BÁRBARA BRAGA DE LUCENA

(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Profª. Drª. Carmita Helena Najjar Abdo

São Paulo

2013

BÁRBARA BRAGA DE LUCENA

(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Profª. Drª. Carmita Helena Najjar Abdo

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lucena, Bárbara Braga de

(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas / Bárbara Braga de Lucena. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Sexualidade 2.Disfunções sexuais psicogênicas 3.Depressão 4.Ansiedade 5.Comportamento sexual 6.Questionários

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS
RESUMO
ABSTRACT
1. INTRODUÇÃO 11
2. REVISÃO DE LITERATURA 13
2.1 Modelos de resposta sexual feminina 13
2.1.1 Um modelo alternativo para a resposta sexual feminina 14
2.2 Disfunções sexuais femininas (DSF) 16
2.2.1 Conceito e classificação 16
2.2.2 Críticas ao DSM-IV-TR e reclassificação 19
2.2.3 Etiologia 20
2.2.4 Prevalência 22
2.3 Depressão e ansiedade 23
2.3.1 Depressão na mulher 23
2.3.2 Ansiedade na mulher 24
2.3.3 Por que as mulheres têm mais depressão e ansiedade que os homens? ... 25
2.3.4 Comordidade entre depressão e ansiedade 26
2.4 Depressão e ansiedade na função sexual. 27
2.4.1 Depressão e DSF 27
2.4.2 Ansiedade e DSF 29
3. OBJETIVOS 32
3.1 Objetivo geral 32
3.2 Objetivos específicos 32
4. MÉTODO 33
4.1 Participantes 33
4.1.1 Critérios de inclusão 33
4.1.2 Critérios de exclusão 33
4.2 Instrumentos 33
4.2.1 Entrevista semi-estrututada 33
4.2.2 Questionário de Antecedentes Sexuais - QAS 34
4.2.3 Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) 34

4.2.4 Inventário de Depressão Beck – BDI-II (Beck Depression Inventory-II) 34
4.2.5 Inventário de Ansiedade Beck – BAI (Beck Anxiety Inventory)..... 35
4.3 Procedimentos..... 35
4.4 Análise de dados 36
5. RESULTADOS..... 37
6. DISCUSSÃO..... 47
6.1 Aspectos gerais 47
6.2 DSF, depressão e ansiedade..... 51
7. CONCLUSÃO 54
8. REFERÊNCIAS..... 55
9. ANEXOS..... 63

LISTA DE SIGLAS

AGD: Ambulatório Geral e Didático

APA: Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association)*

BAI: Inventário de Ansiedade Beck

BDI-II: Inventário de Depressão Beck-II

CI: Intervalo de Confiança (*Confidence Interval)*

CID-10: Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão

DS: Disfunção sexual

DSF: Disfunção sexual feminina

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais - 4ª versão - texto revisado

FMUSP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HCFMUSP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

QAS: Questionários de Antecedentes Sexuais

QS-F: Quociente sexual – versão feminina

OMS: Organização Mundial de Saúde

OR: Razão de chance (*Odds Ratio)*

WAS: Associação Mundial de Saúde Sexual (*World Association for Sexual Health)*

RESUMO

LUCENA, BB. (Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 75p.

Os objetivos do presente estudo foram: (1) avaliar a função sexual feminina e a presença de depressão e ansiedade; (2) verificar a associação entre disfunção sexual feminina (DSF), depressão e ansiedade e (3) identificar as variáveis relacionadas com os domínios: desejo, excitação, orgasmo e dor durante a relação sexual Participaram do estudo 110 pacientes saudáveis (idade: 18-61, média:38,5 anos) que aguardavam consulta ambulatorial de prevenção ginecológica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). A avaliação foi realizada com questionários específicos desenvolvidos para a pesquisa, juntamente com o Quociente Sexual Feminino (QS-F), Inventário Beck de Depressão (BDI-II) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI). A análise das respostas mostrou que do total da amostra, 36 (32,7%) mulheres apresentavam inibição de desejo; 16 (14,5%), problemas de excitação; 35 (31,8%), dificuldades de orgasmo; 31 (28,2%) queixavam-se de dor durante a relação; e 39 (35,5%) atingiram pontuação inferior a 60 no QS-F, indicando DSF em geral. Depressão e ansiedade acometeram 26 (23,6%) e 37 (33,6%) pacientes, respectivamente. Os dados também revelaram uma relação significante entre DSF, depressão e ansiedade, além de identificar fatores de risco para os domínios sexuais. Diminuição do desejo sexual foi associada à depressão, ansiedade, escolaridade, incômodo com próprio o corpo, masturbação e educação sexual; problemas de excitação foram ligados à depressão, ansiedade, idade, escolaridade, incômodo com o próprio corpo, medo relacionado a sexo e educação sexual; orgasmo foi impactado por depressão, ansiedade, escolaridade, incômodo com o próprio corpo, medo relacionado a sexo, vergonha durante o ato sexual, masturbação e educação sexual; queixas de dor durante a relação sexual foram associadas à depressão, renda, escolaridade e educação sexual; por fim, fatores relevantes para a presença de DSF em geral foram depressão, ansiedade, escolaridade, incômodo com o próprio corpo, medo relacionado ao sexo, vergonha durante o ato sexual e educação sexual. Modelos de regressão foram utilizados para identificar as variáveis mais significantes para cada domínio da atividade sexaul. Com efeito, desejo sexual é inibido pela presença de depressão; o nível de excitação é negativamente impactado por depressão e pelo aumento da idade; a capacidade de atingir o orgasmo é reduzida pela baixa escolaridade, pela ansiedade e por medos relacionados ao sexo; e tanto dor durante o intercurso quanto DSF em geral estão diretamente ligadas à baixa escolaridade e à depressão. Conclui-se que inúmeras variáveis interferem na resposta sexual feminina, sendo depressão e ansiedade especialmente nocivas à função sexual. Ademais, enquanto depressão é mais prejudicial nas primeiras fases da resposta sexual (desejo e excitação), ansiedade influencia principalmente a fase de orgasmo.
Descritores: Sexualidade; Disfunções sexuais psicogênicas; Depressão; Ansiedade; Comportamento sexual; Questionários.

ABSTRACT

LUCENA, BB. Sexual Dysfunction, Depression, and Anxiety in Gynecological Patients. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 75p.

The present work proposes to (1) assess female sexual functioning, depression, and anxiety; (2) verify the association between female sexual dysfunction (FSD), depression, and anxiety; and (3) identify the variables associated with the sexual domains: desire, arousal, orgasm, and pain during intercourse. A group of 110 healthy women (age: 18-61, mean: 38.5 years) among those waiting for gynecological routine consultations at the Clinics Hospital of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo (HCFMUSP) was randomly selected for this research. The patients were asked to fill questionnaires specifically developed for this work and validated instruments, such as the Female Sexual Quotient (FSQ), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Beck Anxiety Inventory (BAI). The analysis of the responses show that 36 (32.7%) women present sexual desire inhibitions; 16 (14.5%) have arousal problems; 35 (31.8%) have orgasm difficulties; 31 (28.2%) report pain during intercourse; and 39 (35.5%) exhibit overall FSD. Depression and anxiety are present in 26 (23.6%) and 37 (33.6%) patients respectively. The data also reveal a significant relation between FSD, depression, and anxiety, in addition to identifying risk factors for the sexual domains. More specifically, sexual desire inhibition is associated to depression, anxiety, education level, body issues, masturbation, and sexual education; arousal is connected to depression, anxiety, age, education level, body issues, sex-related fears, and sexual education; orgasm difficulties is related to depression, anxiety, education level, body issues, sex-related fears, sex-related shame, masturbation, and sexual education; pain during intercourse is associated with depression, monetary income, education level, and sex education; and finally, the factors relevant to overall FSD are depression, anxiety, education level, body issues, sex-related fears, sex-related shame, and sexual education. Regression models were then used to identify the most significant variables for each domain, resulting in sexual desire being inhibited by the presence of depression; excitation levels being impaired by low education levels and the increase of age; ability to achieve orgasm being hindered by low education levels, anxiety, and sex-related fears; and pain during intercourse and overall FSD increasing with lower education levels and depression. In conclusion, numerous variables influence female sexual response, depression and anxiety being especially detrimental to sexual functioning. What is more, while depression is more harmful in the early stages of sexual response (desire and arousal), anxiety is the main influence on the orgasm phase.

Descriptors: Sexuality; Sexual dysfunctions, psychological; Depression; Anxiety; Sexual behavior; Questionnaires.

1. INTRODUÇÃO

As questões relativas à sexualidade se articulam de formas diferentes em cada momento histórico. O sofrimento e seus modos de expressão têm contornos específicos de cada cultura. A maneira como alguém experimenta sua sexualidade depende de tanto questões constitutivas, como de questões sócio-culturais (Weeks, 1999).

Embora os valores éticos e morais do Ocidente encontrem suas raízes na tradição judaico-cristã, a repressão em relação aos prazeres do o corpo tem origem na Antigüidade (Salles & Ceccarelli, 2010). Durante muitos séculos, o ato sexual era considerado expressão de "baixos instintos" que deveriam ser controlados, sobretudo nas mulheres, nas quais o sexo só era admitido para fins procriativos (Abdo, 2012).

Até o final do século XIX e início do século XX perdurou o binômio sexualidade-reprodução, quando, em 1905, com a publicação dos *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade,* Freud subverteu os esquemas explicativos tradicionais, localizando a sexualidade como cerne do psiquismo, pólo estruturante da personalidade.

No início dos anos 1950, Alfred Kinsey e colaboradores escandalizaram a sociedade americana, apresentando dados de suas pesquisas, segundo as quais tanto a masturbação, como a homossexualidade eram práticas comuns entre as mulheres (Kinkey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953). Para alguns autores, os relatórios de Kinsey são considerados o início da revolução sexual (Gathorne-Hardy, 1998).

A partir dos anos 1960, com o surgimento da pílula anticoncepcional e a inserção da mulher no mercado de trabalho, as sociedades ocidentais assistiram à revolução sexual propriamente dita, marcada pelo combate aos códigos tradicionais de comportamentos sexuais e relacionamentos interpessoais (Allyn, 2000). O movimento feminista influenciou uma nova conscientização feminina, segundo a qual a mulher podia ser responsável por suas escolhas e a prática sexual não necessariamente estava

ligada à procriação (Weeks, 1999). Desde então, tem sido crescente o interesse no comportamento sexual da mulher (Tiefer, Hall, & Tavris, 2002).

Nos anos 1990, com o êxito dos inibidores da fosfodiesterase 5 no tratamento da disfunção erétil, maior financiamento passou a ser oferecido pela indústria farmacêutica às pesquisas sobre a função sexual em mulheres (Brotto et al., 2012). Embora estudos recentes tenham avançado na elucidação da função sexual feminina e sua fisiopatologia, a utilidade clínica do tratamento medicamentoso para as dificuldades sexuais da mulher ainda é bastante limitada (Meston, Seal & Hamilton, 2008). Em comparação com o que se conhece do homem, é insuficiente o que se sabe sobre a sexualidade feminina em função, principalmente, dos tabus relacionados às questões de gênero, da anatomia genital da mulher (menos aparente que a do homem), do ciclo menstrual (fase estrogênica e progesterônica) e o ciclo de vida feminino, cujas diversas etapas (menarca, gravidez e puerpério, climatério, menopausa, senilidade) influenciam e são influenciadas pela função sexual (Abdo, 2012).

De um modo geral, admite-se que a sexualidade da mulher é mais influenciada por aspectos psicossociais que a do homem (Tiefer et al., 2002), mas a identificação desses aspectos e da intensidade na qual eles se tornam prejudiciais ainda é controversa. Dado que a saúde sexual é um direito humano fundamental (WAS, 2005) que está intimamente relacionada à saúde mental, o presente estudo se propõe a contribuir com a elucidação de variáveis psicossociais que estão relacionadas às dificuldades sexuais femininas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Modelos de resposta sexual feminina

Na década de 1960, após vasto estudo laboratorial acerca fisiologia da resposta sexual humana, Masters e Johnson formularam de um modelo científico para a compreensão desta, caracterizado por um ciclo de quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, que seria comum aos homens e mulheres (Masters & Johnson, 1970). De acordo com esse modelo, o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), assim como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promoveria a excitação, identificada pela vasocongestão da vagina e da vulva na mulher. A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo à fase de platô e, em seguida, à fase de orgasmo. Na seqüência, haveria um período refratário (resolução) – mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições normais de respiração, batimentos cardíacos, pressão arterial, circulação periférica, sudorese, entre outras manifestações do organismo. (Abdo, 2005).

