sexual interno ou externo provoca a excitação fisiológica representada por vasocongestão que aumenta a tensão sexual, levando à fase de platô da excitação sexual. Continuando a estimulação, ocorre o orgasmo, seguido pela fase de resolução em que os níveis sanguíneos voltam ao normal. O período de resolução na mulher é mais flexível e curto e a continuidade na estimulação pode provocar outro orgasmo. Este modelo foi posteriormente complementado por KAPLAN* (1979) apud KAPLAN (1999) que mostrou a importância do desejo como motivação para iniciar o ato sexual. Modelo alternativo de resposta sexual foi então elaborado, composto por três fases: desejo, excitação e orgasmo.

* MASTERS WH, JOHNSON VE. Human Sexual Response. Boston, Mass : Little Brown & Co Inc; 1966.

* KAPLAN HS. Disorders of Sexual Desire. New York, NY: Brunner/Mazel Inc; 1979.

Considerando-se a natureza mista da resposta sexual, este modelo ainda apresenta algumas imprecisões, pois não considera os aspectos subjetivos e as experiências anteriores (LEIBLUM, 2000).

BASSON (2000) propôs que aspectos psicológicos da receptividade da mulher à estimulação sexual sejam combinados a aspectos fisiológicos do modelo tradicional de resposta sexual. Ela observa que muitas mulheres iniciam a experiência sexual em estado de neutralidade sexual, isto é, sem motivação suficiente que busca, neste caso, na intimidade emocional. Assim, fatores interpessoais não sexuais tornam-se determinantes da resposta da mulher para o ato sexual, que seguirá o ciclo tradicional, seguidos então da satisfação emocional e física. Este modelo tem motivado importantes modificações nas definições e nos critérios diagnósticos das disfunções sexuais femininas.

1.2.3 Satisfação sexual

Satisfação é a qualidade ou estado de satisfeito; sensação agradável sentida quando as coisas acontecem conforme desejado (MICHAELIS, 2000).

A satisfação sexual é uma avaliação global, não ligada a comportamentos ou avaliações de aspectos específicos, mas sim ao relacionamento como um todo. É uma avaliação cognitiva positiva e individual (WACHELKE et al., 2004).

HERNANDEZ e OLIVEIRA (2003) identificaram a intimidade comunicativa – sentimento de ser compreendido pelo companheiro, sendo capaz de efetivamente se comunicar com ele e confiar nele – como principal indicador da satisfação; seguida

pela excitação física. Ainda quanto à intimidade comunicativa, FEENEY et al. (1997) encontraram resultados que indicaram que, à proporção que sua medida aumenta para as mulheres, diminuição de satisfação ocorre para os homens. Esse resultado sugere possíveis dificuldades por parte dos homens em perceber a comunicação como algo positivo na relação, costumando vislumbrá-la como indicativo de problemas e enfraquecedor de relações.

1.2.4 Fatores sociais e sexualidade

A sexualidade é influenciada por diversos fatores. A influência primária é a família, responsável por parte significativa da compreensão geral da sexualidade, como também pelos valores, convicções e expectativas em relação às diversas formas de expressão da sexualidade. Outra influência é a religião uma vez que convicções sobre sexualidade são passadas pelas próprias instituições religiosas. A mídia é uma influência importante na sexualidade das mulheres, não apenas apresentando padrões de beleza, mas também criando expectativas para sexo e sexualidade. Eventos diários, trabalho e relações sociais podem interferir na expressão da sexualidade. Por fim, influência significativa na sexualidade das mulheres é a experiência pessoal delas. Violência contra mulheres de todas as idades é altamente prevalente na sociedade. Incesto, estupro, crimes ou violência íntima (mental, física e/ou sexual) podem ter efeitos permanentes na sexualidade das mulheres (BERNHARD, 2002).

1.2.5 Neurobiologia da função sexual

O ato sexual é uma atividade sensorial na qual predominam as sensações auditivas, olfativas, visuais e táteis à estimulação das zonas erógenas através de carícias, toques, beijos, abraços, produzindo estimulação dos receptores sensitivos somatoestésicos. Órgãos sensoriais transmitem informações básicas que se misturam com o emocional e as mensagens afetivas contribuem para a estruturação da identidade sexual e da auto-estima para percepção pessoal de ser objeto de desejo (GRAZIOTIN, 2000).

Tais influxos eferentes vão ao centro reflexo espinhal, entram no córtex cerebral frontal por meio do sistema límbico e do tronco cerebral e modulam a resposta sexual, induzindo uma série de mudanças orgânicas que têm por objetivo preparar os órgãos para o coito (ABDO, 2000).

Modificações genitais são observadas: na genitália externa, ocorre achatamento dos grandes lábios que se entreabrem; os pequenos lábios aumentam de tamanho e mudam de coloração, passam a vermelho vivo nas nulíparas e vinho nas múltiparas; a vagina se alonga por expansão dos dois terços superiores, sua mucosa torna-se vermelho-escura e suas paredes transudam, a congestão do terço externo dá origem à plataforma orgástica que fica em contato direto com o pênis e reduz a luz vaginal em, pelo menos, um terço; tumescência do clitóris é evidenciada na maioria das mulheres devido à vasocongestão, com posterior retração devida a contração dos músculos isquiocavernosos que tracionam o corpo clitorideano para trás, ocultando a glândula sob a proteção do prepúcio; o útero também sofre o efeito vasocongestivo,

aumenta de tamanho e os ligamentos uterinos tornam-se túrgidos com o aumento das tensões sexuais (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 1997).

Estudos acerca dos mecanismos centrais e periféricos envolvidos no funcionamento sexual feminino têm sido publicados. Nas últimas décadas, houve aumento da atenção para a pesquisa da influência hormonal, dos neurotransmissores e do sistema nervoso central na resposta sexual.

A variada influência dos hormônios sexuais nas mulheres foi bem sintetizada por MONEY *(1961) apud KAPLAN (1999): o estrogênio torna as mulheres atrativas aos homens enquanto a testosterona as torna responsivas a eles.

O importante papel dos esteróides sexuais na modulação da função sexual em mulheres tem sido reconhecido. Receptores para estes hormônios (androgênios, estrogênios e progesterona) são encontrados no cérebro e também em tecidos genitais, sugerindo que são importantes no funcionamento sexual tanto central (desejo, excitação) quanto periférico (GOLDSTEIN et al., 2004).

O estrogênio age em múltiplos órgãos e tecidos, é importante na manutenção das características sexuais secundárias, no trofismo e funcionamento da genitália feminina. A espessura da parede, o grau de rugosidade e a lubrificação vaginal são características estrogênio-dependentes (SARREL, 1990). No sistema nervoso, são responsáveis pela manutenção do trofismo dos órgãos sensoriais, estruturas que contêm receptores para os estímulos sexuais externos e funcionam como “janelas” para o estímulo sexual oriundo do ambiente. Agem na excitação sexual, possibilitando a tradução da libido em lubrificação vaginal. Favorecem a ação dos

* MONEY J. Components of eroticism in man: hormones in relation to sexual morphology and sexual desire. *J of Nervous and Mental Diseases*. 1961; 132.

neurotransmissores que participam das mudanças endoteliais e vasculares que ocorrem nessa fase (GRAZIOTTIN, 2000).

Os androgênios parecem ser os hormônios mais importantes na sexualidade da mulher, sendo descrito também aumento da susceptibilidade ao estímulo psicosssexual que contribui para “estado mental sexualmente ativado”, típico da boa libido, além da facilitação da via do óxido nítrico, que leva à congestão clitoridiana e aumento da intensidade da gratificação sexual (GRAZIOTTIN, 2000).

A relação entre os androgênios e a libido é comprovada em estudos que avaliam a manifestação do auto-erotismo e correlacionam os níveis de testosterona à frequência masturbatória ou à resposta vaginal a estímulos eróticos em laboratório (LEVIN, 1994).

PERSKY et al. (1978) relataram que o nível de testosterona no meio do ciclo influencia a frequência coital. BANCROFT et al. (1983), no entanto, encontraram correlação positiva entre o nível de testosterona no meio do ciclo e a frequência de masturbação em mulheres que se masturbavam, mas não encontraram com a frequência sexual.

O papel fisiológico e bioquímico dos androgênios nos tecidos genitais femininos durante a fase de excitação permanece controverso. TRAISH et al. (2002) demonstraram que os tecidos vaginais expressam receptores androgênicos e que os androgênios atuam na manutenção da estrutura e do funcionamento do músculo liso não vascular da vagina e modulam o tônus do tecido erétil clitoridiano. DAVIS e TRAN (2001) também sugerem que o tratamento androgênico desempenha importante papel na fase de excitação sexual feminina.

Poucas pesquisas têm examinado os efeitos da progesterona na sexualidade (MESTON e FROHLICH, 2000). Contraceptivos orais que aumentam os níveis de progesterona durante todo o ciclo têm sido associados com decréscimo do interesse sexual e do desejo (WARNER e BANCROFT, 1988).

A prolactina é secretada em pulsos e seu pico máximo ocorre durante o sono. Em níveis elevados, está associada à diminuição ou perda da libido em homens e mulheres, mesmo que os níveis de testosterona estejam normais. A ação da prolactina é a antagonização da dopamina, neurotransmissor que atua no aumento da libido (BANCROFT et al.,1984).

Ferormônios são substâncias químicas aromáticas que despertam o desejo sexual. Acreditava-se que os ferormônios não tinham participação na sexualidade humana, até o encontro de pequenos receptores nas narinas humanas que respondem ativamente a substâncias químicas produzidas pela pele humana. Estes ditos ferormônios são inalados e têm efeito traquilizante e euforizante sutil no humor do indivíduo o que sugere papel nos vínculos humanos. Descreve-se que o ferormônio contribui para o “aroma de mulher”, típico da idade fértil, e tem papel na atração sexual, aumentando a libido e a excitação sexual (ARIMONDI et al.,1993).

Os receptores gustativos também são responsáveis pela percepção dos ferormônios. O paladar tem importante influência no desejo sexual, especialmente, em mulheres. O aumento da secreção salivar durante as fases de desejo e excitação sexual e o prazer obtido com o gosto da pele e dos beijos do parceiro, constituem importantes fatores determinantes da qualidade do contato sexual (STEWART et al., 1997).

A pele constitui excelente canal de comunicação de estímulos emocionais e sexuais internos. Para que o toque seja sexualmente comunicativo, é necessária combinação de pele geneticamente bem determinada, boa impregnação endócrina, produção normal de ferormônios e atividade neurosensorial que possibilite a recepção adequada de estímulos cutâneos (TALMADGE e TALMADGE, 1986). É o estrogênio que sensibiliza receptores nos corpúsculos de Pacini, estimulando a sensibilidade ao toque (MOREIRA, 2000).

O tato, juntamente com o paladar e o olfato, são considerados os sentidos mais importantes da libido feminina (GRAZIOTTIN, 2000).

A audição também é um sentido de atração sexual para as mulheres. A vibração da voz, o “tom do sentimento”, mais do que o conteúdo amoroso ou sexual da mensagem, mostra forte impacto positivo na libido feminina. A visão é o sentido mais potente no homem do ponto de vista sexual, mas bem menos importante na mulher. A ação estrogênica nas estruturas oftálmicas já está bem comprovada, mas não existem investigações acerca do papel dessas variações na modulação da libido da mulher (GRAZIOTTIN, 2000).

A ocitocina é produzida, primariamente, nos núcleos paraventriculares sob a forma de moléculas precursoras e secretada pela hipófise (CARMICHAEL et al., 1994). Sabe-se que a ocitocina é essencial para a ejeção de leite durante a amamentação e também para deflagrar o comportamento maternal e o vínculo mãe-bebê (PEDERSEN et al., 1992). A ocitocina é secretada por ambos os parceiros durante o ato sexual e foi postulado que tem papel na ereção humana, bem como no desejo (DAVIDSON e ROSEN, 1992). Esta liberação simultânea parece estar relacionada com comportamento associativo e não agressivo que, por sua vez,

favorece a formação de pares sexuais monogâmicos (FAKELMAN, 1993). Observa-se nas mulheres, quando se masturbam, aumento do nível de ocitocina no plasma. Há também indícios de que existe correlação entre ocitocina e intensidade orgástica (MESTON e FROHLICH, 2000).

HOYLE et al. (1996) mostraram que os neuropeptídeos estão bem representados no trato reprodutivo feminino humano. O polipeptídeo intestinal vasoativo (VIP) tem sido implicado na vasodilatação e transudação, ou lubrificação vaginal que ocorrem durante a excitação sexual. Os neurônios que contêm o VIP são abundantes na vagina, onde eles inervam os vasos sanguíneos e o músculo liso da parede vaginal, além de formar um plexo abaixo da camada epitelial. Nas mulheres, a infusão de VIP causa aumento na taxa de transudação vaginal e acredita-se que ele medeia o aumento de fluxo sanguíneo na vagina durante a excitação sexual (HOYLE et al., 1996).

O neuropeptídeo Y (NPY) também é abundante nos neurônios do trato genital feminino e está contido em nervos que inervam os vasos sanguíneos, assim como em nervos que formam o plexo subepitelial. Tanto o VIP quanto o NPY estão bem estabelecidos como neurotransmissores vasomotores, envolvidos no controle neural do fluxo sanguíneo, sendo que o NPY causa vasoconstrição e o VIP, vasodilatação (HOYLE et al., 1996).

O óxido nítrico é liberado pelas células endoteliais e também pelos nervos que inervam a artéria uterina mediando a vasodilatação (MORRIS, 1993). A estimulação sexual leva à produção de óxido nítrico que estimula a liberação da enzima guanilato-ciclase que converte o guanilato trifosfato em guanilato monofosfato

cíclico (GMPc). O GMPc produz relaxamento do músculo liso da vagina e do clitóris (MESTON e FROLICH, 2000).

O papel do tônus da musculatura lisa vaginal e clitoridiana é na regulação da hemodinâmica tissular, permitindo aumento do fluxo sanguíneo que resulta no aumento da vasocongestão e do ingurgitamento vaginal e clitoridiano. O tônus da musculatura lisa, portanto, parece funcionar como fator regulador de mudanças na hemodinâmica e excitação genital (MIN et al.,2001).

Outros neurotransmissores têm sido pesquisados. Estudos em animais têm sugerido que a serotonina pode facilitar, inibir, ou não ter efeito no comportamento sexual dependendo de qual subtipo do receptor está envolvido. Pesquisas dos efeitos de antidepressivos na função sexual humana têm sugerido que ativação do receptor da serotonina piora todos os estágios da resposta sexual. Em mulheres, a queixa mais freqüente é diminuição da libido e também retardo para obtenção do orgasmo e até anorgasmia (MESTON e FROLICH, 2000).

Limitadas pesquisas em mulheres sugerem papel facilitador da dopamina no desejo e orgasmo sexual. Atividade adrenérgica (epinefrina) inibe a resposta erétil em homens. Em mulheres, ao contrário, atividade adrenérgica facilita a vasocongestão e supressão da atividade adrenérgica pode piorar a resposta excitatória e orgásmica. O papel da acetilcolina na vasocongestão feminina é desconhecido (MESTON e FROLICH, 2000).

1.2.6 Disfunções sexuais femininas

As disfunções sexuais constituem a categoria de maior prevalência entre os transtornos da sexualidade, atingindo 20% a 50% das mulheres (BASSON et al., 2000). LAUMANN et al. (1999) observaram que as disfunções sexuais são mais prevalentes em mulheres e estão associadas a experiências sexuais negativas. ABDO (2004), estudando a vida sexual do brasileiro, encontrou que dentre 2837 mulheres entrevistadas, 28,5% referiram apresentar “alguma” dificuldade sexual.

A classificação das disfunções sexuais varia de acordo com os diferentes sistemas de diagnósticos. A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, em sua décima edição (CID-10), define a disfunção sexual como os vários modos em que o indivíduo é incapaz de participar da relação sexual como gostaria (OMS, 1993). As categorias de disfunções sexuais femininas relacionadas são: falta ou perda de desejo sexual (F52.0); desordem de aversão sexual (F52.1); falha na resposta genital (F52.2); disfunção orgástica (F52.3); vaginismo sem causa orgânica (F52.5); dispareunia sem causa orgânica (F52.6) e interesse sexual excessivo (F52.7).

O Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria, na quarta edição (DSM-IV-TR), caracteriza disfunções sexuais por perturbação no desejo sexual e alterações fisiopsicológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal. As disfunções sexuais incluem transtornos do desejo sexual (desejo sexual hipoativo -302.71 ou aversão sexual 302.79); transtorno da excitação sexual feminina (302.72); transtorno

do orgasmo feminino (302.73); transtornos sexuais dolorosos (dispareunia -302.76 ou vaginismo- 306.51).

Subtipos são oferecidos para indicar o início, o contexto e os fatores etiológicos associados às disfunções sexuais: (A) tipo que mostra problema ao longo da vida ou adquirido; (B) tipo generalizado ou situacional; (C) devido a fatores psicológicos – quando fatores psicológicos supostamente desempenham papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e quando condições médicas gerais ou uso de substâncias não exercem qualquer papel. Ou devido a fatores combinados – quando fatores psicológicos, supostamente, desempenham papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual e condições médicas gerais ou uso de substâncias também contribuem, supostamente, mas não bastam para explicar a disfunção sexual. Se uma condição médica geral ou uso de substância (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente para explicar a disfunção sexual, pode-se diagnosticar disfunção sexual devido a uma condição médica geral e/ou disfunção sexual induzida por substância.

1.3 SOP e sexualidade

As pacientes com SOP apresentam alterações biopsicossocial que podem comprometer a função sexual. Muitos aspectos dessa desordem podem causar estresse emocional (EGGERS e KIRCHENGAST, 2001). Mudanças na aparência, irregularidade ou ausência menstrual, dificuldade em conceber e, possivelmente, perturbação no comportamento e atitudes sexuais podem resultar em sofrimento

psicológico e também influenciar a identidade feminina de pacientes com SOP (KITZINGER e WILLMOTT, 2002).

ELSENBRUCH et al. (2003), estudando qualidade de vida, bem estar psicossocial e satisfação sexual em mulheres com SOP não encontraram diferença na frequência sexual e nas fantasias destas pacientes quando comparadas com o grupo controle. Contudo, mulheres com SOP apresentaram-se significativamente menos satisfeitas com sua vida sexual e sentiam-se menos atraentes sexualmente.

TRENT et al. (2003), trabalhando com pacientes adolescentes com SOP, identificaram que a média etária da iniciação sexual não foi significativamente diferente entre estas e as saudáveis, mas que as adolescentes com SOP eram mais preocupadas com sua fertilidade e isto pode afetar sua qualidade de vida geral.

A importância dos androgênios para a libido masculina e feminina é evidente (SHERWIN, 1988), no entanto, a sexualidade envolve processo complexo com determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais. Comprometimento em qualquer uma destas dimensões pode interferir na sexualidade, causando impacto na qualidade de vida (BASSON et al., 2000).

Na SOP, além destes fatores relacionados à sexualidade, deve-se levar em conta que o tratamento clínico é feito com drogas medicamentosas que diminuem a síntese de androgênios ou que diminuem seus efeitos, as quais podem comprometer o impulso sexual (KAPLAN, 1999; SANTOS, 1996). Estudos clínicos têm demonstrado que mulheres com deficiência de androgênios apresentam o desejo sexual e fantasia ausentes, ou, acentuadamente diminuídos; orgasmo ausente ou acentuadamente diminuído; perda da sensibilidade erótica no clitóris e mamilos (KAPLAN, 1999; SHERWIN, 1988).

1.4 Auto-imagem corporal e auto-estima

O termo ‘imagem corporal’ foi originalmente definido por Paul Schilder, em 1920, como a imagem formada na mente do próprio corpo (GLEESON e FRITH, 2006).

O conceito de ‘imagem corporal’ envolve três componentes: a precisão da percepção do corpo, o grau de ansiedade associada à aparência e o comportamento de evitar a exposição corporal (THOMPSON, 1990).

Imagem corporal é, geralmente, descrita de forma complexa, multidimensional e como experiência humana - consciente e inconsciente - informada por fatores históricos, culturais, sociais, biológicos e individuais (TALEPORAS e McCABE, 2002).

Para a psicologia, o modelo de construção da imagem corporal é o produto internalizado da comparação entre a percepção feita do próprio corpo e do corpo das outras pessoas. Este processo é ativo, criado continuamente e com localização temporal e cultural. Assumindo que a imagem corporal é uma representação mental individual e interna da aparência do corpo, existe interesse em conhecer como as pessoas usam sua imagem corporal na construção de comportamentos e no contexto social em que estão inseridas (GLEESON e FRITH, 2006).

A imagem corporal é importante faceta da sexualidade (BERNHARD, 2002). Insatisfação com o corpo tem sido freqüentemente explorada com relação a distúrbios alimentares (CONNOR et al., 2002).

É reconhecida a importância social e cultural do desenvolvimento da imagem corporal. Particular atenção tem sido dada ao papel da mídia na comunicação destes padrões culturais assim como do maior ou menor valor, socialmente, referenciado como corpo ideal para comparação (NEUMARK-SZTAINER et al., 2003).

CONTI (2002), estudando imagem corporal de 147 adolescentes de uma escola particular, através da utilização de IMC para avaliação do estado nutricional e aplicação de escala adaptada de satisfação corporal, concluiu que o estado nutricional interfere na satisfação e imagem corporal e que os possíveis motivos geradores de insatisfação corporal na adolescência, em saúde pública, definem-se pela pressão da mídia, influências sociais e influências negativas parentais e de amigos.

Estudos têm demonstrado que pessoas com imagem corporal positiva são melhor ajustadas psicologicamente que aquelas com imagem corporal negativa (THOMPSON, 1990; NOLES et al., 1985). HARRIS (1994) encontrou resultados consistentes de que imagem corporal negativa é associada a dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos íntimos.

Mulheres são mais preocupadas com sua aparência (CASH e HENRY, 1995) e imagem corporal negativa é problema maior para elas que para os homens (PLINER et al., 1990).

NEZLEK (1999), estudando a interação social com a imagem corporal, encontrou relação positiva entre a percepção de atratividade do corpo e intimidade satisfatória, satisfação e responsividade a situações sociais.

PAIXÃO et al. (2005a,b) encontraram que as manifestações clínicas de mulheres com SOP causaram auto-imagem corporal negativa a qual interfere,

desfavoravelmente, na intimidade com o parceiro, apesar de manter vida sexual satisfatória.

A auto-estima, por sua vez, é a avaliação subjetiva que a pessoa faz de si mesma, está sempre de acordo com os ideais e expectativas individuais, sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. Expressa atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Essa gradação, resultado das experiências estabelecidas no intercâmbio humano, possibilita diferentes imagens corporais (SEDIKIDES e GREGG, 2003).

A avaliação e medida da auto-estima enfrentam problemas decorrentes das singularidades da auto-estima como fenômeno, de suas características intrínsecas, do problema da definição e da diversidade de métodos de investigação usados para estudar esse fenômeno (MRUCK, 1998).

GOBITTA e GUZZO (2002), investigando a precisão do Inventário de Auto-estima (SEI)-Forma A, versão para alunos, instrumento traduzido da língua inglesa, encontraram resultados que apontam para a necessidade de adaptação transcultural de instrumentos de avaliação da auto-estima, no sentido de melhorar a consistência dos resultados.

A inter-relação entre auto-imagem corporal e auto-estima é íntima (MOSQUERA, 1976), mas, em pacientes com SOP, apesar de ter sido observado auto-imagem corporal negativa, não houve interferência na auto-estima (PAIXÃO et al., 2006).

Embora os temas ‘auto-imagem corporal’ e ‘auto-estima’ apareçam regularmente criticados no que diz respeito à forma como são avaliados,

gradualmente as pesquisas estão atentas a esses aspectos o que denota a sua importância (MRUCK, 1998).

Função sexual, auto-imagem corporal e auto-estima nas mulheres com SOP são assuntos controversos e de interesse clínico o que motivou este estudo.

2 PROPOSIÇÃO

Em mulheres com síndrome dos ovários policísticos, propusemo-nos a avaliar:

- 1- A auto-estima e auto-imagem corporal.
- 2- O comportamento sexual.
- 3- A relação entre parâmetros clínicos (obesidade, hirsutismo, irregularidade menstrual) e comportamento sexual.
- 4- A influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual.

3 MÉTODOS

3.1 Casuística

A população do estudo foi composta por 48 mulheres portadoras de SOP, matriculadas no Ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) foram analisados e aprovados pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq, em sessão de 29.08.2002, Protocolo nº 582/02 (ANEXO B).

3.1.1 Critérios de inclusão

- Idade ≥ 18 e ≤ 35 anos.
- Anovulação crônica: amenorréia ou espaniomenorréia; e/ou manifestação clínica de hiperandrogenismo: acne, hirsutismo; e/ou aumento de androstenediona e/ou testosterona.
- Ovários policísticos à ultra-sonografia: presença de ovários com 12 ou mais folículos de 2 a 9 mm de diâmetro, subcapsulares, isto é, dispostos na periferia do parênquima ovariano; volume dos ovários $> 10\text{cm}^3$ (BALEN et al., 2003).
- Concordância, por escrito, do termo de consentimento pós-informação do protocolo de pesquisa.

3.1.2 Critérios de exclusão

- Doença sistêmica crônica.
- Diabetes mellitus.
- Síndrome de Cushing.
- Hipotireoidismo ou hipertireoidismo.
- Doenças psiquiátricas.
- Obesidade mórbida.
- Usuárias de terapia hormonal ou de medicamentos que podem interferir no ciclo da resposta sexual nos últimos 6 meses.

