

**FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PEDRO MÁRIO LEMOS DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA NO
TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO.**

Orientador: Dr. Alexandre Faisal Cury

São Paulo
2021

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA PREVENTIVA (Saúde Coletiva)

PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO: Avaliação da efetividade de intervenção psicoeducativa no tratamento de disfunções sexuais em mulheres: ensaio clínico randomizado.

PESQUISADOR ORIENTADOR: Alexandre Faisal Cury

PESQUISADOR ORIENTANDO: Pedro Mário Lemos da Silva

RESUMO

A sexualidade é inerente ao ser humano, e é por meio dela que significamos nossa existência de gênero, nos relacionamos com o mundo e perpetuamos nossa espécie. Ainda assim é ignorada, ou desconhecida, em seus aspectos anatomofuncionais, o que pode resultar em disfunções sexuais para ambos os sexos, mormente para as mulheres, além de outros desfechos somáticos e psiquiátricos. As disfunções sexuais femininas (DSF) são alterações em alguma fase do ciclo da resposta sexual que causam sofrimento para a mulher, impactando desfavoravelmente sua relação conjugal, mas que podem ser evitadas e tratadas com intervenção psicoeducativa. Esta, pela sua simplicidade e baixo custo, e pequenos riscos de efeitos adversos, pode ser efetivada por qualquer profissional de saúde habilitado. Este projeto tem por objetivo avaliar a efetividade de intervenção psicoeducativa no tratamento das disfunções sexuais femininas. Para tanto será realizado um ensaio clínico randomizado, com 240 mulheres portadoras de DSF, que serão randomizadas em blocos por um programa de computador, em dois grupos equitativos: grupo experimental (GE) e grupo controle (GC). O GE receberá intervenção psicoeducativa que abordará o ciclo da resposta sexual (CRS), segundo Masters e Johnson (1984), Kaplan (1978) e Basson (2000), e o GC receberá intervenção com informações sobre Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST). Será usado um questionário com informações sociodemográficas, antecedentes clínicos e obstétricos, dados sobre relacionamento conjugal, informações sobre sexualidade, conhecimento sobre a anatomia genital, prática de atividade física, uso de substâncias psicoativas. Para avaliação da DSF será empregado o *Female Sexual Function Index*, *FSFI* (Índice da Função Sexual Feminina). O desfecho primário será aumento de 50% da recuperação das DSF no GE em

comparação ao GC, avaliado 60 dias após o início da intervenção, e os desfechos secundários serão: melhora do vínculo conjugal (avaliado pela Escala de Ajustamento Diádico - EAD) e melhora da qualidade de vida (avaliada pelo *Abbreviated World Health Organization Quality of Life Instrument, WHOQOL-bref*), avaliados concomitantemente ao FSFI. A DSF será também avaliada 120 dias após início da intervenção. Os dados serão analisados com base na intenção de tratar, seguindo os princípios do *Consort*. A pesquisa terá seu início após aprovação do CEP-FMUSP ou CEP-UFMA.

ABSTRACT

Sexuality is inherent to human beings, and it is through it that we signify our gendered existence, we relate to the world and perpetuate our species. Even so, it is ignored, or unknown in its anatomical and functional aspects, which can result in sexual dysfunctions for both sexes, especially for women, in addition to other somatic and psychiatric outcomes. Female sexual dysfunctions (FSD) are alterations at some stage of the sexual response cycle that cause suffering for women, adversely impacting their marital relationship, but which can be avoided and treated with psychoeducational intervention. This, due to its simplicity and low cost, and small risks of adverse effects, can be carried out by any qualified health professional. This project aims to evaluate the effectiveness of psychoeducational intervention in the treatment of female sexual dysfunctions. For that a randomized clinical trial will be carried out with 240 women with FSD which will be randomized in blocks by a computer program in two equal groups: experimental group (EG) and control group (CG). The EG will receive psychoeducational intervention that will address the sexual response cycle (SRC), according to Masters and Johnson (1984), Kaplan (1978) and Basson (2000), and the CG will receive an intervention with information about Sexually Transmitted Infection (STI). A questionnaire will be used with sociodemographic information, clinical and obstetric history, marital relationship data, sexuality information, knowledge of genital anatomy, physical activity, use of psychoactive substances. For FSD evaluation, the Female Sexual Function Index (FSFI) will be used. The primary outcome will be a 50% increase in DSF recovery in the EG compared to the CG, assessed 60 days after the start of the intervention, and the secondary outcomes will be: improvement in the marital bond (assessed by the Dyadic Adjustment Scale - DAS) and improvement in quality of life (assessed by the *Abbreviated World Health Organization Quality of Life Instrument, WHOQOL-bref*), assessed with the FSFI concomitantly. The FSD will also be evaluated 120 days after the start of the intervention. The data will be analyzed based on the

intention to treat, following the Consort principles. The research will start after approval by CEP-FMUSP and CEP-UFMA.

I. INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) se caracteriza pelo sofrimento pessoal em uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo) (ACOG, 2019; MOGHADAM et al, 2015) ou dor persistente e recorrente por mais de seis meses (LARA et al, 2018; DSM-5, 2014). Compromete a saúde pessoal e qualidade de vida, bem como impacta desfavoravelmente a vida conjugal, reduz satisfação sexual e causa conflitos psicológicos (WOLP et al, 2017).

As queixas mais prevalentes relativas a DSF incluem desejo sexual hipoativo (DSH), dificuldade de excitação e de atingir orgasmo e dispareunia (WOLP et al, 2017). Em torno de 43 % das mulheres americanas queixam disfunção sexual, sendo que sua prevalência aumenta com a idade: 10% em mulheres de 18 a 44 anos, 15% entre as mulheres de 45 a 64 anos, declinando para 9% na faixa etária de 65 a 85 anos (ACOG,2019). Uma revisão sistemática sobre a prevalência da disfunção sexual no Brasil, com vários tipos de questionários validados, incluindo o FSFI, encontrou DSF com a seguinte prevalência: 13,3% a 66,7% na região sudeste, 31,2% a 79,3% na região nordeste, e 23,9% a 67,7% na região norte. Nesta revisão não foram encontrados estudos sobre a prevalência de DSF nas outras regiões do Brasil (WOLP et al, 2017). Uma revisão literária sobre DSF, utilizando 52 artigos selecionados nas bases de dados PubMed/Medline e SciELO, mostrou que 49% das mulheres reportavam pelo menos uma disfunção sexual (MENDONÇA,2012). Um estudo de base populacional, realizado em sete estados brasileiros, com 2835 indivíduos maiores de 18 anos, sendo 53% mulheres, na sua maioria na faixa etária entre 26 e 40 anos, encontrou desejo sexual hipoativo e anorgasmia, em 34,6% e 29,3%, das mulheres, respectivamente (LARA et al, 2018). Wolpe et al (2017) realizaram revisão sistemática sobre a prevalência de disfunção sexual na população brasileira, e observaram que 67,7% das mulheres apresentavam disfunções sexuais, dentre as quais se destacaram o desejo sexual hipoativo, anorgasmia e dispareunia.

A educação sobre a anatomia vulvovaginal e assoalho pélvico pode ajudar as mulheres a entender os mecanismos e etiologia da dispareunia (ACOG,2019), enquanto “programas abrangentes de educação sexual podem prevenir a disfunção sexual, criar um comportamento sexual seguro e saúde mental, aumentar comportamentos positivos de saúde e identidade sexual, e estabelecer uma saúde familiar eficaz”(MOGHADAM et al, 2015). Deste

modo, a falta de informação é um fator de risco importante para o desenvolvimento de disfunção sexual. Segundo Wolpe et al (2017), estudos tem mostrado relação direta entre o nível educacional e renda familiar com a função sexual.

Algumas intervenções psicoeducativas tem sido utilizadas com o objetivo de tratar DSF, tais como aconselhamento de auto-cuidado, intervenção psicológica (desensibilização sistemática) (ACOG, 2019), educação de auto-ajuda (bibliotherapy), biblioterapia baseada em habilidades, palestras, perguntas e respostas, discussão em grupo, livretos (MOGHADAM et al, 2015). A terapia cognitivo-comportamental baseada no *PLISSIT model* (*Permission, Limited Information, Specific Suggestion Intensive Therapy*), utilizada por muitos terapeutas no tratamento de DSF, tem fundamento psicoeducativo (SMITH; BEADLE; SHUSTER., 2008; FARNAM; JANGHORBANI; RAISI; MERGHATI-KHOEI, 2014)

O objetivo principal deste estudo é avaliar a efetividade de intervenção psicoeducativa, no tratamento de disfunções sexuais femininas.

II. OBJETIVO PRIMÁRIO: avaliar a efetividade de intervenção psicoeducativa no tratamento de disfunções sexuais femininas, após 60 dias do início da intervenção, comparando participantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle.

III. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

a) Avaliar a melhora do vínculo conjugal após 60 dias do início da intervenção, comparando participantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle.

b) Avaliar a melhora da qualidade de vida após 60 dias do início da intervenção, comparando participantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle.

c) Avaliar a efetividade da intervenção segundo os diferentes domínios do FSI, após 60 dias do início da intervenção, comparando participantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle.

d) Avaliar a efetividade da intervenção na recuperação das DSF após 120 dias da intervenção, comparando participantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle .

IV. JUSTIFICATIVA

Considerando a importância da sexualidade para o ser humano e o desconhecimento de aspectos importantes na prática sexual de homens e mulheres, as observações obtidas em

laboratório por Masters e Johnson (1984) oferecem-nos informações relevantes e necessárias para compreendermos como os corpos de homens e mulheres se preparam para um desempenho sexual saudável.

Conhecer como o corpo se prepara para as relações sexuais é direito de todos. A informação correta sobre o ciclo de resposta sexual é imprescindível para o coito e obtenção de prazer. No entanto, a falta dessas informações, evento comum em muitas circunstâncias, pode ter efeitos negativos sobre a sexualidade contribuindo para o surgimento e manutenção das disfunções sexuais, que pode também ter consequências, tais como infidelidade conjugal, disfuncionalidade familiar, traumas diversos, separações, dentre outras.

É comum os homens conhecerem o que lhes excita eroticamente e como estimular seu desejo/excitação, embora muitos desconheçam as respostas fisiológicas da mulher à excitação sexual. De modo semelhante, muitas mulheres também desconhecem aspectos fundamentais do seu ciclo de resposta sexual.

Esta pesquisa objetiva avaliar a eficácia do conhecimento do ciclo da resposta sexual, no tratamento de disfunções sexuais femininas, segundo conceitos elaborados por Kaplan (1978), Masters e Johnson (1984), Basson (2000) e Cavalcanti (2012).

Assim este projeto, com seus objetivos, pretende evidenciar a efetividade da intervenção psicoeducativa em casais sexualmente disfuncionais de modo a lhes possibilitar adequação sexual, prevenindo desfechos negativos de caráter biopsicossocial, tais como; processos inflamatórios/infecciosos, disfunções sexuais, infidelidade, separação, alcoolismo, violência doméstica e sexual, e outros mais.

V. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separada de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença do orgasmo. É energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados. É ser sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental (OMS, 1975). Ela é dimensão do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor, prazer e reprodução. Integra nosso corpo, costumes, relações afetivas, história e cultura. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos (UNESCO, 2010).

A sexualidade também pode ser definida como sentimentos relacionados ao fato de se ser homem ou mulher e a forma de expressão desses sentimentos, envolvendo fantasias sexuais, masturbação, contato sexual e relacionamentos interpessoais (MULLINAR apud VITIELLO, 1997), bem como se refere ao conjunto de fenômenos da vida sexual. Ela é o aspecto central de nossa personalidade e é por meio dela que nos relacionamos com os outros, amamos, obtemos prazer e nos reproduzimos (COSTA, 2005).

Seu entendimento é tão importante que integra o conceito de qualidade de vida. Compreende as dimensões física, psíquica, social e espiritual, por ser um conceito subjetivo e multidimensional, onde perpassam a atividade sexual e o prazer em todas as dimensões, particularmente a física e psicológica (ROHDE et al, 2014).

Assim a educação em sexualidade torna-se fundamental e indispensável em todas as áreas do conhecimento humano, principalmente no meio acadêmico, local em que se formam profissionais, que serão responsáveis pela prevenção e promoção da saúde, considerando-se: A educação em sexualidade pode ser entendida como toda e qualquer experiência de socialização vivida pelo indivíduo ao longo de seu ciclo vital, que lhe permita posicionar-se na esfera social da sexualidade. A educação em sexualidade está presente em todos os espaços de socialização – família, escola, igreja, pares, trabalho, mídia –, mas ocorre de forma pulverizada, fragmentada e desassociada de um plano de sociedade inclusiva baseada nos direitos humanos. Portanto, torna-se relevante a atuação do sistema educacional na tarefa de reunir, organizar, sistematizar e ministrar essa dimensão da formação humana (UNESCO, 2013, p.7).

Diferentemente dos demais mamíferos, a sexualidade gera prazer para os seres humanos, independente do ciclo reprodutivo, e sua homeostase é coordenada biologicamente pelos sistemas nervoso, endócrino e circulatório (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008). Nesse contexto, há similitude neurofuncional entre os dois sexos, tal que a vasocongestão determina a ereção peniana e a lubrificação e distensão vaginal. Ambos, homem e mulher, apresentam vários padrões de resposta sexual, bem caracterizados refletindo um processo

unitário, sequencial, contínuo e ordenado: apetência, excitação, orgasmos e relaxamento (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2012).

Todavia, diferentemente dos homens, a resposta sexual feminina é circular, inicia com desejo espontâneo ou motivado, seguida de excitação, e, posteriormente, de satisfação, com ou sem orgasmo, e, eventualmente, reinício ou não do mesmo ciclo de resposta (BASSON, 2005).

Quadro 1 – Fases da resposta sexual humana (adaptação modificada de CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2012)

CAVALCANTI e CAVALCANTI	HAVELOCK ELLIS	HELEN SINGER KAPLAN	MASTERS e JOHNSON	ROSIMARY BASSON
Apetência	--	Desejo	--	Desejo
Excitação	Tumescência	Vasocongestão genital	Excitação + platô	Excitação
Orgasmo	--	Reação orgástica	Orgasmo	Orgasmo
Relaxamento	Detumescência	--	Resolução	Satisfação

O ato sexual resume-se num composto binário de fricção-Fantasia (f-F), mais fantasia do que fricção, no qual a participação da estrutura orgânica é importante, e sua higidez biológica favorece, mas não determina uma resposta perfeita, pois o emocional é tão importante quanto, tornando o ato sexual resultado de uma participação unitária biopsíquica (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Anatomicamente, a genitália feminina pode ser classificada em externa ou vulva (grandes e pequenos lábios, vestíbulo, meato urinário, introito vaginal, clitóris, bulbos da vagina, e glândulas anexas uretrais, parauretrais e vulvovaginais) e genitália interna (ovários, tubas, útero e vagina) e, estão interligados com todo o corpo pelos sistemas circulatório e nervoso. Todavia é a cultura que define os estímulos sexuais, desenvolvendo, em nossa cultura, mulheres mais sensíveis aos estímulos táteis: abraços, beijos e carícias (somáticos), lembrança de vivências eróticas ou criação de fantasias eróticas (psicogênicos). Fisiologicamente, esses estímulos resultam em vasocongestão superficial e profunda, e miotonia específica e generalizada, de acordo com o quadro de CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2012.

O desejo tanto em homens, quanto em mulheres, pode ser espontâneo, motivado biologicamente pela testosterona, ou psicologicamente pela fantasia sexual, ou ainda por

autoestimulação. As mulheres, no entanto, ao longo de seus relacionamentos, requerem mais do que isto; necessitam desenvolver confiança, intimidade, habilidade de tornarem-se vulneráveis, respeito, comunicação, afeto e prazer no toque sensual (BASSON, 2000).

Se um estímulo, intrínseco ou extrínseco, for capaz de desencadear desejo, este geralmente provoca resposta anatômica e funcional, importantes para o desempenho do ato sexual saudável, observados por Masters e Johnson, em 1966 (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2012):

Quadro 2 – Resposta anatômica e funcional observadas por Masters e Johnson no Ciclo da Resposta Sexual de homens e mulheres (adaptação modificada de CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2012).

FASE	RESPOSTA ANATÔMICA E FISIOLÓGICA
Excitação	• Ereção dos mamilos + tumescência areolar • Rubor sexual: 75% M, 15% H • Miotonia • Aumento da frequência respiratória • Taquicardia • Elevação da tensão arterial • Grandes lábios afinam-se, achatam-se e entreabrem-se, ou espessam-se, aumentam de volume, • Aumento dos pequenos lábios, • Aumento do clitóris • Lubrificação vaginal • Distensão vaginal e adequação ao tamanho do pênis • Aumento do volume e elevação do útero • Ereção peniana e clitoriana • Emissão • Contração escrotal • Aumento de até 100% dos testículos • Elevação dos testículos
Platô	• Máxima tumescência areolar • O rubor sexual atinge seu máximo em intensidade e extensão • Taquicardia (110 – 180 bpm)

	• TAMx+30 a 80 mmHg • TAmn+20 a 40 mmHg • Miotomia generalizada / específica evidentes • Pequenos lábios atingem o dobro/triplo do diâmetro normal, • Coloração dos pequenos lábios variam do róseo ao vinho. • Formação da plataforma orgásmica • Retração do clitóris • Aumento do volume da glândula • Modificação da coloração da glândula
Orgasmo	• Hiperventilação • Persistência da taquicardia e hipertensão • Retração do clitóris • Contrações da plataforma orgásmica: 3 a 15 espasmos de 0,8” cada. • Contração involuntária do esfíncter anal • Contrações dos deferentes, vesículas seminais e próstata • Fechamento do esfíncter vesical • Ejaculação: contrações da base peniana de 0,8”
Resolução	• Detumescência areolar • Involução mamilar • Descongestão uterina em 5 a 10’ • Redução de 50 a 100% da ereção • Relaxamento das estruturas escrotais. • Normalização do volume dos testículos e lábios vaginais.

O cumprimento do ciclo da resposta sexual beneficia homens e mulheres, melhora a respiração, circulação, o condicionamento cardiovascular, a força, a flexibilidade e o tônus muscular, alivia a ansiedade e a depressão, aumenta a vitalidade (MARGOLIS,2006), estimula a imunidade (MARGOLIS, 2006; SILVA et al, 2016), tem ação analgésica, incentiva a criatividade, melhora concentração (KEESLING, 1988) melhora a saúde (KOMISARUCK, 2006), aumenta a longevidade (SMITH, FRANKEL, YARNELL, 1997). A função sexual, portanto, compreende as principais fases da resposta sexual: desejo excitação e orgasmo (LARA et al, 2018), então as disfunções sexuais consistem em perturbações clinicamente significativas em uma dessas fases; há perda total ou parcial, generalizada ou situacional da

capacidade de uma pessoa responder aos estímulos sexuais adequados, ou experimentar prazer sexual. Assim as disfunções sexuais femininas são: transtorno do orgasmo feminino, transtorno de interesse/excitação sexual, transtorno de dor gênito-pélvica à penetração (ROSEN et al, 2000; DSM-5, 2014).

As disfunções sexuais têm múltiplas etiologias/fatores de risco, tais como: condições médicas (transtorno de ansiedade, estresse - emocional ou ambiental, diabetes, depressão, mutilação genital feminina, histerectomia, síndrome geniturinária da menopausa, incontinência urinária de esforço, hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, dor pélvica crônica, hiperprolactinemia, hipoandrogenismo, período pós-parto, trauma obstétrico, insuficiência ovariana prematura, sequelas psicológicas de câncer ginecológico e câncer de mama, e outros possíveis), história de abuso sexual, violência por parceiro íntimo, efeitos colaterais de determinados medicamentos (psicotrópicos, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina, antipsicóticos antidopaminérgicos; antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona); betabloqueadores adrenérgicos (propranolol); anti-hipertensivos de ação central (metildopa, reserpina); bloqueadores H2 histamina (cimetidina, ranitidina); anticoncepcionais hormonais), atitudes sexuais negativas (abuso sexual, estupro), conflito no relacionamento (relação conflituosa, de longa duração, rotina relacional, ausência do ritual de sedução, preliminares insuficientes, disfunção sexual da parceria), socioculturais (costumes, valores, tabu e mitos, autoestima rebaixada, valores negativos em relação à sexualidade), quebra de contrato, repressão sexual, desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual, traços de personalidade perfeccionista, transtorno de uso de substâncias, entre outros (ACOG, 2019; LARA et al, 2018; KINGSBERG, S. A. et al, 2017).