Figura 1: Modelo de resposta sexual de Masters e Johnson

Contestando o modelo então vigente, Kaplan (1977) incluiu a fase de desejo antes da fase de excitação e eliminou a fase de platô, em vista de esta ser excitação crescente que conduz ao orgasmo. A autora então propôs um novo modelo de resposta sexual que seria trifásico, composto por: desejo, excitação e orgasmo. Esse modelo

também seria comum a homens e mulheres. O desejo resultaria de mudanças neurológicas, enquanto a excitação, de mudanças vasogênicas (Abdo & Fleury, 2006).

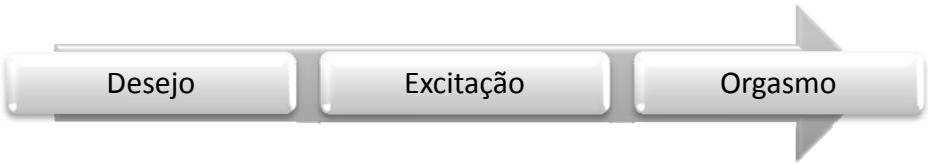

Figura 2: Modelo trifásico de resposta sexual de Kaplan

Os modelos de Masters e Johnson e de Kaplan foram associados e serviram de base à conceituação de ciclo de resposta sexual humana proposta pela quarta edição revisada do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-IV-TR)* (APA, 2002), que foi dividido em quatro fases: desejo (marcado por fantasias sexuais e interesse pela prática sexual); excitação (sensação de prazer sexual, acompanhada de mudanças fisiológicas, caracterizadas na mulher por vasoconstrição pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência genital externa); orgasmo (clímax do prazer sexual, caracterizado pelo relaxamento e contrações rítmicas e involuntárias da musculatura perineal e dos órgãos envolvidos); resolução (bem-estar e relaxamento muscular, sendo possível à mulher responder à nova estimulação sexual).

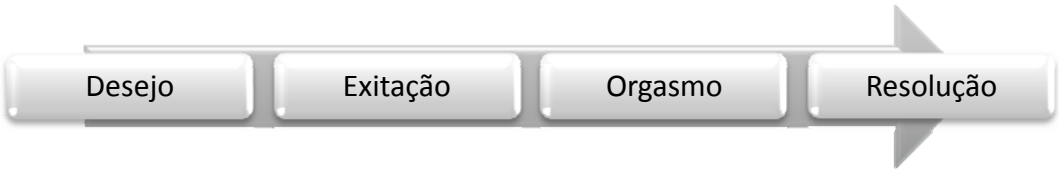

Figura 3: Concepção atual de resposta sexual (APA, 2002)

2.1.1 Um modelo alternativo para a resposta sexual feminina

Em função de observações acerca das diferenças no comportamento sexual masculino e feminino, na atualidade, muitos autores defendem que os modelos de resposta sexual são diferentes para os homens e para as mulheres (Tiefer et al., 2002; Meston & Buss, 2007; Basson, 2008). De acordo com esses autores, as mulheres têm

uma necessidade biológica reduzida para liberar a tensão sexual (Basson, 2000); o desejo é apenas um dos inúmeros fatores que motivam a mulher para a atividade sexual (Meston & Buss, 2007) e a excitação sexual na mulher é mais subjetiva que no homem, podendo ou não ser acompanhada de alterações fisiológicas (Basson, 2000; Tiefer et al., 2002). Face essas observações, Basson desenvolveu um modelo circular de resposta sexual feminina, divido em cinco fases:

1ª Fase: início da atividade sexual com motivação não necessariamente sexual, podendo não haver consciência de desejo sexual.

2ª. Fase: Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico.

3ª. Fase: vivência da excitação subjetiva, desencadeando a consciência de desejo sexual.

4ª. Fase: aumento gradativo da intensidade da excitação e do desejo responsivo, podendo ou não ocorrer orgasmo.

5ª. Fase: satisfação física e emocional, com aumento da receptividade para futuros encontros sexuais.

Adaptado Basson (2001)

Figura 4: Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina

Para a autora, especialmente nas mulheres em relacionamentos de longo prazo, o desejo sexual espontâneo é referido com pouca freqüência, sendo mais comum o desejo responsivo (Basson, 2008). Assim, as mulheres geralmente iniciam ou concordam com o sexo por outros fatores, tais como maior proximidade emocional com o parceiro, sentir-se mais atraente e/ou mais atraída, compreender e satisfazer o próprio senso de interesse/necessidade etc. (Abdo, 2010). Mesmo que inicialmente ausente, o desejo surge durante a experiência sexual, desde que a mulher se torne subjetivamente/sexualmente excitada. Deste modo, desejo e excitação coincidem e se mesclam (Basson, Leiblum, Brotto, & Derogatis, 2004).

2.2 Disfunções sexuais femininas (DSF)

2.2.1 Conceito e classificação

É com base na concepção de resposta sexual apresentada na Figura 3 (APA, 2002) que o DSM-IV-TR define DS como alteração em uma ou mais fases do ciclo de

resposta sexual, ou dor associada ao ato, que se manifesta de forma recorrente ou persistente (por pelo menos 06 meses), resultando em sofrimento e/ou dificuldade interpessoal. De acordo com a APA (2002), as DSF podem ser classificadas em:

- Transtornos do desejo sexual
    - 302.71. Transtorno do desejo sexual hipoativo: deficiência ou ausência de fantasias sexuais e vontade de ter atividade sexual.
    - 302.79. Transtorno de aversão sexual: aversão e esquiva do contato sexual genital com um parceiro sexual.
- Transtornos da excitação sexual
    - 302.72. Transtorno da excitação sexual feminina: incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.
- Transtornos do orgasmo
    - 302.73. Transtorno do orgasmo feminino: atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
- Transtornos sexuais dolorosos
    - 302.76. Dispareunia: dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior freqüência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso.
    - 306.51. Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

- Disfunção sexual devida a uma condição médica geral: presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.
- Disfunção sexual induzida por substância: disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição à toxina).
- 302.70. Disfunção sexual sem outra especificação: disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer disfunção sexual específica.

Alternativamente, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), propõe a seguinte classificação das DSF:

- F52. *Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica*
- F52.0. Ausência ou perda do desejo sexual
    - Frigidez
    - Transtorno hipoativo do desejo sexual
- F52.1. Aversão sexual e ausência de prazer sexual
    - Anedonia (sexual)
- F52.2 Falha na resposta genital
    - Transtorno de excitação sexual
- F52.3. Disfunção orgásmica
    - Anorgasmia psicogênica
    - Inibição do orgasmo
- F52.5. Vaginismo não orgânico

  - Vaginismo psicogênico
- F52.6. Dispareunia não orgânica
  - Dispareunia psicogênica
- F52.7. Apetite sexual excessivo
  - Ninfomania
- F52.8. Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica
  - Dismenorréia psicogênica
- F52.9. Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada.

Para complementação diagnóstica, as DS devem ser caracterizadas como primárias (quando ocorre desde o início da vida sexual) ou secundárias (adquiridas após um tempo de funcionamento sexual satisfatório), bem como generalizadas (presente em qualquer parceria ou circunstância) ou situacionais (presente em determinadas situações ou parcerias). Adicionalmente, a coexistência de DS e outro transtorno ou condição médica geral resulta em dois diagnósticos distintos (APA, 2002).

2.2.2 Críticas ao DSM-IV-TR e reclassificação

Desde seu lançamento, o DSM-IV-TR tem sofrido inúmeras críticas. Conforme o referido Manual, o é coito o padrão de referência para muitos diagnósticos de DS, desconsiderando outras práticas sexuais. Desse modo, para alguns autores, o modelo de comportamento sexual adotado é heterossexista e falocêntrico (Leiblum, 2006; Althof, 2010).

Em resposta, um grupo multidisciplinar de *experts* em sexualidade feminina realizou o *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction* (Basson, Berman, & Burnett, 2000), no qual foram estabelecidas novas definições e recomendações diagnósticas das DSF.

Para o transtorno de desejo sexual hipoativo, foi proposta a inclusão de "ausência de receptividade sexual" como critério diagnóstico. O transtorno de excitação sexual deixou de ter foco exclusivamente genital (lubrificação) e também considera a experiência subjetiva da mulher. Assim, esse transtorno foi dividido em três entidades diagnósticas: transtorno de excitação genital (deficiência de lubrificação genital com sensação subjetiva de excitação satisfatória), transtorno de excitação subjetiva (deficiência de sensação subjetiva de excitação com lubrificação genital satisfatória) e transtorno de excitação subjetiva e genital (deficiências de sensação subjetiva de excitação e de lubrificação genital). Para os transtornos sexuais dolorosos, foi sugerida a inclusão de uma nova categoria diagnóstica para dispareunia, que seria dor genital não relacionada ao coito. Quanto ao transtorno de orgasmo não foram propostas alterações. O critério de sofrimento pessoal permaneceu em todas as categorias de diagnóstico, ao passo que o critério de dificuldades interpessoais conseqüentes de DS foi excluído (Basson et al., 2000; Basson et al., 2004).

Para alguns autores (Sugrue & Whipple, 2001; Tiefer et al., 2002),a nova classificação não apresenta diferenças significativas em comparação ao DSM-IV-TR, uma vez que as categorias diagnósticas continuam divididas de acordo com as fases do ciclo de resposta sexual tradicional. Apesar disso, a nova classificação constituiu um avanço, pois descrição das DSF tornou-se mais precisa e houve inclusão da subjetividade de forma mais contundente, facilitando a investigação na área (Leiblum, 2001).

2.2.3 Etiologia

A etiologia das DSF envolve aspectos orgânicos, psicológicos e relacionais. Entre os fatores orgânicos estão: doenças congênitas, vasculares, neurológicas ou musculares (Cavalcanti, 2006); deficiência e declínio hormonal (Dennerstein, Lehert,

Burger, & Dudley, 1999), diabetes (Enzlin et. al., 2002), câncer (Bergmark et. al., 1999), intervenções cirúrgicas no assoalho pélvico, problemas do trato urinário e abuso de substâncias (Basson, 2008). O uso de medicações específicas, tais como antidepressivos, antipsicóticos, anti-hipertensivos, diuréticos, quimioterápicos e anticonvulsionantes também está fortemente associado às DSF (Derogatis & Burnett, 2008).

Sabe-se que a boa condição geral de saúde é uma importante preditora do funcionamento sexual satisfatório (Lewis et al., 2004). Mulheres que referiram saúde excelente tiveram significativamente menos DSF quando comparadas com aquelas que referiram saúde boa, razoável ou ruim. O mesmo estudo mostrou que mulheres que faziam atividade física tinham níveis maiores de desejo sexual e menor freqüência de disfunção de orgasmo (Lewis et al., 2010).

Mais difíceis de investigar a relação de causalidade com os problemas sexuais, os aspectos psicológicos comumente associados às DSF são: vivências traumáticas, sentimentos de inferioridade, imagem corporal negativa, distúrbios de personalidade (S. E. Althof et al., 2005), imaturidade psicológica (Brody & Weiss, 2010), inteligência emocional reduzida (Burri, Cherkas, & Spector, 2009), crenças sexuais disfuncionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), esquemas cognitivos mal adaptativos (Carvalho, Vieira, & Nobre, 2012), comorbidade psiquiátrica, depressão e ansiedade (Laurent & Simons, 2009). Aspectos relacionais, tais como insatisfação e conflitos conjugais, dificuldades de comunicação e interação, raiva e desprezo dirigidos ao parceiro, quando não causam, agravam significativamente as DS (Costa, 2009).

A divisão das DSF orgânicas ou psicogênicas é de grande utilidade clínica, mas essas categorias não se excluem (Lewis et al., 2010). A fim de facilitar a compreensão etiológica, é proposto que, na avaliação do paciente, seja realizada investigação dos

fatores predisponentes (anteriores à queixa), desencadeadores (gatilhos para o surgimento da DS) e matenedores (os que fazem com que o problema perdure) (Althof, 2010), haja vista que comumente os fatores que causam uma DS não são os mesmos que a mantém (Leiblum & Wiegel, 2002).

2.2.4 Prevalência

Estudos epidemiológicos sugerem que os casos de DSF vistos nos consultórios médicos representam apenas uma pequena fração dos casos presentes na população geral (Derogatis & Burnett, 2008), uma vez que entre 40% a 45% das mulheres adultas têm pelo menos uma DS (Lewis et al., 2004).

No Brasil, em uma amostra composta por 1.219 mulheres de sete cidades diferentes, quase metade (49%) referiram alguma DSF, sendo que 26,7% apresentaram desejo hipoativo, 23% dor durante a relação sexual e 21% disfunção de orgasmo (Abdo, Oliveira, Moreira, & Fittipaldi, 2004).