3.1.3 Características da população (ANEXO C)

A idade das pacientes variou de 18 a 35 anos, com média etária: $25,6 \pm 4,6$ anos. Trinta e quatro mulheres (70,8%) eram da raça branca; treze (27,1%) negras e uma (2,1%) amarela. Vinte e quatro pacientes (50%) eram solteiras; quinze (31,3%) amasiadas (relacionamento estável, morando junto) e nove (18,7%) casadas.

O grau de escolaridade foi avaliado segundo o seguinte critério: analfabeta, primário, secundário ou superior, sendo que cada um dos três graus podia ser completo ou incompleto. Em relação ao grau de escolaridade, 42 pacientes (87,5%) havia, pelo menos, iniciado o nível secundário.

Quanto à religião, houve predomínio de mulheres católicas (54,2%) e evangélicas (33,4%), incluindo adventistas, cristãs e crentes.

Considerando-se o rendimento financeiro, questionou-se se a paciente tinha, efetivamente, alguma atividade lucrativa naquele momento e, em caso afirmativo, qual a sua renda pessoal em salários mínimos. Definiram-se quatro classes, segundo a renda própria: sem renda; renda mínima (abaixo de um salário mínimo); renda entre 1 e 2 salários mínimos e renda acima de três salários mínimos. Das 48 pacientes, 28 (58,3%) possuíam renda própria; destas, em 26 (92,8%) a renda atingiu no máximo 2 salários mínimos.

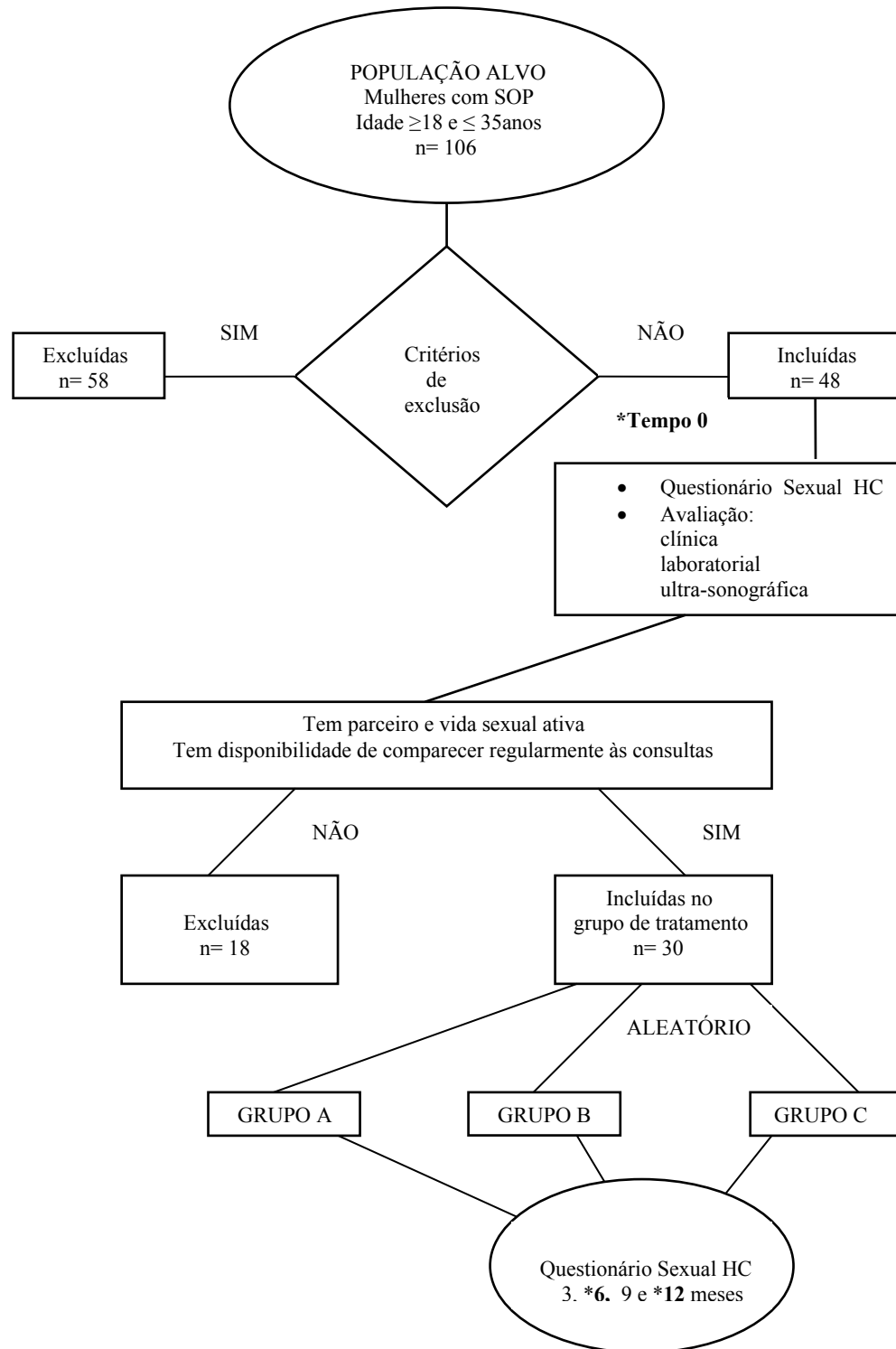
Quanto à prática de atividade física (realização de exercícios físicos com regularidade $\geq 3x/semana$), foi referida por apenas 16,7% das pacientes.

Em relação ao tabagismo, considerou-se as pacientes como tabagistas e não-tabagistas; as primeiras foram classificadas de acordo com a quantidade de cigarros utilizados por dia, em menos de 10 cigarros/dia e mais de 10 cigarros/dia. O uso de tabaco foi relatado por sete (14,6%) pacientes, sendo que quatro fumavam mais de 10 cigarros/dia.

3.2 Método do estudo

Foi realizado, no período de maio de 2003 a julho de 2006, estudo clínico prospectivo, aberto, com seguimento por 12 meses. O organograma 1 ilustra o desenho do estudo.

Organograma 1- Desenho do estudo



* análise estatística da influência terapêutica no ciclo da resposta sexual

3.2.1 Instrumento de avaliação

Foi utilizado o Questionário Sexual HC (ANEXO D). Trata-se de extenso questionário estruturado, elaborado inicialmente por ABDO (2000), e ampliado no Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginocologia da FMUSP, a partir da análise de questionários já validados : Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS (GOLOMBOK e RUST, 1986); Female Sexual Function Index – FSFI (ROSEN et al., 2000); Arizona Sexual Experience Scale – ASEX (McGAHUEY et al., 2000). Considerou-se perguntas que refletiam o comportamento, a função e a satisfação sexual.

Este instrumento tem demonstrado adequada consistência interna; produz resultado qualitativo e quantitativo, possibilitando diagnósticos de acordo com os critérios do CID-10 e do DSM-IV-TR. Garante ainda boa confiabilidade e já foi utilizado em diversas pesquisas dentro do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério do HCFMUSP (PENTEADO, 2002, 2004; PENTEADO et al., 2003; CAVALCANTI, 2002; 2006).

O Questionário Sexual HC avalia dados demográficos; antecedentes pessoais; antecedentes gineco-obstétricos; hábitos e estilo de vida; imagem corporal; auto-estima; antecedentes sexuais e atividade sexual atual, com ênfase na satisfação sexual, existência ou não de parceiro, fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), frequência sexual, prática da masturbação, avaliação da presença de práticas sexuais menos habituais, do grau de intimidade e qualidade de comunicação no envolvimento com o parceiro.

3.2.2 Avaliação clínica (ANEXO E)

Foi valorizada a queixa principal que motivou a consulta, os antecedentes menstruais e a paridade das pacientes. O ciclo menstrual foi definido como regular quando o intervalo situava-se entre 25 e 35 dias e o fluxo tinha duração de 3 a 8 dias. Espaniomenorréia ao atraso da menstruação que passa a ocorrer com intervalos acima de 45 dias, até 60 dias, e amenorréia a ausência de menstruação por 2 ou mais ciclos consecutivos (HALBE, 2000).

No exame físico geral e ginecológico, foram realçados o grau de hirsutismo classificado pela tabela proposta por FERRIMAN e GALLWAY (1961), modificada por HATCH et al. (1981), que graduaram os pêlos de 0 a 4 em 9 regiões do corpo e consideraram hirsutismo quando o total era igual ou maior que 8 (ANEXO F). Para a presença e graduação da acne, usou-se a escala de NGUYEN et al. (1994): Tipo I – comedônica, poucas lesões, sem cicatrizes; Tipo II – papulosa, com cicatrizes leves; Tipo III – muitas lesões, porém com cicatrizes leves, e Tipo IV – nodular cística, com extensas cicatrizes. Estabeleceu-se o IMC - Índice de Quetelet – para verificação da relação entre peso (em Kg) e altura ao quadrado (em metros) – valores até 19,9: subnormal; de 20-24,5: normal; de 25-29,9: sobrepeso; de 30-39,9: obesidade e, acima de 40, obesidade mórbida (HALPERN e MANCINI, 1990). Ainda foram tomadas medidas das circunferências abdominal (medida na altura da cicatriz umbilical) e do quadril (medida na altura das espinhas ilíacas ântero-superiores); medidas em centímetros, com a paciente em pé e que distingue os dois

tipos de obesidade: ginecóide – deposição de gordura em torno do quadril e andróide – no abdome; relação maior que 0,8 indica obesidade central (KOPELMAN, 1994).

3.2.3 Avaliação laboratorial (ANEXO G)

Coletaram-se amostras de sangue para as seguintes dosagens: colesterol total (Col) e frações – HDL (lipoproteína de alta densidade) e LDL (lipoproteína de baixa densidade), triglicérides (Trig) e glicose (Glic) que foram realizados pelo método enzimático e colorimétrico na Seção de Bioquímica do Laboratório Central do HCFMUSP. As seguintes dosagens hormonais séricas foram realizadas no Laboratório de Hormônios e Genética Molecular do HCFMUSP: hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH), estradiol (E₂), testosterona (T), prolactina (PRL), hormônio tireotrófico (TSH), tiroxina livre (T₄livre) e insulina (I) pelo método imunofluorimétrico e androstenediona (Δ_4), sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA) e 17- α -hidroxiprogesterona (17 α OHP) pelo método radioimunoensaio iodado. As amostras de sangue venoso periférico para as dosagens hormonais foram obtidas em jejum até o 7º dia do ciclo menstrual, nas pacientes que menstruavam regularmente, ou em qualquer dia nas amenorréicas.

Para essa metodologia, e essa fase do ciclo, os valores considerados normais foram:

Col (até 200 mg/dl)	Glic (70-110 mg/dl)	T (<14- 98 ng/dl)
HDL (> 40 mg/dl)	FSH (1,7-9,3 UI/L)	PRL (2,5-14,5 ng/ml)
LDL (< 130 mg/dl)	LH (0,95-9,3 UI/L)	TSH (0,5-4,2 uU/ml)
Trig (até 200 mg/dl)	E ₂ (35-184 pg/ml)	T ₄ livre (0,6-1,54 ng/dl)
I (2,3-26,4 µU/ml)	Δ ₄ (0,4-2,7 ng/ml)	17αOHP (0,4-1,0 ng/ml)
SDHEA (188-3980 ng/ml)		

3.2.4 Avaliação ultra-sonográfica

Foi realizado ultra-som via transvaginal e/ou pélvica (pacientes virgens) na fase folicular do ciclo menstrual (quando menstruavam) e, em qualquer época, nas amenorréicas, no Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Clínica Ginecológica do HCFMUSP. O aparelho utilizado foi da marca ALOKA, modelo SSD-1700 dotado de transdutores de 3,5 MHz para ultra-som pela via abdominal e de 5,0 MHz para a via vaginal. O transdutor foi manipulado para a avaliação de útero e anexos. Os ovários foram localizados em relação aos vasos ilíacos e o número de folículos foi estabelecido escaneando cada ovário da superfície até a margem externa em secção longitudinal onde pequenos folículos ovarianos podiam ser caracterizados facilmente como estruturas anecóicas circundadas por parênquima ovariano de maior ecogenicidade. O volume do ovário foi calculado de acordo com a

fórmula: $0,52 \times (D1 \times D2 \times D3)$, onde D1 é o diâmetro longitudinal, D2 o ântero-posterior e D3 o transversal (SWANSON et al., 1981).

3.2.5 Variáveis estudadas

AUTO-ESTIMA

A avaliação realizada estabeleceu duas classes de mulheres: com boa auto-estima e com baixa auto-estima. O primeiro grupo era composto de mulheres que demonstraram sentimentos de consideração e apreço por elas mesmas em vista de suas qualidades ou méritos. O segundo grupo era composto de mulheres que demonstravam a falta desses sentimentos. Avaliação também foi feita da auto-estima com o inconformismo da mulher com o próprio corpo através das seguintes questões: “Você acha que nasceu em corpo errado?” e “Acha que deveria ter nascido em corpo de homem?” (ANEXO D).

AUTO-IMAGEM CORPORAL

A avaliação da auto-imagem corporal foi realizada através de 10 perguntas do “Questionário sexual HC”: “Como se sente em relação a seu corpo?” (pergunta aberta que permite analisar a percepção que a paciente tem do próprio corpo e classificá-la como auto-imagem corporal geral boa ou ruim) e nove perguntas

fechadas com duas possibilidades de resposta (SIM e NÃO) que pesquisam o comportamento de evitar a exposição corporal e a presença de ansiedade associada à aparência (ANEXO D).

VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO SEXUAL

ANTECEDENTES SEXUAIS - Neste item, considerou-se a idade em que a paciente obteve as primeiras informações sobre sexo em anos e quem forneceu estas informações; a idade do início da atividade sexual (ATS); como o primeiro orgasmo foi obtido, masturbação sozinha ou na presença de parceiro sexual; avaliação detalhada da primeira relação sexual da paciente que foi classificada em: **positiva** (experiência positiva, realizada em local seguro, com privacidade, parceiro sexual carinhoso, com consentimento, sem dor e/ou sangramento exagerados e não gerou arrependimento) e **negativa** (experiência negativa, realizada em local inadequado, sem privacidade suficiente ou parceiro sexual não carinhoso ou acompanhado de grau exagerado de dor e/ou sangramento, sem consentimento ou não completamente consentido, gerou arrependimento); número total de parceiros, contabilizou-se o número total de parceiros sexuais com quem a mulher manteve atividade sexual regular, por período mínimo de 6 meses (considerou-se pacientes sem história de parceria regular; com parceria única; com dois ou três parceiros e pacientes com mais de três parceiros anteriores).

ATIVIDADE SEXUAL ATUAL - Satisfação sexual – foi avaliada a satisfação sexual (independente da existência de parceria) e a satisfação com a relação sexual (questionou-se se o ato sexual, propriamente dito, tem sido satisfatório e gratificante).

Quanto à masturbação – de acordo com essa prática da sexualidade, consideraram-se as pacientes que praticavam a masturbação e as que não a praticavam no momento da entrevista. Nas pacientes que referiram a prática de auto-masturbação foi avaliado com que frequência a faziam.

Avaliou-se a prática de masturbação com o parceiro durante a relação sexual; sua frequência em 10 relações e se acompanhada de orgasmo ou apenas como preliminar do coito.

Quanto à fantasia sexual – avaliou-se a utilização desta prática no exercício da sexualidade.

Frequência sexual – considerou-se o número de encontros sexuais realizados com o parceiro por semana. Caracterizaram-se três grupos de pacientes: sem atividade sexual (ATS); com ATS 1 a 2 vezes por semana e pacientes com $ATS \geq 3$ vezes por semana.

Desejo sexual – considerando-se as dez últimas relações sexuais, questionou-se em quantas delas a paciente havia iniciado sentindo desejo.

Frequência de excitação – perguntou-se em quantas relações sexuais, considerando-se as dez últimas, a paciente excitou-se e participou efetivamente.

Frequência orgástica – também considerando as dez últimas relações, questionou-se em quantas atingiu o orgasmo.

Nestas três últimas variáveis (frequências de desejo, excitação e orgasmo), foram categorizadas quatro classes: frequência 0 – nenhuma das relações (**N**); metade ou menos das relações – poucas 1 a 5 (**P**); na maioria das vezes – 6 a 9 (**M**) e em todas as relações – 10 (**T**).

Prazer no contato físico com o parceiro – este item foi avaliado através das seguintes perguntas: “Você gosta de acariciar seu parceiro?” “Gosta de ser acariciada por ele?”. Estas perguntas ofereciam duas opções de resposta: SIM e NÃO, que se relacionam diretamente, positiva ou negativamente, com o prazer no contato físico, permitindo a sua avaliação.

Grau de envolvimento afetivo com o parceiro – foram utilizadas três perguntas: “Você está satisfeita com seu parceiro como amigo?” “Você está satisfeita com seu parceiro como amante?” “Quais os motivos que mantêm o seu relacionamento?”. Dentre as opções de resposta, as duas primeiras perguntas permitiam resposta direta (SIM/NÃO) e a terceira era aberta, permitindo a livre expressão da paciente.

Tempo de relacionamento (TR) – foi avaliado em anos, consideraram-se três grupos: TR menor que 1 ano; TR maior que 1 ano e menor que 5 anos; TR maior que 5 anos.

Para avaliar a intimidade comunicativa, utilizou-se a seguinte pergunta: “Você conversa abertamente sobre sexo com seu parceiro?”.

Foi investigado se a iniciativa para o coito era tomada e, em caso afirmativo, quantificado o número de vezes em 10 relações e como era essa iniciativa: verbal, através de carícias ou ambos. Avaliou-se o conhecimento dos pontos prazerosos do seu próprio corpo e do corpo do parceiro; a frequência das carícias preferidas recebidas e proporcionadas em 10 relações.

Outras variáveis secundárias avaliadas: presença de dor na relação sexual; experiência de múltiplos orgasmos; se finge que tem prazer e outras práticas sexuais: feação, cunilingus, relação anal (“com ou sem orgasmo ?”).

Nas pacientes abstinentes, foram avaliados os motivos da abstinência: pessoais, externos ou ambos.

RELAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS DA SOP COM O COMPORTAMENTO SEXUAL

Foram comparados três parâmetros clínicos: ciclo menstrual, hirsutismo, IMC e também, auto-estima e auto-imagem corporal com as seguintes variáveis do comportamento sexual: satisfação sexual; masturbação; fantasia sexual; frequências de desejo, de excitação e de orgasmo.

INFLUÊNCIA DA TERAPÊUTICA HORMONAL NO CICLO DA RESPOSTA SEXUAL

Após aplicação do Questionário Sexual HC, 30 das quarenta e oito pacientes foram alocadas em três grupos de acordo com a terapêutica indicada (excluíram-se as pacientes sem atividade sexual e sem disponibilidade de comparecer regularmente às consultas). O método de seleção das pacientes para alocação dos grupos (tratamento) foi aleatório, através de tabela gerada por meio da função de números

aleatórios do aplicativo Excel no qual se criou uma coluna com o respectivo tratamento e em seguida uma coluna com números aleatórios:

- Grupo A – medicadas com acetato de medroxiprogesterona, na dose de 5mg/dia/10dias do mês, do 15º ao 24º dia do ciclo, via oral (n=10).
- Grupo B – medicadas com anticoncepcional hormonal oral, 35µg de etinilestradiol e 2mg de acetato de ciproterona, na dose de 1cp/dia/21dias do mês, via oral (n=10).
- Grupo C – medicadas com associação de 2mg de valerato de estradiol – 11 drágeas, 2mg de valerato de estradiol e 1mg de acetato de ciproterona – 10 drágeas, na dose de 1dg/dia/21dias do mês, via oral (n=10).

Para avaliar a influência da terapêutica no ciclo da resposta sexual, foram utilizadas as frequências sexual, de desejo, de excitação e orgástica nos tempos 0, 6 e 12 meses.

3.2.6 Metodologia estatística

A análise estatística objetivou :

- Análise descritiva de parâmetros clínicos da SOP, auto-estima, auto-imagem corporal e variáveis do comportamento sexual em que foram utilizadas as frequências absolutas (N) e as frequências relativas (percentuais).

- Avaliação da relação entre parâmetros clínicos da SOP com o comportamento sexual. Para verificar essa associação, foram realizados testes não-paramétricos : Qui-quadrado de homogeneidade ou teste exato de Fisher. Estes testes baseiam-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. O teste exato de Fisher foi utilizado nas situações em que o número de observações em alguma casela da tabela de contingência (2x2) foi menor que 5 (AGRESTI, 1990).
- Verificação da influência terapêutica no ciclo da resposta sexual. Para essa avaliação, foram criadas categorias de melhora – se a paciente aumentasse a categoria do tempo zero para o tempo seis e doze meses e categorias de piora ou estabilidade – se a paciente diminuísse ou não se alterasse do tempo zero para os demais tempos. Para verificar se as categorias criadas foram associadas à droga usada, foi utilizado o teste Qui-quadrado de homogeneidade e para verificar se, dentro de cada droga, houve alteração das variáveis (frequências sexual, de desejo, de excitação e orgástica) foi empregado o teste de McNemar (AGRESTI, 1990).

Os testes estatísticos foram realizados ao nível de significância de 5%, ou seja, foram considerados estatisticamente significativos os resultados cujos níveis descritivos (valores de p) foram inferiores a 0,05. Os processamentos foram realizados através do Excel 2000 e do programa SPSS for Windows versão 13.0. Os resultados significativos foram ilustrados com o uso de gráficos de barras (BUSSAB e MORETTIN, 1987).

4 RESULTADOS

A queixa principal que motivou a consulta foi a irregularidade menstrual referida por 36 (75%) pacientes; em segundo lugar, aumento de pêlos por 25 (52,1%). Outras queixas foram: acne (12,5%), desejo de gestação (12,5%) e aumento de peso por apenas três pacientes (6,2%).

A média etária da menarca foi $12,9 \pm 2,1$ anos, sendo que, para 29 pacientes (60,4%) a experiência da primeira menstruação foi boa (ficou feliz, sentiu-se adulta, já orientada) e para 19 (39,6%), a experiência foi ruim (sentiu medo, vergonha, não tinha informação prévia adequada).

Ao avaliar e classificar o ciclo menstrual, 21 pacientes (43,7%) encontravam-se amenorréicas; 15 (31,3%) com ciclos espaniomenorréicos e 12 (25%) referiam ciclos regulares; nove pacientes (18,7%) já haviam engravidado.

O índice de FERRIMAN e GALLWAY foi ≥ 8 denotando hirsutismo em 38 pacientes (79,2%); 25 (52,1) pacientes apresentavam acne leve a moderada. O IMC classificou 25 pacientes (52,1%) como peso normal; 16 (33,3%) com sobrepeso e sete (14,6%) como obesas. Das quarenta e oito pacientes, 23 (47,9%) apresentavam relação $CA/CQ > 0,8$ compatível com obesidade central. Clitoromegalia foi verificada em 18 (37,5%) das pacientes. (ANEXO E).

4.1 Auto-estima

Dentre as pacientes estudadas, 36 (75%) demonstraram boa auto-estima e 12 (25%) pouco ou nenhum sentimento de consideração consigo mesma ou falta de reconhecimento de suas qualidades ou méritos.

Nos Gráficos 1 e 2, observa-se que a auto-estima está estatisticamente associada ao inconformismo da mulher com o próprio corpo: $p < 0,001$ – consciência de ter nascido em corpo errado; $p = 0,002$ sensação de que deveria ter nascido em corpo de homem (ANEXO H).

4.2 Auto-imagem corporal

A distribuição das pacientes quanto a auto-imagem corporal, de acordo com as perguntas do “Questionário sexual HC”, é apresentada na Tabela 1 e no ANEXO H. As pacientes foram classificadas em dois grupos: com auto-imagem corporal boa (quando mais de 50% das respostas denotavam percepção corporal adequada) e auto-imagem corporal ruim (percepção inadequada).

Avaliando-se a associação do IMC com as medidas de auto-imagem corporal, tem-se que a porcentagem de mulheres com auto-imagem corporal geral ruim (questão aberta) aumenta de acordo com o aumento do IMC – $p = 0,019$ (Gráfico 3). As demais perguntas da avaliação da auto-imagem corporal do “Questionário sexual HC” não tiveram associação estatisticamente significativa com o IMC (ANEXO I).