VI. MATERIAL E MÉTODO

VI.1. Tipo de estudo

Ensaio clínico randomizado com mulheres portadoras de disfunção sexual, residentes em Imperatriz, no Estado do Maranhão, Brasil, cego pelos avaliadores e pela análise estatística. As participantes serão alocadas aleatoriamente para o grupo experimental (GE), no qual receberão intervenção psicoeducativa, ou para grupo controle (GC), em que receberão informação sobre IST. O desfecho primário será o aumento de 50 % de proporção de mulheres com escore do FSFI acima de 26 no GE, em comparação com o GC, avaliados 60 dias após o

início da intervenção. Serão utilizados os critérios do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), e será registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

VI.2. Período e local do estudo

O Município de Imperatriz localiza-se a oeste do Maranhão há 639 km da capital, e figura como entroncamento para cidades do sudoeste maranhense, norte do Tocantins e sul do Pará. Distancia-se 257 km de Araguaína – TO, 644 km de Palmas – TO, e 608 km de Belém – PA. É ligada ao estado do Tocantins pelas pontes Dom Felipe Gregori e Juscelino Kubitschek de Oliveira, construídas sobre o rio Tocantins que separa os estados do Maranhão e Tocantins. Possui intenso fluxo migratório via terrestre, através da rodovia Belém-Brasília que lhe atravessa de norte a sul, via hidroviária, por meio do rio Tocantins, e via aérea, que a liga ao resto do mundo através das companhias aéreas TAM, AZUL e SETE. É o segundo polo universitário do Maranhão com 3 universidades públicas (UFMA, UEMA SUL, Universidade Aberta) e 5 outras particulares estabelecidas (Facimp, Unisulma, Fest, CEUMA e Pitágoras), 3 faculdades de medicina; UFMA, UEMA SUL e CEUMA, federal, estadual e privada respectivamente, além de um teatro municipal, várias salas de cinema, rádios AM e FM, jornal local, e vários canais de televisão reprodutores da Rede Globo, SBT, Record, Bandeirante. É considerada o segundo maior centro econômico, político, cultural e populacional do estado do Maranhão. Sua população estimada para 2020 era 359.456 habitantes. Sua economia advém dos setores da agricultura, pecuária, extrativismo vegetal, comércio, indústria e serviços. Em consequência desse desenvolvimento rápido e expressivo recebeu diversos títulos ao longo dos anos: Princesa do Tocantins, Portal da Amazônia, Capital Brasileira da Energia e Metrópole da Integração Nacional. (<http://www.imperatriz.ma.gov.br> /Portal da Prefeitura de Imperatriz, 2015).

O Município de Imperatriz é um centro de referência em assistência à saúde nos níveis primário, secundário e terciário para a população local e cidades vizinhas num raio de 200 km. Nesta cidade há um consultório de tocoginecologia, IST e terapia sexual, CONSIGO, que atende na modalidade privada de segunda a sexta-feira, e filantrópica, livre demanda, aos sábados.

Para a pesquisa serão convidadas mulheres voluntárias, em idade reprodutiva, que tenham mais de um ano de parceria estável, que sofra disfunção sexual, que frequentam as UBS, bem como livre demanda, acompanhadas de suas parcerias. A pesquisa será divulgada em UBS

e mídias sociais. Esta pesquisa será realizada num período mínimo de 2 anos, e máximo de 4 anos.

VI.3. Instrumentos

VI.3.1. Questionário sociodemográfico, socioeconômico e antecedentes obstétricos e sexuais

Será utilizado questionário semiestruturado (Apêndice A) para obter informações sociodemográficas e socioeconômicas (idade, cor ou raça auto avaliada, escolaridade, naturalidade, religião, ocupação, renda familiar, estado civil e tempo de união do casal, número de crianças na casa, número de adultos na casa, aglomeração na casa). Serão obtidas informações sobre o número de gestações anteriores, paridade, número de nascidos vivos e abortamentos, frequência e satisfação de atividade sexual/mês, uso rotineiro de medicamentos e drogas, prática de atividade física, tempo de repouso diário (sono), morbidades pessoais e da parceria, intervenções cirúrgicas recentes, conhecimento da anatomia genital, desejo e orgasmo pessoal e da parceria, queixa principal e fatores predisponentes, pressão arterial, IMC.

VI.3.2. Instrumento para avaliação da Disfunção Sexual (FSFI)

A função sexual será investigada por meio do questionário autoaplicável, Índice da Função Sexual Feminina (FSFI), validado para uso em língua portuguesa, originalmente intitulado *Female Sexual Function Index* (Anexo 1) (ROSEN et al, 2000), estruturado com 19 questões fechadas que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios nas últimas 4 semanas da entrevista, a saber: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total, cujo ponto de corte é 26 para a população de origem do instrumento. Deste modo, escores iguais ou abaixo do ponto de corte indicam disfunção sexual (PACAGNELLA et al, 2009).

Para avaliação do FSFI, seguem-se os seguintes escores:

Quadro 3- Escores de avaliação do *Female Sexual Function Index*

Domínio			Fator	Escore	Escore
---------	--	--	-------	--------	--------

	Questões	Escore	Multiplicador	Mínimo	Máximo
Desejo	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	1 – 5	0,4	0	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Total				1,2	36

VI.3.3 Instrumento para avaliação da qualidade de vida

O *World Health Organization Quality of Life-bref* (Qualidade de vida – abreviado da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-26) (Anexo 3) é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, versão abreviada do WHOQOL-100 pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, com características psicométricas satisfatórias, constituído de 26 questões; (sendo 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral). Fora essas duas questões (1 e 2), o WHOQOL-26 tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5; quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Os resultados são apresentados em % de 0 a 100, quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida. Portanto, mudanças na qualidade de vida podem ser avaliadas por meio da pontuação no questionário, como resposta a determinados tratamentos e programas de assistência para grupos de portadores de agravos diversos. (FLECK et al, 2000).

VI.3.4 Instrumento para avaliação da relação conjugal

A Escala de Ajustamento Diádico (EAD) (Anexo 2) é uma tradução e validação para uso em português da *Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)*, uma versão abreviada da *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, considerado padrão ouro na mensuração do ajustamento conjugal (BROTTO; BASSON; LURIA, 2008), um dos mais populares instrumentos de medida da qualidade conjugal, utilizado em centenas de estudos desde o seu desenvolvimento em 1976 (HOLLIST, C. S. et al, 2012), é composta por 32 itens, agrupados em quatro subescalas que abarcam áreas fundamentais dos relacionamentos: satisfação, coesão, consenso e expressão de afeto. O instrumento deve ser respondido por meio de uma escala tipo Likert variada com cinco, seis e sete pontos. De forma geral, os pontos extremos das escalas significam “nunca” e “todo o tempo”, e os itens 29 e 30 apresentam apenas duas opções, “sim” ou “não”. O escore total da escala pode variar de 0 a 151, obtida pela soma dos valores atingidos nos quatro fatores:

consenso (de 0 a 65), satisfação (de 0 a 50), coesão (de 0 a 24) e expressão de afeto (de 0 a 12). Os indivíduos que obtiverem 101 pontos ou menos devem ser classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento conjugal, e os que alcançarem 102 pontos ou mais, como ajustados. (VARGAS; PUREZA, 2019; HERNANDEZ, 2008).

VI.4 População e amostra

VI.4.1 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra será idealizado para detectar uma diferença de 20% (grupo experimental 40%, e grupo controle 20%) na recuperação de sintomas disfuncionais sexuais femininos, de acordo com o escore de corte do FSFI (escore maior que 26) entre os dois grupos. Estima-se amostra mínima de 82 casais por grupo, considerando o teste como bicaudal, poder de 80% e nível de significância de 5%. Serão acrescidos 30%, considerando perdas de segmento, resultando em 116 (arredondando para 120) casais em cada grupo, totalizando 240 casais (LAURIS; BREGA; MATTIUZZO; SOUZA, 2021; HULLEY, 2008).

Caso o tamanho amostral não seja alcançado, será calculado o poder do teste com base no procedimento estatístico utilizado, utilizando o software G*Power 3.1 (FAUL et al., 2007). Valores acima de 80,00% são recomendados pela literatura (NORMANDO, ALMEIDA e QUINTÃO, 2011; KLEIN, MATSUOKA e GUZATTO, 2015).

VI.4.2 Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão são: casais em idade fértil, idade igual ou superior a 18 anos, com disfunção sexual, segundo o instrumento FSFI (escore $\geq$ 26). Serão excluídos os casais que um dos pares seja menor de idade, que seja portador de alguma das seguintes morbidades (diabetes, hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, depressão, hiperprolactinemia, hipoandrogenismo, vaginismo), que faça uso de medicamentos tais como benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina (ISRS), antipsicóticos antidopaminérgicos, antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona), betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), anti-hipertensivos de ação central (Metildopa, Reserpina), bloqueadores H2 histamina (cimetidina, ranitidina), e que relatem a presença de terceiros no local da relação sexual.

VI.5 Intervenção

A intervenção psicoeducativa (Apêndice C) proposta para este estudo contém o seguinte conteúdo:

- 1) Definição de sexualidade segundo OMS (2006)
- 2) Definição de saúde sexual segundo OMS (2006)
- 3) Anatomia sexual: Pele, órgãos dos sentidos, encéfalo, genitais masculino e feminino (ênfase na importância do clitóris), comparação entre pênis e vagina.
- 4) Importância da masturbação para o autoconhecimento de zonas erógenas e facilitação do relacionamento interpares.
- 5) Ato sexual segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012)
- 6) Ciclo da resposta sexual, segundo Kaplan (1978), Masters e Jonhson (1984) e Basson(2000): aspectos anátomo funcionais.
- 7) Importância da prática sexual de acordo com o ciclo da resposta sexual.
- 8) Efeitos adversos da prática sexual em desacordo com o ciclo da resposta sexual.
- 9) Causas e fatores predisponentes de DSF.
- 10) Efeito comportamental dos esteroides sexuais e anticoncepcionais (CRENSHAW, 1998; ZAMPIERI, 2004; ROSA e SILVA; SILAVA de SÁ, 2006).

A intervenção psicoeducativa consta de dois encontros de 50 a 60 minutos, composto de duas partes: apresentação do conteúdo, estimada em 30 a 40 minutos, e discussão, para esclarecimento de dúvidas, estimada para 20 a 30 minutos. O segundo encontro ocorrerá 15 dias após o primeiro em que será reforçado, em forma de diálogo, o conteúdo do primeiro, acrescido de informações sobre o comportamento de homens e mulheres associado a seus hormônios sexuais (testosterona, estrogênio e progesterona) e anticoncepcionais hormonais. Será realizada por cinco alunos do curso de medicina da UFMA, devidamente treinados, com grupos de 12 casais, em semanas consecutivas, em dias diferentes cada grupo. Cada aluno realizará a intervenção para dois grupos (grupo 1: 0 e 14º dia; grupo 2: 7º e 21º dia).

A intervenção sobre IST (Apêndice D) proposta para este estudo contém o seguinte conteúdo:

1. Manifestações clínicas de HPV
2. Herpes genital

3. Infecção HIV/Aids
4. Sífilis
5. Gonorreia e Clamídia
6. Preservativo masculino
7. Preservativo feminino.

O GC também terá dois encontros: no primeiro serão apresentados dialogicamente às manifestações clínicas de IST mais prevalentes na região e secreções vaginais, e no segundo serão apresentados os preservativos masculino e feminino, e como usá-los adequadamente. Os encontros terão intervalo e duração semelhante ao do GE.

O GE e o GC serão dividido em 10 grupos de 12 casais, e receberão as informações de 5 alunos de medicina da UFMA, adequadamente treinados, cada aluno orienta 2 grupos em intervalos de 14 dias cada grupo.

As intervenções com GE e GC serão em datas distintas, no auditório da Associação Médica de Imperatriz – AMI, que tem capacidade para 300 pessoas sentadas confortavelmente, climatizado, equipado com som e aparelho de multimídia, localizado no centro de Imperatriz, a 100 metros do ponto de integração e 50 metros da parada adjacente a entrada do Campus-centro da UFMA, onde todos os ônibus fazem parada. O Campus está localizado em frente a AMI.