Um dos mais importantes estudos sobre DS, o *National Health and Social Life Survey*, realizado com 1.749 mulheres norte-americanas entre 18 e 59 anos, identificou problemas sexuais em 43% delas. A falta de desejo sexual esteve presente em 22%, problemas de excitação em 14% e dor durante a relação em 7% da amostra (Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

Em artigo de revisão sobre a epidemiologia das DS, Hayes et. al. (2006), estimam que a prevalência de problemas de desejo varie entre 2,5-54,8%, dificuldades de orgasmo entre 2,6-31,2%, dificuldade de orgasmo entre 3,1-28,6% e dor durante a relação sexual entre 3,1-20,3%.

Lewis et al. (2010), em outro trabalho de revisão, sugerem que a diminuição do desejo sexual aumenta com a idade, atingindo aproximadamente 10% das mulheres com até 49 anos. Entre os 50 e 65 anos a prevalência aumentaria para 22% e entre os 65 e 74

anos atingiria 47%. Com menor frequência (entre 8% e 28%), estariam os problemas de excitação, que também aumentariam com a idade. Para a disfunção de orgasmo, os autores encontraram prevalência média de 25%, embora citem dois estudos nórdicos, nos quais os problemas de orgasmo chegam a 80%, enfatizando, assim, o papel da cultura no comportamento sexual. (Lewis et al., 2010).

Considerando as diferenças interculturais, Graziottin (2007) observou taxas mais elevadas de DSF na Alemanha e Reino Unido do que na Itália e França. Como exemplo, desejo sexual hipoativo foi referido por 21% das francesas e 28% das italianas, enquanto esteve presente em 34% das britânicas e em 36% das alemãs.

Além das diferenças culturais, existem as diferenças metodológicas que justificam a ampla variedade de achados com relação às prevalências de DSF (Lewis et al., 2004, 2010). Assim, os reais números das DSF na população geral permanecem incertos (Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012). Apesar disso, existe consenso na literatura de que a diminuição do desejo seja a DSF mais comum, seguida pelos problemas de orgasmo (Hayes et al., 2006).

2.3 Depressão e ansiedade

2.3.1 Depressão na mulher

O termo depressão é frequentemente usado para designar um padrão complexo de desvios de sentimento, cognição e comportamento. Enquanto síndrome, geralmente inclui: tristeza, solidão, apatia, perda de energia, auto-conceito negativo e sentimentos de menos valia (Beck, 1972). Enquanto transtorno de humor, o DSM-IV-TR e o CID-10 preconizam vários tipos de depressão, cada um deles com apresentação clínica, frequência e intensidade de sintomas diferentes, mas com uma sintomatologia básica em comum. Humor deprimido, perda de interesse, falta de prazer, tristeza e desânimo costumam estar presentes em todos os tipos de depressão (Sadock & Kaplan, 2007)

O transtorno depressivo maior é uma doença crônica, recorrente e limitante com prevalência elevada, variando de 4% a 15% na população geral (Stoppe Jr & Cordas, 2002), sendo ainda mais frequente em populações clínicas (Katon, 2003).

Devido ao incremento de morbidade, incapacidade social, risco de mortalidade, elevada taxa de utilização dos recursos médicos e consumo cada vez maior de psicofármacos, a depressão constitui uma entidade de particular importância dentro das perturbações do humor (Baldwin, 2001).

Tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a depressão é o maior motivo de incapacitação feminina (Andrade, Viana, & Silveira, 2006), sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (Astbury & Cabral, 2000).

O suicídio, tido como a consequência mais drástica da depressão, é a segunda causa de morte em mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, precedida somente por tuberculose (Andrade, Viana, & Silveira, 2006). Apesar dos dados preocupantes, a depressão é frequentemente subdiagosticada e, mesmo quando diagnosticada corretamente, costuma ser é subtratada (Teng, Humes, & Demetrio, 2005),

2.3.2 Ansiedade na mulher

A ansiedade pode ser definida como sentimento de apreensão e ameaça, caracterizado por sintomas físicos, psicológicos e cognitivos. No contexto de estresse ou de perigo, essas reações são naturais e até propulsoras de um bom desempenho. No entanto, algumas pessoas se sentem extremamente ansiosas com as atividades cotidianas, o que resulta em sofrimento e prejuízo significativo dessas atividades (Coretti & Baldi, 2007). É considerada patológica a ansiedade que é desproporcional a situação que a desencadeia (Andrade & Gorestein, 2007).

A expressão neurobiológica da ansiedade é complexa, mas resulta principalmente da liberação de substâncias adrenérgicas (adrenalina e noradrenalina). A

sensação de ameaça constante da ansiedade patológica provoca a hiperatividade do sistema nervoso autonômico, desencadeando sintomas somáticos, tais como: secura da boca, aumento de vigília ou estado de alerta, constrição respiratória, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais, entre outras alterações biológicas e bioquímicas (Andrade & Gorestein, 2007).

Os transtornos de ansiedade são um grupo de transtornos psiquiátricos que têm em comum a manifestação excessiva de sintomas ansiosos. O DSM-IV-TR (2002) classifica os transtornos de ansiedade como: transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobias especificas e transtornos de estresse pós-traumático (TEPT).

Estudos epidemiológicos evidenciam que todos os transtornos de ansiedade ocorrem com mais frequência em mulheres, sendo a diferença entre os sexos mais acentuada nas fobias (Andrade, Viana, & Silveira, 2006). Além disso, mulheres com transtornos de ansiedade relatam maior gravidade dos sintomas do que os homens com os mesmos transtornos (Kinrys & Wygant, 2005)

2.3.3 Por que as mulheres têm mais depressão e ansiedade que os homens?

Embora não se saiba com precisão o motivo da maior frequencia de depressão e ansiedade em mulheres, algumas variáveis psicossociais têm sido consideradas importantes para explicar esse fenômeno. Em primeiro lugar, a submissão feminina, a desigualdade social e profissional, apesar de mais acentuadas em algumas sociedades do que em outras, ainda representam a realidade para boa parte das mulheres. Em segundo, devido às atribuições profissionais, domésticas e familiares, especula-se que a mulher tenha mais responsabilidades e, por consequencia, rotina mais estressante. Em terceiro, a maioria das mulheres (ainda que em diferentes culturas) recebeu educação machista,

desenvolvendo crenças machistas que limitam o sentimento de liberdade e auto-eficácia (Baptista, Baptista, & Oliveira, 1999). Adicionalmente, rígidos padrões de beleza são mais cobrados de mulheres, acarretando frequente avaliação e frustração acerca da imagem corporal (Gilmartin, 2013)

Para Barlow (2002), as mulheres são mais susceptíveis a eventos estressantes, o que, associado à percepção que seus comportamentos causam pouco impacto no ambiente (dada a opressão decorrente das questões de gênero), causaria um sentimento de descontrole e o conseqüente desenvolvimento de padrões pessimistas desadaptativos de avaliação da realidade. Esses fatores associados à vulnerabilidade biológica feminina explicariam a maior ocorrência de depressão e ansiedade em mulheres.

Como vulnerabilidade biológica, considera-se principalmente a influência dos hormônios femininos (estrógeno e progesterona) na depressão e ansiedade. O papel do estrógeno da menarca à menopausa pode desestabilizar ou sensibilizar mecanismos neurotransmissores e neuroendocrinológicos, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos do humor (Demetrio & Vieira, 2001).

2.3.4 Comordidade entre depressão e ansiedade

Tanto em amostras clínicas como em estudos populacionais, é comum a co-ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos. Em se tratando de transtornos afetivos, O *National Comorbidity Survey* chama atenção para o fato de que a comorbidade entre depressão e ansiedade é regra ao invés de exceção (Kessler, 2003).

Há considerável evidência de que quadros de comorbidade entre depressão e ansiedade apresentem maior risco de cronicidade dessas condições (Stoppe Jr & Cordas, 2002). Estudos mostram que pacientes deprimidos com sintomas ansiosos têm pior prognóstico que os pacientes com depressão "pura". Analogamente, pacientes com transtornos de ansiedade associados à sintomas de depressão têm pior prognóstico que

os pacientes com transtorno de ansiedade "puro" (Andrade, Ramos, & Cordás, 1997; Fava et al., 2000). Para Akiskal (2000), as manifestações cognitivas são a melhor maneira de diferenciar as formas "puras" ou “combinadas” de depressão e ansiedade.

Nesse sentido, Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido, segundo o qual depressão e ansiedade têm em comum o afeto negativo, caracterizado por sintomas inespecíficos, tais como: insônia, irritabilidade e dificuldade de concentração. A diferenciação entre depressão e ansiedade seria feita com base no baixo afeto positivo ou anedonia (característico da depressão) ou na hiperexcitação somática (característica da ansiedade). Assim, o modelo defende que depressão e ansiedade são diferenciadas a partir da avaliação dos grupos de sintomas que são específicos. É, então, recomendado que pesquisadores interessados em estados afetivos pesquisem depressão e ansiedade juntas, mesmo quando distingui-las não é o foco do estudo (Beuke, Fischer e McDowall, 2003).

2.4 Depressão e ansiedade na função sexual.

A influência negativa da depressão e da ansiedade na função sexual é bem aceita na literatura (Laurent & Simons, 2009) e parece se manifestar mais em mulheres do que em homens (Angst, 1998). O entendimento completo dessa relação, no entanto, é extremamente complexo, face aos vários aspectos da resposta sexual, à comorbidade entre depressão e ansiedade, à natureza dos sintomas depressivos e/ou ansiosos e seus efeitos distintos na sexualidade humana (Kalmbach et. al., 2012).

2.4.1 Depressão e DSF

A ocorrência de DS em pacientes deprimidas é elevada (Baldwin, 2001; Montgomery, 2006), sendo consistentemente mais frequente do que em pacientes sem depressão (Mathew & Weinman, 1982; Clayton & Montejo, 2006). A relação entre

humor depressivo e função sexual torna-se especialmente complicada, uma vez que a maioria das drogas disponíveis como tratamentos de primeira linha para depressão (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS) têm potencial de causar ou agravar as DSF (Montgomery, 2011).

Considerando DS em geral (sem especificar o tipo), um estudo suíço mostrou que prevalência de problemas sexuais em mulheres com depressão (incluindo aquelas com depressão maior, distimia, depressão breve e recorrente) é aproximadamente o dobro do que em mulheres sem depressão (50% *vs.* 24%) (Angst, 1998). Na França, as DS mostraram-se de duas a três vezes mais prováveis na população deprimida do que naquela sem depressão (Bonierbale, Lançon, & Tignol, 2003). Nos Estados Unidos, uma comparação entre homens e mulheres funcionais (grupo controle) com homens e mulheres sexualmente disfuncionais constatou níveis mais elevados de sintomas depressivos agudos e uma prevalência significativamente maior de transtornos afetivos no segundo grupo (Althof et al., 2005). Outro estudo americano demonstrou que, conforme cresce o grau da depressão, também há acréscimo na gravidade das DSF (Fabre & Smith, 2012).

Após extensiva revisão de literatura, Laurent e Simons (2009) concluem que, com a possível exceção da fase de resolução, todas as demais etapas do ciclo de resposta sexual são prejudicadas em mulheres deprimidas (Laurent & Simons, 2009). Em se tratando de DS específicas, há evidência de que a ausência de desejo sexual é o segundo sintoma somático mais frequente em mulheres deprimidas, precedido apenas por distúrbios do sono (Casper, Redmond, & Katz, 1985). Em 2004, um estudo apontou que indivíduos com depressão são 5,3 vezes mais propensos à falta de desejo sexual (Johnson, Phelps, & Cottler, 2004). Além disso, dor associada ao ato sexual também é mais prevalente em mulheres deprimidas (Dunn, Croft, & Hackett, 1999).

Embora a evidência empírica confirme o importante papel da depressão na DS feminina, a direção exata de causalidade entre essas variáveis é difícil de ser apurada. Em geral, admite-se que a depressão é um importante fator de risco para a DS, assim como o desempenho sexual insatisfatório pode ser um fator de risco para depressão, a qual conduz à perda da autoestima, da autoconfiança e à diminuição da libido, retroalimentando os problemas sexuais (Abdo, 2008).

2.4.2 Ansiedade e DSF

Apesar de serem categorias distintas, DS e ansiedade estão intimamente relacionadas e o diagnóstico de ambas é eminentemente clínico (Laurent & Simons, 2009). Desde as primeiras formulações psicodinâmicas de Freud (Althof et al., 2005) e, posteriormente, na terapia sexual proposta por Masters e Johnson (1970) e Kaplan (1975), a ansiedade com relação ao desempenho sexual foi considerada a mais importante causa imediata da DS.