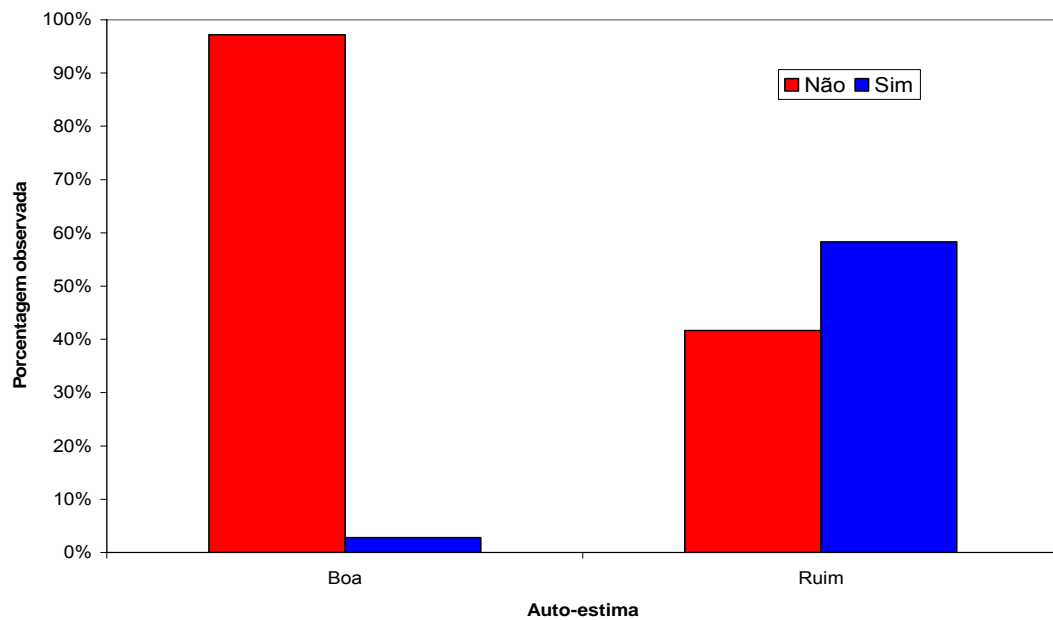
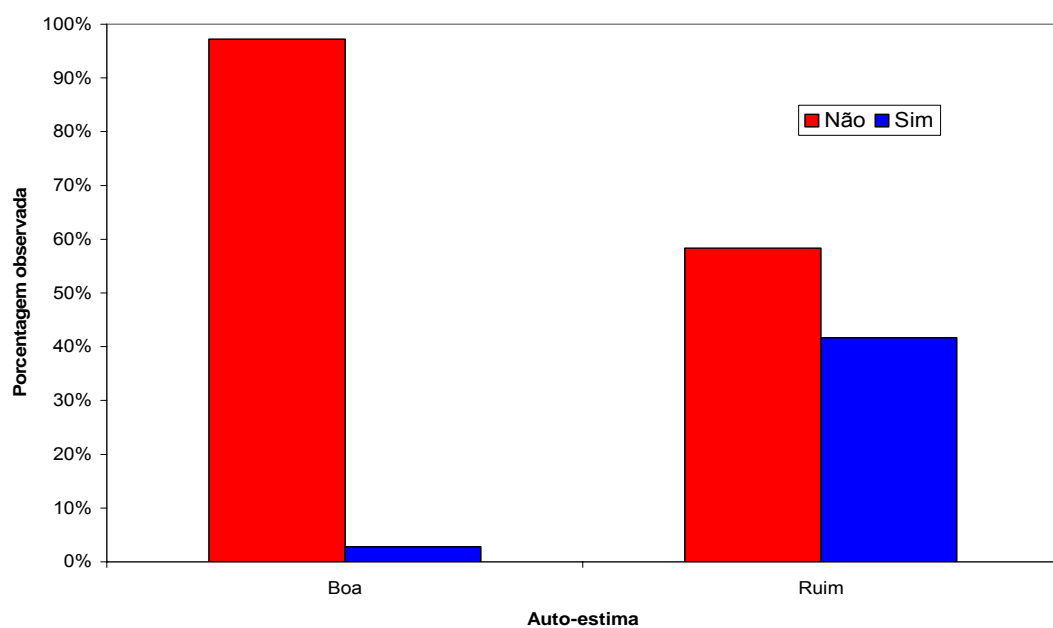
Gráfico 1- Relação da auto-estima com a consciência de ter nascido em corpo errado**Gráfico 2-** Relação da auto-estima com a consciência de que deveria ter nascido em corpo de homem

Tabela 1- Distribuição de 48 pacientes com SOP quanto à avaliação da auto-imagem corporal através do “Questionário sexual HC”

Pergunta	Respostas	
Como se sente em relação a seu corpo?	Boa – 13 (27,1%)	Ruim – 35 (72,9%)
Evita ficar nua?	Não – 24 (50%)	Sim – 24 (50%)
Evita ficar nua na frente dos outros?	Não – 15 (31,2%)	Sim – 33 (68,8%)
Evita ficar nua na frente do seu parceiro?	Não – 26 (68,4%)	Sim – 12 (31,6%)
Olha seu corpo com frequência?	Sim – 37 (77,1%)	Não – 11 (22,9%)
Gosta de olhar?	Sim – 29 (60,4%)	Não – 19 (39,6%)
Fica nua diante do espelho?	Sim – 36 (75%)	Não – 12 (25%)
Sente-se atraente sexualmente?	Sim – 26 (54,2%)	Não – 22 (45,8%)
Sente-se desejada?	Sim – 39 (81,2%)	Não – 9 (18,8%)
Gosta de você mesma?	Sim – 44 (91,7%)	Não – 4 (8,3%)
<i>Auto-imagem corporal classificatória</i>	Boa - 28 (58,3%)	Ruim - 20 (41,7%)

4.3 Variáveis do comportamento sexual

ANTECEDENTES SEXUAIS (ANEXO J)

A maioria das pacientes relatou que as primeiras informações sobre sexo foram fornecidas pela mãe, na escola, por professores ou por amigas. A média etária destas informações foi $13,4 \pm 2,5$ anos e do início da atividade sexual foi de $18 \pm 3,2$ anos.

A primeira relação sexual foi positiva em 76,7% das pacientes e negativa em 23,3%. Em 68,2% das pacientes foi no coito a primeira experiência de orgasmo, mas 31,8% das pacientes referiram que já haviam experimentado orgasmo em masturbação solitária.

A orientação sexual referida por todas as pacientes foi heterossexual.

O Gráfico 4 ilustra o número total de parceiros com quem as pacientes se relacionaram sexualmente.

Gráfico 3- Relação da auto-imagem corporal geral com o IMC

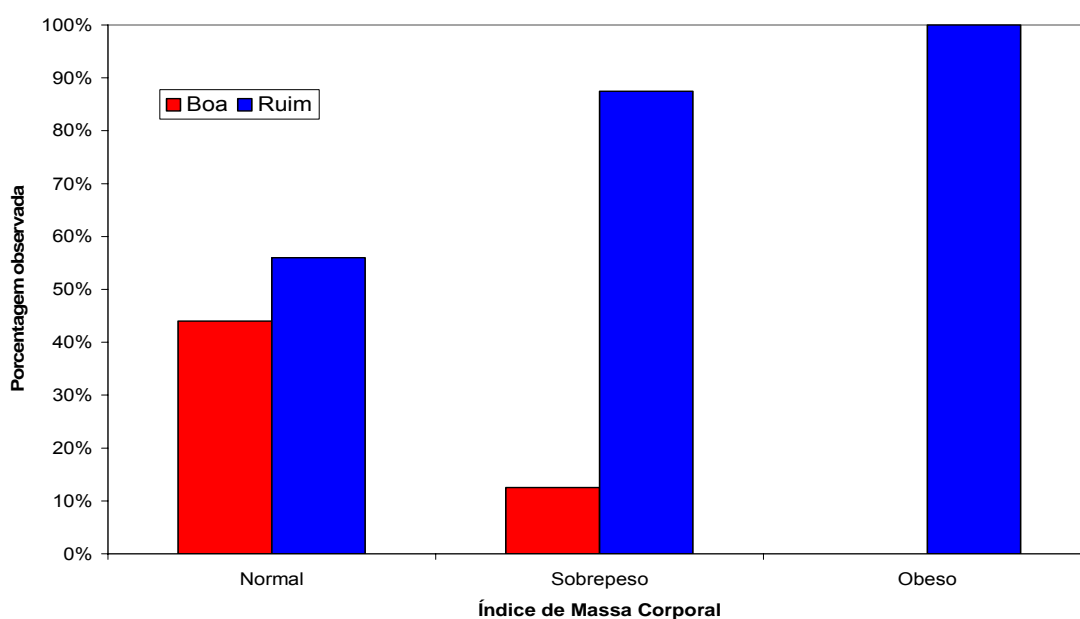
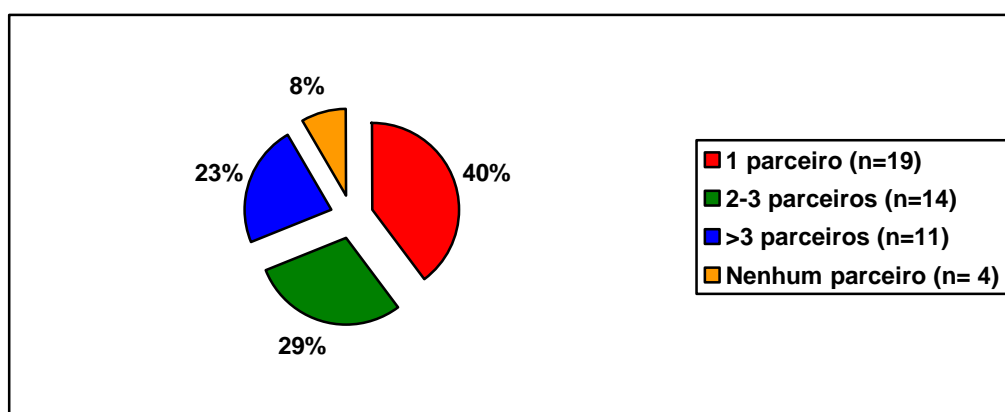


Gráfico 4- Número de parceiros com quem 48 pacientes com SOP manteve atividade sexual por período mínimo de 6 meses



ATIVIDADE SEXUAL ATUAL (ANEXO K)

Das quarenta e oito pacientes, 39 (81,3%) estavam satisfeitas com sua vida sexual e 38 (79,2%) tinham parceiro. Uma das pacientes, apesar de ter parceiro e tempo de relacionamento de 10 anos, não tinha relação sexual. A prática de auto-masturbação foi referida por 13 (27,1%) pacientes, sendo que sete a praticavam uma vez por semana; duas, uma vez de 15-15 dias e quatro pacientes uma vez por mês. A fantasia sexual no exercício da sexualidade foi relatada por 16 (33,3%) pacientes. A Tabela 2 apresenta a distribuição das pacientes quanto às variáveis do comportamento sexual vinculadas às atividades desenvolvidas com o parceiro sexual.

A maioria das pacientes (65,6%) que referiram a prática de masturbação com o parceiro durante a relação sexual, utilizaram-na apenas como preliminar do coito, sem atingir orgasmo com essa atividade.

Na Tabela 2, tem-se que 86,8% das pacientes referiram ter conhecimento dos pontos prazerosos do seu próprio corpo e 78,9% dos pontos prazerosos do corpo do parceiro. Os pontos mais referidos, na mulher, foram as mamas (66,6%) e o clitóris (60,6%) seguidos pelo pescoço (24,2%) e abdome (12,1%). No homem, o pênis foi o ponto prazeroso mais citado (80%) e em menor proporção, o pescoço (50%). Na análise da frequência com que essas carícias são praticadas, encontrou-se que: 31 (83,8%) pacientes recebem de seu parceiro as carícias preferidas (77,4% em todas as relações e 22,6% em pelo menos metade das relações) e 30 pacientes (81,1%) referiram que fazem as carícias preferidas pelos respectivos parceiros.

Dentre outras variáveis estudadas, a dor na relação sexual foi referida por 18 (48,6%) pacientes; orgasmos múltiplos por 17 (45,9%); e, apenas 16,2% das pacientes informam que fingem ter prazer com alguma regularidade. Outras práticas sexuais foram observadas nas seguintes proporções:

- Felação – 30 pacientes (81,1%) – com orgasmo 16 (53,3%) e sem 14 (46,7%).
- Cunnilingus – 31 pacientes (83,8%) – com orgasmo 19 (61,3%) e sem 12(38,7%).
- Relação anal – 9 pacientes (24,3%) – com orgasmo 5 e sem orgasmo 4.

Das onze pacientes abstinentes, cinco referiram que falta vontade de investir em relacionamentos (motivo pessoal) e seis delas justificaram que esta situação decorre apenas da falta de parceiro (motivo externo).

4.4 Relação dos parâmetros clínicos da SOP com o comportamento sexual

Em relação a associação do ciclo menstrual com as variáveis do comportamento sexual, correlação estatisticamente significativa ($p= 0,018$), foi encontrada apenas com a auto-masturbação (ANEXO L). A porcentagem de auto-masturbação aumenta de acordo com a maior irregularidade do ciclo menstrual (Gráfico 5).

Não foi identificada correlação entre as variáveis do comportamento sexual e auto-estima (ANEXO M); hirsutismo (ANEXO N) e IMC (ANEXO O).

A frequência de desejo sexual foi estatisticamente maior nas pacientes classificadas com auto-imagem corporal boa ; $p= 0,024$ (Gráfico 6). Correlação não foi encontrada com as demais variáveis do comportamento sexual (ANEXO P).

Gráfico 5- Relação entre auto-masturbação e o ciclo menstrual

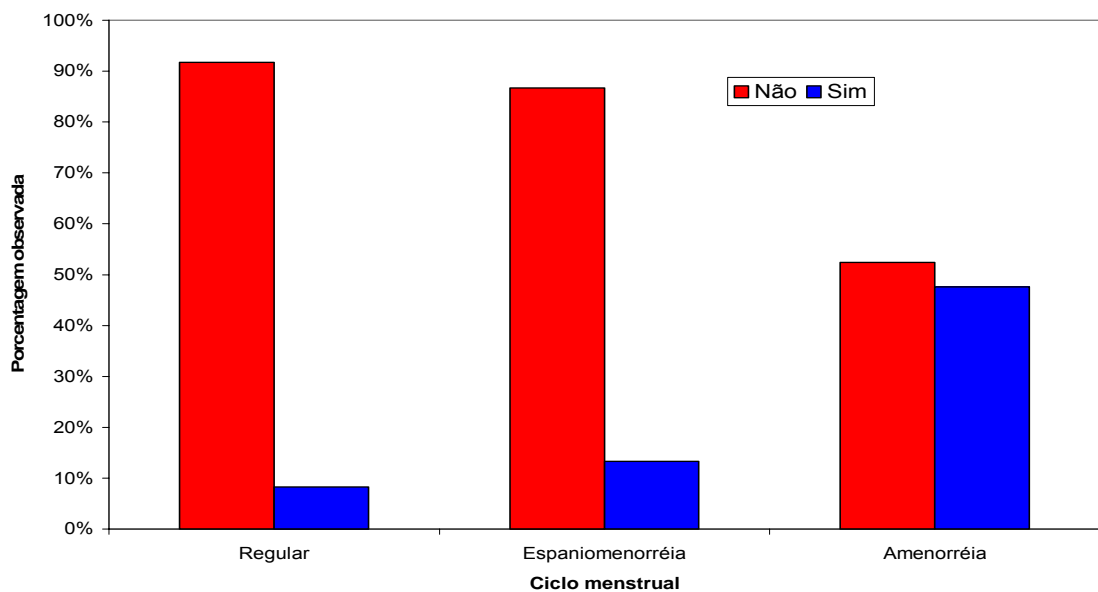


Gráfico 6- Relação de auto-imagem corporal com frequência de desejo

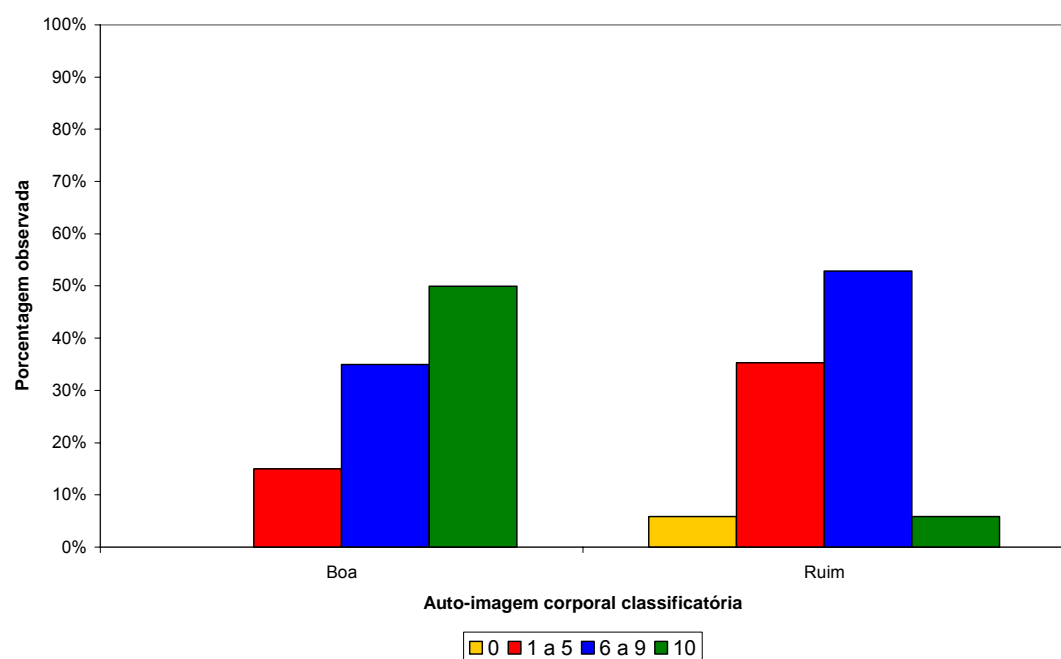


Tabela 2- Distribuição das variáveis do comportamento sexual vinculadas às atividades desenvolvidas com o parceiro

		N	%
Relação sexual satisfatória?	Sim	27	73
	Não	10	27
Frequência sexual por semana?	Sem ATS	1	2,6
	ATS 1 a 2 vezes	23	60,5
	ATS ≥ 3 vezes	14	36,9
Frequência de desejo / 10 últimas relações?	0	1	2,7
	1 a 5 relações	9	24,3
	6 a 9 relações	16	43,3
	10 relações	11	29,7
Frequência de excitação / 10 últimas relações?	0	1	2,7
	1 a 5 relações	9	24,3
	6 a 9 relações	9	24,3
	10 relações	18	48,7
Frequência orgástica / 10 últimas relações?	0	4	10,8
	1 a 5 relações	13	35,2
	6 a 9 relações	11	29,7
	10 relações	9	24,3
Frequência de masturbação com o parceiro / 10 relações?	0	5	13,5
	1 a 5 relações	20	54,1
	6 a 9 relações	9	24,3
	10 relações	3	8,1
Você gosta de acariciar seu parceiro?	Sim	38	100
	Não	0	0
Gosta de ser acariciada pelo seu parceiro?	Sim	38	100
	Não	0	0
Você está satisfeita com seu parceiro como amigo?	Sim	37	97,4
	Não	1	2,6
Você está satisfeita com seu parceiro como amante?	Sim	33	86,8
	Não	5	13,2
Quais os motivos que mantêm o seu relacionamento?	Gostar / Amor	23	60,5
	Família / acomodação	14	36,9
	Financeiro	1	2,6
Tempo de relacionamento (TR)?	TR ↓ 1 ano	11	28,9
	TR ↑ 1 ano e ↓ 5 anos	12	31,6
	TR ↑ 5 anos	15	39,5
Você conversa abertamente sobre sexo com seu parceiro?	Sim	26	68,4
	Não	12	31,6
Quanto você toma iniciativa / 10 relações?	0	11	29,7
	1 a 5 relações	24	64,9
	6 a 9 relações	2	5,4
	10 relações	0	0
Como tem sido sua iniciativa?	Acaricia	19	73,1
	Acaricia e verbal	6	23,1
	Verbal	1	3,8
Você tem conhecimento dos pontos prazerosos do seu próprio corpo?	Sim	33	86,8
	Não	5	13,2
Você tem conhecimento dos pontos prazerosos do corpo do seu parceiro?	Sim	30	78,9
	Não	8	21,1

4.5 Influência da terapêutica no ciclo da resposta sexual

A Tabela 3 mostra que não houve diferença estatística com os diferentes tratamentos ($p > 0,05$), ou seja, o ciclo da resposta sexual não se associou com o tipo de droga utilizada (ANEXO Q).

Na Tabela 4, tem-se que o uso de qualquer uma das drogas do estudo não causou mudanças estatisticamente significativas nas variáveis do ciclo da resposta sexual após 6 ou 12 meses de tratamento ($p > 0,05$).

Tabela 3- Associação entre o tipo de tratamento utilizado e as variáveis do ciclo da resposta sexual

Medida	Categoria	Droga						Total	p	
		Grupo A		Grupo B		Grupo C				
Frequência sexual 6 meses	Melhora	2	20,0%	1	10,0%	2	20,0%	5	16,7%	0,618
	Estável	8	80,0%	9	90,0%	7	70,0%	24	80,0%	
	Piora	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	3,3%	
Frequência sexual 12 meses	Melhora	2	20,0%	2	20,0%	4	40,0%	8	26,7%	0,511
	Estável	8	80,0%	7	70,0%	6	60,0%	21	70,0%	
	Piora	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	1	3,3%	
Desejo 6 meses	Melhora	1	10,0%	1	10,0%	1	10,0%	3	10,0%	0,984
	Estável	7	70,0%	6	60,0%	7	70,0%	20	66,7%	
	Piora	2	20,0%	3	30,0%	2	20,0%	7	23,3%	
Desejo 12 meses	Melhora	1	10,0%	2	20,0%	1	10,0%	4	13,3%	0,314
	Estável	4	40,0%	7	70,0%	7	70,0%	18	60,0%	
	Piora	5	50,0%	1	10,0%	2	20,0%	8	26,7%	
Excitação 6 meses	Melhora	3	30,0%	3	30,0%	1	10,0%	7	23,3%	0,519
	Estável	7	70,0%	7	70,0%	8	80,0%	22	73,3%	
	Piora	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	3,3%	
Excitação 6 meses	Melhora	5	50,0%	3	30,0%	3	30,0%	11	36,7%	0,158
	Estável	3	30,0%	7	70,0%	7	70,0%	17	56,7%	
	Piora	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%	
Orgasmo 6 meses	Melhora	2	20,0%	3	30,0%	1	10,0%	6	20,0%	0,711
	Estável	6	60,0%	5	50,0%	8	80,0%	19	63,3%	
	Piora	2	20,0%	2	20,0%	1	10,0%	5	16,7%	
Orgasmo 12 meses	Melhora	1	10,0%	4	40,0%	2	20,0%	7	23,3%	0,182
	Estável	6	60,0%	5	50,0%	8	80,0%	19	63,3%	
	Piora	3	30,0%	1	10,0%	0	0,0%	4	13,3%	
Total		10	100%	10	100%	10	100%	30	100%	

Tabela 4- Mudanças nas variáveis do ciclo da resposta sexual para o seguimento terapêutico com 6 e 12 meses

Variável	GRUPO A				GRUPO B				GRUPO C			
	Categoria	Antes	6 m	12 m	Categoria	Antes	6 m	12 m	Categoria	Antes	6 m	12 m
Freq. sexual	1 ou 2/sem	6	4	4	1 ou 2/sem	6	5	5	1 ou 2/sem	6	5	2
	≥ 3/sem	4	6	6	≥ 3/sem	4	5	5	≥ 3/sem	4	5	8
	p		0,500	0,500	p		>0,999	>0,999	p		>0,999	0,125
Desejo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1 a 5	2	3	5	1 a 5	1	4	2	1 a 5	3	4	3
	6 a 9	4	3	3	6 a 9	6	3	4	6 a 9	4	3	5
	10	4	4	2	10	2	3	4	10	3	3	2
	p		0,564	0,392	p		#	#	p		0,607	0,564
Excitação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	1 a 5	3	2	3	1 a 5	2	1	1	1 a 5	2	4	2
	6 a 9	3	2	0	6 a 9	4	3	2	6 a 9	2	1	1
	10	4	6	7	10	4	6	7	10	5	5	7
	p		0,223	#	p		0,223	0,223	p		#	#
Orgasmo	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0
	1 a 5	3	4	5	1 a 5	5	4	3	1 a 5	3	5	4
	6 a 9	4	2	3	6 a 9	3	3	3	6 a 9	2	1	2
	10	2	3	1	10	2	3	4	10	3	3	4
	p		0,513	0,513	p		0,801	0,506	p		0,368	#

Não é possível calcular

6m - 6 meses; 12m - 12 meses

5 DISCUSSÃO

A síndrome dos ovários policísticos, além de desordem freqüente, é usualmente diagnosticada em idade jovem, período que muitas questões sexuais estão presentes e relacionamentos estáveis ainda não foram estabelecidos.

Sexualidade é parte integral da saúde e bem-estar. A avaliação do comportamento sexual de pacientes com SOP é importante do ponto de vista acadêmico para aumentar o entendimento do papel dos androgênios na função sexual feminina e também na prática clínica para melhorar a qualidade no atendimento destas pacientes.

Este estudo clínico foi desenhado para investigar a relação entre manifestações clínicas do hiperandrogenismo e parâmetros da função sexual em mulheres com SOP. A amostra final (n=48) como resultado da seleção a partir de 106 pacientes, é constituída, portanto, de seletivo grupo de mulheres com SOP, considerado ideal ao estudo de diferentes variáveis no exercício da sexualidade. O objetivo do processo seletivo foi a obtenção de maior acerto nas associações realizadas entre variáveis relacionadas à sexualidade e os parâmetros clínicos da SOP.

A maioria dos trabalhos têm sido conduzidos para mensurar as alterações da SOP na qualidade de vida; na iniciação, freqüência e satisfação sexual (RABOCH et al., 1985; TRENT et al., 2003; ELSENBRUCH et al., 2003; HAHN et al., 2005). A sexualidade é mais abrangente, por este motivo, nosso trabalho propôs a avaliação do comportamento sexual destas mulheres e o impacto da terapia hormonal na função sexual.

É evidente que pacientes com SOP têm decréscimo na qualidade de vida e aumento do estresse emocional e que este funcionamento psicossocial é, em parte, determinado pela combinação dos sintomas que se manifestam (ELSENBRUCH et al., 2006).

COFFEY et al (2006) aplicaram questionário de qualidade de vida em mulheres com SOP e em grupo controle com outras patologias e encontraram que, quando comparadas com mulheres com asma, epilepsia, diabetes, artrite e doença coronariana, pacientes com SOP têm o pior escore psicológico do questionário o que denota o impacto negativo desta síndrome na qualidade de vida.