VI.6 Procedimentos

VI.6.1. Fase formativa

Esta fase dará subsídios para o refinamento dos instrumentos geradores de dados para o EC. O objetivo da fase formativa é aprimorar a intervenção psicoeducativa, avaliar a aceitação dos procedimentos, engajar o(a)s enfermeiro(a)s das UBS neste processo, avaliando suas percepções sobre a aplicabilidade e praticidade do FSFI. O estudo piloto objetivará avaliar o uso dos questionários e a aplicação das intervenções. Esta fase é importante para garantir a aceitabilidade da intervenção e refinar seus aspectos logísticos. A fase formativa constará dos seguintes procedimentos:

VI.6.1.1. Entrevista com usuárias de UBS e cônjuge

Serão realizadas entrevistas com 12 mulheres usuárias das UBS. Estas entrevistas fornecerão elementos para o delineamento final do protocolo de intervenção e para melhor definir os procedimentos de apresentação do estudo às mulheres com disfunção sexual (FSFI), incluindo o procedimento de aleatorização, o termo de consentimento informado, a intervenção e as avaliações. A entrevista com as mulheres será composta de duas partes: abordagem sobre relação sexual e apreciação do modelo de intervenção proposto. Na entrevista com o cônjuge o foco da abordagem recairá sobre o reconhecimento do problema da mulher, estratégias de enfrentamento e aceitação da intervenção psicoeducativa.

VI.6.1.2. Entrevistas com gerentes, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem das UBS

O objetivo dessas entrevistas é informar os profissionais de saúde das UBS dos objetivos da pesquisa, destacando a sua relevância para a saúde coletiva. Nestas entrevistas planejamos apresentar detalhes do funcionamento do processo de recrutamento de participantes, ao mesmo tempo que ouviremos dos profissionais envolvidos aspectos relacionados à aceitação e dificuldades para condução do EC.

VI.6.1.3. Estudo piloto

Será realizado um estudo piloto com 12 casais, selecionados aleatoriamente, de acordo com sua disponibilidade voluntária para avaliar o desempenho dos participantes da pesquisa por ocasião da aplicação dos instrumentos da pesquisa: entendimento, tempo de resposta de cada questionário em sua totalidade, desenvoltura dos sujeitos em cada questão. Também será testada a desenvoltura de cada pesquisador aplicador de intervenção nos grupos. Para isto os 12 casais serão randomizados em blocos para formar dois grupos de 6 casais para os quais serão aplicadas a intervenção psicoeducativa para um grupo (GE), e a intervenção preventiva de IST para outro grupo (GC), em dois encontros de 70 minutos para cada grupo. Estas participantes serão recrutadas pelo(s) enfermeiro(a)s das 12 UBS de Imperatriz e alunos do curso de medicina da UFMA. Antes de participarem do projeto piloto, elas serão informadas sobre a pesquisa e a importância do projeto piloto para o aprimoramento do uso dos instrumentos geradores de dados para a pesquisa.

VI.7 Desfechos

Os grupos, experimental e controle, responderão os mesmos questionários antes da primeira intervenção, após sua inclusão no estudo, e 60 dias após a intervenção. O desfecho primário será a proporção de participantes que apresentarem escores do FSFI acima de 26, avaliados após 60 dias da 1ª intervenção, nos dois grupos. Os desfechos secundários do estudo serão: (1) a proporção de participantes que apresentarem escore da Escala de Ajustamento Diádico (EAD) >101 pontos, (2) a comparação de média da qualidade de vida segundo o questionário WHOQOL-26, e (3) a proporção de participantes que apresentarem escores do FSFI acima de 26, avaliados após 60 dias da 1ª intervenção, nos dois grupos.

VI.8 Randomização

Para o processo de randomização em blocos será utilizado um programa de computador que realizará a aleatorização na proporção de 1: 1 em blocos de tamanhos diferentes, garantindo o sigilo da alocação e o número equilibrado de participantes em cada grupo, referentes aos dois grupos do estudo: grupo experimental (intervenção psicoeducativa), grupo controle (informação sobre IST). A alocação dos participantes será secreta, ou seja, realizada por sequência numérica aleatória, gerada pelo programa de computador, entregue em envelope opaco e lacrado, em que constará carta informando o grupo para o qual o participante será designado.

VI.9 Procedimentos e participação dos envolvidos no EC

O EC contará com o trabalho voluntário de 38 pessoas.

A seguir são descritos os pesquisadores e colaboradores envolvidos no EC com suas respectivas funções:

1. Responsável pela pesquisa: professor universitário, ginecologista, fará as entrevistas com os sujeitos da pesquisa, preencherá a ficha clínica, que contém informações úteis para o preenchimento do questionário sociodemográfico, confirmará o escore do FSFI, e entregará WHOQOL-26 e do EAD para serem respondidos após aplicação dos critérios de exclusão. Treinará os demais colaboradores, e supervisionará todas as etapas do ensaio clínico. Treinará igualmente 10 universitários do curso de medicina no ciclo da resposta sexual e seus benefícios, hormônios sexuais e suas funções comportamentais, IST e uso adequado de preservativos, em 14 sessões (quatro sessões instrucionais e dez sessões feed-back; uma para

cada aluno). Assim no final das 14 sessões eles serão sorteados (randomização simples) pra GE ou GC e assumirão o compromisso de guardarem segredo sobre qual grupo intervirão, bem como serão orientados a restringirem os comentários e explicações ao conteúdo de cada intervenção, bem como evitarem questionamentos de outras naturezas.

2. Enfermeiros que trabalham nas 12 UBS da zona urbana de Imperatriz, e 12 universitários farão o recrutamento dos voluntários nas UBS. Estes deverão informar sobre a pesquisa e recrutarão mulheres com queixa de disfunção sexual que queiram participar com seu parceiro, então lhes será entregue um lápis, com borracha que ficarão consigo, e o FSFI para responderem. Recolherão os questionários respondidos, nos quais deverá constar nome e número de telefone para agendamento da entrevista com o responsável pelo EC.

3. Um assistente de pesquisa que fará o agendamento, randomização em bloco, alocação para os grupos experimental e controle. Ele guardará em duas caixas, codificadas GE e GC, envelopes opacos lacrados correspondentes a 50% da amostra em cada caixa. Ele não saberá qual intervenção será aplicada pelos alunos, nem deverá conhecê-los. Entregará um envelope lacrado codificado para os pares (o envelope conterá uma carta explicando local, dia e hora de encontro). Todos os questionários de cada indivíduo terão o mesmo número, de acordo com a randomização, e serão guardados na caixa correspondente aos envelopes entregues. Ao fim do processo de randomização ele entregará as caixas codificadas para o técnico em bioestatística para registro dos dados.

4. Cinco universitários apresentarão o ciclo da resposta sexual e funções comportamentais dos hormônios sexuais. Cada universitário se responsabilizará por dois grupos de 12 casais.

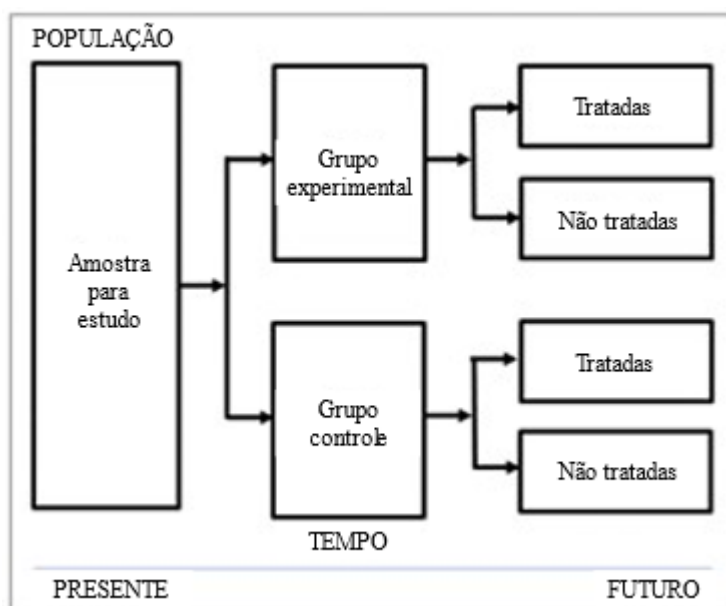
5. Cinco universitários apresentarão as IST mais prevalentes na região e uso adequado de preservativos. Cada universitário se responsabilizará por dois grupos de 12 casais.

Os aplicadores das intervenções não conhecerão as disfunções sexuais, nem os níveis de ajustamento diádico, nem os de qualidade de vida dos sujeitos do estudo. Durante as intervenções a comunicação com os sujeitos será limitada às explicações restritas ao conteúdo de cada intervenção, de forma a evitar possíveis vieses por meio de observações sugestivas. Os universitários serão treinados para evitar este tipo de interferência.

6. Um universitário que reavaliará os sujeitos da pesquisa 60 dias após a primeira intervenção utilizando os mesmos questionários da primeira avaliação, e os entregará para o técnico de bioestatística. Além deste procedimento, os participantes do estudo serão orientados a não comentar informações referentes às intervenções para o avaliador, evitando com isso o desmascaramento da intervenção. O avaliador também será treinado para evitar este viés.

7. Um técnico em bioestatística, com conhecimento em manejo de ensaio clínico receberá os questionários em 8 pastas; 2 do questionário sociodemográfico (GE e GC), 2 do questionário FSFI (GE e GC), 2 dos questionários WHOQOL-26 (GE e GC), e 2 dos questionários EAD (GE e GC) alimentará um programa de bioestatística com os dados e fará a análise dos mesmos em dois momentos: após a primeira avaliação e 60 dias após a intervenção.

Figura 1- Delineamento do ensaio clínico randomizado



No final da pesquisa, aqueles participantes que fizeram parte do grupo controle serão convidados a receber a mesma intervenção do grupo experimental, caso esta tenha se mostrado efetiva, sem qualquer ônus para eles, garantindo os princípios éticos da justiça e equidade.

VI.10 Processamento e tratamento estatístico

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel, versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, será realizada uma análise descritiva por meio de frequências relativas e absolutas para todas as variáveis qualitativas e medidas de tendência central e de variabilidade para as quantitativas.

Para avaliar a proporção de mulheres com disfunção sexual (*Female Sexual Function Index*) e em sofrimento no relacionamento conjugal (Escala de Ajustamento Diádico (EAD) entre os grupos nos momentos pré (primeiro contato) e pós-intervenção (60 dias) serão utilizados testes de McNemar.

Será comparada ainda, a melhoria da qualidade de vida (WHOQOL-26) nos grupos nos momentos pré (primeiro contato) e pós-intervenção (60 dias). Testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de homogeneidade de variância de Levene, ambos a 5% de significância, serão realizados para verificar a possibilidade de Teste T de Student independente a 5% de significância (SAMPAIO, 2010). Caso os pressupostos sejam rejeitados, utilizar-se-á testes U de Mann-Whitney.