Masters e Johnson desenvolveram conceito de *spectatoring*, que seria o monitoramento da própria atividade sexual, com manutenção do foco em si mesmo durante a interação sexual, ao invés de uma imersão nos aspectos sensoriais da experiência erótica. Para os autores, o espectador sexual se distrairia com pensamentos sobre o seu desempenho, o que interromperia o fluxo normal do funcionamento sexual, inibindo a excitação sexual e o orgasmo (Masters & Johnson, 1970).

Barlow (1986) incluiu o conceito de *spectoring* em um modelo causal do processo de atenção durante o funcionamento sexual. De acordo com o autor, déficits no funcionamento sexual devido à dificuldade de excitação são causados por uma incapacidade do espectador em captar corretamente sinais eróticos que são necessários para a excitação. Essa incapacidade desencadearia grande ansiedade acerca do

desempenho, provocando a mudança de atenção (*spectoring*) a fim de evitar o insucesso sexual. Essa distração, no entanto, prejudica o desempenho do espectador sexual.

Se a ansiedade relacionada ao sexo provoca um impedimento psicológico para o desempenho da atividade sexual (Dove & Wiederman, 2000), também é possível que, na ausência de problemas sexuais específicos, altos níveis de ansiedade desencadeiem distrações cognitivas (preocupações não sexuais, obsessões, e hipervigilância e sensações corporais somáticas) que podem interferir na resposta sexual (Bradford & Meston, 2006). Mesmo em mulheres sem DS, estudos demonstraram que distrações cognitivas reduzem a excitação tanto fisiológica quanto subjetiva aos estímulos eróticos (Adams, Haynes, & Brayer, 1985; Elliott & O'Donohue, 1997).

De um modo geral, altas prevalências de DS têm sido relatadas em pessoas com ansiedade (Bradford & Meston, 2006) e há indícios de que todas as fases do ciclo de resposta sexual podem ser prejudicadas por altos níveis de ansiedade (Dunn et al., 1999).

No estudo de Dunn *et al.* (1999), a ansiedade foi associada a maior risco para disfunção de excitação (OR = 3,5), disfunção de orgasmo (OR = 2,0), inibição do desejo (OR = 2,3), secura vaginal (OR = 1,8), e dispareunia (OR = 4,5).

Uma revisão de literatura (Hartmann, Heiser, RufferRüffer-Hesse, & Kloth, 2002) evidenciou que mulheres com transtornos do desejo sexual são mais preocupadas e ansiosas do que mulheres com desejo sexual satisfatório. Katz e Jardine (1999) corroboraram este achado, concluindo que a ansiedade está mais intimamente relacionada à falta de desejo e à aversão sexual, embora também influencie negativamente a excitação e o orgasmo (Meston et al., 2008).

Em se tratando de mulheres na menopausa, um estudo porto-riquenho mostrou que, entre as pacientes que referiam diminuição do desejo sexual, a prevalência de

ansiedade era de 76,7% contra 45,7% das que não relatavam diminuição do desejo ($p < 0,01$). Entre as mulheres que referiam secura vaginal, a prevalência de ansiedade foi de 75,0% contra 48,4% das que não relatavam a mesma condição ($p < 0,02$) (Schnatz, Whitehurst, & O'Sullivan, 2010).

Embora usualmente caracterize um impedimento, há evidências de que a ansiedade não é universalmente perturbadora para o funcionamento sexual (Minnen & Kampman, 2000). Experimentos sugerem que, sob certas condições, a ansiedade facilita a excitação sexual genital. Como exemplo, Hoon e cols. (1977) e Palace e Gorzalka (1990), em estudos laboratoriais, concluíram que a ansiedade induzida melhora a vasocongestão genital.

Mais recentemente, outro experimento laboratorial (Bradford & Meston, 2006) revelou que mulheres com ansiedade leve ou moderada têm significativamente mais pulsação vaginal do que mulheres sem ansiedade ou com ansiedade grave. Assim, as autoras concluíram que um pouco de ansiedade auxilia a excitação feminina. Estes achados evidenciam que a resposta à ansiedade é complexa e exige investigação acerca de grau, natureza e histórico em cada paciente com queixa sexual.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar função sexual, presença de depressão e de ansiedade em pacientes atendidas em ambulatório de ginecologia.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar se há associação entre depressão, ansiedade e disfunção sexual nessa população.
- Identificar as variáveis que estão relacionadas com cada um dos domínios sexuais femininos (desejo, excitação, orgasmo e dor) nessa população.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, desenvolvido na Divisão Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP.

4.1 Participantes

Participaram do estudo 110 pacientes ambulatoriais que aguardavam consulta de prevenção ginecológica no Ambulatório Geral e Didático (AGD) da Divisão de Ginecologia.

4.1.1 Critérios de inclusão

- Idade mínima de 18 anos
- Ser alfabetizada
- Ter parceiro estável há pelo menos um ano.

4.1.2 Critérios de exclusão

- Pacientes em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico
- Pacientes com doenças crônicas e/ou fazendo uso de medicamentos que pudessem interferir na resposta sexual (anti-hipertensivos, antidepressivos e diuréticos).

4.2 Instrumentos

4.2.1 Entrevista semi-estrututada

Elaborada para coleta dos dados sociodemográficos: idade, religião, renda, estado civil, tempo de relacionamento e filhos (Anexo I).

4.2.2 Questionário de Antecedentes Sexuais - QAS

Instrumento de auto-resposta para coleta de dados acerca da primeira relação sexual, frequência sexual, masturbação; medo,culpa e/ou vergonha em relação a sexo; bem como educação sexual recebida (Anexo II).

4.2.3 Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

É um instrumento de auto-resposta, desenvolvido e validado no Brasil, com 10 questões que avaliam diferentes dimensões da função sexual feminina, com base nos seis últimos meses. Cada questão deve ser respondida numa escala de 6 pontos, que variam de "nunca" (0) a (5) "sempre". O resultado final do QS-F é dado pela soma de todos os itens multiplicada por dois. Assim, o escore total atinge de 0 a 120. Escores menores ou iguais a 60 indicam disfunção sexual em geral (Abdo, 2006) (Anexo III).

Os domínios acometidos da função sexual podem ser identificados separadamente. No presente estudo, foram consideradas com diminuição do desejo sexual mulheres que atingiram pontuação $\leq$ 2 nas questões 1 e 2; problemas de excitação foram dados por escores $\leq$ 2 nas questões 3 e 4; presença e dor durante a relação sexual foi avaliada por pontuação > 2 na questão 7, enquanto dificuldade de orgasmo e insatisfação sexual foram variáveis obtidas por escores $\leq$ 2 e nas questões 9 e 10, respectivamente.

4.2.4 Inventário de Depressão Beck – BDI-II (Beck Depression Inventory-II)

É uma escala de auto-avaliação reconhecida mundialmente para detectar sintomas depressivos. O inventário contém 21 itens que devem ser respondidos com base na última semana. O escore final, que varia de 0 a 63, pode ser classificado como depressão "mínima", "leve", "moderada" ou "severa". Indivíduos que atingem escores maiores que 19 (equivalente aos níveis de depressão moderada ou grave) são considerados com depressão (Beck, Steer, & Brown, 1996) (Anexo IV).

4.2.5 Inventário de Ansiedade Beck – BAI (Beck Anxiety Inventory)

Escala de auto-avaliação constituída por 21 itens nos quais são atribuídos pontos que refletem níveis de gravidade crescentes de cada sintoma comum da ansiedade. O paciente deve assinalar "absolutamente não", "levemente: não me incomodou muito", "moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar" ou "gravemente: difícil de suportar" para cada um dos sintomas de ansiedade apresentados. O escore total é o resultado da soma dos escores de cada item. A pontuação total permite a classificação nos níveis "mínimo", "leve", "moderado" ou "grave" da ansiedade. Indivíduos foram considerados "com ansiedade" quando os escores foram maiores ou iguais a 19. (Beck & Steer, 1993) (Anexo V).

4.3 Procedimentos

No Ambulatório Didático da Disciplina de Ginecologia da FMUSP, a pesquisadora convocava diariamente as pacientes que aguardavam consulta médica e as convidava a participar da pesquisa, explicando-a sucintamente e certificando-se de que as mulheres convidadas preenchiam os critérios de inclusão e atendiam aos de exclusão do estudo. Ao consentir a participação, as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMSUP (Anexo IV). As entrevistas semi-dirigidas foram realizadas com uma paciente por vez. Em seguida, eram entregues os instrumentos – questionário de antecedentes sexuais, QS-F, BDI-II e BAI – que eram também preenchidos no mesmo dia.

No decorrer do preenchimento dos questionários e escalas auto-aplicáveis, a pesquisadora executante esteve disponível a fim de que as participantes pudessem elucidar dúvidas. Após o preenchimento, a pesquisadora se certificava de que todos os itens haviam sido preenchidos, a fim de evitar dados faltantes.

4.4 Análise de dados

Os dados descritivos foram apresentados com tabelas de freqüência. O relacionamento entre as variáveis categóricas foi inicialmente testado por meio de testes qui-quadrado de independência. Em seguida, as variáveis consideradas significativas ($p < 0,05$) para cada domínio sexual foram incluídas em modelos de regressão logística, a fim de analisar relação entre os domínios e suas possíveis variáveis preditoras. Os modelos finais das regressões foram obtidos com a retirada as variáveis não significativas ($p > 0,05$). As variáveis com grandes intervalos de confiança também foram excluídas, dadas as restrições do modelo estatístico (Dancey & John, 2006). Para as variáveis contínuas, foi realizado um teste *t* com objetivo de comparar as médias de escores do BDI e BAI entre os grupos com e sem DS.

5. RESULTADOS

Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1 e mostram que a faixa etária das participantes variou de 18 a 61 anos, com média de 38,5 anos (desvio padrão: 9,7). Acerca do nível de escolaridade, 36,4% das participantes tinha até 8 anos de escolaridade (nível fundamental completo ou incompleto), 27,7% entre 8 e 11 anos de escolaridade (ensino médio completo ou incompleto) e 20,9% possuía mais de 11 anos de escolaridade (nível superior completo ou incompleto). A maior parte da amostra (63,6%) foi composta por mulheres com renda *per capita* mensal abaixo de um salário mínimo (R$678,00). A média de tempo dos relacionamentos atuais foi de 12,8 anos (desvio padrão: 9,1). A maioria das participantes tinha filho (63,6%) e era católica (55,5%).

Os resultados do QAS (Anexo II) são apresentados na Tabela 2, servindo como caracterização adicional da amostra. De acordo com o referido instrumento, a maior parte das participantes teve a primeira relação sexual após os 17 anos de idade (61,8%), com um namorado (55,5%). A freqüência sexual da maioria (54,5%) foi entre 2 a 3 vezes por semana. Apenas 2,7% das mulheres pesquisadas declararam fazer sexo com freqüência inferior a uma vez por semana, enquanto 19,1% delas referiram ter pelo menos 5 relações semanais. Há grande prevalência de incômodo com o próprio corpo (62,7%) e os aspectos que mais incomodam são: barriga (48,18%), excesso de peso (26,36 %), seios (19,09%) e membros inferiores (10%). O medo relacionado a sexo esteve presente em 42,7% das mulheres, sendo os medos mais comuns: contrair alguma doença sexualmente transmissível (51%), sentir dor (25,5%) e engravidar (21,2%). Entre as mulheres que têm vergonha durante o ato sexual (40,9% da amostra), o maior motivo de vergonha foi ter o corpo exposto (64,4%),

Tabela 1: Características sociodemográficas

Idade	*n (%)*
≤ 30 anos	26 (23,6%)
31 – 40 anos	35 (31,8%)
41 – 50 anos	36 (32,7%)
≥ 51 anos	13 (11,8%)
Escolaridade	*n (%)*
≤ 8 anos	40 (36,4%)
8,1 – 11 anos	47 (27,7%)
> 11 anos	23 (20,9)
Renda *per capita*	*n (%)*
≤ Salário mínimo vigente	70 (63,6%)
> Salário mínimo vigente	40 (36,4%)
Tempo de relacionamento	*n (%)*
1 – 5 anos	32 (29,1%)
6 – 10 anos	19 (17,3%)
11 – 20 anos	36 (32,7%)
≥ 21 anos	23 (20,9%)
Filhos	*n (%)*
Sim	70 (63,6%)
Não	40 (36,4%)
Religião	*n (%)*
Católica	61 (55,5%)
Evangélica	34 (30,9%)
Outra religião	8 (7,3%)
Sem religião	7 (6,4%)

seguido por sexo anal (33,3%). A masturbação é praticada em menos de um terço da amostra (27,3%).A maioria das mulheres (80,9%) conversa com o parceiro sobre sexo, mas 15% destas se sentem envergonhadas ao fazer isso. Com o médico, 77,3% conversam sobre sexo e, destas, 39% se sentem envergonhadas. A maior parte das participantes (65,5%) declarou não ter tido educação ou informação sobre sexo ao longo da infância e/ou adolescência. Entre as que tiveram, as fontes mais comuns de informação foram os professores (47,3%) e pais (42,1%).