Em nossa pesquisa, a queixa principal que motivou a consulta foi a irregularidade menstrual e o hirsutismo. Em relação à obesidade, apesar de 47,9% das pacientes apresentarem sobrepeso ou serem obesas, apenas 6,2% delas procuraram ajuda médica por queixa de aumento de peso.

Analisando a relação dos parâmetros clínicos da SOP com o comportamento sexual, encontramos correlação estatisticamente significativa entre irregularidade menstrual e auto-masturbação. A prática de auto-masturbação foi referida por 27,1% das pacientes, no entanto, observamos que essa prática aumentou de acordo com a maior irregularidade do ciclo menstrual. Foi marcante a maior frequência de auto-masturbação nas pacientes amenorréicas (47,6%). Esse achado, no entanto, não teve correlação com os níveis plasmáticos de androgênios (androstenediona e testosterona), nem com características individuais como: estado civil, renda pessoal, religião, ou a existência de um parceiro (ANEXO R).

O fato de a irregularidade menstrual apresentar impacto significativo sobre uma variável não vinculada às atividades com o parceiro e não apresentar esse mesmo

impacto sobre as variáveis vinculadas, pode estar relacionada à maior complexidade da atividade sexual desenvolvida a dois. ALEXANDER et al. (1990) citam a maior complexidade da atividade sexual desenvolvida a dois quando comparada à atividade solitária e à maior influência de fatores psicológicos e interpessoais na atividade a dois do que na solitária.

KAPLAN¹ (1979) apud KAPLAN (1999) referiu que apesar de os orgasmos na masturbação serem, raramente, tão agradáveis e excitantes quanto aqueles com um parceiro, a auto-masturbação constitui, para muitas mulheres, a maneira mais fácil e confiável de se atingir o orgasmo.

Impacto negativo dos problemas menstruais na qualidade de vida tem sido, previamente, discutido por outros autores (McCOOK et al., 2005) e é consistente com a noção de que pacientes com SOP sofrem de “baixa identidade feminina” (KITZINGER e WILLMOTT, 2002; FONSECA e BAGNOLI, 1996).

O sangramento menstrual é dotado de forte carga simbólica. Devido à enorme importância emocional e arquetípica dos genitais, sangramentos deles provenientes, mesmo fisiológicos, como é o caso da menstruação, acabam adquirindo um simbolismo todo especial. Segundo SOUCASAUX (1993), para a mulher, ocorrência de menstruações normais, dentro dos períodos esperados, serve como um sinal, ainda que relativo e de valor aproximado, da sua normalidade fisiológica no que se refere à condição feminina; é, no mínimo, uma indicação de que a ciclicidade que caracteriza a sua fisiologia sexual está mantida.

BANCROFT et al. (1983) estudaram as flutuações do comportamento sexual e dos níveis hormonais durante o ciclo menstrual. Verificaram que os mais altos níveis

¹ KAPLAN HS. Disorders of Sexual Desire. New York, NY: Brunner/Mazel Inc; 1979.

de testosterona observados no meio do ciclo se correlacionaram, positiva e significativamente, com a frequência masturbatória, mas que não houve aumento de frequência da atividade sexual com o parceiro naquela fase do ciclo.

Em mulheres, tanto correlação positiva (ALEXANDER e SHERWIN, 1993; PERSKY et al., 1978; MORRIS et al., 1987; HARVEY, 1987) como ausência de correlação (SCHREINER-ENGEL et al., 1989; SHERWIN et al., 1985; SHERWIN e GELFAND, 1987; DAVIS et al., 1995) entre níveis hormonais durante o ciclo menstrual e comportamento sexual têm sido descritos.

As evidências sugerem, portanto, que a ação primária da testosterona na sexualidade se dá sobre o interesse sexual.

HANH et al. (2005) mostraram decréscimo da satisfação sexual em pacientes com SOP quando comparadas com grupo controle e o IMC e hirsutismo foram os aspectos clínicos da síndrome mais implicados. HASHIMOTO et al. (2003) também observaram, em ordem decrescente de importância, que hirsutismo, infertilidade, alterações menstruais e obesidade causam impacto na qualidade de vida das pacientes com SOP. No entanto, nossos resultados não identificaram correlação entre outras manifestações clínicas da SOP (obesidade, hirsutismo, acne) e variáveis do comportamento sexual.

Resultados discordantes também foram encontrados em relação à auto-estima. COFFEY e MASON (2003), em revisão de 72 referências de qualidade de vida e SOP, encontraram baixa auto-estima e decréscimo das atividades sociais nessas pacientes. Em nosso estudo, as mulheres apresentam baixo nível socioeconômico e fazem parte de uma sociedade caracterizada por desigualdades sociais e recessão econômica com altas taxas de desemprego, criminalidade e outras formas de

violência. Entretanto, 75% das pacientes estudadas demonstraram boa auto-estima e expressaram atitude de aprovação consigo mesmas.

Esse resultado, aparentemente positivo, pode por outro lado refletir comportamento de conformismo das mulheres e deve ser também avaliado numa perspectiva de gênero onde as circunstâncias de relações econômicas, além do contexto sociocultural, são importantes e revelam seus valores e modos de vida com base nas diferenças sexuais.

Os papéis relacionados ao trabalho têm diferentes significados para homens e mulheres. Acrescenta-se o fato de a mulher ter maior conflito que os homens entre trabalho e o cuidado dos filhos; desempenhando quase sempre, dupla jornada de trabalho, uma vez que também desenvolve as tarefas da casa (SIMON, 1995).

Ressaltamos, porém, que a auto-estima foi estatisticamente associada ao inconformismo da mulher com o próprio corpo; das 12 pacientes com auto-estima ruim, sete tinham consciência de ter nascido em corpo errado e cinco inclusive demonstravam sensação de que deveriam ter nascido em corpo de homem.

Quanto à imagem corporal, confirmamos o efeito deletério da obesidade. Foi observado que à medida que aumenta o IMC, piora a auto-imagem corporal. Esses dados são concordantes com outros autores. HASHIMOTO et al. (2003) estudando o impacto do peso na sintomatologia subjetiva de 133 pacientes com SOP, sendo 102 brasileiras e 31 austríacas, encontraram que a obesidade causa impacto negativo na qualidade de vida; neste estudo, obesidade foi mais prevalente entre as austríacas e teve maior influência na qualidade de vida dessas mulheres que nas brasileiras.

TRENT et al. (2005), estudando 97 adolescentes com SOP e comparando com 186 adolescentes saudáveis, mostraram que a obesidade é mediador primário do decréscimo na qualidade de vida em pacientes com SOP.

Em nosso estudo, verificamos também que os sentimentos das mulheres com SOP sobre sua aparência encontram-se particularmente deteriorados. Das quarenta e oito pacientes estudadas, 72,9% apresentaram auto-imagem corporal geral ruim. Nas questões de avaliação da imagem corporal nos domínios social e de relacionamento, apesar de as respostas não demonstrarem deterioração tão significativa, metade das pacientes referiram evitar ficar nua e 31,6% evitam ficar nua inclusive na frente do parceiro.

De interesse também foi o achado que 45,8% das pacientes não se sentem atraentes sexualmente. Estes resultados são concordantes com os de ELSENBRUCH et al. (2003) que, investigando o impacto da SOP no funcionamento emocional e psicossocial de 50 mulheres com SOP e 50 controles saudáveis, também encontraram que mulheres com SOP são significativamente menos satisfeitas com sua vida e se acham menos atraentes sexualmente.

No entanto, observamos que existe uma dificuldade, mesmo nestas pacientes que se dizem insatisfeitas com a aparência, em buscar medidas de estilo de vida saudável como dieta adequada e prática de exercícios que promovem saúde em todos os sistemas do corpo, incluindo a função sexual. Atividade física regular foi referida por apenas 16,7% das pacientes.

Avaliamos o comportamento no período de iniciação sexual através dos antecedentes sexuais. As primeiras informações sobre sexo foram fornecidas, na

grande maioria das vezes, pela mãe e na escola por professores. A média etária da primeira relação sexual foi de $18 \pm 3,2$ anos. Estes resultados são concordantes com o “Estudo da vida sexual do brasileiro – EVSB” realizado por ABDO (2004), com amostra de 3081 mulheres e representatividade de todas as regiões do país. Nesse estudo, a média etária da primeira relação sexual das mulheres entre 18 - 25 anos foi 17,2 anos e das mulheres entre 26 – 40 anos foi 18,9 anos; foi observado também que a orientação recebida dos pais e professores cresceu nas últimas quatro décadas entre as mulheres.

Estes achados refletem a explosão da sexualidade observada nas últimas décadas e mostram a necessidade da educação sexual.

TRENT et al. (2003) trabalhando com pacientes adolescentes com SOP também não encontraram diferença estatística entre média etária da iniciação sexual destas com o grupo controle de adolescentes saudáveis.

A maioria das pacientes (76,7%) caracterizaram sua primeira relação como positiva; destas, 68,2% foi no coito a primeira experiência de orgasmo e 31,8% em masturbação solitária.

KAPLAN² (1979) apud KAPLAN (1999) apontou que mais de 50% das mulheres experimentam seu primeiro orgasmo por auto-estimulação, porém somente 40% relata ter se masturbado. ABDO (2004) verificou que as mulheres brasileiras mostram-se mais inibidas para falar sobre sexo que os homens.

Com relação ao estado marital, metade das pacientes eram casadas e/ou amasiadas com provável estabilidade emocional e 79,2% tinham parceiro no

² KAPLAN HS. Disorders of Sexual Desire. New York, NY: Brunner/Mazel Inc; 1979.

momento da entrevista. O tempo de relacionamento foi superior a um ano para 71,1% das pacientes.

Todas as pacientes do nosso estudo eram heterossexuais. AGRAWAL et al. (2004) estudando a prevalência de SOP em mulheres lésbicas, encontraram que a síndrome é mais prevalente nestas que em mulheres heterossexuais. Observaram também, que mulheres lésbicas com SOP têm concentrações mais elevadas dos androgênios que as mulheres heterossexuais com SOP. Sugeriram, a partir destes resultados, que altas concentrações de androgênios, normalmente, observadas em pacientes com SOP, pode contribuir para a orientação sexual.

Contraditório ao observado por ELSENBRUCH et al. (2003) e por HAHN et al. (2005), o escore de satisfação sexual foi alto em nossa amostra (81,3%), apenas 18,7% das pacientes indicaram insatisfação com sua vida sexual. Ressaltamos que a satisfação sexual é um fenômeno complexo que resulta da conformidade do indivíduo às suas necessidades e motivações sexuais, concepções de valores e seus objetivos, assim como suas experiências sexuais, seu próprio comportamento e o comportamento de terceiros.

Nas variáveis do comportamento sexual vinculadas às atividades desenvolvidas com o parceiro, não encontramos correlação entre as principais manifestações clínicas da SOP (irregularidade menstrual, hirsutismo, obesidade), bem como da auto-estima com as variáveis relacionadas ao ciclo da resposta sexual. Entretanto, identificamos com significância estatística, que a frequência de desejo foi maior nas pacientes com auto-imagem corporal boa.

A maioria das pacientes (60,5%) do estudo referiu frequência sexual de uma a duas vezes por semana e 36,9% frequência maior ou igual a três vezes por semana.

Estes dados são concordantes com o EVSB que encontrou que as mulheres realizam 2,3 relações sexuais em média por semana. As freqüências de desejo e de excitação também foram consideradas adequadas e satisfatórias na maioria das pacientes, principalmente, levando-se em consideração que 28,5% das mulheres brasileiras referem apresentar “alguma” dificuldade sexual.

Observamos que 35,2% das pacientes tinham dificuldade para atingir o orgasmo e que quatro pacientes (10,8%) eram anorgásticas. No EVSB (ABDO, 2004), foi encontrada dificuldade para atingir o orgasmo em 26,2% das mulheres, sendo que os índices são maiores no início da vida sexual, chegando a 33,8% para mulheres entre 18 e 25 anos. O encontro de taxas maiores de dificuldade orgástica no nosso estudo pode decorrer apenas da diferença entre as casuísticas e metodologias utilizadas.

Por outro lado, em nosso estudo não nos detivemos aos aspectos numéricos, mas à qualidade da atividade sexual. A taxa de satisfação na relação sexual foi de 73%. Os estudos sobre a sexualidade oscilam em valorizar o orgasmo no que se refere à satisfação sexual (WATERMAN e CHAUZZI, 1982; DARLING et al., 1991).

Situação mais complexa é observada no caso de mulheres que apresentam ciclo da resposta sexual adequado (desejo, excitação e orgasmo), sendo, no entanto, incapazes de obter satisfação sexual subjetiva nessa atividade. Esta observação motivou a introdução de nova categoria de disfunção sexual, denominada “Desordem de Satisfação Sexual” que seria aplicada justamente a esses casos (BASSON et al., 2000).

ABDO (2004) encontrou no EVSB que, em ordem decrescente de importância, contribuem para o bom desempenho e a satisfação sexual de mulheres:

relacionamento com afeto e sentimento, intimidade com o parceiro, tranquilidade para o ato sexual e atração física pelo parceiro.

As pacientes com SOP apresentaram bom grau de intimidade e comunicação com o parceiro. Todas demonstraram prazer em acariciar e ser acariciada; a grande maioria conhece os pontos prazerosos do seu corpo e do corpo do outro; a maioria das pacientes também demonstrou satisfação com o parceiro, tanto como amigo quanto amante, sendo o amor, o gostar e a família os principais motivos que mantêm o relacionamento. Ainda, 68,4% das pacientes referiram que conversam abertamente sobre sexo com o parceiro. No entanto, 94,6% não tomam iniciativa, ou tomam iniciativa para o sexo em menos da metade das relações.

Em trabalho anteriormente realizado por nós, encontramos que a auto-imagem corporal negativa interferiu desfavoravelmente na intimidade com o parceiro. Estes resultados contraditórios decorrem da diferente metodologia utilizada, em que intimidade com o parceiro foi avaliada a partir da dificuldade expressa pela paciente de exposição corporal ao parceiro (PAIXÃO et al., 2005b).

No exercício da sexualidade, a fantasia sexual referida por 33,3% das pacientes; feleção 81,1%, cunnilingus 83,8% e sexo anal por 24,3%. ABDO (2004) no EVSB, avaliou o que compõe o ato sexual para homens e mulheres e encontrou diferenças significativas entre eles. A penetração vaginal foi mais referida pelas mulheres; masturbação mútua, beijar e acariciar foram similares nos dois sexos; mas, sexo oral, sexo anal, penetração em outros orifícios, bem como uso de acessórios ou outras modalidades eróticas foram mais presentes para o universo masculino.

A dor na relação sexual foi referida por 48,6% das pacientes com SOP proporção maior que mulheres participantes do EVSB. Dispareunia temporária é

comum e experimentada por muitas mulheres ocasionalmente. A mais freqüente causa é a lubrificação insuficiente, que pode resultar de estimulação insuficiente; contudo, muitos problemas físicos, como as vulvovaginites, podem causar dispareunia.

Para avaliar a influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual, optamos pelo acetato de medroxiprogesterona (AMP) 5mg/dia/10 dias do mês, do 15º ao 24º dia do ciclo e pelo acetato de ciproterona (ACP) em duas concentrações: 2mg associado a 35µg de etinilestradiol por 21dias/mês, ou 1mg associado a 2mg valerato de estradiol, por 10 dias, após 11 dias de valerato de estradiol isolado.

O tratamento hormonal da SOP visa diminuir a síntese de androgênios e seus efeitos; esta redução pode comprometer o impulso sexual (KAPLAN 1999; SANTOS 1996). Não há dúvidas de que a contracepção hormonal aumenta os níveis plasmáticos de SHBG e reduzem a testosterona livre e total e evidências sugerem que níveis de T livre circulantes têm ligação com desejo sexual e masturbação de mulheres jovens (NAPPI et al., 2004).

Redução da libido com o uso de ACHO tem sido relatada em 0,7 - 6% das mulheres (HAMMERSTEIN et al., 1983).

Tanto o AMP como o ACP têm sido usados em altas doses no tratamento de desvios sexuais como desordem do desejo sexual hiperativo e parafilias. Conseqüentemente, há preocupação sobre os seus efeitos na libido da mulher quando usados em baixas doses (RAUDRANT e RABE, 2003).

ACP é o antiandrogênio mais estudado no tratamento dos desvios sexuais, age bloqueando os receptores androgênicos, diminuindo a atividade da 5α-redutase, enzima responsável pela conversão da testosterona em DHT e suprimindo a secreção

de gonadotrofinas, deste modo, reduzindo a produção androgênica ovariana e adrenal.

Contraceptivos orais combinados, contendo acetato de ciproterona, promovem alta efetividade contraceptiva com excelente controle do ciclo, além de melhora ou resolução da seborréia, acne, hirsutismo e alopecia.

BRADFORD (2001), em revisão do tratamento das parafilias e do comportamento sexual compulsivo, descreve que o AMP também tem significativo impacto nos desvios sexuais com redução nas fantasias dessas pacientes.

ALEXANDER e SHERWIN (1993) encontraram, em mulheres usando ACHO, positiva correlação entre níveis de testosterona livre e mensuração de desejo sexual, pensamentos e antecipação da atividade sexual.

BANCROFT et al. (1991), estudando a relação entre testosterona livre plasmática e medidas de atitude sexual, comportamento sexual e comportamentos relacionados ao papel de gênero, avaliaram cinquenta e cinco mulheres jovens usuárias de ACHO e cinquenta e três não usuárias. Os níveis de testosterona livre e de outras medidas de androgenicidade foram substancialmente mais baixos no grupo das usuárias de ACHO. No entanto, não houve correlação entre testosterona livre e comportamentos relacionados ao papel de gênero nem com uso de fantasias sexuais. Cientes de que as relações entre androgênios e comportamento de mulheres são facilmente obscurecidas pelas influências psicossociais, os autores inferiram que, na amostra de usuárias, as influências podem ter sido mais fortes que no grupo de não usuárias.

ADAMOPOULOS et al. (1988), avaliando atividade sexual em mulheres hirsutas com aumento dos níveis de androgênios circulantes antes e durante

tratamento combinado de acetato de ciproterona com etinilestradiol e comparando com grupo controle, também não encontraram diferença na atividade sexual de hirsutas e não-hirsutas; o tratamento produziu marcada redução nos níveis de androgênios mas falhou em mostrar efeitos na sexualidade. Em mulheres hirsutas a percentagem de testosterona livre assim como a frequência de masturbação foram mais altas e a frequência sexual foi mais baixa. Após o tratamento não houve mudança na atividade sexual total (coito + masturbação) mas houve uma inversão: aumentou a frequência sexual e diminuiu a frequência de masturbação. Os autores concluíram que níveis elevados de androgênios circulantes não são cruciais na expressão do comportamento sexual de mulheres hirsutas.

Em nosso estudo, não observamos influência da terapêutica hormonal na sexualidade. Não houve interferência no ciclo da resposta sexual, nem houve diferença estatística entre os tratamentos administrados (AMP e ACP).

A dificuldade de controlar todas as influências – hormonais e não hormonais – é indubitável, por essa razão, é necessário refinar o entendimento sobre os vários aspectos do comportamento sexual e sobre a contribuição dos múltiplos fatores que interferem em sua manifestação.

6 CONCLUSÕES

Nas mulheres com síndrome dos ovários policísticos, concluímos que:

- 1- Não houve interferência das manifestações clínicas na auto-estima. A auto-imagem corporal foi prejudicada, com freqüente sentimento de baixa atratividade, o que exerceu impacto negativo sobre o desejo sexual.
- 2- A iniciação sexual, as formas de expressão da sexualidade, a intimidade comunicativa com o parceiro e a satisfação sexual não foram influenciadas pela síndrome.
- 3- A ausência de menstruação exerceu impacto sobre o interesse sexual não vinculado às atividades com o parceiro – aumentou a freqüência masturbatória. Obesidade e hirsutismo não interferiram no comportamento sexual.
- 4- A terapêutica hormonal com acetato de medroxiprogesterona ou com estrogênio associado a acetato de ciproterona não demonstrou influência no ciclo da resposta sexual.

7 ANEXOS



Anexo A – Termo de consentimento livre esclarecido

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO CAIXA POSTAL, 8091, - SÃO PAULO - BRASIL

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: M () F ()
DATA NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE _____ CEP: _____ TELEFONE: _____
2. RESPONSÁVEL LEGAL _____
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : _____ SEXO: M () F ()
DATA NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____
CEP: _____ TELEFONE: _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTIFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos.
PESQUISADOR: Jucilene Sales da Paixão
CARGO/FUNÇÃO: Pós-graduanda INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 78039
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: RISCO BAIXO
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE SOBRE A PESQUISA

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA: Você está convidada a participar de um estudo que visa analisar o comportamento sexual (vontade de sexo, prazer, frequência) de mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) e, verificar a influência da terapêutica sobre o mesmo. Este estudo incluirá 30 pacientes voluntárias com SOP divididas em 3 grupos: Grupo A - serão medicadas com acetato de medroxiprogesterona, na dose de 5 mg/dia do 15° ao 24° dia do ciclo, via oral (n=10); Grupo B- serão medicadas com anticoncepcional hormonal oral (ACO) , 0,035 mg de etinilestradiol e 2 mg de acetato de ciproterona, 1 cp/dia, 21 dias, via oral (n=10); Grupo C - serão medicadas com associação estrógeno-progestógeno (2 mg de valerato de estradiol - 11 drágeas, 2 mg de valerato de estradiol e 1 mg de acetato de ciproterona 10 drágeas), 1 dg/dia, via oral, 21 dias (n=10); O estudo totalizará 12 meses de tratamento com 6 visitas para exame clínico em intervalos de 3 meses. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição onde será realizado.
2. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS, INCLUINDO A IDENTIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS QUE SÃO EXPERIMENTAIS: O médico e o hospital onde você está consultando comprometem-se a prestar, durante o período de estudo, toda a assistência médica que você precisar em virtude do uso da medicação de estudo. No início do estudo (visita 1/recrutamento) você receberá explicações detalhadas e claras sobre o estudo do qual participará. Você só poderá participar deste estudo se assinar este formulário de consentimento. Seu médico irá verificar sua história médica e realizar exames físico e ginecológico completos. Na visita 1, visita 4 e visita 6 serão coletadas amostras de sangue para avaliação do açúcar, gordura e hormônios no sangue e USG pélvica e/ou transvaginal. Na visita 1 e visita 6 serão realizados exame de prevenção do câncer de colo uterino. Na visita 2, de acordo com a avaliação de seu médico, se realmente não houver impedimentos à sua participação e você mantiver seu consentimento (concordância), você responderá o questionário sobre o comportamento sexual e receberá a primeira medicação e o

" calendário de ciclo". O médico então lhe explicará como preenchê-la e você deverá trazê-lo nas consultas. À partir desta consulta você deverá retomar à cada 3 meses e a cada consulta responderá o questionário sobre o comportamento sexual. É de extrema importância que você compareça a todas as consultas marcadas, seguindo todas as orientações de seu médico. Em cada consulta você receberá o medicamento que deverá ser utilizado até a próxima consulta. O tratamento não deve ser interrompido ou alterado sem o conhecimento ou orientação do médico. Você não é obrigada a participar deste estudo. Você pode recusar participar deste estudo e pode também desistir de participar do mesmo a qualquer momento, sem ter que fornecer as razões para sua desistência. Sua recusa não afetará seu direito a um tratamento médico, nem trará consequências negativas para você. Embora sua participação neste estudo seja voluntária, você deverá seguir as instruções do seu médico enquanto estiver participando dele.

3. **DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS:** Durante qualquer tipo de tratamento medicamentoso existem os efeitos esperados e as reações adversas, também chamados de inesperados ou indesejáveis. Embora os medicamentos empregados neste estudo sejam extremamente seguros, é possível a ocorrência de reações adversas, a exemplo do que ocorre com todos os medicamentos utilizados para o tipo de problema que você tem. Podem ocorrer dor de cabeça, alteração do desejo sexual, dor de estômago, enjôo, dores e inchaço das mamas.

4. **BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:** Talvez este estudo não lhe traga benefícios além do fato de receber gratuitamente a medicação. Contudo, as informações obtidas "neste e em outros estudos podem ser valiosas para o avanço do tratamento de mulheres com SOP.

5. **PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS PARA O INDIVÍDUO:** Existem outros remédios que também podem ser utilizados para o tratamento de SOP.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. SIM
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. SIM
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. SIM
4. Disponibilidade de assistência no HC/FMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. SIM
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa. Não cabe, pois a pesquisa não causará dano a saúde do paciente.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Jucilene Sales da Paixão Silva (011) 5575-7562/9644-7971- Rua Botucatu, 261, apto. 112- Vila Mariana

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador (carimbo ou nome Legível)

Anexo B – Aprovação da CAPPesq



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
D A
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 3671
SÃO PAULO – BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa


APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 29.08.02, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **582/02**, intitulado: "**Comportamento sexual de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos**", apresentado pelo Departamento de OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **PROFA. DRA. ÂNGELA MAGGIO DA FONSECA**

Pesquisador(a) Executante: **DRA. JUCILENE SALES DA PAIXÃO SILVA**

CAPPesq, 29 de Agosto de 2002.


PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

Anexo C - Características da população de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos

Nº	Registro	Idade	Raça	Estado civil	Escolaridade	Religião	Renda pessoal	Ativ. Física	Tabagismo
1	13453730I	26	Negra	Amasiada	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
2	44200148G	23	Branca	Solteira	Superior C	Nenhuma	1-2 salários mín.	Sim	Sim "G"
3	13460925H	24	Branca	Casada	Secundário I	Evangélica	Sem renda	Não	Não
4	13436860D	24	Branca	Amasiada	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Não
5	13506771D	23	Branca	Solteira	Primário I	Evangélica	1-2 salários mín.	Sim	Não
6	13479097C	24	Negra	Solteira	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
7	3097148F	28	Branca	Solteira	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Sim "G"
8	13469559J	18	Branca	Solteira	Secundário I	Católica	Sem renda	Sim	Não
9	13496750H	35	Branca	Solteira	Secundário I	Católica	<1 salário mín.	Sim	Não
10	13464532D	26	Negra	Casada	Secundário C	Evangélica	1-2 salários mín.	Não	Não
11	13437048G	35	Branca	Amasiada	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Sim "G"
12	3322966E	30	Negra	Amasiada	Secundário I	Evangélica	1-2 salários mín.	Não	Não
13	2956183F	34	Branca	Solteira	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Não
14	13598041J	23	Branca	Solteira	Secundário I	Espiritualista	Sem renda	Não	Não
15	3368308B	23	Branca	Amasiada	Secundário I	Evangélica	<1 salário mín.	Não	Não
16	13463127A	20	Negra	Solteira	Secundário C	Evangélica	1-2 salários mín.	Não	Não
17	3021260J	25	Branca	Solteira	Secundário C	Evangélica	Sem renda	Não	Não
18	2176224H	24	Branca	Solteira	Superior C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
19	13440466E	24	Branca	Solteira	Primário C	Nenhuma	1-2 salários mín.	Não	Sim "G"
20	3332556G	33	Branca	Amasiada	Primário I	Evangélica	Sem renda	Não	Não
21	13615831D	28	Branca	Amasiada	Primário C	Evangélica	<1 salário mín.	Não	Não
22	7045326C	26	Branca	Casada	Secundário C	Católica	Sem renda	Não	Não
23	3279794C	24	Branca	Solteira	Secundário C	Católica	≥3 Salários mín.	Sim	Sim "P"
24	13616956F	29	Branca	Casada	Secundário C	Evangélica	<1 salário mín.	Sim	Não
25	13609830B	21	Branca	Amasiada	Primário C	Evangélica	<1 salário mín.	Não	Não
26	6009767H	21	Negra	Solteira	Secundário C	Evangélica	Sem renda	Não	Não
27	13475262G	21	Negra	Solteira	Secundário C	Católica	<1 salário mín.	Não	Não
28	3377283H	24	Branca	Amasiada	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
29	13626055D	34	Branca	Casada	Analfabeta	Católica	<1 salário mín.	Não	Sim "P"
30	13526737J	32	Negra	Solteira	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
31	3311603E	22	Branca	Solteira	Secundário C	Católica	1-2 salários mín.	Não	Não
32	13632972A	20	Branca	Solteira	Secundário C	Evangélica	1-2 salários mín.	Não	Não
33	330532K	21	Branca	Solteira	Secundário C	Nenhuma	Sem renda	Sim	Não
34	2866698A	28	Negra	Solteira	Secundário C	Evangélica	1-2 salários mín.	Não	Não
35	13648296E	26	Negra	Casada	Secundário C	Católica	≥3 Salários mín.	Não	Não
36	2442626G	31	Amarela	Solteira	Secundário C	Católica	Sem renda	Não	Não
37	13649173B	21	Branca	Solteira	Secundário C	Católica	Sem renda	Não	Não
38	13646545H	18	Negra	Solteira	Secundário I	Evangélica	Sem renda	Não	Não
39	3123926D	27	Branca	Casada	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Não
40	13656099C	22	Negra	Amasiada	Secundário C	Evangélica	Sem renda	Não	Não
41	13651509B	26	Branca	Casada	Secundário C	Espiritualista	1-2 salários mín.	Não	Sim "P"
42	3321562H	27	Branca	Amasiada	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Não
43	13596580K	25	Negra	Amasiada	Secundário C	Católica	Sem renda	Não	Não
44	13644528J	24	Branca	Casada	Secundário C	Católica	<1 salário mín.	Não	Não
45	13600427D	18	Branca	Amasiada	Secundário I	Espiritualista	Sem renda	Não	Não
46	2511274D	34	Branca	Amasiada	Secundário C	Católica	<1 salário mín.	Não	Não
47	13478052C	27	Branca	Amasiada	Secundário I	Católica	<1 salário mín.	Sim	Não
48	13436886C	30	Branca	Solteira	Secundário I	Católica	Sem renda	Não	Não

Escolaridade: C - completo ; I - incompleto

Tabagismo: G - >10 cigarros/dia ; P - < 10 cigarros/dia

Atividade física: exercícios regulares ≥ 3x/semana

ANEXO D - QUESTIONÁRIO SEXUAL HC**VISITA INICIAL**

NOME _____ DATA: ___/___/___
 Nº DE ALOCAÇÃO: _____ RG. HC. _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
 FONE: _____

QUEIXA PRINCIPAL E SECUNDÁRIAS: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS

ESCOLARIDADE: () SUPERIOR () SECUNDÁRIO () PRIMÁRIO () ANALFABETA COMPL./ INCOMPL.
 DATA NASCIMENTO: ___/___/___ PROCEDENCIA: _____ RAÇA _____
 RELIGIÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO _____
 ESTÁ TRABALHANDO NO MOMENTO? () SIM () NÃO QUE TIPO DE TRABALHO: _____
 COM QUEM MORA? _____ CASA: () PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA
 RENDA PRÓPRIA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS: _____ MEDICAÇÕES EM USO: _____
 CIRURGIAS GINECOLÓGICAS (IDADES): _____ CIRURGIAS NÃO GINECOLÓGICAS (IDADES): _____
 DST (IDADES): _____ O QUE ACHA DA SUA PILIFICAÇÃO? _____
 ACNE: () SIM () NÃO HÁ QUANTO TEMPO? _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

MENARCA: _____ CICLO: _____ DUM: _____
 COMO FOI A EXPERIÊNCIA DA 1ª MENSTRUÇÃO? BOA () RUIM () FICOU COM MEDO () FICOU FELIZ ()
 COMENTE: _____
 IRREGULARIDADE MENSTRUAL: () SIM () NÃO TEMPO: _____
 G _____ P _____ A _____ PARTOS: () NORMAL () FÓRCEPS () CESÁREA
 ABORTAMENTOS: () ESPONTÂNEOS () PROVOCADOS
 IDADE FILHO MAIS NOVO: _____ IDADE FILHO MAIS VELHO: _____
 MÉTODO ANTICONCEPCIONAL: ATUAL _____ TEMPO USO _____ ANTERIORES _____ TEMPO USO _____
 SUA VIDA SEXUAL MUDOU APÓS O PARTO? () SIM () NÃO
 E APÓS ABORTO? () SIM () NÃO APÓS LAQUEADURA? () SIM () NÃO
 COMENTE SOBRE AS MUDANÇAS: _____

ANTECEDENTES SEXUAIS

COM QUE IDADE TEVE SUAS PRIMEIRAS INFORMAÇÕES SOBRE SEXO?
 QUEM FORNECEU ESTAS INFORMAÇÕES? () MÃE () PAI () PROFESSOR () AMIGAS () REVISTAS () OUTROS
 COITARCA: _____ IDADE DO PARCEIRO NA ÉPOCA: _____ QUAL O RELACIONAMENTO COM ESSE PARCEIRO?
 () AMIGO () CONHECIDO () DESCONHECIDO () NAMORADO () NOIVO () MARIDO () PARENTE () ESTUPRO TEVE
 PRAZER NA 1ª RELAÇÃO? () SIM () NÃO QUANTO TEMPO DEMOROU PARA TER ORGASMO AO COITO?
 COMENTE SOBRE SUA 1ª RELAÇÃO: LOCAL? CONSENTIMENTO? COMPORTAMENTO DO PARCEIRO? COMO SE
 SENTIU APÓS? TEVE SANGRAMENTO/ DOR?
 COMO OBTVEU O 1º ORGASMO? () MASTURBAÇÃO SOZINHA () MASTURBAÇÃO COM OUTRA PESSOA. COM
 QUEM? _____ () AO COITO. COM QUEM? _____
 COM QUE IDADE TEVE O PRIMEIRO ORGASMO? _____
 VIDA SEXUAL SATISFATÓRIA PREVIAMENTE? () SIM () NÃO
 QUANTOS PARCEIROS (Nº TOTAL)? _____ HETERO / HOMO / BISSEXUAL
 COMENTE SOBRE PARCEIROS ANTERIORES: ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM () PÉSSIMO ()
 PORQUE? _____
 TEMPO DE RELACIONAMENTO: _____ AUTO-MASTURBAÇÃO () SIM () NÃO IDADE DE INÍCIO:
 ORGASMO: () SIM () NÃO FREQUENCIA MASTURBATÓRIA: _____
 IDADE DO 1º ORGASMO COM AUTO-MASTURBAÇÃO: _____

ATIVIDADE SEXUAL ATUAL

VIDA SEXUAL SATISFATÓRIA? () SIM () NÃO
 TEM PARCEIRO NO MOMENTO? () SIM () NÃO
 TIPO DE RELACIONAMENTO ATUAL: _____
 TEMPO DE RELACIONAMENTO: _____
 FREQUENCIA SEXUAL: () 1X/SEM. () 2X/SEM. () 3X/SEM. () >3X/SEM. () QUIZENAL () MENSAL () < MENSAL
 COMO ERA A FREQUENCIA ANTERIORMENTE? _____ MOTIVO DA MUDANÇA? _____
 ESTA ATIVIDADE LHE TRAZ SATISFAÇÃO? () SIM () NÃO SE NÃO, HÁ QUANTO TEMPO É INSATISFATÓRIO?
 NO MOMENTO: () FALTA VONTADE () PARCEIRO NÃO AJUDA () DOR NA RELAÇÃO () VAGINA SECA
 () VERGONHA DO CORPO () VAGINA LARGA () OUTRO _____
 O QUE VOCÊ ACHA QUE TEM INTERFERIDO NA SUA VIDA SEXUAL IMPEDINDO DE SER SATISFATÓRIO:
 () TRABALHO () STRESS () DESINTERESSE PELO PARCEIRO () NENHUM FATOR
 SEU ATO MUDOU NOS ÚLTIMOS ANOS? () SIM () NÃO () FICOU MENOS FREQUENTE () MAIS RÁPIDO
 () SEM GRAÇA () MAIS DIFÍCIL ATINGIR ORGASMO () MELHOR
 SE MELHOROU: () TEM MAIS DESEJO SEXUAL () PASSOU A TER ORGASMO () PARCEIRO MAIS CARINHOSO
 () A RELAÇÃO DURA MAIS TEMPO OUTRO: _____

VOCÊ SABE QUAIS OS PONTOS DO CORPO DE SEU PARCEIRO QUE QUANDO TOCADOS DÃO PRAZER?
 SIM NÃO QUAIS?
 VOCE SABE QUAIS OS PONTOS DE SEU CORPO QUE CAUSAM PRAZER ão SEREM TOCADOS? SIM NÃO
 QUAIS?
 FREQUÊNCIA DE CARÍCIAS PREFERIDAS: RECEBIDAS / 10X PROPORCIONADAS / 10X
 CONVERSA SOBRE SEXO ABERTAMENTE COM SEU PARCEIRO? SIM NÃO PORQUE? _____
 VOCÊ GOSTA DE ACARICIAR SEU PARCEIRO? SIM NÃO COMENTE: _____
 GOSTA DE SER ACARICIADA POR ELE? SIM NÃO COMENTE: _____
 TEM DESEJO SEXUAL? SIM NÃO (____X EM 10 RELAÇÕES)
 HÁ MUDANÇA DO DESEJO (REDUÇÃO / PERDA / AUMENTO)? SIM NÃO TEMPO: _____
 HÁ FATOS OU FATORES CORRELACIONADOS? _____
 TOMA A INICIATIVA DO COITO? SIM NÃO ANTES SIM AGORA NÃO
 QUANTO TOMA INICIATIVA? (____X / 10 RELAÇÕES) HÁ QUANTO TEMPO NÃO TOMA MAIS INICIATIVA?
 CORRELACIONA USO DE ALGUM MEDICAMENTO COM MUDANÇA DO DESEJO? SIM NÃO
 SENTE DESEJO EM ALGUMA OUTRA SITUAÇÃO DIFERENTE DA HABITUAL? SIM NÃO
 FANTASIAS SEXUAIS? SIM NÃO NUNCA ANTES SIM AGORA NÃO QUANTO?(____ X EM 10 RELAÇÕES)
 HÁ MUDANÇA NAS FANTASIAS (REDUÇÃO / PERDA / AUMENTO)?
 SIM NÃO TEMPO: _____ FATORES ENVOLVIDOS? _____
 QUAL(IS) FANTASIA(S) PREDILETA(S)? _____
 A MUDANÇA NO DESEJO OU NAS FANTASIAS SEXUAIS CAUSA SOFRIMENTO PARA VOCÊ? SIM NÃO
 DIFICULDADE INTERPESSOAL? SIM NÃO COMENTE: _____
 COMO É (OU ERA) SUA INICIATIVA? VERBAL COMO CONVIDA? SINAL SUTIL. COMO?
 ACARICIA ALGUMA PARTE DO CORPO DELE. QUAL? OUTRA FORMA DE INICIATIVA QUAL?
 COMO É A INICIATIVA DO PARCEIRO?
 TEM EXCITAÇÃO SEXUAL? SIM NÃO (____ X EM 10 RELAÇÕES)
 HÁ MUDANÇA NA EXCITAÇÃO (REDUÇÃO / PERDA / AUMENTO)? SIM NÃO TEMPO:
 FATORES CORRELACIONADOS?
 ATUALMENTE: FICO MOLHADA FICO LEVEMENTE MOLHADA NÃO FICO MOLHADA NÃO
 TENHO LUBRIFICAÇÃO MAS FICO EXCITADA NÃO TENHO LUBRIFICAÇÃO E FICO ENTEDIADA COM A RELAÇÃO
 TEM DOR À RELAÇÃO? SIM NÃO ÀS VEZES TEMPO:
 NA PENETRAÇÃO? SIM NÃO NA PROFUNDIDADE? SIM NÃO
 TEM SANGRAMENTO À RELAÇÃO? SIM NÃO TEMPO:
 TEM ORGASMO AO COITO? SIM NÃO (____ X EM 10 RELAÇÕES)
 REDUÇÃO DA FREQUENCIA? SIM NÃO AUMENTO? SIM NÃO
 HÁ QUANTO TEMPO? FATORES CORRELACIONADOS?
 FREQUENCIA ORGASMO ANTES DA MUDANÇA?(____ X EM 10 RELAÇÕES)
 TEM MÚLTIPLOS ORGASMOS? SIM NÃO IDADE DE INÍCIO: EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS: Nº DE ORGASMOS:
 SEQUENCIAIS: QUAL INTERVALO ENTRE OS ORGASMOS? (DETALHAR): _____
 FASE DE RESOLUÇÃO: _____
 AUTO MASTURBAÇÃO? SIM NÃO FREQUENCIA ATUAL: OBTÉM ORGASMO? SIM NÃO
PAROU DE MASTURBAR-SE? SIM NÃO PORQUE?
 MASTURBAÇÃO COM O PARCEIRO? SIM NÃO NUNCA
 ANTES SIM AGORA NÃO FREQUENCIA:
 SÓ COMO PRÊAMBULO, SEM ORGASMO OBTÉM ORGASMO
 PAROU A MASTURBAÇÃO COM O PARCEIRO? SIM NÃO PORQUE?
 Nº TOTAL DE ORGASMOS POR SEMANA? MÊS?
 COITO: _____ MASTURBAÇÃO COM PARCEIRO: _____ MASTURBAÇÃO SOZINHA: _____ OUTROS _____
 VOCE FINGE QUE TEM PRAZER? SIM NÃO COMENTE (PORQUE, COMO, HA QUANTO TEMPO):
 SEU PARCEIRO TEM CONHECIMENTO DE SUA INSATISFAÇÃO? SIM NÃO
 COMO REAGE? CHATEADO RECLAMA É COMPREENSIVO QUER SE SEPARAR OUTRAS
 VOCÊ ACHA QUE SEU PARCEIRO TEM ALGUMA RESPONSABILIDADE? SIM NÃO PORQUE: _____
 VOCÊ TEM AVERSÃO POR SEXO? SIM NÃO TEMPO: EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS (COM QUEM)? _____
 FATORES CORRELACIONADOS: _____
 OUTRAS PRÁTICAS SEXUAIS? FELIÇÃO: SIM NÃO CUNILINGUS: SIM NÃO ANAL: SIM NÃO
 COM OU SEM ORGASMO? _____
 VOCÊ ACHA QUE NASCEU EM CORPO ERRADO? SIM NÃO
 ACHA QUE DEVERIA TER NASCIDO EM CORPO DE HOMEM? SIM NÃO
 SENTE ATRAÇÃO SEXUAL POR: HOMEM MULHER AMBOS OS SEXOS NENHUM DELES

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

CIGARRO? () SIM () NÃO QUANTOS: _____ TEMPO: ÁLCOOL? () SIM () NÃO O QUE BEBE? _____
 QUANTO BEBE? _____ FREQUENCIA? JÁ USOU! OU USA DROGA? () SIM () NÃO TIPO: _____ FREQUENCIA:
 EXERCÍCIO? () SIM () NÃO TIPO? _____ FREQUENCIA: _____
 O QUE GOSTA DE FAZER NAS HORAS VAGAS?

AVALIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA

O QUE ACHA A SEU RESPEITO? COMENTE: _____

AVALIAÇÃO DA AUTO-IMAGEM CORPORAL

COMO SE SENTE EM RELAÇÃO A SEU CORPO?
 EVITA FICAR NUA? () SIM () NÃO
 EVITA FICAR NUA NA FRENTE DOS OUTROS? () SIM () NÃO
 EVITA FICAR NUA NA FRENTE DO SEU PARCEIRO? () SIM () NÃO
 OLHA SEU CORPO COM FREQUENCIA? () SIM () NÃO
 GOSTA DE OLHAR? () SIM () NÃO
 FICA NUA DIANTE DO ESPELHO? () SIM () NÃO
 SENTE-SE ATRAENTE SEXUALMENTE? () SIM () NÃO
 SENTE-SE DESEJADA? () SIM () NÃO
 GOSTA DE VOCÊ MESMA? () SIM () NÃO

NÍVEL DE BEM ESTAR PSICOLÓGICO

CUIDA OU ESTÁ PREOCUPADA COM ALGUÉM DOENTE? () SIM () NÃO
 HÁ QUANTO TEMPO? _____
 ESTÁ PREOCUPADA COM PROBLEMAS PESSOAIS DE SAÚDE? () SIM () NÃO
 TEMPO: _____
 TEVE ÓBITO DE PESSOA(S) PRÓXIMAS RECENTEMENTE? () SIM () NÃO
 QUEM? _____
 ALGUM FAMILIAR FAZ USO DE DROGAS / ALCOÓLATRA? () SIM () NÃO
 QUEM? _____
 ATRITO COM FAMILIAR / AMIGA / AMIGO? () SIM () NÃO QUEM? TEMPO: _____
 ESTÁ TRANQUILA? () SIM () NÃO PORQUE NÃO? _____
 HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ TRANQUILA? _____
 COMO É! OU ERA SEU RELACIONAMENTO COM SUA MÃE? E COM SEU PAI?
 BATIA? () SIM () NÃO () POUCO () MUITO ALCOÓLATRA? () SIM () NÃO

GRAU DE AJUSTE MARITAL (SE CASADA E/OU AMASIADA)

VOCÊ AMA SEU MARIDO? () SIM () NÃO
 FALE SOBRE SEU PARCEIRO:
 IDADE: _____ COR: _____ PROFISSÃO: _____
 ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: () SIM () NÃO
 ESCOLARIDADE: _____ RELIGIÃO: _____

TEM ALGUMA DOENÇA (FÍSICA / PSÍQUICA / DST)? () SIM () NÃO
 QUAL: _____ USA MEDICAMENTO: () SIM () NÃO
 TEM BOA EREÇÃO? () SIM () NÃO USA VIAGRA? () SIM () NÃO
 EJACULA RÁPIDO? () SIM () NÃO QUANTO TEMPO APÓS? _____
 O PARCEIRO PERDE A EREÇÃO DURANTE A RELAÇÃO? () SIM () NÃO
 ELE ESPERA VOCÊ GOZAR PARA EJACULAR APÓS? () SIM () NÃO
 VOCÊ GOZA COM ELE? () SIM () NÃO
 A RELAÇÃO ACABA QUANDO ELE EJACULA? () SIM () NÃO
 QUANDO ELE GOZA, ELE PARA PRA SABER SE VOCE GOZOU E LHE
 MASTURBA ATÉ VOCÊ GOZAR? () SIM () NÃO
 VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM SEU MARIDO COMO AMIGO? () SIM () NÃO
 VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM SEU PARCEIRO COMO AMANTE? () SIM () NÃO
 CONVERSA COM SEU PARCEIRO SOBRE SEUS DESEJOS? () SIM () NÃO
 RESENTIMENTOS? _____
 VOCÊ É HOSTIL COM SEU PARCEIRO? () SIM () NÃO QUAIS OS MOTIVOS QUE MANTÊM O SEU RELACIONAMENTO?
 A RELAÇÃO É SATISFATÓRIA NOS DEMAIS ASPECTOS? () SIM () NÃO
 HÁ DEPENDENCIA FINANCEIRA? () SIM () NÃO HÁ SOCIAL E FAMILIAR? () SIM () NÃO
 SENTE DEPENDENCIA PSÍQUICA? () SIM () NÃO HÁ INFLUÊNCIA RELIGIOSA? () SIM () NÃO
 SEU MARIDO É INFIEL? () SIM () NÃO () SUSPEITA () COMPROVADA HÁ QUANTO TEMPO?
 VOCÊ É INFIEL? () SIM () NÃO ESTÁ TRAINDO NO MOMENTO? () SIM () NÃO TEMPO?

ABSTINENTE:

MOTIVOS PESSOAIS: () FALTA DESEJO "NEM PENSO" () FALTA REALIZAÇÃO
 () DOENÇA PSICOLÓGICA () DOENÇA ORGÂNICA () MEDO DE DST
 () FRUSTRAÇÕES EM RELAÇÕES ANTERIORES () OUTROS _____

MOTIVOS EXTERNOS: () CONDIÇÕES ECONÔMICAS () SEM PARCEIRO
 () DÇ FÍSICA DO PARCEIRO () DÇ PSÍQUICA DO PARCEIRO () INADEQUAÇÃO
 () INCOMPATIBILIDADE () OUTROS _____

EXAME FÍSICO

VOZ GRAVE: SIM NÃO PESO: ALTURA: PA: PULSO: IMC: _____
 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ CIRCUNFERÊNCIA QUADRIL: _____
 RELAÇÃO CINTURA / QUADRIL : _____ ACNE: SIM NÃO LOCAIS: INTENSIDADE:
 SEBORRÉIA: PELE OLEOSA CABELO OLEOSO CASPA C. CABELUDO

HIRSUTISMO: BUÇO 1 2 3 4
 MENTO 1 2 3 4
 TÓRAX 1 2 3 4
 ABDOME SUPERIOR 1 2 3 4
 ABDOME INFERIOR 1 2 3 4
 BRAÇOS 1 2 3 4
 COXAS 1 2 3 4
 COSTAS 1 2 3 4
 NÁDEGAS 1 2 3 4

ALOPÉCIA: SIM NÃO ÁREA ACOMETIDA: QUANTO:
 LESÕES HIPERPIGMENTADAS: SIM NÃO AXILAS DOBRAS PESCOÇO
 ESTRIAS: SIM NÃO EQUIMOSSES: SIM NÃO
 MAMAS: EXPRESSÃO: POSITIVA NEGATIVA
 ABDOME:
 OGE (VULVA E PERÍNEO): ÍNDICE CLITORIDIANO: (VN= 35 mm)
 EXAME ESPECULAR: TOQUE:

PROTOCOLO (COMENTÁRIOS MÉDICO)

MEDICAÇÃO INTRODUZIDA:
 GRAU DE COOPERAÇÃO NA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: BOM REGULAR RUIM
 OBSERVAÇÕES GERAIS:

DATA: ___/___/___
 RESPONSÁVEL ATENDIMENTO:

Anexo E - Avaliação clínica de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos

Nº	Queixa principal					Antecedentes menstruais			Paridade
	Irreg. Menstrual	↑ Pêlos	↑ Peso	Desejo Gestação	Acne	Menarca	1ª Menstruação	Ciclo menstrual	
1	Sim	Sim	Não	Não	Não	11	Boa	Espaniomenorréia	
2	Não	Sim	Não	Não	Não	13	Boa	Regular	
3	Sim	Não	Não	Sim	Não	13	Ruim	Espaniomenorréia	
4	Sim	Sim	Sim	Não	Não	12	Ruim	Espaniomenorréia	
5	Sim	Sim	Não	Não	Sim	13	Boa	Espaniomenorréia	
6	Não	Sim	Não	Não	Sim	15	Ruim	Regular	
7	Não	Sim	Não	Não	Não	12	Boa	Regular	G1P0A1
8	Sim	Não	Não	Não	Não	11	Boa	Espaniomenorréia	
9	Sim	Sim	Não	Não	Sim	12	Ruim	Amenorréia	
10	Sim	Não	Não	Sim	Não	14	Boa	Amenorréia	
11	Sim	Sim	Não	Não	Não	15	Boa	Espaniomenorréia	
12	Sim	Sim	Não	Não	Não	13	Ruim	Espaniomenorréia	
13	Não	Sim	Não	Não	Não	13	Ruim	Regular	
14	Não	Não	Não	Não	Sim	13	Ruim	Regular	
15	Não	Sim	Não	Não	Não	12	Boa	Regular	
16	Sim	Não	Não	Não	Não	12	Ruim	Amenorréia	
17	Não	Sim	Não	Não	Não	13	Boa	Regular	
18	Sim	Não	Não	Não	Não	13	Boa	Amenorréia	
19	Sim	Não	Não	Não	Não	19	Boa	Amenorréia	
20	Não	Sim	Sim	Não	Não	14	Ruim	Regular	G2P2A0
21	Não	Sim	Não	Não	Não	14	Ruim	Regular	
22	Sim	Não	Não	Não	Não	12	Boa	Amenorréia	
23	Sim	Não	Não	Não	Sim	12	Boa	Amenorréia	
24	Sim	Sim	Não	Não	Não	10	Boa	Espaniomenorréia	G2P2A0
25	Sim	Não	Sim	Não	Não	11	Ruim	Amenorréia	G1P1A0
26	Sim	Sim	Não	Não	Sim	13	Boa	Amenorréia	
27	Sim	Sim	Não	Não	Não	14	Boa	Amenorréia	
28	Sim	Sim	Não	Não	Não	12	Boa	Amenorréia	
29	Sim	Não	Não	Não	Não	14	Boa	Amenorréia	G2P2A0
30	Sim	Sim	Não	Não	Não	13	Boa	Amenorréia	
31	Não	Sim	Não	Não	Não	14	Boa	Regular	G1P1A0
32	Não	Sim	Não	Não	Não	9	Boa	Regular	
33	Sim	Não	Não	Não	Não	11	Boa	Espaniomenorréia	
34	Sim	Não	Não	Não	Não	15	Boa	Espaniomenorréia	G1P0A1
35	Sim	Não	Não	Não	Não	15	Boa	Amenorréia	
36	Sim	Não	Não	Não	Não	9	Boa	Amenorréia	
37	Sim	Sim	Não	Não	Não	12	Boa	Espaniomenorréia	
38	Sim	Não	Não	Não	Não	16	Ruim	Amenorréia	
39	Sim	Não	Não	Não	Não	14	Ruim	Amenorréia	G1P1A0
40	Sim	Sim	Não	Não	Não	14	Boa	Espaniomenorréia	
41	Sim	Não	Não	Não	Não	19	Ruim	Amenorréia	
42	Sim	Não	Não	Não	Não	14	Ruim	Espaniomenorréia	
43	Sim	Não	Não	Não	Não	15	Boa	Amenorréia	
44	Sim	Não	Não	Sim	Não	13	Ruim	Espaniomenorréia	
45	Sim	Sim	Não	Sim	Não	10	Ruim	Amenorréia	
46	Não	Sim	Não	Sim	Não	11	Ruim	Regular	
47	Sim	Não	Não	Sim	Não	13	Boa	Amenorréia	
48	Sim	Não	Não	Não	Não	9	Ruim	Espaniomenorréia	G4P4A0

"continua"

**Anexo E - Avaliação clínica de 48 pacientes com síndrome dos ovários
“continuação”**

Nº	Índice Ferriman	Hirsutismo	Acne	Alt	Peso	IMC(N)	IMC©	CA/CQ	Obesidade central
1	5	N	moderada	1.60	58.1	22,7	Normal	0,7	Não
2	15	S	leve	1.67	72.3	25,9	Sobrepeso	0,8	Não
3	1	N	moderada	1.52	64.5	27,9	Sobrepeso	0,8	Não
4	17	S	não	1.48	58.5	26,7	Sobrepeso	0,9	Sim
5	23	S	moderada	1.63	67.1	25,2	Sobrepeso	0,9	Sim
6	15	S	moderada	1.70	61.6	21,3	Normal	0,9	Sim
7	9	S	leve	1.65	55.5	20,4	Normal	0,7	Não
8	11	S	não	1.60	63.9	25	Normal	0,9	Sim
9	12	S	leve	1.56	66.9	27,5	Sobrepeso	0,9	Sim
10	9	S	não	1.48	42.1	19,2	Normal	0,8	Não
11	17	S	não	1.58	56.5	22,7	Normal	0,9	Sim
12	10	S	não	1.45	48.6	20,8	Normal	0,7	Não
13	12	S	não	1.58	73.5	29,5	Sobrepeso	0,9	Sim
14	3	N	moderada	1.52	87.7	38	Obesidade	0,8	Não
15	18	S	leve	1.57	64.3	26,1	Sobrepeso	0,8	Não
16	6	N	leve	1.50	52.1	23,2	Normal	0,9	Sim
17	14	S	não	1.63	59.8	22,6	Normal	0,9	Sim
18	11	S	não	1.63	77.4	29,2	Sobrepeso	0,8	Não
19	17	S	leve	1.63	71.5	27	Sobrepeso	1	Sim
20	9	S	não	1.64	103.4	38,6	Obesidade	0,9	Sim
21	23	S	não	1.48	48.0	21,9	Normal	0,8	Não
22	6	N	leve	1.60	55.9	21,8	Normal	0,7	Não
23	4	N	leve	1.59	67.8	26,9	Sobrepeso	0,8	Não
24	9	S	leve	1.56	60.1	24,5	Normal	0,7	Não
25	8	S	não	1.51	90.7	39,8	Obesidade	0,7	Não
26	8	S	leve	1.71	81.3	27,8	Sobrepeso	0,9	Sim
27	20	S	não	1.53	47.8	20,4	Normal	0,8	Não
28	18	S	leve	1.75	81.9	26,8	Sobrepeso	0,9	Sim
29	3	N	não	1.48	61.3	28	Sobrepeso	1	Sim
30	15	S	leve	1.58	56.5	22,7	Normal	0,8	Não
31	14	S	não	1.63	57.7	21,8	Normal	0,8	Não
32	17	S	leve	1.56	59.5	24,5	Normal	0,8	Não
33	8	S	não	1.48	49.5	22,6	Normal	0,9	Sim
34	13	S	moderada	1.48	46.8	21,4	Normal	0,7	Não
35	7	N	não	1.61	89.7	35	Obesidade	0,9	Sim
36	6	N	não	1.47	63.1	29,2	Sobrepeso	0,9	Sim
37	12	S	leve	1.58	54.5	21,9	Normal	0,7	Não
38	10	S	não	1.68	69.9	24,8	Normal	0,9	Sim
39	14	S	não	1.52	54.2	23,5	Normal	0,9	Sim
40	4	N	não	1.66	70.8	25,8	Sobrepeso	0,8	Não
41	26	S	leve	1.58	55.3	22,2	Normal	0,7	Não
42	10	S	não	1.52	58.3	25,2	Sobrepeso	0,9	Sim
43	10	S	leve	1.63	54.2	20,4	Normal	0,8	Não
44	10	S	moderada	1.55	58.5	24,4	Normal	0,9	Sim
45	13	S	não	1.60	96.4	37,7	Obesidade	0,8	Não
46	13	S	leve	1.64	66.4	24,8	Normal	0,8	Não
47	8	S	leve	1.61	78.1	30,5	Obesidade	0,9	Sim
48	10	S	não	1.63	104.7	39,5	Obesidade	1,1	Sim

Hirsutismo - Índice de Ferriman ≥ 8 Obesidade central - relação CA/CQ $> 0,8$

IMC - peso em Kg/altura em metro quadrado IMC (N) - valor numérico IMC © - classificatório

Anexo F - Índice de Ferriman e Gallwey (modificada por Hatch et al.,1981)

Localização	Nota	Definição
Buço	1	alguns pêlos nas comissuras
	2	vários pêlos nas comissuras
	3	vários pêlos das comissuras à metade da linha média
	4	pêlos cobrindo todo o lábio superior
Mento	1	alguns pêlos difusos
	2	pêlos difusos com algumas zonas de concentração
	3	cobertura completa leve
	4	cobertura completa densa
Tórax	1	pêlos periareolares
	2	pêlos sobre a linha média, além dos periareolares
	3	fusão das duas zonas com cobertura de 3/4 do tórax
	4	cobertura completa
Dorso	1	alguns pêlos difusos
	2	vários pêlos, sempre difusos
	3	cobertura completa leve
	4	cobertura completa espessa
Região lombar	1	tufo de pêlos na região sacral
	2	com extensão lateral
	3	cobertura de 3/4 da região
	4	cobertura total
Abdome superior	1	alguns pêlos sobre a linha média
	2	vários pêlos sobre a linha média
	3	cobertura de 50% da região
	4	cobertura total
Abdome inferior	1	alguns pêlos sobre a linha média
	2	vários pêlos sobre a linha média
	3	banda de pêlos sobre a linha média
	4	pilosidade em forma de triângulo invertido
Braços	1	pêlos esparsos atingindo 1/4 da superfície do membro
	2	pilosidade mais extensa, mas sem cobertura completa
	3	cobertura completa leve
	4	cobertura completa densa
Coxas	1	pêlos esparsos atingindo 1/4 da superfície do membro
	2	pilosidade mais extensa, mas sem cobertura completa
	3	cobertura completa leve
	4	cobertura completa densa

Anexo G - Avaliação laboratorial de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos

Nº	Colesterol	HDL	LDL	Triglicérides	Glicemia	FSH	LH	Estradiol	Testosterona
1	148	53	83	60	99	5,7	13,8	34	40
2	160	40	108	61	82	4,9	2,2	36,4	88
3	257	42	168	233	93	5,1	2,2	37,5	33
4	150	36	98	81	75	4,8	13,2	62,4	66
5	158	59	89	49	81	4,2	2,7	29,4	47
6	169	64	90	74	89	6,7	1,6	397,8	33
7	171	69	92	49	82	7,5	13	49,7	130
8	184	51	117	82	86	5,5	2,1	23,7	52
9	144	54	79	54	79	10,5	14,7	50,9	104
10	176	50	114	62	86	6,3	13,9	49,1	84
11	176	41	113	110	76	5,2	16,6	51,8	84
12	210	67	132	53	87	4,3	10,7	76,5	82
13	196	41	136	93	90	7,9	4,2	49,8	35
14	209	45	136	138	94	5	3,1	35,4	65
15	98	46	43	45	87	2,2	7,8	82,6	68
16	139	57	75	35	77	4,4	3,5	40,3	54
17	205	56	135	70	91	3,1	3,9	28,5	21
18	213	61	138	72	84	5,7	7,9	48,3	69
19	215	42	148	126	66	3	5,7	128,5	87
20	139	27	99	64	83	5,6	2,8	39,1	36
21	195	52	124	94	91	6,2	4,5	54,9	37
22	147	41	97	43	85	5	4,8	36,9	61
23	183	55	112	79	79	4,3	15,4	48,6	120
24	179	54	110	75	78	5,5	2,9	42,6	41
25	116	49	58	44	78	2,4	1,3	101,6	70
26	157	55	91	54	73	1,9	4	142,3	64
27	162	68	79	77	77	4,1	21,6	69,7	58
28	137	38	89	50	91	6	13	56,8	107
29	211	64	131	81	93	4,7	8,1	70	119
30	194	88	94	61	79	2,4	5,7	313,5	81
31	169	66	92	55	87	3,9	1,9	27,3	64
32	122	38	68	81	88	5,1	2,4	22	84
33	153	64	74	75	85	4,3	7,8	52,3	120
34	156	66	79	57	82	5,9	4,7	72,8	59
35	145	56	74	75	75	2,3	7,6	79,7	51
36	168	33	106	143	91	4,4	7,6	41,3	102
37	110	47	49	68	93	6,3	3,6	28,3	45
38	144	74	58	62	81	4,6	15,6	58	83
39	185	51	117	87	87	3,7	11,9	99	93
40	195	50	119	132	82	4,3	18,2	84,9	101
41	180	67	105	41	86	5	17,3	67,1	154
42	218	81	114	116	94	5,5	9	52,5	125
43	131	39	78	69	91	1,7	3,9	247,2	64
44	189	55	122	62	86	4,5	10,6	51,2	99
45	141	47	69	127	84	3,2	6,6	48,8	49
46	136	60	54	111	93	5,2	13,9	53,1	43
47	181	56	100	125	98	5,7	16,6	35,2	105
48	129	71	46	60	92	2,1	2,4	67	28

Valores de referência: Colesterol - até 200mg/dl; HDL- >40mg/dl; LDL- <130mg/dl; Triglicérides- até 200mg/dl
 Glicemia- 70-100mg/dl; FSH- 1,7 - 9,3UI/L ; LH- 0,95 - 9,3 UI/L; Estradiol- 35-184pg/ml; Testosterona- <14-98ng/ml

“continua”

Anexo G - Avaliação laboratorial de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos “continuação”

Nº	Prolactina	TSH	T4livre	Insulina	Androstenediona	SDHEA	17αOHP
1	21,1	1,46	1	6,2	2,5	1357	0,6
2	2,5	2,14	0,9	4,9	4,1	2688	0,4
3	21,4	2,73	0,9	21,1	3,5	1474	1,9
4	44,7	2,24	1,2	4,9	3,5	1177	1
5	3,9	0,77	1,1	6,7	3,4	777	0,8
6	8,5	3,61	1,1	4,9	2,3	1405	0,3
7	3,9	0,76	1,1	4,9	6,1	3350	1,1
8	3,8	0,62	1,2	10,7	3,9	3103	0,5
9	5,1	1,43	1,1	5	3,9	3070	0,8
10	5,7	1,96	1,1	4,9	4	2862	0,8
11	4,3	3,23	1,1	8,5	4,2	1482	2,6
12	9,9	1,63	1	4,9	5,1	422	1
13	4,3	1,42	1	7,6	3,1	1333	1,2
14	11	1,79	1	10,7	5,6	2424	0,9
15	5	0,97	1	6	7,9	2310	1,3
16	17,5	1,16	1	4,9	3,4	2647	0,4
17	7,3	0,66	1,1	22,2	2,1	1823	0,4
18	5	2,91	1	11,1	4,9	898	1
19	8,4	3,09	1	16,1	5,6	1434	4,9
20	3	1,12	1	12	2,6	1616	2,6
21	6,6	2,88	1,1	5	2,7	1866	0,7
22	9,1	2,52	1,2	6,3	3,1	4129	0,6
23	12,4	3,37	0,9	8,4	3,7	1218	1,5
24	3,7	1,84	1,1	5,6	1,7	2003	0,7
25	4,9	0,08	0,6	7,6	2,8	2113	0,9
26	12,3	3,37	0,9	14,5	3,1	1838	2,8
27	5,2	2,82	1,6	4,9	3,3	1018	1,1
28	5,2	2,08	1,4	5,1	5	3745	1,1
29	2,8	0,87	0,9	8,6	3,5	1617	2,4
30	9,3	2	1	8,4	5,3	3076	5,7
31	12	0,97	1,2	5,4	5,2	4753	1,6
32	4,3	2,05	0,8	8,4	2,8	5828	0,8
33	3,7	1,97	1,4	7,7	4,2	3217	0,9
34	4,7	0,64	0,9	6,5	4,9	3999	1
35	7,8	0,81	0,9	8,4	2,9	2263	1,3
36	8,2	1,99	1,1	13,7	7,7	3095	2,7
37	6,5	2,72	1,2	9,4	3,4	1774	17
38	5,8			7,6	6,3		2,1
39	4,7	2,85	1,3	12,9	5,7	2873	0,5
40	6,1	0,44	0,9	8,5	3,5		2,1
41	5,7	1,92	1,1	4,7	3,6	3118	2,8
42	5,4	2,65	1	7,9	4	5379	2
43	8,3	2,61	1	9,8	3,4	1975	2,2
44	7,9	2,3	1,2	4,7	6		2,4
45	11,2	3,48	1,2	21,2	4	2783	1,2
46	5,7	2,52	0,8	9,9	3,4		0,7
47	10,6	1,26	1,1	11,5	5,4	2052	2,1
48	2,3	0,85	0,9	17,3	1,6	1955	1,1

Valores de referência: Prolactina- 2,5-14,5ng/ml; TSH- 0,5-4,2uU/ml; T4livre- 0,6-1,54ng/dl
 Insulina- 2,3-26,4µU/ml; Androstenediona- 0,4- 2,7ng/ml; SDHEA- 188-3980ng/ml; 17αOHP- 0,4-1,0ng/ml

Anexo H – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às perguntas do “Questionário HC” relacionadas à auto-estima, inconformismo da mulher com o próprio corpo e auto-imagem corporal

Nº	Auto-estima	Corpo estranho	Corpo homem	IC1	IC2	IC3	IC4	IC5	IC6	IC7	IC8	IC9	IC10	ICC
1	Boa	Não	Não	Boa	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
2	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim		Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Ruim
3	Ruim	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
4	Ruim	Sim	Sim	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Ruim
5	Ruim	Sim	Não	Ruim	Não	Não		Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Boa
6	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Ruim
7	Boa	Não	Não	Boa	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
8	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
9	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
10	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
11	Ruim	Sim	Sim	Ruim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Ruim
12	Boa	Não	Não	Boa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
13	Ruim	Sim	Não	Ruim	Sim	Sim		Não	Não	Não	Não	Não	Não	Ruim
14	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Ruim
15	Ruim	Sim	Sim	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Ruim
16	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Ruim
17	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Ruim
18	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Boa
19	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Boa
20	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Ruim
21	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Ruim
22	Boa	Não	Não	Boa	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Ruim
23	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
24	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
25	Boa	Sim	Sim	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Ruim
26	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
27	Ruim	Sim	Sim	Boa	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Ruim
28	Boa	Não	Não	Boa	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
29	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Ruim
30	Ruim	Não	Não	Ruim	Não	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
31	Boa	Não	Não	Boa	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
32	Boa	Não	Não	Boa	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Boa
33	Boa	Não	Não	Boa	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
34	Boa	Não	Não	Boa	Não	Não		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
35	Ruim	Não	Não	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Boa
36	Boa	Não	Não	Boa	Não	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
37	Boa	Não	Não	Boa	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Boa
38	Ruim	Não	Não	Ruim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Ruim
39	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Ruim
40	Ruim	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Ruim
41	Boa	Não	Não	Boa	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
42	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
43	Ruim	Sim	Sim	Ruim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Boa
44	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Ruim
45	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Boa
46	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Ruim
47	Boa	Não	Não	Ruim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Boa
48	Boa	Não	Não	Ruim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Ruim

Anexo H – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às perguntas do “Questionário HC” relacionadas à auto-estima, inconformismo da mulher com o próprio corpo e auto-imagem corporal “continuação”

Variável	Categoria	Auto estima				Total	p	
		Boa		Ruim				
Corpo	Não	35	97,2%	5	41,7%	40	83,3%	<0,001*
Estranho	Sim	1	2,8%	7	58,3%	8	16,7%	
Corpo	Não	35	97,2%	7	58,3%	42	87,5%	0,002*
Homem	Sim	1	2,8%	5	41,7%	6	12,5%	
Total		36	100,0%	12	100,0%	48	100,0%	

* Teste exato de Fisher

- IC1- Como se sente em relação ao seu corpo?
- IC2- Evita ficar nua?
- IC3- Evita ficar nua na frente dos outros?
- IC4- Evita ficar nua na frente do seu parceiro?
- IC5- Olha seu corpo com frequência?
- IC6- Gosta de olhar?
- IC7- Fica nua diante do espelho?
- IC8- Sente-se atraente sexualmente?
- IC9- Sente-se desejada?
- IC10- Gosta de você mesma?
- ICC- Auto-imagem corporal classificatória

Anexo I – Associação do índice de massa corpórea (IMC) com as medidas de auto-imagem corporal em 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos

Medida	Categoria	IMC						Total	p	
		Normal		Sobrepeso		Obeso				
IC1	Boa	11	44,0%	2	12,5%	0	0,0%	13	27,1%	0,019
	Ruim	14	56,0%	14	87,5%	7	100,0%	35	72,9%	
IC2	Não	11	44,0%	10	62,5%	3	42,9%	24	50,0%	0,472
	Sim	14	56,0%	6	37,5%	4	57,1%	24	50,0%	
IC3	Não	7	28,0%	7	43,8%	1	14,3%	15	31,3%	0,329
	Sim	18	72,0%	9	56,3%	6	85,7%	33	68,8%	
IC4	Não	15	68,2%	6	60,0%	5	83,3%	26	68,4%	0,623
	Sim	7	31,8%	4	40,0%	1	16,7%	12	31,6%	
IC5	Não	7	28,0%	3	18,8%	1	14,3%	11	22,9%	0,664
	Sim	18	72,0%	13	81,3%	6	85,7%	37	77,1%	
IC6	Não	9	36,0%	7	43,8%	3	42,9%	19	39,6%	0,869
	Sim	16	64,0%	9	56,3%	4	57,1%	29	60,4%	
IC7	Não	6	24,0%	5	31,3%	1	14,3%	12	25,0%	0,679
	Sim	19	76,0%	11	68,8%	6	85,7%	36	75,0%	
IC8	Não	10	40,0%	6	37,5%	6	85,7%	22	45,8%	0,072
	Sim	15	60,0%	10	62,5%	1	14,3%	26	54,2%	
IC9	Não	4	16,0%	4	25,0%	1	14,3%	9	18,8%	0,731
	Sim	21	84,0%	12	75,0%	6	85,7%	39	81,3%	
IC10	Não	1	4,0%	1	6,3%	2	28,6%	4	8,3%	0,108
	Sim	24	96,0%	15	93,8%	5	71,4%	44	91,7%	
ICC	Boa	15	60,0%	10	62,5%	3	42,9%	28	58,3%	0,659
	Ruim	10	40,0%	6	37,5%	4	57,1%	20	41,7%	
Total		25	100,0%	16	100,0%	7	100,0%	48	100,0%	

IC1- Como se sente em relação ao seu corpo?

IC2- Evita ficar nua?

IC3- Evita ficar nua na frente dos outros?

IC4- Evita ficar nua na frente do seu parceiro?

IC5- Olha seu corpo com freqüência?

IC6- Gosta de olhar?

IC7- Fica nua diante do espelho?

IC8- Sente-se atraente sexualmente?

IC9- Sente-se desejada?

IC10- Gosta de você mesma?

ICC- Auto-imagem corporal classificatória

Anexo J – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto aos antecedentes sexuais

Nº	Q.F. Inf. Sx.	Id. Inf. Sx.	IATS	Primeira relação	Primeiro orgasmo	Total parceiros
1	Mãe	11	21	Positiva	Coito	2 ou 3
2	Professores	13			Masturbação	0
3	Professores	10	16	Positiva	Coito	1
4	Professores	15	18	Negativa	Coito	2 ou 3
5	Amigas	12	18	Positiva	Coito	>3
6	Professores	14	24	Positiva	Masturbação	1
7	Amigas	16	18	Positiva	Coito	2 ou 3
8	Professores	13	15	Negativa	Coito	1
9	Amigas	19	22	Negativa	Masturbação	>3
10	Amigas	15	20	Positiva	Coito	1
11	Professores	14	16	Positiva	Coito	>3
12	Mãe	15	15	Positiva	Sexo oral	2 ou 3
13	Amigas	16	16	Positiva	Masturbação	2 ou 3
14	Mãe	15	18	Positiva		>3
15	Professores	10	15	Positiva	Coito	>3
16	Mãe	13	20	Negativa	Masturbação	1
17	Professores	15	25	Positiva	Coito	1
18	Mãe	14	19	Positiva	Coito	1
19	Amigas	14	20	Positiva	Masturbação	2 ou 3
20	Amigas	17	18	Positiva	Masturbação	1
21	Amigas	16	16	Positiva	Coito	2 ou 3
22	Sogra	16	20	Positiva	Masturbação	1
23	Amigas	11	16	Positiva	Masturbação	>3
24	Mãe	12	18	Negativa	Coito	1
25	Amigas	15	15	Positiva	Coito	1
26	Mãe	12			Masturbação	0
27	Mãe	13	16	Negativa	Coito	2 ou 3
28	Professores	14	16	Positiva	Masturbação	1
29	Parceiro	17	17	Positiva	Coito	1
30	Amigas	15	20	Positiva	Masturbação	>3
31	Mãe	12	14	Positiva	Coito	2 ou 3
32	Mãe	8	15	Negativa	Coito	2 ou 3
33	Mãe	12				>3
34	Mãe	8	19	Positiva	Coito	2 ou 3
35	Professores	17	17	Positiva	Coito	2 ou 3
36	Professores	15				>3
37	Mãe	15				1
38	Mãe	10	18	Positiva	Coito	1
39	Mãe	14	18	Positiva	Coito	2 ou 3
40	Mãe	16	16	Positiva	Masturbação	1
41	Amigas	15	16	Positiva	Coito	2 ou 3
42	Amigas	14	18	Negativa	Masturbação	>3
43	Professores	12	18	Negativa	Coito	>3
44	Professores	12	20	Positiva	Coito	1
45	Mãe	10	13	Positiva	Coito	1
46	Mãe	9	31	Negativa	Coito	1
47	Tia	14	17	Positiva	Coito	>3
48	Mãe	10	17	Positiva	Coito	>3

Q.F. Inf. Sx. – Quem forneceu as primeiras informações sobre sexo

Id. Inf. Sx. – Idade das primeiras informações sobre sexo em anos

IATS – Idade do início da atividade sexual em anos

Anexo K – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às variáveis da atividade sexual atual