Todos os dados serão tabulados no Excel 2016 e os testes realizados no programa IBM SPSS 24.0, cujo nível de significância adotado foi a 5% (IBM SPSS Statistics, 2016).

VI.11 Aspectos Éticos

Para a realização dessa pesquisa, são adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a pesquisa envolve a participação de seres humanos. Será garantido às participantes uma das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) a fim de assegurar-lhes os preceitos éticos que a Resolução nº 466/12 preconiza.

Além disso, esta pesquisa prevê o sigilo e confidencialidade das informações, a garantia do anonimato das participantes, a devolução do resultado da pesquisa aos sujeitos e à sociedade e a garantia das pesquisadas ao acesso dos resultados da pesquisa. O projeto de pesquisa será encaminhado aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e CEP da Universidade Federal do Maranhão para ser submetido à avaliação. Uma vez aprovado pelos CEPs, será iniciada a coleta de dados. Estes serão guardados por cinco anos, e, após, serão descartados.

Entendendo que, conforme a Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados, esta pesquisa prevê riscos mínimos, mas anteciparemos algumas circunstâncias em que eles possam aparecer.

Na fase de recrutamento, o processo de triagem utilizando o FSFI pode ser perturbador para algumas participantes. A natureza das perguntas pode induzir alguns sentimentos emocionais, incluindo tristeza ou choro. Vamos treinar todos os avaliadores da pesquisa em maneiras de minimizar esses sentimentos e como lidar com estas situações.

Algumas participantes podem se preocupar com a confidencialidade de seus dados, sobretudo os relacionados a possível exposição de opiniões que podem motivar constrangimento aos pares, portanto, visando a minimização de riscos como este descrito, serão tomados cuidados para assegurar o sigilo e anonimato.

Em termos de benefícios, os procedimentos da pesquisa na fase de recrutamento irão identificar mulheres com disfunção sexual e seus desfechos, que de outra forma não serão identificados, garantindo cuidado especializado para as participantes que estiverem no grupo experimental. Pretende-se testar efeitos da intervenção psicoeducativa em DSF, caso os efeitos sejam positivos, poderá proporcionar bem-estar a outras mulheres sexualmente disfuncionais.

Este estudo testará uma intervenção simples, barata, não medicamentosa e de fácil aplicação para DSF. Portanto, tem o potencial de gerar grandes ganhos em saúde pública em termos de melhoria do acesso a tratamentos complementares e redução da lacuna de tratamento para tais transtornos. O conhecimento adquirido pode ser fundamental para influenciar a agenda de políticas de saúde coletiva e mental no Brasil.

No mais os resultados do estudo serão disponibilizados às participantes, por e-mail indicado, ou da forma que preferirem, após a conclusão do mesmo.

A psicoeducação é uma técnica largamente utilizada mundialmente, sendo considerada uma técnica de fácil aplicação, de baixo custo e com mínimos efeitos colaterais. Logo, esta pesquisa justifica-se em seu balanço risco-benefício, pois os possíveis benefícios superam os possíveis riscos.

Para atentar ao devido respeito e à dignidade humana, este estudo prevê que o processo de consentimento seja livre e esclarecido. Todas as recomendações da Resolução CNS 466/12 serão acatadas na elaboração deste termo. O mesmo será elaborado em duas vias, todas assinadas pelos pesquisadores e participantes, ficando com a participante a 2ª via.

Os casais que aceitarem participar da pesquisa serão agendados no CONSIGO, onde receberão do pesquisador responsável informações detalhadas sobre o projeto de pesquisa, ouvirão a leitura de uma das duas vias do TCLE, após o que assinarão ambas antes de preencherem os questionários que são autoaplicáveis: sociodemográfico, FSFI, EAD e WHOQOL-26. Os questionários preenchidos serão guardados em um armário específico, lacrado, e somente os pesquisadores deste estudo terão acesso aos dados.

No TCLE constará ainda os contatos dos pesquisadores, do CEP-USP e CEP-UFMA. O tempo para leitura, compreensão e reflexão serão garantidos. O TCLE foi elaborado de maneira a prestar todas as informações necessárias, em linguagem acessível às participantes antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

VII. RESULTADOS ESPERADOS

O presente estudo possibilita a avaliação da eficácia de intervenção psicoeducativa no tratamento das disfunções sexuais femininas. Avaliará, também, eventual melhora no relacionamento e vínculo conjugais, e qualidade de vida, além de outros potenciais benefícios subsequentes.

Em termos de benefícios, os procedimentos de pesquisa, na fase de recrutamento, poderão identificar pacientes com disfunção sexual, principalmente desejo hipoativo, dispareunia e anorgasmia, e outros transtornos somáticos e psíquicos consequentes, tais como vulvovaginites, DIP, IST, ansiedade, depressão, entre outros que de outra forma poderiam não ter sido identificados. Esta identificação é etapa importante para a oferta de cuidados especializados.

Este estudo testará uma intervenção simples, de baixo custo, não medicamentosa e de fácil aplicação para o tratamento das DSF. Portanto, tem o potencial de gerar grandes ganhos em saúde pública, em termos de melhoria do acesso a tratamento efetivo, preenchendo a lacuna de tratamentos para as DSF. O conhecimento adquirido pode ser fundamental para influenciar a agenda de políticas de saúde coletiva e mental no Brasil no que concerne a este tipo de problema.

Finalmente, esta pesquisa proporcionará a formação de pesquisadores e a publicação de trabalhos em revistas científicas e congressos internacionais, envolvendo alunos com Trabalhos de Iniciação Científica, Trabalho de Conclusão de Curso, dissertações de Mestrado e teses de Doutorado. Contribuirá também na integração do ensino, pesquisa e extensão por meio de temas tratados no projeto, que deverão ser debatidos em disciplinas de graduação e pós-graduação e projetos de extensão, bem como deverá despertar as instituições de educação médica e paramédica para a necessidade de implantação de núcleos de estudo e/ou de cursos de sexualidade (educação e terapia sexual) em sua grade curricular, considerando a inerência da sexualidade ao ser humano, tal como os demais sistemas do corpo humano; além do intercâmbio acadêmico-institucional entre universidades.

VIII. CRONOGRAMA

Meta/Atividade	ANO/TRIMESTRE															
	2021				2022				2023				2024			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4º
Inscrição																
Pesquisa Bibliográfica																
Disciplinas																
Submissão do projeto ao CEP																
Treinamento dos pesquisadores e colaboradores																
Seleção dos elementos da pesquisa, randomização																
Intervenção																
Coleta e análise dos dados																
Divulgação dos resultados																
Defesa da Tese																

IX. PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Cartuchos Ink Advantage 664 pretos e coloridos...10 x R\$ 164,61 = R\$ 1646,10
 Papel Sulfite A4.....90 x R\$ 20,00 = R\$ 1800,00
 Passagens aéreas Imp-S. Paulo-Imp:12 x R\$ 1.416,70,00 = R\$ 1700,00
 HD externoR\$ 350,00
 TOTAL:.....R\$ 20796,10

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG PRACTICE BULLETIN: Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Female Sexual Dysfunction The American College of Obstetricians and Gynecologists, VOL. 134, NO. 1, JULY 2019.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ, v. 172(10), p. 7, 2005 2005.

_____. The Female Sexual Response: A Different Model . Journal of Sex & Marital Therapy , 26:51–65, 2000. Published online: 02 Feb 2011.

CAVALCANTI, R. & CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. 4.ed. São Paulo: Roca, 2012.

CRENSHAW, T. L. **A alquimia do amor e do tesão**. Rio de Janeiro: Record, 1998. 445 ISBN 85-01-04835-6.

BROTTO, L.A. ; BASSON, R. and LURIA, M. A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. J Sex Med 2008;5:1646–1659.

COSTA, R.P. Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana. 4.ed. São Paulo: Kondo, 2005.

FARNAM, F.; JANGHORBANI, M.; RAISI, F.; MERGHATI-KHOEI, E. Compare the Effectiveness of PLISSIT and Sexual Health Models on Women's Sexual Problems in Tehran, Iran: A Randomized Controlled Trial. J Sex Med 2014;11:2679–2689.

FAUL, F., ERDFELDER, E., LANG, A.-G., & BUCHNER, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39, 175-191.

FERNANDES, A. M. A educação para a sexualidade: Projeto SER MAIS - Educação para a Sexualidade Online. Disponível em: http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_

Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap2.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2015.

FERREIRA, J.C.; PATINO, C.M. Randomização: mais do que o lançamento de uma moeda. J Bras Pneumol. Stembro- outubro, 2016;42(5):310-310. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000296>.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000

FLECK, M.P.A., et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” Rev. Saúde Pública, 34 (2): 178-83, 2000

HERNANDEZ, J.A.E. Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2008.

HOLLIST, C. S. et al. "Portuguese Translation and Validation of the Revised Dyadic Adjustment Scale" . Faculty Publications, Department of Child, Youth, and Family Studies. *Journal of Marital and Family Therapy* 38:s1 (June 2012), pp. 348–358.

HULLEY, S.B. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

IVANDRO, KLEIN; MARCELO TOMIO, MATSUOKA; MATHEUS PEREIRA, GUZATTO. Como estimar o poder do teste mínimo e valores limites para o intervalo de confiança do data snooping. Bol. Ciênc. Geod., Curitiba , v. 21, n. 1, p. 26-42, Mar. 2015. PLAN, H.S. Manual ilustrado de terapia sexual. São Paulo: Manole, 1978.

KEESLING, B. A Cura pelo Sexo. Rio de Janeiro: Record, 1998.

KINGSBERG, S. A. et al. Female Sexual Dysfunction – Medical and Psychological Treatment, Committee 14. J Sex Med 2017;14:1463e1491.

KOMISARUK, B. R.; BEYER-FLORES, C. & WHIPPLE, B. *The science of orgasm*. United States of America: The Johns Hopkins, 2006.

LARA, L.A. et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018.

_____. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.

LAURIS, J.R.P.; BREGA, J.R.; MATTIUZZO, A.; SOUZA, R. Cálculo amostral. Disponível em: http://calculoamostral.bauru.usp.br/calculoamostral/ta_diferenca_media_independente.php. Acesso em 04 de junho de 2021.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-5. American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARGOLIS, J. A história íntima do orgasmo: tudo o que você nunca soube sobre os melhores 10 segundos de sua vida. São Paulo: Ediouro, 2006.

MARQUES, F.Z.C.; CHEDID, S.B.; ELZERIK, G.C. Resposta Sexual Humana. Rev. Ciênc. Méd. Campinas. 17: 175-183 p. 2008.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. A Resposta Sexual Human. 1.ed. São Paulo: Roca, 1984.

MENDONÇA, C.R.; SILVA, T.M.; ARRUDA, J.T.; GARCÍA-ZAPATA, M.T.A.; AMARAL, W.N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. Revisão literária. FEMINA | Julho/Agosto 2012 | vol 40 | nº 4.