Tabela 2: Dados do Questionário de Antecedentes Sexuais

		n(%)
Idade de início da vida sexual	< 13 anos	3 (2,8%)
	13-15 anos	15 (13,6%)
	15-17 anos	24 (21,8%)
	> 17 anos	68 (61,8%)
Primeiro parceiro sexual	Amigo	2 (1,8%)
	Namorado	61 (55,5%)
	Marido	46 (41,8%)
	Desconhecido	1 (0,9%)
Frequência sexual semanal	< 1x	3 (2,7%)
	1x	6 (5,5%)
	2x	34 (30,9%)
	3x	26 (23,6%)
	4x	20 (18,2%)
	≥ 5x	21 (19,1%)

Incômodo com o corpo	Sim	69 (62,7%)
	Não	41 (37,7%)
Medo relacionado a sexo	Sim	47 (42,7%)
	Não	63 (57,3%)
Vergonha durante o ato sexual	Sim	45 (40,9%)
	Não	65 (59,1%)
Masturbação	Sim	30 (27,3%)
	Não	80 (72,7%)
Conversa com o parceiro sobre sexo	Sim	89 (80,9%)
	Não	21 (19,1%)
Conversa com o médico sobre sexo	Sim	85 (77,3%)
	Não	25 (22,7%)
Educação sexual na infância e/ou adolescência	Sim	38 (34,5%)
	Não	72 (65,5%)

Na Figura 5, são exibidas as proporções com as quais os domínios sexuais foram acometidos, mostrando que 36 (32,7%) das mulheres apresentaram inibição de desejo, 16 (14,5%) problemas de excitação, 35 (31,8%) dificuldades de orgasmo,

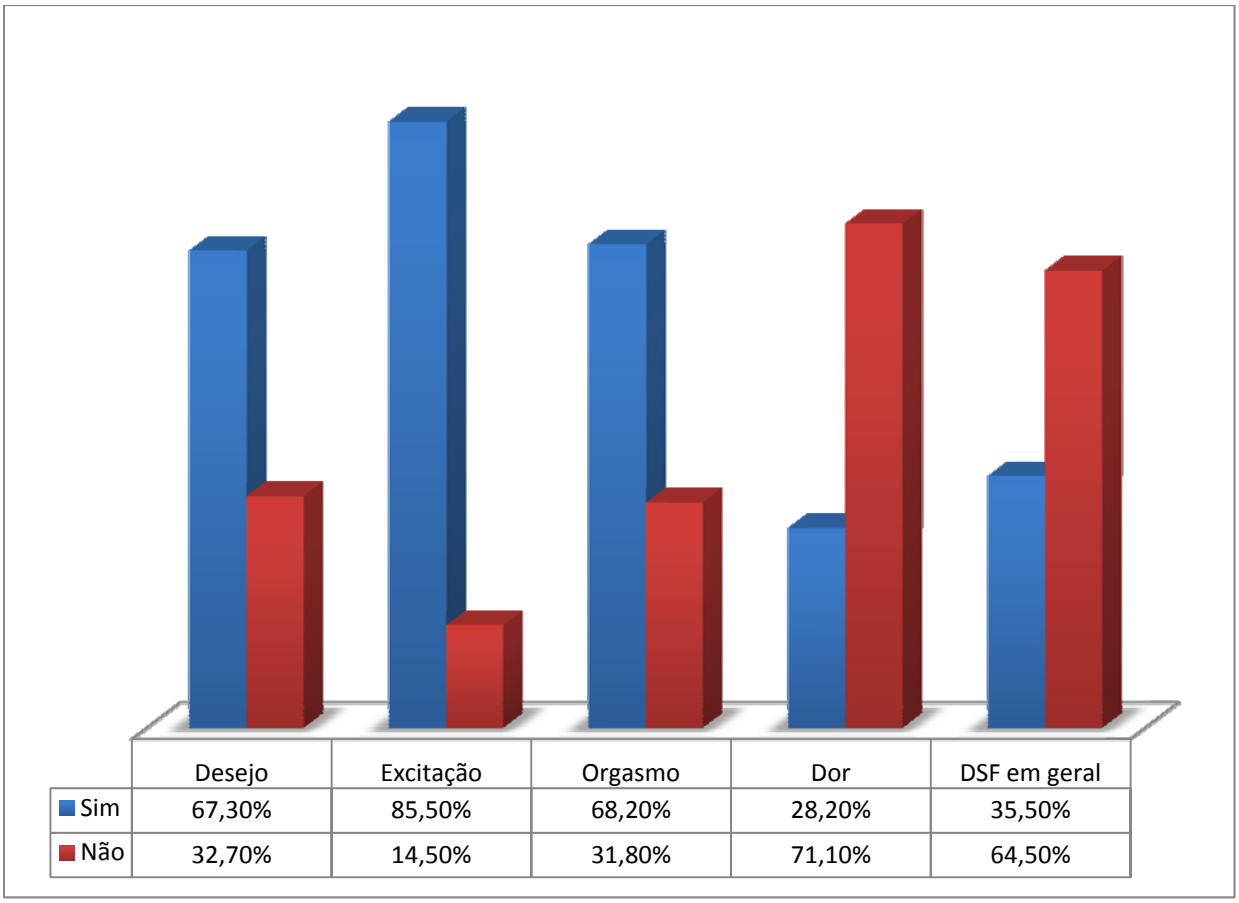

Figura 5: Domínios sexuais acometidos

31 (28,2%) referiram dor durante a relação e 39 (35,5%) atingiram pontuação no QS-F ≤ 60, indicando DSF em geral.

Ao considerar a 10ª questão do QS-F, referente ao grau satisfação adquirido com a relação sexual, constata-se que, mesmo com problemas nos domínios sexuais, nem todas as mulheres estão insatisfeitas com as relações que desempenham. Entre as mulheres com problemas de desejo, 70,3% estão insatisfeitas; entre aquelas com problemas de excitação, apenas 43,2% estão insatisfeitas; das mulheres com problemas de orgasmo, 64,9% estão insatisfeitas; entre aquelas que sentem dor, menos da metade (43,2%) está insatisfeita e entre as que tiveram pontuação igual ou inferior a 60 no QS-F, a insatisfação está presente em 75,7% das mulheres (Tabela 3).

Tabela 3: Satisfação sexual em relação aos domínios sexuais

		Satisfeita n = 73 n (%)	Insatisfeita n = 37 n (%)	Valor p
Desejo	Sim	63 (86,3%)	11 (29,7%)	< 0,001
	Não	10 (13,7%)	26 (70,3%)	
Excitação	Sim	73 (100%)	21 (56,8%)	< 0,001
	Não	0 (0%)	16 (43,2%)	
Orgasmo	Sim	62 (84,9%)	13 (35,1%)	< 0,001
	Não	11 (12,1%)	24 (64,9%)	
Dor	Sim	15 (20,5%)	16 (43,2%)	0,012
	Não	58 (79,5%)	21 (56,8%)	
QS-F	≤ 60	11 (15,1%)	28 (75,7%)	< 0,001
	> 60	62 (84,9%)	9 (24,3%)	

Foram realizados testes qui-quadrado entre as variáveis apresentadas nas Tabelas 1 e 2 e os domínios da atividade sexual. Entre as variáveis sociodemográficas (Tabela 1), escolaridade foi a única associada a todos os domínios. Tempo de relacionamento, filhos e religião não foram associados a nenhum dos domínios sexuais. Entre as variáveis dos QAS (Tabela 2), educação sexual ao longo da infância e adolescência foi significativamente associada a todos os domínios avaliados, enquanto idade de início da vida sexual, conversar com o parceiro ou com o médico sobre sexo e freqüência sexual semanal não apresentaram relação com nenhum dos domínios avaliados.

Desejo mostrou-se associado à escolaridade (p = 0,031), incômodo com o corpo (p = 0,007), masturbação (p = 0,028) e educação sexual (p = 0,001). Excitação foi associada à idade (p = 0,020), escolaridade (p = 0,007), incômodo com corpo (p = 0,027), medo relacionado a sexo (p = 0,005) e educação sexual (p = 0,002). Orgasmo

foi associado à escolaridade ($p < 0.001$), incômodo com o corpo ($p = 0,010$), medo relacionado à sexo ($p = 0,004$), vergonha durante o ato sexual ($p = 0,005$), masturbação (0,011) e educação sexual ($p < 0,001$). Dor foi associada à renda *per capita* ($p = 0.020$), escolaridade ($p = 0.048$) e educação sexual ($p = 0,036$). Disfunção sexual em geral (QS-F ≤ 60) foi associada à com escolaridade ($p < 0,001$), incômodo com o corpo ($p = 0,002$), medo relacionado a sexo ($p = 0,011$), vergonha durante o ato sexual ($p = 0,041$) e educação sexual ($p = 0,002$).

As médias de escores do BDI e do BAI foram 12,5 (desvio padrão: 10,3) e 13,1 (desvio padrão: 11,8), respectivamente. A correlação (ρ) entre os dois construtos foi de 0,688.

Com base nos escores obtidos no BDI, todos os domínios da atividade sexual mostraram-se mais prejudicados em mulheres com depressão do que naquelas sem depressão: desejo sexual (53,8% vs. 26,2%, $p = 0,009$), excitação (34,6% vs. 8,3%, $p = 0,001$), orgasmo (53,8% vs. 25%), dor (46,2% vs. 22,6%, $p = 0,020$) e disfunção sexual em geral (QS-F ≤ 60) (65,4% vs. 26,2%, $p < 0,001$) (Tabela 4).

Considerando o BAI, há diferenças significativas entre mulheres com e sem ansiedade com relação ao desejo (51,4% vs. 23,3%, $p = 0,003$), excitação (35,1% vs. 4,1%, $p < 0,001$), orgasmo (51,4% vs. 18,1%, $p = 0,002$) e DS em geral (QS-F ≤ 60) (56,8% vs. 24,7%, $p = 0.001$). Dor foi o único domínio sexual sem relação significativa com ansiedade ($p = 0.109$) (Tabela 5).

Com base no escore total do QS-F, um *teste t* foi realizado nos grupos com disfunção sexual ($n = 39$) e sem disfunção sexual ($n = 71$) (Figura 6). O primeiro grupo pontuou em média 8,9 e 8,3 pontos a mais no BDI e no BAI, respectivamente. Estas diferenças também foram significativas ($p < 0.001$) com tamanhos de efeito importantes ($d = 0.94$ para depressão; $d = 0.74$ para ansiedade).

Tabela 4: Depressão em relação aos domínios sexuais

		Com depressão (n = 26) n (%)	Sem depressão (n = 84) n (%)	Valor p
Desejo	Sim	12 (46,2%)	62 (73,8%)	0.009
	Não	14 (53,8%)	22 (26,2%)	
Excitação	Sim	17 (65,4%)	77 (91,7%)	0.001
	Não	9 (34,6%)	7 (8,3%)	
Orgasmo	Sim	12 (46,2%)	63 (75%)	0.006
	Não	14 (53,8%)	21 (25%)	
Dor	Sim	12 (46,2%)	19 (22,6%)	0.020
	Não	14 (53,8%)	65 (77,4%)	
QS-F	≤ 60	17 (65.4%)	22 (26,2%)	0.000
	> 60	9 (34,6%)	62 (73,8%)	

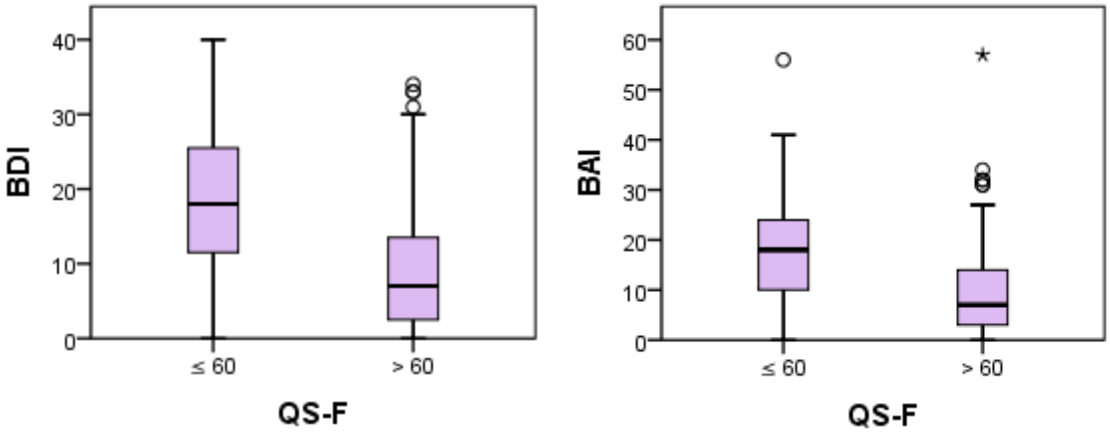

Figura 6: DSF em geral, depressão e ansiedade

Tabela 5: Ansiedade em relação aos domínios sexuais

		Com ansiedade (n = 37) n (%)	Sem ansiedade (n = 73) n (%)	Valor p
Desejo	Sim	18 (48.6%)	56 (76.7%)	0.003
	Não	19 (51.4%)	17 (23.3%)	
Excitação	Sim	24 (64.9%)	70 (95.9%)	< 0,001
	Não	13 (35.1%)	3 (4.1%)	
Orgasmo	Sim	18 (48.6%)	57 (78.1%)	0.002
	Não	19 (51.4%)	16 (21.9%)	
Dor	Sim	14 (37.8%)	17 (23.3%)	0.109
	Não	23 (62.2%)	56 (76.7%)	
QS-F	≤ 60	21 (56.8%)	18 (24.7%)	0.001
	>60	16 (43.2%)	55 (75.3%)	