Nº	Satisfação Sx	Tem parceiro	Auto-masturbação	Freq. auto-mast.	Fantasia Sx	Rel. Sx Satisf.	Freq. Sx
1	Não	Sim	Não		Sim	Não	≥3x/sem
2	Sim	Não	Não		Não		
3	Sim	Sim	Não		Não	Não	1;2x/sem
4	Sim	Sim	Não		Não	Sim	≥3x/sem
5	Não	Não	Sim	1x/semana	Não		
6	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	1;2x/sem
7	Sim	Sim	Não		Não	Não	≥3x/sem
8	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
9	Sim	Não	Sim	1x/semana	Não		
10	Sim	Sim	Sim	1x/semana	Não	Sim	≥3x/sem
11	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	≥3x/sem
12	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
13	Não	Não	Não		Não		
14	Sim	Não	Não		Não		
15	Sim	Sim	Sim	1x/semana	Sim	Sim	1;2x/sem
16	Sim	Sim	Sim	1x/15-15 dias	Não	Sim	1;2x/sem
17	Sim	Sim	Não		Não	Sim	0
18	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	1;2x/sem
19	Sim	Sim	Sim	1x/mês	Sim	Sim	1;2x/sem
20	Não	Sim	Não		Não	Não	1;2x/sem
21	Sim	Sim	Não		Não	Não	≥3x/sem
22	Não	Sim	Sim	1x/semana	Não	Não	1;2x/sem
23	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	0
24	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
25	Sim	Sim	Sim	1x/mês	Não	Não	1;2x/sem
26	Não	Não	Sim	1x/semana	Sim		
27	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	≥3x/sem
28	Não	Sim	Sim	1x/mês	Não	Não	1;2x/sem
29	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
30	Não	Não	Sim	1x/semana	Sim		
31	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
32	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
33	Não	Não	Não		Não		
34	Sim	Não	Não		Não		
35	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	≥3x/sem
36	Sim	Não	Não		Não		
37	Sim	Sim	Não		Sim		0
38	Sim	Sim	Não		Não	Sim	0
39	Sim	Sim	Não		Não	Sim	≥3x/sem
40	Sim	Sim	Sim	1x/mês	Não	Não	1;2x/sem
41	Sim	Sim	Não		Não	Sim	1;2x/sem
42	Sim	Sim	Não		Não	Sim	≥3x/sem
43	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	1;2x/sem
44	Sim	Sim	Não		Sim	Não	≥3x/sem
45	Sim	Sim	Não		Não	Sim	≥3x/sem
46	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	1;2x/sem
47	Sim	Sim	Sim	1x/15-15 dias	Não	Sim	≥3x/sem
48	Sim	Sim	Não		Sim	Sim	1;2x/sem

“continua”

Anexo K – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às variáveis da atividade sexual atual “continuação”

Nº	Desejo	Excitação	Orgasmo	Masturbação com parceiro	Gosta Acariciar	Gosta Acariciada	Parceiro Amigo	Parceiro Amante	Motivo Relacionamento
1	M	P	M	P	Sim	Sim	Sim	Não	Gostar / Amor
2									
3	P	P	P	N	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
4	M	M	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
5									
6	M	T	P	P	Sim	Sim	Sim	Não	Família / Acomodação
7	T	T	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
8	M	M	P	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
9									
10	T	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
11	M	P	P	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
12	M	M	N	T	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
13									
14									
15	M	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Financeiro
16	N	M	P	N	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
17	N	N	N	T	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
18	T	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
19	M	T	M	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
20	M	M	N	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
21	P	P	P	N	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
22	M	T	N	P	Sim	Sim	Sim	Não	Gostar / Amor
23	T	T	T	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
24	M	T	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
25	M	M	M	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
26									
27	M	T	M	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
28	P	T	P	T	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
29	T	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
30									
31	T	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
32	T	T	T	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
33									
34									
35	T	T	T	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
36									
37					Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
38				N	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
39	P	P	P	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
40	P	N	N	M	Sim	Sim	Não	Não	Família / Acomodação
41	T	T	T	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
42	M	M	P	M	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
43	T	M	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Família / Acomodação
44	P	P	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
45	T	T	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
46	P	P	P	N	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
47	M	M	M	P	Sim	Sim	Sim	Sim	Gostar / Amor
48	M	T	P	M	Sim	Sim	Sim	Não	Família / Acomodação

“continua”

Anexo K – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às variáveis da atividade sexual atual “continuação”

Nº	Tempo Rel.	Conversa Sx	Frequência Iniciativa	Sua Iniciativa	Pontos prazerosos seu corpo	Pontos prazerosos parceiro	Dor	Múltiplos Orgasmos
1	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
2								
3	>5anos	Sim	P	Acaricia	Não	Não	Não	Não
4	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
5								
6	>1ano<5anos	Sim	N		Sim	Não	Sim	Sim
7	≤1 ano	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Sim
8	≤1 ano	Sim	P	Verbal	Sim	Sim	Não	Não
9								
10	>5anos	Não	P	Ambos	Sim	Sim	Não	Sim
11	>5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Sim
12	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Não
13								
14								
15	≤1 ano	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Não
16	≤1 ano	Não	N		Sim	Não	Sim	Não
17	≤1 ano	Não	N		Sim	Não	Sim	Não
18	>5anos	Sim	P	Ambos	Sim	Sim	Não	Não
19	≤1 ano	Sim	M	Acaricia	Sim	Sim	Não	Não
20	>5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Não
21	>5anos	Não	N		Sim	Não	Sim	Não
22	>5anos	Não	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Não
23	≤1 ano	Não	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
24	>5anos	Sim	N		Sim	Sim	Sim	Não
25	>5anos	Sim	N		Sim	Sim	Não	Não
26								
27	>1ano<5anos	Sim	P	Ambos	Sim	Sim	Não	Sim
28	>5anos	Sim	P	Ambos	Sim	Sim	Sim	Não
29	>5anos	Não	N		Não	Sim	Sim	Não
30								
31	≤1 ano	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
32	≤1 ano	Sim	N		Sim	Sim	Não	Sim
33								
34								
35	>5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
36								
37	>5anos	Não						
38	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Não	Não	Não	Não
39	>5anos	Sim	N		Sim	Sim	Sim	Não
40	>5anos	Não	P	Ambos	Não	Não	Sim	Não
41	>1ano<5anos	Não	P	Ambos	Sim	Sim	Não	Sim
42	≤1 ano	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Sim
43	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Sim
44	>1ano<5anos	Não	P	Acaricia	Sim	Sim	Sim	Não
45	>1ano<5anos	Sim	P	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
46	>1ano<5anos	Sim	N		Sim	Sim	Sim	Não
47	>1ano<5anos	Sim	M	Acaricia	Sim	Sim	Não	Sim
48	≤1 ano	Não	N		Sim	Sim	Sim	Sim

“continua”

Anexo K – Distribuição de 48 pacientes com síndrome dos ovários policísticos quanto às variáveis da atividade sexual atual “continuação”

Nº	Finge prazer	Felação	Cunilingus	Relação anal	Motivos abstinência
1	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
2					Pessoais
3	Não	Não	Não	Não	
4	Não	Não	Não	Não	
5					Externos
6	Não	SIM CO	Sim CO	Sim CO	
7	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
8	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
9					Externos
10	Não	SIM CO	Sim CO	Sim CO	
11	Sim	SIM CO	Sim CO	Sim CO	
12	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
13					Externos
14					Pessoais
15	Não	SIM CO	Sim CO	Sim CO	
16	Não	Não	Sim CO	Não	
17	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
18	Não	Sim SO	Sim CO	Não	
19	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
20	Não	Não	Não	Não	
21	Sim	Não	Não	Não	
22	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
23	Não	SIM CO	Sim CO	Sim SO	
24	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
25	Não	Sim SO	Sim CO	Não	
26					Externos
27	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
28	Sim	SIM CO	Sim CO	Não	
29	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
30					Externos
31	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
32	Não	SIM CO	Sim CO	Sim SO	
33					Externos
34					Pessoais
35	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
36					Pessoais
37					Pessoais
38	Não	Não	Não	Não	
39	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
40	Sim	Sim SO	Sim SO	Não	
41	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
42	Não	SIM CO	Sim CO	Sim SO	
43	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
44	Sim	SIM CO	Sim CO	Sim SO	
45	Não	SIM CO	Sim CO	Não	
46	Não	Sim SO	Sim SO	Não	
47	Não	SIM CO	Sim CO	Sim CO	
48	Sim	Não	Não	Não	

As freqüências de desejo, excitação, orgasmo, masturbação com parceiro e iniciativa para o coito foram divididos em quatro categorias:
N - freqüência 0/10 relações
P - freqüência 1 a 5/ 10 relações
M - freqüência 6 a 9/ 10 relações
T - freqüência 10/ 10 relações

CO - com orgasmo
SO - sem orgasmo

Anexo L – Relação do ciclo menstrual com as variáveis do comportamento sexual

Variável	Categoria	Ciclo						Total	p	
		Regular		Españiomenorréia		Amenorréia				
Auto-masturbação	Não	11	91,7%	13	86,7%	11	52,4%	35	72,9%	0,018
	Sim	1	8,3%	2	13,3%	10	47,6%	13	27,1%	
Satisfação sexual	Não	2	16,7%	3	20,0%	4	19,0%	9	18,8%	0,975
	Sim	10	83,3%	12	80,0%	17	81,0%	39	81,3%	
Fantasia sexual	Não	9	75,0%	10	66,7%	13	61,9%	32	66,7%	0,745
	Sim	3	25,0%	5	33,3%	8	38,1%	16	33,3%	
Total		12	100,0%	15	100,0%	21	100,0%	48	100,0%	
Relação Sx satisfatória	Não	3	33,3%	4	36,4%	3	17,6%	10	27,0%	0,490
	Sim	6	66,7%	7	63,6%	14	82,4%	27	73,0%	
Total		9	100,0%	11	100,0%	17	100,0%	37	100,0%	
Freq. desejo /10 relações	0	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	1	2,7%	0,124
	1 a 5	3	33,3%	3	27,3%	3	17,6%	9	24,3%	
	6 a 9	3	33,3%	8	72,7%	5	29,4%	16	43,2%	
Freq. de iniciativa p/ coito/ 10 rel.	10	3	33,3%	0	0,0%	8	47,1%	11	29,7%	0,188
	0	5	55,6%	2	18,2%	4	23,5%	11	29,7%	
	1 a 5	4	44,4%	9	81,8%	11	64,7%	24	64,9%	
Freq. excitação /10 relações	6 a 9	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%	2	5,4%	0,184
	0	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	2,7%	
	1 a 5	3	33,3%	4	36,4%	2	11,8%	9	24,3%	
Freq. de orgasmo /10 relações	6 a 9	1	11,1%	4	36,4%	4	23,5%	9	24,3%	0,290
	10	5	55,6%	2	18,2%	11	64,7%	18	48,6%	
	0	1	11,1%	2	18,2%	1	5,9%	4	10,8%	
Total		9	100,0%	11	100,0%	17	100,0%	37	100,0%	

Anexo M – Relação da auto-estima com as variáveis do comportamento sexual

Variável	Categoria	Auto estima				Total	p	
		Boa		Ruim				
Auto-masturbação	Não	27	75,0%	8	66,7%	35	72,9%	0,710*
	Sim	9	25,0%	4	33,3%	13	27,1%	
Satisfação sexual	Não	6	16,7%	3	25,0%	9	18,8%	0,671*
	Sim	30	83,3%	9	75,0%	39	81,3%	
Fantasia sexual	Não	26	72,2%	6	50,0%	32	66,7%	0,178*
	Sim	10	27,8%	6	50,0%	16	33,3%	
Total		36	100,0%	12	100,0%	48	100,0%	
Relação Sx satisfatória	Não	8	28,6%	2	22,2%	10	27,0%	>0,999*
	Sim	20	71,4%	7	77,8%	27	73,0%	
Total		28	100,0%	9	100,0%	37	100,0%	
Freq. desejo /10 relações	0	1	3,6%	0	0,0%	1	2,7%	0,814
	1 a 5	6	21,4%	3	33,3%	9	24,3%	
	6 a 9	12	42,9%	4	44,4%	16	43,2%	
	10	9	32,1%	2	22,2%	11	29,7%	
Freq. de excitação /10 relações	0	0	0,0%	1	11,1%	1	2,7%	0,251
	1 a 5	6	21,4%	3	33,3%	9	24,3%	
	6 a 9	7	25,0%	2	22,2%	9	24,3%	
	10	15	53,6%	3	33,3%	18	48,6%	
Freq. de orgasmo /10 relações	0	3	10,7%	1	11,1%	4	10,8%	0,994
	1 a 5	10	35,7%	3	33,3%	13	35,1%	
	6 a 9	8	28,6%	3	33,3%	11	29,7%	
	10	7	25,0%	2	22,2%	9	24,3%	
Total		28	100,0%	9	100,0%	37	100,0%	

* Teste exato de Fisher

Anexo N – Relação do hirsutismo com as variáveis do comportamento sexual

Variável	Categoria	Hirsutismo				Total	p	
		Não		Sim				
Auto-masturbação	Não	7	70,0%	28	73,7%	35	72,9%	>0,999*
	Sim	3	30,0%	10	26,3%	13	27,1%	
Satisfação sexual	Não	2	20,0%	7	18,4%	9	18,8%	>0,999*
	Sim	8	80,0%	31	81,6%	39	81,3%	
Fantasia sexual	Não	7	70,0%	25	65,8%	32	66,7%	>0,999*
	Sim	3	30,0%	13	34,2%	16	33,3%	
Total		10	100,0%	38	100,0%	48	100,0%	
Relação Sx satisfatória	Não	4	50,0%	6	20,7%	10	27,0%	0,174*
	Sim	4	50,0%	23	79,3%	27	73,0%	
Total		8	100,0%	29	100,0%	37	100,0%	
Freq. desejo /10 relações	0	1	12,5%	0	0,0%	1	2,7%	0,202
	1 a 5	2	25,0%	7	24,1%	9	24,3%	
	6 a 9	2	25,0%	14	48,3%	16	43,2%	
Freq. excitação /10 relações	10	3	37,5%	8	27,6%	11	29,7%	0,239
	0	1	12,5%	0	0,0%	1	2,7%	
	1 a 5	2	25,0%	7	24,1%	9	24,3%	
Freq. de orgasmo /10 relações	6 a 9	1	12,5%	8	27,6%	9	24,3%	0,267
	10	4	50,0%	14	48,3%	18	48,6%	
	0	2	25,0%	2	6,9%	4	10,8%	
Total	1 a 5	2	25,0%	11	37,9%	13	35,1%	
	6 a 9	1	12,5%	10	34,5%	11	29,7%	
	10	3	37,5%	6	20,7%	9	24,3%	
Total		8	100,0%	29	100,0%	37	100,0%	

* Teste exato de Fisher

Anexo O – Relação do índice de massa corpórea (IMC) com as variáveis do comportamento sexual

Variável	Categoria	IMC						Total	p	
		Normal		Sobrepeso		Obeso				
Auto-masturbação	Não	21	84,0%	9	56,3%	5	71,4%	35	72,9%	0,149
	Sim	4	16,0%	7	43,8%	2	28,6%	13	27,1%	
Satisfação sexual	Não	4	16,0%	4	25,0%	1	14,3%	9	18,8%	0,731
	Sim	21	84,0%	12	75,0%	6	85,7%	39	81,3%	
Fantasia sexual	Não	16	64,0%	11	68,8%	5	71,4%	32	66,7%	0,913
	Sim	9	36,0%	5	31,3%	2	28,6%	16	33,3%	
Total		25	100,0%	16	100,0%	7	100,0%	48	100,0%	
Relação Sx satisfatória	Não	5	23,8%	3	30,0%	2	33,3%	10	27,0%	0,871
	Sim	16	76,2%	7	70,0%	4	66,7%	27	73,0%	
Total		21	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	37	100,0%	
Freq. desejo /10 relações	0	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	0,749
	1 a 5	6	28,6%	3	30,0%	0	0,0%	9	24,3%	
	6 a 9	8	38,1%	4	40,0%	4	66,7%	16	43,2%	
Freq. excitação /10 relações	10	6	28,6%	3	30,0%	2	33,3%	11	29,7%	0,174
	0	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	1	2,7%	
	1 a 5	8	38,1%	1	10,0%	0	0,0%	9	24,3%	
Freq. de orgasmo /10 relações	6 a 9	4	19,0%	2	20,0%	3	50,0%	9	24,3%	0,704
	10	9	42,9%	6	60,0%	3	50,0%	18	48,6%	
	0	2	9,5%	1	10,0%	1	16,7%	4	10,8%	
Total		21	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	37	100,0%	

Anexo P – Relação da auto-imagem corporal com as variáveis do comportamento sexual

Variável	Categoria	Auto imagem corporal classificatória				Total	p	
		Boa		Ruim				
Auto-masturbação	Não	20	71,4%	15	75,0%	35	72,9%	>0,999*
	Sim	8	28,6%	5	25,0%	13	27,1%	
Satisfação sexual	Não	6	21,4%	3	15,0%	9	18,8%	0,716*
	Sim	22	78,6%	17	85,0%	39	81,3%	
Fantasia sexual	Não	19	67,9%	13	65,0%	32	66,7%	0,836
	Sim	9	32,1%	7	35,0%	16	33,3%	
Total		28	100,0%	20	100,0%	48	100,0%	
Relação Sx satisfatória	Não	4	20,0%	6	35,3%	10	27,0%	0,460
	Sim	16	80,0%	11	64,7%	27	73,0%	
Total		20	100,0%	17	100,0%	37	100,0%	
Freq. desejo /10 relações	0	0	0,0%	1	5,9%	1	2,7%	0,024
	1 a 5	3	15,0%	6	35,3%	9	24,3%	
	6 a 9	7	35,0%	9	52,9%	16	43,2%	
Freq. excitação /10 relações	10	10	50,0%	1	5,9%	11	29,7%	0,273
	0	0	0,0%	1	5,9%	1	2,7%	
	1 a 5	3	15,0%	6	35,3%	9	24,3%	
Freq. de orgasmo /10 relações	6 a 9	5	25,0%	4	23,5%	9	24,3%	0,166
	10	12	60,0%	6	35,3%	18	48,6%	
	0	1	5,0%	3	17,6%	4	10,8%	
Total		20	100,0%	17	100,0%	37	100,0%	

* Teste exato de Fisher

Anexo Q – Influência da terapêutica no ciclo da resposta sexual

Nº	Pac	SxT0	SxT6	SxT12	DjT0	DjT6	DjT12	ExT0	ExT6	ExT12	OrgT0	OrgT6	OrgT12	Grupos
1	1	C	C	C	M	P	M	P	M	T	M	P	P	B
2	3	B	C	C	P	M	M	P	M	T	P	M	M	A
3	4	C	C	C	M	P	M	M	P	M	M	P	M	C
4	6	B	B	B	M	M	M	T	T	T	P	P	P	C
5	7	C	C	C	T	T	M	T	T	P	M	M	M	A
6	8	B	B	C	M	M	T	M	M	M	P	M	M	B
7	10	C	B	C	T	M	M	T	T	T	T	T	T	C
8	11	C	C	C	M	M	P	P	P	T	P	P	P	A
9	12	B	C	C	M	M	P	M	T	T	N	N	N	A
10	15	B	C	C	M	M	M	T	T	T	T	T	T	C
11	16	B	B	B	N	T	T	M	M	T	P	P	P	B
12	19	B	B	B	M	P	M	T	T	T	M	M	M	B
13	20	B	B	B	M	T	T	M	M	T	N	N	P	C
14	21	C	C	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	C
15	23	C	C	B	T	T	T	T	T	T	T	T	T	B
16	24	B	B	B	M	P	P	T	T	T	M	P	P	A
17	25	B	B	B	M	P	M	M	M	T	M	P	P	A
18	29	B	B	B	T	T	P	T	T	P	T	T	P	A
19	32	B	C	C	T	T	T	T	T	T	T	M	T	B
20	35	C	C	C	T	T	T	T	T	T	T	T	T	A
21	38	B	B	B	P	P	P	P	P	P	P	P	P	B
22	39	C	C	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A
23	40	B	C	C	P	P	P	N	P	P	N	P	T	C
24	41	B	B	C	T	T	M	T	T	T	T	T	T	C
25	42	C	C	C	M	M	M	M	T	M	P	T	M	B
26	43	B	B	B	T	T	T	M	T	T	M	T	M	A
27	45	C	C	C	T	T	T	T	T	T	M	M	M	C
28	46	B	B	C	P	P	P	P	P	T	P	P	P	C
29	47	C	C	C	M	M	M	M	T	T	M	T	T	B
30	48	B	B	B	M	P	P	T	T	T	P	P	T	B

SxT0 - frequência sexual no tempo 0 (inicial)

SxT6 - frequência sexual no tempo 6 (6 meses)

SxT12 - frequência sexual no tempo 12 (12 meses)

frequência sexual - duas categorias :

B - 1; 2x / semana

C - \geq 3x / semana

DjT0 - frequência de desejo no tempo 0 (inicial)

DjT6 - frequência de desejo no tempo 6 (6 meses)

DjT12 - frequência de desejo no tempo 12 (12 meses)

ExT0 - frequência de excitação no tempo 0 (inicial)

ExT6 - frequência de excitação no tempo 6 (6 meses)

ExT12 - frequência de excitação no tempo 12 (12 meses)

OrgT0 - frequência de orgasmo no tempo 0 (inicial)

OrgT6 - frequência de orgasmo no tempo 6 (6 meses)

OrgT12 - frequência de orgasmo no tempo 12 (12 meses)

Nesta frequências se categorizou 4 classes:

N - 0 / 10 relações P - 1 a 5 / 10 relações

M- 6 a 9 / 10 relações T - 10 / 10 relações

Anexo R - Associação da auto-masturbação com medidas antropométricas, características clínicas, sexuais e níveis hormonais

Medida	Categoria	A Mast				Total	p	
		Não		Sim				
Idade	<= 25	18	51,4%	8	61,5%	26	54,2%	0,532
	> 25	17	48,6%	5	38,5%	22	45,8%	
Estado Civil	Amasiada	10	28,6%	5	38,5%	15	31,3%	0,796
	Casada	7	20,0%	2	15,4%	9	18,8%	
	Solteira	18	51,4%	6	46,2%	24	50,0%	
Renda Pessoal	Nenhum	17	48,6%	3	23,1%	20	41,7%	0,267
	< 1 salário	6	17,1%	4	30,8%	10	20,8%	
	1 a 2 salários	10	28,6%	6	46,2%	16	33,3%	
	>= 3 salários	2	5,7%	0	0,0%	2	4,2%	
Religião	Católica	21	60,0%	5	38,5%	26	54,2%	0,237
	Evangélica	9	25,7%	7	53,8%	16	33,3%	
	Nenhuma	2	5,7%	1	7,7%	3	6,3%	
	Espiritualista	3	8,6%	0	0,0%	3	6,3%	
Ciclo	Regular	11	31,4%	1	7,7%	12	25,0%	0,018
	Espanomenorréia	13	37,1%	2	15,4%	15	31,3%	
T Pc	Amenorréia	11	31,4%	10	76,9%	21	43,8%	0,425*
	Não	6	17,1%	4	30,8%	10	20,8%	
VSS	Sim	29	82,9%	9	69,2%	38	79,2%	0,048*
	Não	4	11,4%	5	38,5%	9	18,8%	
Hirsutismo	Sim	31	88,6%	8	61,5%	39	81,3%	>0,999*
	Não	7	20,0%	3	23,1%	10	20,8%	
ACNE	Sim	28	80,0%	10	76,9%	38	79,2%	0,022
	Não	20	57,1%	3	23,1%	23	47,9%	
Clitoromegalia	Leve	9	25,7%	9	69,2%	18	37,5%	0,092*
	Moderada	6	17,1%	1	7,7%	7	14,6%	
Androstenediona	Não	19	54,3%	11	84,6%	30	62,5%	0,166*
	Sim	16	45,7%	2	15,4%	18	37,5%	
Testosterona	<= 2,7 ng/dL	7	20,0%	0	0,0%	7	14,6%	0,710*
	> 2,7 ng/dL	28	80,0%	13	100,0%	41	85,4%	
Testosterona	<= 98 ng/dL	27	77,1%	9	69,2%	36	75,0%	0,710*
	> 98 ng/dL	8	22,9%	4	30,8%	12	25,0%	
Total		35	100%	13	100%	48	100%	

* Teste exato de Fisher

8 REFERÊNCIAS

ABDO CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Lemos; 2000.

ABDO CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Ed. Bregantini; 2004.

ADAMOPOULOS DA, KAMPYLI S, GEORGIACODIS F, KAPOLLA N, ABRAHAMIAN-MICHALAKIS A. Effects of antiandrogen-estrogen treatment on sexual and endocrine parameters in hirsute women. *Arch Sex Behav.* 1988; 17(5):421-42.

ADASHI EY, ROCK JA, GUZICK D, WENTZ AC, JONES GS, JONES HW. Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 1981;36:320-5.

AGRAWAL R, SHARMA S, BEKIR J, CONWAY G, BAILEY J, BALEN AH, PRELEVIC G. Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women. *Fertil Steril.* 2004;82(5):1352-7.

AGRESTI A. Categorical Data Analysis. New York. Wiley. 1990;558.

ALEXANDER GM, SHERWIN BB. Sex steroids, sexual behavior, and selection attention for erotic stimuli in women using oral contraceptives. *Psychoneuroendocrinology.* 1993;18:91-102.

ALEXANDER GM, SHERWIN BB, BANCROFT J, DAVIDSON DW. Testosterone and sexual behavior in oral contraceptive users and nonusers: a prospective study. *Horm Behav.* 1990;24:388-402.

ARIE WMY, BAGNOLI VR, FONSECA AM. Effects of finasteride on the morphology of polycystic ovaries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2004;87:52-3.

ARIMONDI C, VANELLI GB, BALBONI GC. Importance of olfaction in sexual life: morph- functional and psychological studies in man. *Biomed Res*. 1993;4:43-52.

Associação Americana de Psiquiatria . Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - *DSM-IV-TR*. [Trad. Cláudia Dornelles]. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

ASUNCION M, CALVO RM, SAN MILLAN JL, SANCHO J, AVILA S, ESCOBAR-MORREALE HF. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000;85:2434-8.

AZZIZ R, KASHAR-MILLER MD. Family history as a risk factor for the polycystic ovary syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2000;13:1303-6.