MOGHADAM, Z.B. et al. The Effect of Sexual Health Education Program on Women Sexual Function in Iran. J Res Health Sci, 2015; 15(2): 124-128.

NORMANDO, DAVID & ALMEIDA, M.A.O. & QUINTÃO, CÁTIA. (2011). Análise do emprego do cálculo amostral e do erro do método em pesquisas científicas publicadas na literatura ortodôntica nacional e internacional. Dental Press J Orthod. 16. 1-9.

PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z. & VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do *Female Sexual Function Index*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2333-2344, nov, 2009.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A.; GUTIERREZ, G.L.; PICININ, C.T. Calculation of scores and descriptive statistics of WHOQOL-bref through Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. v. 02, n. 01, jan/jun, 2010, p. 31 – 36.

ROHDE, G.; BERG, K. H. & HAUGEBERG, G. Perceived effects of health status on sexual activity in women and men older than 50 years. Health and Quality of Life Outcomes 2014, 12:43.

ROSEN et al. *The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function*. Journal of Sex & Marital Therapy, 26:191–208, 2000.

SAMPAIO, I.B.M. Estatística aplicada à experimentação animal. Belo Horizonte: Fundação de Ensino e Pesquisa em Medicina Veterinária e Zootecnia, 2010. 264p.

SHARON J. P. et al. The Evolution of the Female Sexual Disorder/Dysfunction Definitions, Nomenclature, and Classifications: A Review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sex Med Rev* 2021;9:36e56

SILVA, A.C.J.S.R.; SÁ, M.F.S. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Archives of Clinical Psychiatry*, 33 (2); 60-67, 2006.

SILVA, P.M.L. et al. Association between the Sexual Activity and Acquired Immunity Markers in Women with Aids in a Brazilian Northeast County. *International Archives of Medicine*, 2016. Vol. 9 No. 203. doi: 10.3823/2074.

SMITH, G.D.; FRANKEL, S.; YARNELL, J. Sex and death: are they related ? Findings from the Caerphilly Cohort Study. **BMJ** VOLUME 315 20-27 DECEMBER 1997

SMITH, W.J; BEADLE, K; SHUSTER, E.J. The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:697.e1-697.e7.

SOUZA, R.F. O que é um estudo clínico randomizado ? *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009;42(1): 3-8.

UNESCO. Razões em Favor da Educação em Sexualidade: Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade. Volume I. UNESCO, 2010. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281_por.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2015.

_____. Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro : tópicos e objetivos de aprendizagem. Brasília : UNESCO, 2013. Disponível em : http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Brasilia/pdf/Orientacoes_educacao_sexualidade_Brasil_preliminar_pt_2013.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2018.

VARGAS, L; PUREZA, J. R. Esquemas Iniciais Desadaptativos e Ajustamento Diádico na Conjugalidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2019•15(1)•pp.75-83.

VASCONCELOS, B.C.E. O cegamento na pesquisa científica. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe v.16, n.1, p. 5, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v16n1/a01v16n1.pdf>. Acesso em 12 de janeiro de 2021.

VIEIRA, C.S.; BURGS, B.M.; FONSECA, L.M.M.; GUIMARÃES, A.T.B.; MACHINESK, G.G. O estresse em mães de prematuros: ensaio clínico sobre atividade educativa. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, jan/abr, 2019, 71 (1): 19-35

VITIELLO, N. & JUNIOR, O. M. R. As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade. São Paulo: Iglu, 1997.

WOLP et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 211 (2017) 26–32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Programme (HRP).

Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Acesso em 15 de setembro de 2018.

ZAMPIERI, A. M. F. Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: Sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Ágora, 2004. 245 ISBN 85-7183-871-2.

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico Comportamental

Nº: _____

1. Idade:  _____ e  _____ anos completos

2. Raça/Cor da pele observada:

 () branca () parda () preta () amarela () indígena

 () branca () parda () preta () amarela () indígena

3. Anos de escolaridade:  () 0 () 1- 4 () 5 - 8 () 9 -12 () >12

 () 0 () 1- 4 () 5 - 8 () 9 -12 () >12

4. Religião  _____ e  _____

5. Número de gestações: _____

6. Número de filhos vivos _____ (M _____ + F _____)

7. Ocupação:  _____ e  _____

8. Renda Familiar (Salário Mínimo):  _____ e  _____

9. Quantas pessoas moram na casa ? _____ > 18 anos _____, < 13 anos _____, 13 – 18 anos _____.

10. Vive com companheiro: () sim () não

11. Estado civil: () solteiros () casados () vivem juntos

12. Parceria sexual: () estável < 1 ano () estável > 1 ano

13. Frequência de atividade sexual (média): _____ por 1 mês

14. Destas quantas são satisfatórias:

 () nenhuma () todas () menos da metade () metade () mais da metade

 () nenhuma () todas () menos da metade () metade () mais da metade

15. Usa método contraceptivo hormonal () não usa () algumas vezes () sempre

16. Pratica atividade física não laboral:

 () nenhuma () <3 X semana () ≥ 3 X semana



() nenhuma () <3 X semana () ≥ 3 X semana

17. Uso de drogas: () cigarros/dia:  () 1 – 5 () 6 – 10 () >10



() 1 – 5 () 6 – 10 () >10

() álcool/semana:  () 1 vez () 2 ou mais vezes



() 1 vez () 2 ou mais vezes

() outras drogas:



() _____



() _____

() psicotrópicos:



() _____



() _____

18. dorme:  () <6 horas/dia () 6 ou mais horas/dia



() <6 horas/dia () 6 ou mais horas/dia

19. Um dos parceiros é portador de alguma morbidade tais como:



() hipertensão arterial () diabetes () neoplasias () neuropatia



() hipertensão arterial () diabetes () neoplasias () neuropatia

20. Intervenções cirúrgicas menos de 6 meses:  () sim () não



() sim () não

21. Há mais alguém dormindo no mesmo local em que o casal dorme ?

() sim () não

22. O comprimento/profundidade de uma vagina em estado de neutralidade sexual é:



() _____ cm.



() _____ cm.

23. O comprimento de um pênis em estado de repouso ou neutralidade sexual é:



() _____ cm.



() _____ cm.

24. É necessário sentir desejo para o pênis ficar ereto ?



() sim () não () não sabe



() sim () não () não sabe

25. É necessário sentir desejo para a vagina relaxar e lubrificar suficiente para o coito ?



() sim () não () não sabe



() sim () não () não sabe

26. O orgasmo melhora o interesse por relação sexual ?



() sim () não () não sabe



() sim () não () não sabe

27. Queixa principal do casal: _____

28. Quais os principais fatores que contribuem para sua queixa? _____

29. PA:  _____ / _____ mmHg, e  _____ / _____ mmHg.

30. IMC:  _____ e  _____

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo título é “AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES DE UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO” que tem por objetivo avaliar a eficácia de intervenção psicoeducativa no tratamento de disfunções sexuais femininas, utilizando para este fim um questionário sociodemográfico que registra informações pessoais, sociais e sanitárias, e outro que investiga a função sexual. Em outras palavras este projeto pretende avaliar se um conjunto de informações sobre seu corpo e preparo para a relação sexual são capazes de tratar ou, pelo menos, melhorar as dificuldades que você tem apresentado em suas relações sexuais atualmente. Para medirmos os resultados, precisamos saber, por meio de dois questionários, como anda sua saúde, se você tem alguma doença ou hábito que dificulte ou impeça um bom relacionamento com seu parceiro, como você vive em família e quais suas dificuldades sexuais. Você não é obrigada a participar da pesquisa e nem a responder todas as perguntas. Você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que prestar qualquer esclarecimento. Os riscos destes procedimentos são pequenos, pelo fato das questões envolverem aspectos psicológicos ou íntimos, o que pode causar algum constrangimento ou vergonha no momento da resposta. Entretanto para ajudarmos você, é necessário conhecer você, e qualquer termo ou dúvida poderá ser esclarecida de acordo com seu entendimento, ou simplesmente você poderá se recusar a participar. Mais ainda, se você decidir participar, e durante o preenchimento dos questionários, ou durante as informações educativas, você se sentir desconfortável, ou perturbada, e isto causar algum sofrimento em você, teremos terapeuta sexual e psicólogo disponível para acolher você gratuitamente. Se mesmo assim, você sofrer algum dano comprovado, resultante de sua participação da pesquisa, você terá direito de recorrer às instâncias legais em busca do que lhe for devido. A sua identidade será preservada, pois os questionários são anônimos, identificados apenas por um número. Os benefícios em participar deste estudo serão conhecer melhor seu corpo e sua vida sexual, ou seja, se está tudo bem com seu desempenho sexual, ou se você pode estar com algum problema. Isto não determina, mas pode ser usado como alerta para a necessidade de procurar ajuda, e facilitar o diagnóstico precoce de alguma disfunção que pode e deve ser tratada, melhorando não só a sua saúde sexual, mas sua vida conjugal, bem como sua qualidade

de vida como um todo. Outro aspecto importante é que caso o nosso estudo mostre um benefício isto pode ser usado por outras mulheres que apresentem problemas semelhantes aos seus. As pessoas que cuidarão das informações serão todos pesquisadores, liderados pelo ginecologista e mestre em saúde do adulto e da criança, Pedro Mário Lemos da Silva. Solicitamos a sua autorização para o uso de suas informações para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. Informamos que você não terá nenhuma recompensa financeira pela sua participação em pesquisa. Ressaltamos também que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar o coordenador da pesquisa, Pedro Mário Lemos da Silva, através do telefone de número (99) 991283302, ou pelo e-mail: p.ema2@hotmail.com, bem como Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, telefone (98) 2109 1250, endereço: Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070. Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes 2 O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Duas vias deste documento, que possui duas páginas, estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Lembre-se de guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive do pesquisador todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecida e optar, por livre e espontânea vontade, participar da pesquisa.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Apêndice C: Protocolo de intervenção psicoeducativa em disfunção sexual feminina (GE)

I. AUTORES:

Alexandre Faisal Cury

Pedro Mário Lemos da Silva

II. INTRODUÇÃO

A função sexual nos remete à dinâmica da prática sexual, mais precisamente ao ciclo da resposta sexual que compreende desejo, excitação, orgasmo e resolução (MASTER & JOHNSON, 1984; KAPLAN, 1979; BASSON, 2005). A ausência ou incompletude de uma dessas fases, condição altamente prevalente em mulheres, caracteriza a disfunção sexual feminina (DSF) que inclui desejo sexual hipoativo (ausência ou diminuição de desejo sexual), dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual) e anorgasmia (ausência de gozo) (WEINBERGER, et al, 2018).

Há duas formas de intervir para restaurar a função sexual: farmacológica e/ou não-farmacológica. A psicoeducação é uma estratégia de intervenção não farmacológica (STRATTON et al, 2020) que se fundamenta no conhecimento que é a base do SER (UNESCO, 1996): aprender a conhecer (*Learning to know*) para aprender a fazer (*Learning to do*), para aprender a conviver (*Learning to live with others*) para aprender a ser (*Learning to be*).