As regressões logísticas para cada um dos domínios sexuais mostraram que a depressão está negativamente associada ao desejo sexual (OR: 0,936; 95% CI 0,898: 0,975; p = 0,002). A excitação é inversamente proporcional à depressão (OR: 0,895; 95% CI 0,841: 0,953; p = 0.001) e ao acréscimo da idade (OR: 0,906; 95% CI: 0,844:0,972; p = 0,006). A capacidade de atingir o orgasmo é negativamente associada à ansiedade (OR: 0,948; 95% CI 0,910: 0,987; p = 0,010), à escolaridade mais baixa (OR: 0,029; 95% CI 0,003: 0,279; p = 0,002) e ao medo relacionado a sexo (OR: 0,261; 95% CI: 0,003-0,279; p = 0,007). A dor durante o intercurso está positivamente associada à depressão (OR: 0,926; 95% CI 0,882: 0,973; p = 0,002) e à menor escolaridade (OR: 0,037; 95% CI 0,004: 0,324; p = 0,003). DS em geral (QS-F ≤ 60) também foi associada à depressão (OR: 0.915; 95% CI 0.873: 0.960; p < 0.001) e menor escolaridade (OR: 0,147; 95% CI 0,037: 0,577; p = 0,006) (Tabela 6).

Tabela 6: Modelos finais de regressão logística para os domínios sexuais

	Odds Ratio	*95% CI*	*Valor p*
Desejo			
Depressão	0,936	0,898–0,975	0,002
Excitação			
Depressão	0,895	0,841–0,953	0,001
Idade	0,906	0,844–0,972	0,006
Orgasmo			
Ansiedade	0,948	0,910–0,987	0,010
Escolaridade*	0,029	0,003–0,279	0,002
Medo	0,261	0,098-0,691	0,007
Dor			
Depressão	0,926	0,882–0,973	0,002
Escolaridade *	0,037	0,004–0,324	0,003
QS-F			
Depressão	0,915	0,873–0,960	< 0,001
Escolaridade*	0,147	0,037–0,577	0,006

*Escolaridade ≤ 8 anos

6. DISCUSSÃO

6.1 Aspectos gerais

A fim de evitar variáveis de interferência, pacientes com problemas de saúde e/ou em uso contínuo de medicamentos foram excluídas do estudo. Ainda assim, os achados acerca da prevalência de problemas de desejo, excitação, orgasmo e dor foram consistentes com a literatura mundial (Hayes et al., 2006; Lewis et al., 2004; Safarinejad, 2006). As altas prevalências são preocupantes, especialmente ao especular se houvesse que a inclusão de pacientes com debilidades clínicas, as taxas de DSF, depressão e ansiedade provavelmente seriam ainda maiores.

O critério de sofrimento pessoal ou interpessoal postulado pelo DSM-IV-TR não pôde ser especificamente avaliado para caracterização de DS. É fato que a maioria dos estudos não tem incluído esse critério (Hayes et al., 2006), possivelmente em decorrência da dificuldade de mensuração e definição do mesmo (Segraves, Balon, & Clayton, 2007).

O sofrimento foi arbitrariamente destacado como critério para quase todos os transtornos definidos no DSM-IV-TR. Apesar disso, não é consenso que ele contribua para o diagnóstico de DS (Balon, 2008). Alguns autores enfatizam que a condição de sofrimento tem implicação clínica, mas não epidemiológica. Para esses autores, o critério de sofrimento apenas complica as pesquisas epidemiológicas, já que essas deveriam descrever a real ocorrência dos fenômenos (Waldinger, 2006; Segraves et al., 2007).

Os poucos estudos que têm incluído o sofrimento como critério para DS mostram que apenas uma proporção de mulheres com problemas de desejo, excitação e orgasmo têm sofrimento em decorrência dessas condições (Hayes et al., 2006).

Dennerstein et. al. (2006), por exemplo, pesquisaram a prevalência de desejo sexual hipoativo entre mulheres européias. A amostra foi dividida entre mulheres pré-menopausadas, mulheres cirurgicamente menopausadas entre 20-49 anos, mulheres cirurgicamente menopausadas entre 50-70 anos e mulheres com menopausa natural. As taxas de desejo sexual hipoativo foram, respectivamente, 16%, 29%, 46% e 42%. No entanto, após a inclusão do critério de sofrimento, essas taxas se tornaram: 7%, 16%, 12% e 9%.

Embora os instrumentos utilizados no presente estudo não contemplem uma avaliação específica do sofrimento frente queixa sexual, a 10ª questão do QS-F é referente ao grau de satisfação adquirido com a relação sexual. Ao considerarmos a variável satisfação fornecida por essa questão, fica evidente que a ocorrência de DS, tal como apresentada na maioria dos estudos epidemiológicos, não coincide com a ocorrência de DS que deve ser tratada clinicamente (a que traz sofrimento/insatisfação sexual).

Esses achados endossam o modelo circular de resposta sexual proposto por Basson, segundo o qual a mulher pode ter satisfação sexual, ainda que não tenha desejo espontâneo ou chegue ao orgasmo. Apesar disso, as associações entre desejo/orgasmo e satisfação foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$) e, conforme destacado na Tabela 3, a maioria das mulheres que têm problemas de desejo e/ou orgasmo não está satisfeita com as relações sexuais que desempenha. A esse respeito, um estudo com enfermeiras americanas, mostrou que, mesmo em relacionamentos de longo prazo, muitas mulheres eram mais bem caracterizadas pelo modelo linear de resposta sexual. O modelo circular, por sua vez, apesar de característico em muitas mulheres sem DS, pareceu refletir melhor a resposta sexual de mulheres com DS e problemas relacionais.

Desse modo, os autores concluíram que não há modelo único que dê conta da resposta sexual feminina (Sand & Fisher, 2007).

A dificuldade de estabelecer um só modelo para a resposta sexual feminina também se dá pelos aspectos socioculturais que modulam a expressão sexual. É impossível determinar verdades sexuais absolutas, uma vez que a expressão da sexualidade se modifica conforme a sociedade e a época (Gagnon & Simon, 1973). Como exemplo, um estudo americano de 1978 mostrou que 63% das mulheres casadas apresentavam problemas de excitação e orgasmo, mas que, entre essas, 85% se diziam satisfeitas com o relacionamento sexual (Frank, Anderson, & Rubinstein, 1978). Assim como o nosso, trabalhos mais recentes (Bancroft, Loftus & Long, 2003; Oberg, Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2004) mostram o oposto: a maioria das mulheres que não tem orgasmo também não tem satisfação com relação ao sexo. Embora esses estudos não tenham seguido um método comum, esses achados podem refletir uma mudança cultural ao longo do tempo do sentido atribuído ao orgasmo. É possível que hoje, devido à maior disseminação de assuntos de cunho sexual e à validação da saúde sexual como um aspecto importante da qualidade de vida, as mulheres dêem maior importância ao orgasmo, considerando-o relevante para a satisfação sexual.

Corroborando o fato de que as mulheres se engajam em atividade sexual por motivações não sexuais (Meston & Buss, 2007), a freqüência sexual não foi associada à nenhum dos domínios sexuais investigados. Apenas 2,1% das pacientes pesquisadas referem fazer sexo menos de uma vez por semana, enquanto aproximadamente 20% da amostra fazem sexo pelo menos cinco vezes. Em outras palavras, a insatisfação ou presença de qualquer DSF não influencia a freqüência sexual. Mulheres insatisfeitas sexualmente fazem tanto sexo quanto as que referem satisfação. Embora explicações para esse fenômeno extrapolem os objetivos e o conseqüente alcance do presente

estudo, hipóteses acerca de aspectos relacionais (homem/mulher) podem ser lançadas. Culpa, coerção, vontade de agradar, sentimento de obrigação, medo de perder o parceiro, obtenção de benefícios secundários, necessidade de se sentir desejada e/ou amada são algumas das motivações não sexuais freqüentes em mulheres com relacionamentos duradouros (Meston & Buss, 2007).

Acerca das variáveis sociodemográficas, Clayton (2007) destaca que, mesmo os maiores estudos epidemiológicos sobre DSF, têm apresentado achados contraditórios com relação à etnia, escolaridade, nível socioeconômico, etc. Ainda que sem unanimidade, associações entre baixo nível de escolaridade e DSF têm sido registradas na literatura (Laumann et al., 1999; Shaeer et al., 2012). Nesse trabalho, a escolaridade foi a variável sociodemográfica mais importante. Esse achado não nos causa estranhamento, visto que possivelmente mulheres com maior escolaridade conhecem mais sobre o corpo humano, são menos suscetíveis a tabus e têm maior acesso às informações sobre sexo e saúde em geral.

A relação entre idade e diminuição do desejo sexual tem sido bem documentada (Kadri et. al., 2002; Woods et. al., 2010; Abdo et. al., 2010), embora não tenha sido observada no presente estudo. É possível que o desejo sexual diminua com a idade, uma vez que o avanço da idade está associado ao surgimento de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, aliadas à maior utilização de medicamentos (Derogatis & Burnett, 2008). Nesse trabalho, no qual foram excluídas pacientes com condições clínicas debilitantes ou sob uso de medicação, não houve associação entre desejo e envelhecimento, sugerindo que a mulher que permanece saudável com o avanço da idade também permanece com desejo sexual. Entre os domínios sexuais, o único afetado pelo acréscimo da idade foi excitação. Essa relação pode ser entendida já que, mesmo

entre as mulheres saudáveis, a secura vaginal (decorrente da atrofia urogenital) é um sintoma comum no climatério e pós-menopausa (Woods, 2012).

6.2 DSF, depressão e ansiedade

Entre todas as DSF, depressão e ansiedade, a associação que mais frequentemente tem sido relatada se dá entre a falta de desejo e depressão (Balon, 2006; Casper, Redmond, & Katz, 1985; Frohlich & Meston, 2002). É fato que alterações no interesse sexual são indicadores de depressão (Baldwin, 2001). No entanto, a função sexual abrange mais dimensões que o desejo e estudos em com foco em outras fases do ciclo de resposta sexual são mais escassos (Lykins, Janssen, & Graham, 2006; Kalmbach et al., 2012).

Dada a forte correlação entre os estados afetivos, tem sido sugerido que se não houver concomitante avaliação de depressão e ansiedade, a interpretação dos resultados pode ser distorcida (Beuke et al., 2003). Em termos estatísticos, se ambos os estados afetivos não forem incluídos em um modelo não é possível determinar qual deles, de fato, está influenciando a variável dependente (Clark & Watson, 1991). Ainda assim, a maioria dos estudos têm se focado apenas na influência da depressão (Frohlich & Meston, 2002; Mezones-Holguín et al., 2011; Fabre & Smith, 2012) ou, mais raramente, da ansiedade (Minnen & Kampman, 2000; Palace & Gorzalka, 1990) na função sexual. Assim, uma das maiores contribuições do presente estudo consiste em utilizar instrumentos válidos e fidedignos para avaliar ambos estados afetivos em relação aos principais domínios (não só o desejo) da resposta sexual feminina.

Em concordância com trabalhos anteriores (Lykins et al., 2006; Schnatz et al., 2010), mulheres com depressão e/ou ansiedade têm pior função sexual do que mulheres sem essas condições. Nossos resultados sugerem que a depressão é, de fato, mais

problemática para a função sexual, embora a ansiedade também esteja relaciona com DS.