BALEN AH, LAVEN JSE, TAN SL, DEWAILLY D. Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definitions. *Hum Reprod Update*. 2003;9:505-14.

BALEN R, MICHELMORE KF. What is polycystic ovary syndrome? Are national views important? *Hum Reprod*. 2002;17:2219-27.

BANCROFT J, SANDERS D, DAVIDSON D, WARNER P. Mood, sexuality, hormones, and the menstrual cycle; III: sexuality and the role of androgens. *Psychosom Med*. 1983;45:509-16.

BANCROFT J, SHERWIN BB, ALEXANDER GM, DAVIDSON DW, WALKER A. Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: II. The role of androgens. *Arch Sex Behav*. 1991;20(2):121-35.

BANCROFT J, O'CARRAL R, LUCAS K, SHAW RW. Hormones and woman sexual behavior. *J Sex Marital Ther*. 1984;10:3-21.

BARACAT EC. Síndrome dos ovários policísticos. In: HALBE HW (ed). Tratado de Ginecologia . (2ª ed.). Roca, São Paulo, Brasil, 1994, 1313-22.

BARBIERI RL, RYAN KJ. Hyperandrogenism, insulin resistance and acanthosis nigricans syndrome: a common endocrinopathy with distinct pathophysiologic features. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;147:90-101.

BASSON R. The female sexual response – A different model. *J sex Marital Ther*. 2000; 26:51-65.

BASSON R, BERMAN J, BURNETT A, DEROGATIS L et al. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163:188-93.

BERNHARD LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*. 2002;45(4):1089-98.

BRADFORD JMW. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry*. 2001;46:26-33.

BURGER HG. Androgen production in women. *Fertil Steril*. 2002;77(4):3-5.

BUSSAB WO, MORETTIN PA. Estatística Básica. 4ª ed. São Paulo: Atual. 1987;321.

CARDIM HJP, LOPES CMC, MELO NR, MURACO H, OLIVEIRA ZNP, FONSECA AM, PINOTTI JA. Tratamento da acne com associação de etinilestradiol e acetato de ciproterona. *Jornada de ginecologia endócrina e climatério*; 1996; São Paulo – SP. Anais. São Paulo, 1996.

CARMICHAEL MS, WARBURTON VL, DIXEN JH, DAVIDSON JM. Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Arch Sex Behav*. 1994;23:59-79.

CARMINA E. Genetic and environmental aspects of polycystic ovary syndrome. *J Endocrinol Invest*. 2003;26:1151-9.

CARMINA E. Diagnosis of polycystic ovary syndrome: from NIH criteria to ESHRE-ASRM guidelines. *Minerva Ginecol*. 2004;56(1):1-6.

CASH TF, HENRY PE. Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*. 1995;33:19-28.

CAVALCANTI AL. Sexualidade nas mulheres histerectomizadas submetidas à estrogênio-terapia [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2002.

CAVALCANTI AL. Efeitos do citrato de sildenafila na circulação do clitóris em mulheres na pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por doppler [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2006.

CAVALCANTI R, CAVALCANTI M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. São Paulo: Editora ROCA Ltda; 1997.

CHEUNG AP, CHANG RJ. Polycystic ovary syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1990;33:655-67.

COFFEY S, MASON H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecol Endocrinol.* 2003;17(5):379-86.

COFFEY S, BANO G, MASON HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(2):80-6.

CONNOR M, JOHNSON C, GROGAN S. Gender, sexuality, body image and eating behaviours. *J Health Psychol.* 2002;9(4):905-15.

CONTI MA. Imagem corporal e estado nutricional de estudantes de uma escola particular [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2002.

DARLING CA, DAVIDSON JK, COX RP. Female sexual response and the timing of partner orgasm. *J Sex Marital Ther.* 1991;17:13-21.

DAVIDSON JM, ROSEN RC. Hormonal determinants of erectile functioning. Chapter in *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*. ROSEN RC e LEIBLUM SR (Eds.) Guilford, New York, 1992.

DAVIS SR, Mc CLAUD P, STRAUSS BJG, BURGER H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas.* 1995;21:227-36.

DAVIS SR, TRAN J. Testosterone influences libido and well being in women. *Trends Endocrinol Metab.* 2001;12:33-7.

DeFRONZO RA, TOBIN JD, ANDRES R. Glucose clamp technique: a method for quantifying insulin secretion and resistance. *Am J Physiol.* 1979;237:214-23.

DEWAILLY D, CORTET-RUDELLI CH, NOBELS F, HENRIC B, LONGELIN CH, FOSSATI P. Insulinorésistance et syndrome des ovaries polymicrokystiques. *Ann D'Endocrinol.* 1992;53:1-7.

DIAMANTI-KANDARAKIS E, BAILLARGEON JP, IUORNO MJ, JAKUBOWICZ DJ, NESTLER JE. A Modern medical quandary: polycystic ovary syndrome, insulin resistance, and oral contraceptive pills. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(5):1927-32.

DIAMANTI-KANDARAKIS E, SPINA G, KOULI C, MIGDALIS I. Increased endothelin-1 levels in women with polycystic ovary syndrome and the beneficial effect of metformin therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:4666-73.

DUNAIF A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr Rev.* 1997;18:774-800.

DUNAIF A, SEGAL KR, FUTTERWEIT W, DOBRJANSKY A. Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. *Diabetes.* 1989;38:1165-74.

EGGERS S, KIRCHENGAST S. The polycystic ovary syndrome – a medical condition but also an important psychosocial problem. *Coll Antropol.* 2001;25:673- 85.

EHRMANN DA. Medical progress: polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 2005; 352(12):1223-36.

EHRMANN DA, BARNES RB, ROSENFELD RL, CAVAGHAN MK, IMPERIAL J. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care.* 1999;22:141-6.

ELSENBRUCH S, BENSON S, HAHN S, TAN S, MANN K, PLEGER K, KIMMIG R, JANSSEN OE. Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2006;21(4):1092-9.

ELSENBRUCH S, HAHN S, KOWALSKY D, OFFNER AH, SCHEDLOWSKI M, MANN K, JANSSEN OE. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(12):5801-7.

ESPERANZA E, FENSKE NA. Hyperandrogenism, insulin resistance, and acanthosis nigricans (HAIR-AN) syndrome: Spontaneous remission in a 15-year-old girl. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:892-7.

FAKELMAN KA. Hormone of monogamy: the prairie vole and the biology of mating. *Sci News.* 1993;144(22):360-365.

FEENEY J, NOLLER P, WARD C. Marital satisfaction and spousal interaction. In: STERNBERG RJ, HOJJAT M. Satisfaction in close relationships. 1997. New York: Guilford Press.

FONSECA AM. Contribuição para o estudo da população folicular nos ovários da síndrome de Stein-Leventhal [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1972.

FONSECA AM, BAGNOLI VR. Síndromes androgênicas. In: PINOTTI JA, FONSECA AM, BAGNOLI VR, editores. *Reprodução Humana.* São Paulo: BYK; 1996.

FONSECA AM, BAGNOLI VR, SAUERBRONN AVD, ARIE WMY. Síndromes androgênicas. In: PINOTTI JA, FONSECA AM, BAGNOLI VR. Tratado de Ginecologia. Condutas e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo: Revinter ;2005; 236-44.

FOX R. Transvaginal ultrasound appearances of the ovary in normal women and hirsute women with oligomenorrhea. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 1999; 34:63-8.

FRANKS S. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 1995;333(13):853-61.

FRANKS S. Adult polycystic ovary syndrome begins in childhood. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2002;16:263-72.

FUTTERWEIT W, DUNAIF A, YEH C, KINGSLEY P. The prevalence of hyperandrogenism 109 Consecutive female patients with diffuse alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 1988;19:831.

GASPARD U, SCHEEN A, ENDRIKAT J, BUICU C, LEFEBVRE P, GERLINGER C, HEITHECKER R. A randomized study over 13 cycles to assess the influence of oral contraceptives containing ethinylestradiol combined with drospirenone or desogestrel on carbohydrate metabolism. *Contraception.* 2003; 67:423-9.

GLEESON K, FRITH H. (De) constructing body image. *J Health Psychol.* 2006;11(1):79-90.

GOBITTA M, GUZZO RSL. Estudo inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) - Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2002;15(1):143-50.

GOLDSTEIN I, TRAISH A, KIM N, MUNARRIZ R. The role of sex steroid hormones in female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2004; 47(2):471-84.

GRASINGER CC, WILD RA, PARKER IJ. Vulvar *acanthosis nigricans*: a marker for insulin resistance in hirsute women. *Fertil Steril.* 1993;59:583-5.

GRAZIOTTIN A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas.* 2000;35:9-16.

GOLOMBOK S, RUST J. The Golombok Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol.* 1986;24:63-4.

GUIDO M, ROMUALDI D, GIULIANI M, SURIANO R, SELVAGGI L. Drospirenone for the treatment of hirsute women with polycystic ovary syndrome: a clinical, endocrinological, metabolic pilot study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89(6):2817-23.

GUZICK DS. Polycystic Ovary Syndrome. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):181-93.

HAHN S, JANSSEN OE, TAN S, PLEGER K, MANN K, SCHEDLOWSKI M, KIMMIG R, BENSON S, BALAMITSA E, ELSENBURCH S. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2005;153(6):853-60.

HALBE HW. Perturbações menstruais: conceitos. In: HALBE HW. Tratado de Ginecologia. 3ª edição. São Paulo: ROCA; 2000. pg 1446-8.

HALBE WH, FONSECA AM, PAULA E SILVA AP, CLAUZET RMB, GALLUCCI J. Influência da massa ovariana removida nos resultados da ooforectomia parcial bilateral na síndrome de Stein-Leventhal. *Mater. Inf.* 1972; 31:175-80.

HALBE WH, HAYASHIDA SAY, CELESTINO CA, SAKAMOTO LC, FONSECA AM. Síndrome dos ovários policísticos. *Sinopse Ginecol Obstetr.* 1997;4:13-8.

HALPERN A, MANCINI MC. Como diagnosticar e tratar obesidade. *Rev Bras Med.* 1990;42:137-146.

HAMMERSTEIN J, MOLTZ L, SCHWARTZ U. Antiandrogens in the treatment of acne and hirsutism. *J Steroid Biochem.* 1983; 19(1): 591-7.

HARDIMAN P, PILLAY OS, ATIOMO W. Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma. *Lancet*. 2003;361:1810-2.

HARRIS SM. Body image attitudes and the psychosocial development of college women. *J Psychol*. 1994;129:315-29.

HARVEY SM. Female sexual behavior: fluctuations during the menstrual cycle. *J Psychosom Res*. 1987;31(1):101-10.

HASHIMOTO DM, SCHMID J, MARTINS FM, FONSECA AM, ANDRADE LHB, KIRCHENGAST S, EGGERS S. The impact of the weight status on subjective symptomatology of the polycystic ovary syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. *Anthrop. Anz*. 2003;61(3):297-310.

HATCH R, ROSENFELD RL, KIM MH, TREDWAY D. Hirsutism: implications, etiology and management. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;140:815-30.

HENDERSON D, SAMPSELLE C, MAYNES F, OAKLEY D. Toward culturally sensitive research in multicultural society. *Health Care Women Intern*. 1992;13:339-50.

HERNANDEZ JA, OLIVEIRA IMB. Os componentes do amor e da satisfação. *Psicol. Cienc. prof*. 2003;21(3):58-69.

HOLTE J, BERGH T, BERNE C, WIDE L, LITHELL H. Restored insulin sensitivity but persistently increased early insulin secretion after weight loss in obese women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995;80:2586-93.

HOMBURG R. What is polycystic ovarian syndrome? A proposal for a consensus on the definition and diagnosis of polycystic ovarian syndrome. *Hum Reprod*. 2002;17:2495-9.

HOYLE CHV, STONES RW, ROBSON T, WHITLEY K et al. Inervation of vasculature and microvasculature on the human vagina by NOS and neuropeptide-containing nerves. *Anat.* 1996;188:633-44.

HUBER-BUCHHOLZ MM, CAREY DGP, NORMAN RJ. Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: role of insulin sensitivity and luteinizing hormone. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84:1470-4.

IZZO CR. Contribuição da eletrocauterização laparoscópica ovariana bilateral no tratamento de mulheres inférteis com síndrome dos ovários policísticos (SOP) clomifeno-resistentes [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

KAPLAN HS. *Transtornos do desejo sexual : regulação disfuncional da motivação Sexual*, trad. Jussara, N.T. Burnier – Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1999.

KELLY CC, LYALL H, PETRIE JR, GOULD GW, CONNELL JM, SATTAR N. Low grade chronic inflammation in women with polycystic ovarian syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:2453-5.

KITZINGER C, WILLMOTT J. “The thief of womanhood”: women’s experience of Polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med.* 2002;54:349-61.

KOPELMAN PG. Investigation of obesity. *Clin Endocrinol.* 1994;41:703-8.

LAKHANI K, LEONARD A, SEIFALIAN AM, HARDIMAN P. Microvascular dysfunction in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2005;20(11):3219-24.

LAUMANN EO, PAIK A, ROSEN RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.

LEGRO RS. Polycystic ovary syndrome. Longterm sequelae and management. *Minerva Ginecol*. 2002;54:97-114.

LEGRO RS. Polycystic ovary syndrome and cardiovascular disease: a premature association? *Endocr Rev*. 2003;24:302-12.

LEGRO RS, FINEGOOD D, DUNAIF A. A fasting glucose to insulin ratio is a useful measure of insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83(8):2694-8.

LEGRO RS, KUNSELMAN AR, DUNAIF A. Prevalence and predictors of dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome. *Am J Med*. 2001;111:607-13.

LEIBLUM SR. Redefining female sexual response. *Contemp Ob Gyn*. 2000;45:120-6.

LEVIN RJ. Human male sexuality: appetite and arousal, desire and drive. In: LEGG C, BOOTT D. *Human Appetite Neural and Behavioral Bases*. Oxford University Press. New York, 1994.

LOBO RA. A disorder without identity: "HCA", "PCO", "PCOD", "PCOS", "SLS". What are we call it?! *Fertil Steril*. 1995;63:1158.

LOBO RA, CARMINA E. The importance of diagnosing the polycystic ovary syndrome. *Ann Intern Med*. 2000;132:989-93.

MACIEL GA, BARACAT EC, BENDA JA, MARKHAM SM, HENSINGER K, CHANG RJ, ERICKSON GF. Stockpiling of transitional and classic primary follicles in ovaries of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(11):5321-7.

McCOOK JG, REAME NE, THATCHER SS. Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(1):12-20.

McGAHUEY CA, GELENBERG AJ, LAUKES CA, MORENO FA, DELGADO PL, McKNIGHT KM, MANBER R. The arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *J sex Marital Ther.* 2000;26:25-40.

MELO NR, POMPEI LM, RIBEIRO RM, HEGG R. Acne vulgar – tratamento. *RBM Ginecol. Obstet.* 1992;3:72-4.

MESTON CM, FROHLICH PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:1012-30.

MICHAELIS: minidicionário escolar da língua portuguesa – São Paulo : Companhia Melhoramentos, 2000. – (Dicionários Michaelis).

MIN K, CONNELL LO, MUNARRIZ R, HUANG YH, CHOI S, KIM N, GOLDSTEIN I, TRAISH A. Experimental models for the investigation of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* 2001;13:151-6.

MOGHETTI P, TOSI F, NEGRI C, MISCIALI C, PERRONE F, CAPUTO M, MUGGEO M, CASTELLO R. Comparison of spironolactone, flutamide, and finasteride efficacy in the treatment of hirsutism: a randomized, double blind, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(1):89-94.

MOREIRA RLBD. Medicina e sexualidade in Reposição hormonal de estrogênios e androgênios e sua influência sobre a sexualidade. Rio de Janeiro , 2000, Medsi.

MORIN-PAPUNEN LC, VAUHKONEN I, KOIVUNEN RM, RUOKONEN A, MARTIKAINEN HK, TAPANAINEN JS. Endocrine and metabolic effects of metformin versus ethinyl estradiol- cyproterone acetate in obese women with polycystic ovary syndrome: a randomized study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:3161-8.

MORRIS JL. Co-transmission from autonomic vasodilator neurons supply the guinea pig uterine artery. *J Auton Nerv Syst.* 1993;42:11-21.

MORRIS NJ, UDRY JR, KAHN-DAWOOD F, DAWOOD MY. Marital sex frequency and midcycle female testosterone. *Arch Sex Behav.* 1987;16:27-37.

MOSQUERA JJM. O professor como pessoa. Porto Alegre: Ed. Sulina, 1976.

MRUCK C. Auto-estima: Investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer. 1998.

NAPPI RE, FERDEGHINI F, SAMPAOLO P, BRUNDU B, SOMMACAL A, FARINA C, ABBIATI I, POLATTI F. Androgens in the etiology and treatment of desire disorders in women. *Urodinamica.* 2004;14:71-5.

NESTLER JE. Insulin regulation of human ovarian androgens. *Hum Reprod.* 1997;12:53-62.

NEUMARK-SZTAINER D, WALL MM, STORY M, PERRY CL. Correlates of unhealthy weight-control behaviours among adolescents: Implications for prevention programs. *Health Psychol.* 2003;22(1):88-98.

NEZLEK JB. Body image and day-to-day social interaction. *J Pers.* 1999; 67(5):793-817.

NGUYEN QH, KIM YA, SCHWARTZ RA. Management of acne vulgaris. *Am Fam Physic.* 1994;50:89-96.

NOLES SW, CASH TF, WINSTEAD BA. Body-image, physical attractiveness, and depression. *J Consult Clin Psychol.* 1985;53:88-94.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.

PAIXÃO JS, FONSECA AM, BAGNOLI VR, CARDOSO EB, PADUA MAF, CURI DG, ARIE WMY. Avaliação do grau de ajuste e satisfação na vida sexual com o parceiro em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *X Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia*; 2005a; São Paulo – SP. Anais. São Paulo, 2005.

PAIXÃO JS, FONSECA AM, BAGNOLI VR, CAVALCANTI AL, PENTEADO SRL. Avaliação da auto-imagem corporal, auto-estima e comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *XIII Congresso Latino Americano de Sexologia e Educação Sexual*; 2006; Salvador – BA. Anais. Salvador, 2006.

PAIXÃO JS, FONSECA AM, BAGNOLI VR, CURI DG, ARIE WMY, ARIE MHA, ROSAS FC. Comportamento sexual e auto-estima de mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *19ª Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*; 2005b; São paulo – SP. Anais. São Paulo, 2005.

PASQUALI R, CASIMIRRI F, VICENNATI V. Weight control and its beneficial effect on fertility in women with obesity and polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 1997;12:82-7.

PATEL K, COFFLER MS, DAHAN MH, MALCOM PJ, DEUTSCH R , CHANG RJ. Relationship of GnRH-stimulated LH release to episodic LH secretion and baseline endocrine-metabolic measures in womwn with polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol.* 2004;60:67-74.

PEDERSEN CA, CALDWELL JD, JIRIKOWSKI GF, INSEL TR. Oxytocin in maternal, sexual and social behaviors. *Annals of the New York Acad. Sci.* 1992; vol.652.

PENTEADO SRL. Avaliação da sexualidade em mulheres na pós-menopausa [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2002.

PENTEADO SRL. Terapia hormonal e sexualidade em mulheres na pós-menopausa. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2004.

PENTEADO SRL, FONSECA AM, BAGNOLI VR, ASSIS JS, PINOTTI JA. Sexuality in healthy postmenopausal women. *Climacteric.* 2003;6(4):321-9.

PERSKY H, LIEF HI, STRAUSS D, MILLER WR, O'BRIEN CP. Plasma testosterone level and sexual behavior in couples. *Arch Sex Behav.* 1978;7:157-73.

PLINER P, CHAIKEN S, FLETT GL. Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Pers Soc Psychol Bull.* 1990;16:263-73.

PUGEAT M, DUCLUZEAU PH. Insulin resistance, polycystic ovary syndrome and metformin. *Drugs.* 1999;58:41-82.

RABOCH J, KOBILKOVÀ J, RABOCH J, STARKA L. Sexual life of women with the Stein-Leventhal syndrome. *Arch Sex Behav.* 1985;14(3):263-71.

RAUDRANT D, RABE THOMAS. Progestogens with antiandrogenic properties. *Drugs*. 2003;63(5):463-92.

ROSEN R, BRAUN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R. The female sexual function index (FSFI): a multi-dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.

Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group revised 2003 consensus on diagnostic criteria and longterm health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod*. 2004;19:41-7.

SANTOS NC. Aspectos técnicos da ressecção em cunha dos ovários na síndrome dos ovários policísticos. *Rev. Ginecol. Obstet*. 1996;7:187-92.

SARREL PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol*. 1990;75:26-30.

SCHREINER-ENGEL P, SCHIAVI RC, WHITE D, GHIZZANI A. Low sexual desire in women: the role of reproductive hormones. *Horm Behav*. 1989;23(2):221-34.

SEDIKIDES C, GREGG AP. Portraits of the self. In: HOGG MA, COOPER J (eds). *Sage handbook of social psychology*. London: sage. 2003.

SHELLEY DR, DUNAIF A. Polycystic ovary syndrome. *Compr Ther*. 1990;16(11):26-34.

SHERWIN BB. A comparative analysis of the role of androgen in human male and female behavior: behavioral specificity, critical thresholds, and sensitivity. *Psychobiology*. 1988;16:416-25.

SHERWIN BB, GELFAND MM. The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosomat. Med*. 1987;49:379-409.

SHERWIN BB, GELFAND MM, BRENDER W. Androgen enhances sexual motivation in females. A prospective, cross over study of sex steroid administration in surgical menopause. *Psychosom Med.* 1985;7:339-51.

SILLS ES, PERLOE H, TUCKER MJ, KAPLAN CR, GENTON MG, SCHATTMAN GL. Diagnostic and treatment characteristics of polycystic ovary syndrome: descriptive measurements of patient perception and awareness from 657 confidential self-reports. *BMC Womens Health.* 2001;1:3.

SIMON RW. Gender, multiple roles, role meaning, and mental health. *J health soc behav.* 1995;36(2):182-94.

SLAYDEN SM, MORAN C, SAMS WM Jr, BOOTS LR, AZZIZ R. Hyperandrogenism patients presenting with acne. *Fertil Steril.* 2001;75:889-92.

SMITH S. Polycystic ovary syndrome. *Postgrad. Obstet. & gynecol.* 2005;25(3):1-7.

SOUCASAUX N. Aspectos psicossomáticos e simbólicos da menstruação. *Os órgãos sexuais femininos: forma, função, símbolo e arquétipo.* Imago Editora, Rio de Janeiro, 1993.

STEIN IF, LEVENTHAL HL. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol.* 1935;29:181-91.

STEWART RE, DeSIMONE JA, HILL DL. A new perspectives in gustatory physiology: transduction, development and plasticity. *Am J Physiol.* 1997;11:1-26.

SWANSON M, SAUERBREI EE, COOPERBERG PL. Medical implications of ultrasound detected polycystic ovaries. *J Clin Ultrasound.* 1981; 9:219-22.

TAGATZ GE, KOPHER RA, NAGEL TC, OKAGAKI T. The clitoral index: a bioassay of androgenic stimulation. *Obstet Gynecol.* 1979;54:562-64.

TALBOTT EO, ZBOROWSKI JV, SUTTON-TYRRELL K, McHUGH-PEMU KP, GUZICK D. Cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001;28:111-33.

TALEPORAS G, McCABE MP. Body image and physical disability: Personal perspectives. *Social Science & Medicine.* 2002;54:971-80.

TALMADGE LD, TALMADGE WC. A relational sexuality: an understanding of low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1986;12:1-8.

TAYLOR AE. Polycystic ovary syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1998;27:877-902.

THOMPSON JK. Body image disturbance: assessment and treatment. New York: Pergamon Press; 1990.

TRAISH AM, KIM N, MIN K, MUNARRIZ R, GOLDSTEIN I. Role of androgens in female genital sexual arousal: receptor expression, structure, and function. *Fertil Steril.* 2002;77(4):11-8.

TRENT M, AUSTIN SB, RICH M, GORDON CM. Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambul Pediatr.* 2005;5(2):107-11.

TRENT ME, RICH M, AUTIN SB, GORDON CM. Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16:33-7.

VILELA WV, ARILHA M. Sexualidade, gênero e direitos reprodutivos. In: Elza Berquó. *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil.* Campinas : Editora Unicamp; 2003. p95-145.

VRBÍKOVÁ J, CIBULA D. Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update*. 2005;11(3):277-91.

WACHELKE JFR, ANDRADE LA, CRUZ RM, FAGGIANI RB, NATIVIDADE JC. Medida da satisfação em relacionamento de casal. *PsicoUSF*. 2004;9(1). ISSN 1413-8271 versão impressa.

WARNER P, BANCROFT J. Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. *J Psychosom Res*. 1988;32:417-27.

WATERMAN CK, CHAUZZI EJ. The role of orgasm in male and female sexual enjoyment. *J Sex Res*. 1982;18:146-59.

WEBBER LJ, STUBBS S, STARK J, TREW GH, MARGARA R, HARDY K, FRANKS S. Formation and early development of follicles in the polycystic ovary. *Lancet*. 2003;362(9389):1017-21.

WILD S, PIERPOINT T, McKEIGUE P, JACOBS H. Cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome at long-term follow-up: a retrospective cohort study. *Clin Endocrinol*. 2000;52:595-600.

YEN SSC. Polycystic ovary syndrome. In: YEN SSC, JAFFE MD, BARBIERI RL. *Reproductive endocrinology, physiology, pathophysiology and clinical management*. Philadelphia: WB Saunders; 1999; 436-78.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.