Assim, tomando os pilares da educação como referência, propomos uma intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica para mulheres com disfunção sexual. As parcerias das mulheres sexualmente disfuncionais são convidadas para a intervenção.

Para tal foi elaborado um protocolo, Protocolo de Intervenção Psicoeducativa em Disfunção Sexual Feminina (PIPEDSF), cujo objetivo é tratar as disfunções sexuais femininas por meio de informações dadas dialogicamente às mulheres, em grupos de 12 mulheres, em encontros quinzenais, num total de dois encontros. O protocolo é estruturado em seis eixos norteados pelos pronomes interrogativos **quem, o que, como, onde, quando e por que**, apresentados na primeira sessão da intervenção psicoeducativa.

No segundo encontro deverão ser reforçadas as informações do primeiro, retomando cada eixo em forma dialógica, iniciando com questionamentos que permitam aos participantes exporem como foram, e continuam, entendidas as informações recebidas. Nesta oportunidade o interveniente fará retificação ou reforço das informações.

III. ORIENTAÇÕES

1º ENCONTRO: 60 min: 40 min. para informações + 20 min. de interações dialógicas.

1. Quem

Neste eixo recomenda-se a necessidade de mulher e homem se reconhecerem para facilitarem os encontros afetivo-sexuais.

Conversar sobre sexo é importante para abrir caminho para o relacionamento.

Homens e mulheres precisam ser estimulados para sentir desejo de ter relação sexual.

A autoestimulação e a hetero estimulação são boas práticas para a familiarização com o corpo da parceria

Homens produzem testosterona dez vezes mais que as mulheres. Isto promove fantasias, masturbação, e os torna mais agressivos e rápidos.

Mulheres produzem estrogênios dez a vinte vezes mais que os homens. Isto promove a lubrificação da vagina, a disponibilidade erótico-sexual, e as torna mais responsivas e lentas.

Mulheres também produzem progesterona que inibe o interesse sexual, embota a percepção, causa fadiga, aumenta a temperatura corporal, reduz a sensibilidade dos pontos erógenos, promove recatamento, depressão, retenção de líquido, síndrome pré-menstrual (TPM). Isto acontece durante duas semanas pré-menstruais.

Mulheres em uso de contraceptivos hormonais podem ficar mais lentas para lubrificar e atingir orgasmo.

Homens são mais visuais e olfativos.

Mulheres são mais auditivas e táteis.

Homens utilizam mais fantasias.

Mulheres precisam mais se sentir acolhidas, acarinhadas, estimuladas.

Homens tendem a querer relação sexual quando acordam no meio da noite.

Mulheres são mais facilmente estimuladas antes de dormir, ou após boa noite de sono.

Enquanto os homens se entregam sexualmente como forma de reconciliação, as mulheres precisam se reconciliar antes de se entregarem.

Objetivo: estimular a observação mútua entre homem e mulher para facilitar e melhorar suas relações sexuais.

Tempo previsto: 5 min.

2. O que

Neste eixo deve ser esclarecido algumas definições importantes para o autoconhecimento e o relacionamento intra e interpessoal.

Genitais são os órgãos copuladores. No homem, o pênis, na mulher, a vagina, ambos em repouso medem em torno de **8 cm** de comprimento, todavia quando despertado desejo, relaxam, dobram ou triplicam e lubrificam, a vagina mais que o pênis para acomodá-lo confortavelmente durante seus movimentos.

Clitóris é um órgão formado de tecido erétil, protegido pelas pregas formadas pelos pequenos lábios em sua porção anterior; as pregas internas unem-se sob o clitóris formando o freio do clitóris, e as pregas externas unem-se sobre o clitóris formando um capuz ou prepúcio do clitóris. É constituído de 8 mil fibras nervosas sensitivas cuja função é estimular o desejo e orgasmo femininos. Pela sua extrema sensibilidade deve-se evitar tocá-lo sem autorização da mulher, ou antes de esta sinalizar excitação.

Masturbação é o autoconhecimento erótico do corpo. Aprender estimulá-lo e como atingir orgasmos por meio dos estímulos. É apropriar-se do próprio corpo eroticamente.

Relação sexual é tudo o que se faz com desejo mútuo entre as parcerias com o objetivo de sentir prazer. Portanto requer conquista e deve ser espontâneo, nunca figurando obrigação, dever ou favor. Importante enfatizar que a vagina só estará disponível para penetração mediante estímulos cutâneos e auditivos que desenvolvam desejo de ser penetrada. Esses estímulos devem ser mantidos durante toda a relação sexual.

Ciclo da resposta sexual pode ser compreendido como a dinâmica dos corpos numa relação sexual ou masturbação. Segundo Masters e Jonhson (1966), com a participação de Kaplan(1975), o ciclo da resposta sexual desenvolve-se com desejo – excitação – platô – orgasmo – resolução – período refratário. Todavia as mulheres atendem melhor o ciclo proposto por Basson (2005): neutralidade sexual – estímulo sexual – desejo sexual – excitação sexual – satisfação emocional e física – intimidade emocional. Rosimary Basson mostra a importância do acolhimento da mulher após satisfação sexual, o que não é característica masculina.

Objetivo: capacitar homens e mulheres de conhecimentos para pô-los em prática, seguindo os postulados da UNESCO para educação: aprender a conhecer → aprender a fazer → aprender a conviver → aprender a ser. Assim também empoderamos as mulheres de instrumento de negociação, o conhecimento.

Tempo previsto: 20 min.

3. Como

Neste eixo deve-se sugerir estratégias de conquista mútua entre as parcerias, obedecendo os hábitos culturais.

O(A) parceiro(a) deve se apresentar atraente, sedutor, gentil, carinhoso, buscando conquistar a confiança e admiração de sua parceria.

O diálogo descontraído com sua parceria sobre erotismo e relação sexual tem o objetivo de aprimorar o conhecimento mútuo.

As carícias podem iniciar pelos genitais ou áreas erógenas do homem.

Nas mulheres as carícias devem iniciar pela pele das áreas não genitais do corpo, e, quando elas demonstrarem responder, evoluir os toques sensuais até os lábios da vagina, deslizando até o clitóris.

A carícia na pele estimula a liberação de ocitocina pelos nervos sensoriais, isto intensifica a sensibilidade dos pontos erógenos e o efeito receptivo do estrogênio, estimulando a mulher a se entregar ao coito e ao orgasmo.

Manter essas carícias até a penetração ser solicitada de alguma forma pela mulher.

Continuar as carícias nas áreas erógenas e clitóris para facilitar os orgasmos.

Após o(s) orgasmo(s) o(a) parceiro(a) deve se manter ao lado de sua parceira abraçando-a, acariciando-a, cheirando seu perfume, pois o prazer na mulher necessita de continuidade de acolhimento.

A liberdade de expressão é necessária para enriquecer a mente e facilitar os próximos encontros. Estimular a autoestima e sensualidade da mulher ao longo do dia facilita a conquista.

Objetivo: informar atitudes que possam melhorar o relacionamento afetivo-sexual entre as parcerias sexuais.

Tempo previsto: 5 min

4. Onde

Neste eixo deve-se informar que as relações sexuais desenvolvem-se melhor e satisfatoriamente onde o casal se sente seguro para a entrega mútua, sem possibilidade de serem surpreendidos por observação de terceiros, incluindo os filhos, para evitar desvio do foco erótico. Sempre que possível o ambiente deve favorecer o desenvolvimento e manutenção do desejo, bem como a liberdade de expressão.

Objetivo: informar a importância da privacidade para a qualidade das relações sexuais.

Tempo previsto: 4 min

5. Quando

Neste eixo deve ser informado que as mulheres são biologicamente mais disponíveis para relação sexual antes de dormir, ou depois de uma noite bem dormida, no período fértil (16 a 12

dias antes da menstruação), quando estão relaxadas (não estão cansadas da labuta do dia, não estão preocupadas), quando ouvem elogios, declarações de amor/carinho/desejo de sua parceria.

Objetivo: reconhecer a influência circunstancial/temporal na dinâmica sexual da mulher.

Tempo previsto: 4 min

6. Por quê

Neste eixo informa-se que a adoção dessas informações pode resultar em vários benefícios individuais e coletivos, tais como: alívio do estresse, melhora da imunidade, da saúde cardíaca, da autoestima, da intimidade, do sono, fortalece a musculatura pélvica, etc.

Objetivo: mostrar a importância das informações oferecidas nesta intervenção.

Tempo previsto: 2 min.

2º ENCONTRO

Objetivo: avaliar, por meio de questionamentos, os conteúdos aprendidos nos respectivos eixos temáticos do primeiro encontro.

Tempo: 60 min.

EIXO 1: Como homens são diferentes das mulheres quanto ao comportamento erótico?

EIXO 2: Como descrever uma vagina? e uma relação sexual?

EIXO 3: Como preparar um corpo de mulher para uma relação sexual satisfatória?

EIXO 4: Qual o melhor ambiente para as mulheres desenvolverem resposta sexual satisfatória?

EIXO 5: Quando as mulheres estão mais acessíveis para relação sexual?

EIXO 6: Ter relação sexual satisfatória é importante? Por que?

IV. ORIENTAÇÕES FINAIS

Estas informações contemplam a grande maioria de mulheres e homens em suas interrelações sexuais, todavia cada uma mulher, e cada homem é um ser único, e podem responder de forma diversa, bem individualizada das informadas acima, aos estímulos recebidos, tal que se buscarem seu autoconhecimento erótico, provavelmente saberão se relacionar satisfatoriamente.

V. BIBLIOGRAFIA

ALBERONI, F. O erotismo, fantasias e realidades do amor e da sedução. São Paulo: Círculo do Livro, 1988.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. JAMC • 10 MAI 2005; 172 (10).

BENEDITO, V.L.D.Y. Erotismo e sexualidade no processo de individuação de um casal. Disponível em:

https://www5.pucsp.br/jung/simposios_eventos. Acesso em 25/08/2022.

BORGES, L.M.; SEIDL, E.M.F. Effects of psychoeducational intervention on the use of healthcare services by elderly men. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.777-88, out./dez. 2013.

CRENSHAW, T.L. A alquimia do amor e do tesão. Rio de Janeiro: Record, 1998.

DANGELO, J.G., FATTINI, C.A. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 3.ed. São Paulo: Ateneu, 2011.

HALBE, H.W. Biossíntese dos estrogênios. Revista de Medicina. Disponível em: D:/Desktop/ARTIGOS/ESTROGENIOS.pdf. Acesso em 25 de julho 2022.

INTERNATIONAL COMMISSION ON EDUCATION FOR THE TWENTY-FIRST CENTURY. Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights). Paris: UNESCO, 1996.

KAPLAN, H.S. Enciclopédia Básica de Educação Sexual. Rio de Janeiro: Record, 1979.