Além de apresentarem mais problemas em todas as fases do ciclo de resposta sexual, nossos dados demonstram que mulheres com depressão têm mais dor durante a relação sexual, como alguns estudos já haviam apontado (Dunn et al., 1999; Johnson et al., 2004). Uma vez que a excitação também foi associada à depressão, seria possível pensar que a falta de excitação é o que, na realidade, está associada à dor entre as mulheres com depressão. Todavia, o teste qui-quadrado entre as variáveis excitação e dor evidenciou que não há relação entre esses domínios da atividade sexual ($p = 0,370$), corroborando a hipótese inicial de que a depressão está diretamente ligada à dor.

Embora presente e significativo, o papel da ansiedade na função sexual não é tão claro quanto o papel da depressão (Laurent & Simons, 2009). Embora existam indícios da influência positiva de alguns níveis de ansiedade na função sexual (Bradford & Meston, 2006), apenas a influência negativa provocada por altos níveis de ansiedade pôde ser detectada nesse trabalho.

De acordo com nossos modelos de regressão para os domínios sexuais, apenas o orgasmo é mais influenciado pela ansiedade do que pela depressão. De fato, há indícios na literatura de que mulheres ansiosas tendem a ter mais preocupações acerca do desempenho sexual (Meston, Seal, & Hamilton, 2008). Estas preocupações (ex: capacidade de chegar ao orgasmo) podem funcionar como distração (Barlow, 1986), fazendo com que a mulher deixe de se focar nos estímulos sexualmente excitantes e, assim, tenha mais dificuldade de atingir o orgasmo. Analogamente, é possível que o medo relacionado a sexo (de contrair alguma doença sexualmente transmissível ou engravidar, por exemplo) provoque uma distração semelhante, bloqueando a excitação crescente que culmina em orgasmo.

Esse estudo tem algumas limitações. É fato que a amostra foi grande o suficiente para detectar as associações descritas, mas pode não ter sido o suficiente para evidenciar outras associações importantes com DSF. Além disso, dada a natureza transversal da pesquisa, não foi possível inferir relações de causalidade entre as variáveis estudadas. Embora fique evidente a associação entre DSF, depressão e ansiedade, a direção causal entre essas variáveis permanece incerta.

7. CONCLUSÃO

DSF, depressão e ansiedade são freqüentes e há forte associação entre essas variáveis. Os achados do presente estudo sugerem que a depressão é o maior impedimento para o funcionamento sexual feminino e que este impedimento é maior nas primeiras fases do ciclo de resposta sexual (desejo e excitação). Uma vez atingidos níveis de excitação satisfatórios, a maioria das mulheres pode chegar ao orgasmo, mesmo se estiver com depressão, mas não se estiver com ansiedade. A ansiedade é o maior impedimento para o orgasmo.

Mais do que conceituar DS, depressão e ansiedade como entidades clínicas isoladas, os pesquisadores devem estar atentos para a sobreposição e comorbidade entre essas condições. Obviamente, depressão e ansiedade não explicam todo o prejuízo à atividade sexual. A função sexual feminina é complexa e envolve outros fatores, tais como escolaridade, idade e medo relacionado a sexo, além daqueles que, embora não tenham sido foco desse estudo, certamente existem e merecem futuras investigações.

8. REFERÊNCIAS

Abdo, C.H, Oliveira, WM., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. a S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*, 16(2), 160–6.

Abdo, C.H. (2005) Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Rev Diagn Trat*, 10(4), 220–222.

Abdo, C.H. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina, uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *RBM Rev Bras Med.*, 63(9), 477–82.

Abdo, C.H, Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clín*, 33(3), 162–167.

Abdo, C.H. (2008). *Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa).*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Vizoo Editora.

Abdo, C.H. (2010). Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher : uma nova proposta de entendimento. Rev Diagn Trat. 15(2), 88–90.

Abdo, C.H, Valadares, A. L. R., Oliveira, W. M., Scanavino, M. T., & Afif-Abdo, J. (2010). Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*, 17(6), 1114–21.

Abdo, C.H (2012). *Sexualidade humana e seus transtornos*, 4ª ed., São Paulo: Leitura Médica.

Adams, A., Haynes, S., Brayer, M. (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology.*, 22(6), 689–696.

Akiskal, HS (2000). Mood Disorders: Clinical Features. In: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7ª ed. , Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Allyn, D. (2000). *Make Love, Not War: The Sexual Revolution: An Unfettered History.Boston:* Little, Brown and Company.

Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., et al. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*, 2(6), 793–800.

Althof, S. (2010). Sex therapy: advances in paradigms, nomenclature, and treatment. *Academic Psychiatry*, *34*(5), 390–6.

Andrade, LH., Ramos, R., & Cordás, T. (1997). Relação entre ansiedade e depressão: comorbidade e transtorno misto ansioso e depressivo. In: Gentil, V., Lotufo-Neto, F., &

Bernik, M. (Eds.), *Pânico, Fobia e Obsessões: a experiência do Projeto AMBAN*, 3 ed., São Paulo: EDUSP, pp. 141–48.

Andrade, LH., Viana, M., & Silveira, C. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clin*, 33(2), 43–54.

Andrade, LH., & Gorestein, C. (2007). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin*, 25(6), 285–90.

Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.*, *13*(6), S1–4.

APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto Revisado.*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed.

Astbury, J., & Cabral, M. (2000). *Women's Health: An evidence-based review*. Geneva: World *Health* Organization

Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull.*, *57(*1), 81–99.

Balon, R. (2006). SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry*, 163(9), 1504–1509.

Balon, R. (2008). The DSM criteria of sexual dysfunction: need for a change. *J Sex Marital Ther.*, 34(3), 186–97

Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress About Sex : A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Arch Sex Behav*, 32(3), 193–208.

Baptista, M., Baptista, A., & Oliveira, M. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143–156.

Barlow, D. (1986). Causes of sexual dysfunction: The the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol.*, *54*(2), 140—8.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* New York: The Guilford Press.

Basson, R., Berman, J., & Burnett, A. (2000). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: dysfunctions and classifications. *J Urol*, 163(3), 888–893.

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther.*, *26 (1)*, 51–65.

Basson, R. (2001). Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women 's Problematic Low Sexual Desire. *J Sex Marital Ther*, 27(5), 395–403.

Basson, R.., Leiblum, S., Brotto, L., & Derogatis, L. (2004). Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, 1(1), 40–48.

Basson, R. (2008). Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res*, 20(5), 466–78.

Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: H. B. and Company.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and Treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P., Henningsohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med*, 340, 1383–9.

Beuke, C. J., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clin Psychol Rev.*, 23(6), 831–848. doi:10.1016/S0272-7358(03)00074-6

Bonierbale, M., Lançon, C., & Tignol, J. (2003). The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin*, 19(2), 114–24.

Bradford, A., & Meston, C. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behav Res Ther.*, 44, 1067–1077. doi:10.1016/j.brat.2005.08.006

Brody, S., Weiss, P. (2010). Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis. *J Sex Med*, 7(8), 2774–81.

Brotto, L., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., et al. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol. Oncol.*, *125*(2), 320–5. doi:10.1016/j.ygyno.2012.01.035

Burri, A. V, Cherkas, L. M., & Spector, T. D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *J Sex Med*, 6(7), 1930–7.

Carvalho, J., Vieira, A. L., & Nobre, P. (2012). Latent structures of female sexual functioning. *Arch Sex Behav.*, 41(4), 907–17.

Casper, R., Redmond, D., & Katz, M. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry.*, 42(11), 1098–104.

Cavalcanti, A. (2006). *Efeitos do citrato de sildenafila na circulação do clitóris em mulheres na pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por Doppler*. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, Brasil.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications, J Abnorm Psychol., 100(3), 316–336.

Clayton, A. H. (2007). Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med*, 4(4), 260–8.

Clayton, A. H., & Montejo, A. L. (2006). Major Depressive Disorder, Antidepressants, and Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*, 67(6), 33–37.

Coretti, G., & Baldi, I. (2007). The Relashionship relashionship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times.* Disponível em: http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54881

Costa, P. (2009). *Psicopatologia e Relacionamento Interpessoal nas Disfunções Sexuais Masculinas e Femininas*. Dissertação de Mestrado - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

Dancey, C., & John, R. (2006). *Estatistica Sem Matemática Para Psicologia*, 3ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 608 p.

Demetrio, F., & Vieira, F. (2001). Efeito da terapia de reposição estrogênica no humor em mulheres menopausadas: revisão da literatura. *Rev Psiq Clín*, 28(2), 89–93.

Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of western European women. *J Sex Med*, 3, 212–22.

Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H., & Dudley, E. (1999). Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climateric*, *2*, 254–62.

Derogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med*, 5(2), 289–300.

Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive Distraction an d Women' s Sexual Functioning. *J Sex Marital Ther*, 26, 67–78.

Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social , psychological , and physical problems in men and women : a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health*, 53, 144–148.

Elliott, A., & O'Donohue, W. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav.*, 26(6), 607–624.

Enzlin, P., Mathieu, C., Van DenBruel, A., Bosteels, J., & Vanderschueren, D. Denyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 672–7.

Fabre, L., & Smith, L. (2012). The effect of major depression on sexual function in women. *J Sex Med*, 9(1), 231–9.

Fava, M., Rankin, M., Wight, E., Alpert, J., Neirenberg, A., Pava, J., & Rosenbaum, J. (2000). Anxiety Disorders in Major Depression. *Compr. Psychiatry*, 4(2), 97–102.

Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in "'normal'" couples. *N Engl J Med*, 299, 111–115.

Frohlich, P., Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res.*, 39(4), 321–325.

Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality.* London: Hutchinson & Co. Ltd., 316 p.

Gathorne-Hardy, J. (1998). *Kinsey: Sex the Measure of All Things.* London: Chatto and Windus, 514 p.

Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *J Clin Nurs.*, 22, 1299–309.

Graziottin, A. (2007). Prevalence and evaluation of health problems—HSDD in Europe. *J Sex Med*, 4(3), 211–9.

Hartmann, U., Heiser, K., RufferRüffer-Hesse, C., & Kloth, G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.*, 20(2), 79–88.

Hayes, R., Bennett, C., Fairly, C., & Dennerstein, L. (2006). What can prevalence studies tell us about female's sexual difficulty and dysfunction. *J Sex Med*, 3(4), 589–95.

Hoon, P., Wincze, J., & Hoon, E. (1977). A test of reciprocal inhibition: are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *J Abnorm Psychol*, 86(1), 65–74.

Johnson, S., Phelps, D., & Cottler, L. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav.*, 33(1), 55–63.

Kadri, N., McHichi Alami, K. H., & McHakra Tahiri, S. (2002). Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health.*, 5(2), 59–63. doi:10.1007/s00737-002-0141-7

Kalmbach, D., Ciesla, J., Janata, J. W., Kingsberg, S. (2012). Specificity of anhedonic depression and anxious arousal with sexual problems among sexually healthy young adults. *J Sex Med*, 9(2), 505-513.

Kaplan, H. (1977). *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Katon, W. (2003). Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biol Psychiatry*, 54, 216–26.

Katz, R., Jardine, D. (1999). The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *J Sex Marital Ther.*, *25(*4), 293–296.

Kessler, R. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105.

Kinrys, G., & Wygant, L. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Rev Bras Psiq*, 2(617), 43–50.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in human female*. Philadelphia: Saunders, 842 p.

Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537–44.

Laurent, S. M., & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.*, 29(7), 573–85. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.007

Leiblum, S. (2001). Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 27(2):159-67.

Leiblum, S. R., & Wiegel, M. (2002). Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol*, 20(2), 127–36. doi:10.1007/s00345-002-0266-3

Leiblum, S. (2006). Classification and diagnosis of female sexual disorders. In: Goldstein I., Meston CM, Davis SR, & Traish AM. (Eds.) *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment.* London: Taylor & Francis.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*, *1*(1), 35–9.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira, E. D., Rellini, A. H., et al. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*, 7(4), 1598–607.

Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The Relationship Between Negative Mood and Sexuality In Heterosexual College Women and Men. *J Sex Res*, 43(2), 136–143.

Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown and Company.

Mathew, RJ, & Weinman, M. (1982). Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav*, 11(4), 323–8.

Meston, C., & Buss, D. (2007). Why humans have sex. *Arch Sex Behav.*, 36*(4)*, 477–507.

Meston, C. M., Seal, B. N., & Hamilton, L. D. (2008). Problems with Arousal and Orgasm in Women. In: Rowland DL& Incrocci L (Eds.) *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (pp. 188–219), New Jersey: John Wily & Sons, Inc.

Meston, C., Seal, B., & Hamilton, L. (2008). Problems with arousal and orgasm in women: Epidemiology and risk factors. In: Rowland DL& Incrocci L(Eds.) *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (pp. 188–219.). New Jersey: John Wily & Sons, Inc.

Mezones-Holguín, E. ., Morales-Cabrera, J., Pérez-López, F., Córdova-Marcelo, W., Bolaños-Díaz, R., Aguilar-Silva, C., Lau-Chu-Fon, F., et al. (2011). Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged, Peruvian women. *Menopause*, 14(6), 654–60.

Minnen, A.V., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning : a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders, *Sex Relat Ther.,* 15(1), 47–57.

Montgomery, J.J. (2011). SSRI-induced sexual dysfunction. *Michigan Journal of Social Work and Social Welfare*, *II(*II), 152–169.

Montgomery, SA. (2006). Major depressive disorders: Clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agonist. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 16(5), S633–S638.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav.*, *35*(4), 491–9.

Oberg, K., Fugl-Meyer, a R., & Fugl-Meyer, K. S. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *Int J Impot Res.*, 16(3), 261–9.

OMS. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.* Porto Alegre: Artmed.

Palace, E., & Gorzalka, B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol.*, 99(4), 403–11.

Sadock, B., & Kaplan, A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*, 9ª ed., Porto Alegre: Artmed.

Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res.*, 18(4), 382–95.

Salles, A., & Ceccarelli, P. (2010). A invenção da sexualidade. *Reverso*, 32(60), 15–24.

Sand, M., & Fisher, M. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *J Sex Med*, 4(3), 708–719.

Schnatz, P. F., Whitehurst, S. K., & O'Sullivan, D. M. (2010). Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Womens Health*, 19(10), 1843–9. doi:10.1089/jwh.2009.1800

Segraves, R., Balon, R., Clayton, A. (2007). Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *J Sex Med*, 4(3), 567–80.

Shaeer, O., Shaeer, K., Shaeer, E. (2012). The Global Online Sexuality Survey (GOSS): female sexual dysfunction among Internet users in the reproductive age group in the Middle East. *J Sex Med*, 9(2), 411–24.

Stoppe Jr, A., & Cordas, T. (2002). Depressão e Ansiedade. RBM *Rev Bras Med*, 59(4), 221–228.

Sugrue, D., & Whipple, B. (2001). The consensus-based classification of female sexual dysfunction: Barriers to universal acceptance. *J Sex Marital Ther*, 27(2), 221–226.

Teng, C., Humes, E., & Demetrio, F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiq Clin*, 32(3), 149–159.

Tiefer, L., Hall, M., Tavris, C. (2002). Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther.*, 2(1)8, 225–32.

Waldinger, M. (2006). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM IV view toward an evidencebased definition of premature ejaculation. Part I—Validity of DSM-IV-TR. *J Sex Med*, 3, 682– 92.

WAS (2005). Declaração de Montreal "Saúde sexual" para o Milênio. *Congresso Mundial de Sexologia.* Montreal.

Weeks, J. (1999). *Sexuality and its Discontents: meanings, myths and modern sexualities.* Londres: Routledge & Kegan Paul.

Woods, N. F., Mitchell, E. S., Julio, K. S. (2010). Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Postmenopause : Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *J Womens Health*, 19(2), 209-218.

Woods, N. F. (2012). An overview of chronic vaginal atrophy and options for symptom management. *Nurs Womens Health*, 16(6), 482–93.

9. ANEXOS

Anexo I

ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

Nome_____

RGHC_____

Telefone de contato_____ Data de nasc.:___/___/___

Idade:_____anos

1. Escolaridade: ( ) Fundamental Incompleto( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo
2. Ocupação/Profissão:_____
3. Renda pessoal:_____ 3.1 Renda familiar: _____ 3.2 Quantas pessoas vivem com essa renda?_____
4. Tempo de relacionamento com o parceiro atual:_____

5. Filhos: ( ) sim ( ) não

5.1Quantos?_____

8. Crença de fé? ( ) sim ( ) não

8.1 Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica/Protestante ( ) Outra ( ) Não tem religião

Anexo II

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES SEXUAIS

Leia atentamente cada questão e responda:

1. Com que idade você menstruou pela primeira vez? (assinale apenas UMA alternativa)

   ( ) antes dos 10 anos ( ) entre 10 e 12 anos ( ) entre 13 e 14 anos ( ) acima de 14 anos

2. Com que idade você começou a ter relações sexuais? (assinale apenas UMA alternativa)
   ( ) antes dos 10 anos ( ) entre 10 e 12 anos ( ) entre 13 e 15 anos
   ( ) entre 15 e 17 anos ( ) acima de 17 anos

3. Quem foi seu primeiro parceiro sexual: (assinale apenas UMA alternativa)

   ( ) amigo ( ) namorado ( ) marido ( ) desconhecido ( )outro

4. Você teve alguma dificuldade na fase em que iniciou sua vida sexual? (assinale apenas UMA alternativa)

   ( ) sim ( ) não

   4.1 Caso tenha respondido SIM, qual(is) foi(ram) a(s) dificuldade(s)? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

   ( ) Medo Qual?

   ( ) Culpa Qual?

   ( ) Dor

   ( ) Falta de desejo

   ( ) Vergonha

   ( ) Outra Qual?

5. Há algo no seu corpo que incomoda você? (assinale apenas UMA alternativa)

   ( ) sim ( ) não

   5.1 Caso tenha respondido SIM, o que a incomoda? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

   ( ) Seios

   ( ) Barriga

   ( ) Pernas e/ou bumbum

   ( ) Sinto-me acima do peso e pouco atraente

   ( ) Penso que sou muito magra e pouco atraente

   ( ) Outro Qual? _____

6. Você tem algum medo com relação ao sexo? (assinale apenas UMA alternativa)

   ( ) sim ( ) não

6.1 Caso tenha respondido SIM, qual(is) é(são) esse(s) medos(s)? ? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

( ) Ficar grávida

( ) Contrair alguma doença sexualmente transmissível

( ) Não satisfazer o meu parceiro

( ) De sentir dor

( ) Outro Qual?

7. Você sente algum tipo de vergonha durante o ato sexual? (assinale apenas UMA alternativa)

( ) sim ( ) não

7.1 Caso tenha respondido SIM, o que a envergonha durante o ato sexual? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

( ) Ter o meu corpo exposto
( ) Meu desempenho que não considero bom
( ) Sexo anal
( ) Sexo oral
( ) Outro Qual?_____

8. Você costuma se masturbar? (assinale apenas UMA alternativa)

( ) sim ( ) não

9. Você já se sentiu arrependida e/ou culpada após alguma prática sexual? (assinale apenas UMA alternativa)

( ) sim ( ) não

9.1 Caso tenha respondido SIM, qual o motivo do arrependimento e/ou culpa? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

( ) Achei que estava fazendo algo contra a minha religião

( ) Achei que estava indo contra à educação que recebi de meus pais

( ) Meu parceiro não era o ideal

( ) Sexo oral

( ) Sexo anal

( ) Outro Qual?_____

10. Você fala sobre sexo com seu parceiro? (assinale apenas UMA alternativa)

( ) Sim, sem nenhum problema.
( ) Sim, mas me sinto envergonhada e/ou constrangida
( ) Não

11. Você fala sobre sexo com seu médico? (assinale apenas UMA alternativa)

( ) Sim, sem nenhum problema.
( ) Sim, mas me sinto envergonhada e/ou constrangida
( ) Não

12. Quantas vezes você mantém relações sexuais por semana? (assinale apenas UMA alternativa)

    ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

13. Quantas vezes você gostaria de manter relações sexuais por semana? (assinale apenas UMA alternativa)

    ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

14. Durante a infância e/ou adolescência, você teve algum tipo de informação sobre atividade sexual (sexo)? (assinale apenas UMA alternativa)

    ( ) sim ( ) não

14.1 Caso tenha respondido SIM, quem a orientou? (pode assinalar MAIS DE UMA alternativa)

( ) Pais
( ) Amigos
( ) Professores
( ) Meios de comunicação: televisão, internet, revistas e jornais
( ) Outro Qual?_____

Anexo III

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS – F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes
1= raramente 4 = a maioria das vezes
2= às vezes 5= sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc) a estimulam a continuar a relação sexual?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente estimulada para o sexo?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
( ) 0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina? ( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

8. Você costuma se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
( ) 0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

9. Você consegue atingir o orgasmo(prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

Anexo IV
Inventário de Depressão de Beck – BDI

Instruções: Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.
0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.
0 Não me irrito mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.
0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.
0 Tomo decisões como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).

15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.
0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.
0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.
0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.

19.
0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim ____ Não ____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total:_____ Classificação:_____

Anexo V

Inventário de Ansiedade Beck – BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE, colocando um X no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

NA ÚLTIMA SEMANA, VOCÊ TEVE OU SENTIU…	NÃO, DE JEITO NENHUM	LEVEMENTE Não me incomodou muito	MODERADAMENTE Foi muito desagradável, mas pude suportar	GRAVEMENTE Difícil de suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4.Incapaz de relaxar				
5.Medo que aconteça o pior				
6.Atordoado ou tonto				
7.Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9.Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12.Tremores nas mãos				
13.Trêmulo				
14.Medo de perder o controle				
15.Dificuldade de respirar				
16.Medo de morrer				
17.Assustado				
18.Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Total:_____ Classificação:_____

Anexo VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:.....DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □ DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº .....BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:.....TELEFONE: DDD(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "***(Dis)função sexual, depressão e ansiedade: possíveis associações a partir de uma experiência em ambulatório de ginecologia"***

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ***Profª Drª Carmita Helena Najjar Abdo***
CARGO/FUNÇÃO: ***Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP***
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº ***22.932/SP***
UNIDADE DO HCFMUSP: ***Instituto de Psiquiatria***

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ■ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : ***24 meses***

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo que vai avaliar a presença e o grau de depressão e ansiedade, além de aspectos de sua sexualidade e saúde geral.

Sua participação nesse estudo consiste em conceder uma entrevista à pesquisadora e responder a quatro questionários, num único dia. Em um dos questionários são formuladas perguntas sobre a sua sexualidade, se recebeu educação sexual, se gostaria de mudar algo em seu corpo, além de questões próprias sobre saúde da mulher. Outro questionário contém 10 perguntas para avaliar como tem sido a sua vida sexual nos últimos seis meses. No terceiro questionário você responderá sobre vários aspectos que avaliam se você tem sintomas de depressão e qual o grau deles. No último questionário, as perguntas avaliam se você tem sintomas de ansiedade e qual o grau deles.

Nesse estudo, você não realizará qualquer exame de laboratório. Portanto, não haverá coleta de sangue ou de outra espécie. Também não será submetida a teste com medicamento. Não há qualquer desconforto ou risco à sua saúde física ou psicológica por participar nessa pesquisa.

A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. Você terá liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga

prejuízo à continuidade do seu tratamento no Ambulatório Geral e Didático da Divisão de Clínica Ginecológica do HCFMUSP.

Contamos com sua participação e com a sinceridade nas respostas aos questionários. A pesquisadora tratará sua identidade com confidencialidade e todos os seus dados serão mantidos em sigilo (segredo). Seu nome ou qualquer informação que possa identificá-la não serão divulgados em nenhuma publicação científica que poderá resultar desse estudo.

Sua participação é muito útil, porque permitirá estudar e compreender melhor a relação entre depressão, ansiedade e saúde sexual de pacientes como você. Isso ajudará na melhoria dos tratamentos de doenças ginecológicas, estados emocionais e dificuldades sexuais.

A sua participação nesse estudo termina quando você preencher o último dos quatro questionários. Você não terá qualquer custo ou risco por participar neste estudo nem receberá qualquer tipo de pagamento.

Esclarecemos que você terá acesso a qualquer momento às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável desse estudo é a Profª Drª Carmita Helena Najjar Abdo, que poderá ser encontrada no endereço Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 - 4º andar (ProSex - IPQ), tel: 3069-6982. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, fax: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

---

Declaro que fui suficientemente informada a respeito das informações que li (ou que foram lidas para mim), descrevendo o estudo "(Dis)função sexual, depressão e ansiedade: possíveis associações a partir de uma experiência em ambulatório de ginecologia".

Eu discuti com a pesquisadora executante *Bárbara Braga de Lucena* sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos constantes. Ficou claro também que não terei despesas com a minha participação, nada receberei em troca dela e que tenho garantia de tratamento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, se o desejar, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido quanto ao meu atendimento no Ambulatório Geral e Didático da Divisão de Clínica Ginecológica do HCFMUSP.

_____

Assinatura da paciente Data ___/___/___

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do pesquisador responsável Data ___/___/___

Anexo VII

Aprovação do Comitê de Ética

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0452/11

Título: (DIS)FUNÇÃO SEXUAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE: POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA EM AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA

Pesquisador Responsável: Carmita Helena Najjar Abdo

Pesquisador Executante: Bárbara Braga de Lucena

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Departamento: FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 17/08/2011 o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 18 de Agosto de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar - CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
Fone: 55 11 3069-6442 ramais 16, 17, 18 e 20 - e-mail: cappesq@hcnet.usp.br