MAIA, R.S.; ARAÚJO, T.C.S.; MAIA, E.M.C. Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Psicoterapia Volume 20, número 2, agosto de 2018.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca, 1984.

SPENCE, A.P. Anatomia humana básica. 2.ed. São Paulo: Manole, 1991.

STRATTON, H et al. Interventions for sexual dysfunction following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD011189.

WEINBERGER, et al, 2018. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. Sexual Medicine Reviews, 2018.

ZAMPIERI, A.M.F. Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: Sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Ágora, 2004.

Apêndice D: Protocolo de intervenção para o GC

I Introdução (3 minutos)

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infecções causadas por microrganismos (agentes etiológicos) adquiridos durante o contato sexual. Isto geralmente ocorre quando as pessoas estão vulneráveis durante suas práticas sexuais, ou seja; quando se expõem ao risco de transmissão. Assim, algumas atitudes favorecem a exposição, tal como não usar preservativos. Outros fatores relacionados aos estilo de vida e hábitos podem agravar o risco de IST, como por exemplo o uso de drogas (álcool, êxtase, maconha, crack, etc).

Apenas o reconhecimento de sinais e sintomas de IST não é suficiente para prevenir a transmissão, já que no período de incubação das infecções não há sinais, nem sintomas, mas ainda assim há transmissão dos agentes etiológicos.

A educação/informação é potencialmente um meio eficaz de prevenção das IST. Assim sendo foi desenvolvido um protocolo que compreende duas sessões de 50 minutos, em que serão apresentadas características clínicas de algumas IST frequentes em nosso meio (primeira sessão), e apresentação de preservativos masculino e feminino, modo adequado de uso em modelos pélvico e peniano (segunda sessão), duas semanas após a primeira sessão.

A primeira sessão será distribuída em dois eixos (viroses e infecções bacterianas), e incluirá um período para diálogo e esclarecimento de dúvidas onde se pretende observar a compreensão do grupo sobre o conteúdo apresentado.

I II. Eixo das viroses (15 minutos)

Objetivo: apresentar a evolução crônica das viroses.

1. Herpes genital

Causado pelo Vírus Herpes Humano (HSV) 1 e 2, tem período de incubação médio de 6 dias, caracteriza-se pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável na região genital. Não tem cura, são comuns as recorrências em consequência de quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência.

2. Verrugas genitais

Causadas pelo Papilomavírus humano (HPV), identificados mais de 200 tipos, infectam a pele, aproximadamente 40 são transmitidos em contato sexual sem proteção da pele. Há HPV de baixo risco oncogênico que produzem verrugas, e HPV de alto risco oncogênico, responsáveis pelo desenvolvimento de câncer no colo de útero, vagina, reto e pênis. O exame preventivo (Papanicolau) e colposcopia são estratégias eficazes para rastrear o desenvolvimento do câncer genital. A vacinação e o uso correto de preservativo são as estratégias mais eficazes de proteção.

3. Aids

Tem como agente etiológico básico o vírus HIV que destrói as células que estimulam a produção de anticorpos, deixando o corpo exposto ao

desenvolvimento de várias infecções, o que caracteriza a síndrome. Antes que isto aconteça as pessoas infectadas podem passar vários anos sem sintomas, todavia transmitem o vírus em relações sexuais e contato com seu sangue. O tratamento precoce reduz a transmissão.

I **III. Eixo das infecções bacterianas (10 minutos)**

Objetivo: chamar a atenção para a gravidade de IST comuns em nosso meio.

4. Sífilis

Causada pela bactéria *Treponema palidum* que causa uma ferida indolor no local da inoculação, chamada cancro duro que desaparece com ou sem tratamento em até 6 semanas. Seguem-se, entre seis semanas e seis meses, o aparecimento de manchas e pápulas avermelhadas na pele, tumorações que se assemelham a verrugas, gânglios em várias partes do corpo, e pode haver alopecia em clareira e madarose que também desaparecem com ou sem tratamento. Após um ano, as pessoas infectadas ficam assintomáticas por vários anos, então apresentam manifestações graves em vários órgãos, podendo evoluir para incapacidade ou morte se não tratados adequadamente. Na gravidez o treponema pode ser transmitido para a criança que pode nascer com sífilis congênita, nascer antes do tempo, ou morrer antes de nascer.

5. Gonorreia

Causada pela *Neisseria gonorrhoea*, período de incubação de dois a cinco dias, apresenta-se com secreção uretral purulenta, ou mucopurulenta e disúria nos homens, geralmente assintomática em mulheres, frequentemente acompanhada de outra bactéria, *Chlamydia trachomatis*, que se não tratadas, ou inadequadamente tratadas, podem complicar com Doença Inflamatória Pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e abscessos.

I **IV. Conclusão (5 minutos)**

Objetivo: Enfatizar a importância do tratamento adequado das infecções apresentadas e introduzir o conteúdo da próxima sessão.

As IST's do eixo infecções bacterianas são curáveis se os pacientes fizerem o tratamento adequado (droga, dose e tempo), e seguirem as recomendações prescritas pelo médico, todavia as IST's do eixo viroses são apenas tratáveis, não têm cura, evoluem para a cronicidade, e, se não adequadamente tratadas, podem evoluir para complicações que podem resultar em óbito. Portanto o uso adequado de preservativos é o único meio seguro de evitá-las.

I **V. Momento dialógico (20 minutos)**

Objetivo: Motivação de perguntas livres sobre o conteúdo apresentado.

I **VI. Segunda sessão (60 minutos)**

Objetivo: melhorar o conhecimento dos preservativos masculino e feminino.

1. Apresentação dos preservativos masculino e feminino (5 minutos)
2. Manipulação dos preservativos simultaneamente (15 minutos)
3. Apresentação do uso dos preservativos masculino e feminino em prótese peniana e modelo pélvico respectivamente (10 minutos)
4. Disponibilidade para repetição do item 3 pelos participantes (20 minutos)
5. Esclarecimento de dúvidas (10 minutos)

I VII. Bibliografia

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Anexo 1: QUESTIONÁRIO Índice da Função Sexual Feminina-FSFI

Nº: _____

INSTRUÇÕES:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições:

1. Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.
2. Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
3. Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).
4. Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.
5. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

DESEJO, fator 0,6

1. Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?
5. Quase sempre ou sempre.
4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).

2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).

1. Quase nunca ou nunca.

2. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

5. Muito alto.

4. Alto.

3. Moderado.

2. Baixo.

1. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

EXCITAÇÃO, fator 0,3

3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

0. Sem atividade sexual.

5. Quase sempre ou sempre.

4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).

3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).

2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).

1. Quase nunca ou nunca.

4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

0. Sem atividade sexual.

5. Muito alto.

4. Alto.

3. Moderado.

2. Baixo.

1. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

0. Sem atividade sexual.

5. Segurança muito alta.

4. Segurança alta.
3. Segurança moderada.
2. Segurança baixa.
1. Segurança muito baixa ou sem segurança.

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

0. Sem atividade sexual.
5. Quase sempre ou sempre.
4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
1. Quase nunca ou nunca.

LUBRIFICAÇÃO, fator 0,3

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

0. Sem atividade sexual.
5. Quase sempre ou sempre.
4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
1. Quase nunca ou nunca.

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

0. Sem atividade sexual.
1. Extremamente difícil ou impossível.
2. Muito difícil.
3. Difícil.
4. Ligeiramente difícil.
5. Nada difícil.

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0. Sem atividade sexual.
- 5. Quase sempre ou sempre.
- 4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
- 3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
- 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
- 1. Quase nunca ou nunca.

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0. Sem atividade sexual.
- 1. Extremamente difícil ou impossível.
- 2. Muito difícil.
- 3. Difícil.
- 4. Ligeiramente difícil.
- 5. Nada difícil.

ORGASMO, fator 0,4

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- 0. Sem atividade sexual.
- 5. Quase sempre ou sempre.
- 4. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
- 3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
- 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
- 1. Quase nunca ou nunca.

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo “(clímax/“gozou”)”?

- 0. Sem atividade sexual.
- 1. Extremamente difícil ou impossível.
- 2. Muito difícil.
- 3. Difícil.

- 4. Ligeiramente difícil.
- 5. Nada difícil.

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

- 0. Sem atividade sexual.
- 5. Muito satisfeita.
- 4. Moderadamente satisfeita.
- 3. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
- 2. Moderadamente insatisfeita.
- 1. Muito insatisfeita.

SATISFAÇÃO, fator 0,4

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0. Sem atividade sexual.
- 5. Muito satisfeita.
- 4. Moderadamente satisfeita.
- 3. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
- 2. Moderadamente insatisfeita.
- 1. Muito insatisfeita.

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5. Muito satisfeita.
- 4. Moderadamente satisfeita.
- 3. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
- 2. Moderadamente insatisfeita.
- 1. Muito insatisfeita.

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5. Muito satisfeita.
- 4. Moderadamente satisfeita.

3. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
2. Moderadamente insatisfeita.
1. Muito insatisfeita.

DOR, fator 0,4

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

0. Sem atividade sexual.
1. Quase sempre ou sempre.
2. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
4. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
5. Quase nunca ou nunca.

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

0. Sem atividade sexual.
1. Quase sempre ou sempre.
2. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
3. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
4. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
5. Quase nunca ou nunca.

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

0. Sem atividade sexual.
1. Muito alto.
2. Alto.
3. Moderado.
4. Baixo.
5. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

Anexo 2 – Escala de Ajustamento Diádico

ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO – EAD

Tem relação amorosa no momento? () sim () não

Obs.: se não, pense no último relacionamento que teve.

Muitas pessoas têm desacordos em seus relacionamentos. Por favor, indique o grau aproximado de acordo ou desacordo entre você e seu parceiro para cada questão da seguinte lista, colocando um X em apenas uma opção para cada questão. Por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta.

RESPOSTA	VALOR	RESPOSTA	VALOR
Concordamos sempre	5	Discordamos frequentemente	2
Concordamos na maioria do tempo	4	Discordamos na maioria do tempo	1
Discordamos ocasionalmente	3	Discordamos sempre	0

Nº	QUESTÃO/TEMA	5	4	3	2	1	0
01	Administração das Finanças da Família						
02	Assuntos de Lazer						
03	Assuntos Religiosos						
04	Demonstrações de Afeto						
05	Amigos						
06	Relações Sexuais						
07	Comportamento correto ou apropriado						
08	Filosofia de Vida						
09	Em relação a negócios com parentes						
10	Propósitos, metas e coisas importantes						
11	O quanto de tempo que passamos juntos						

12	Tomada de decisões importantes						
13	Divisão de tarefas domésticas						
14	Atividades e tempo de lazer						
15	Decisões profissionais						

RESPOSTA	VALOR	RESPOSTA	VALOR
Todo o tempo	0	Ocasionalmente	3
Na maioria do tempo	1	Raramente	4
Mais frequente do que não	2	Nunca	5

Nº	QUESTÃO/TEMA	0	1	2	3	4	5
16	Quantas vezes vocês têm discutido ou considerado o divórcio, separação ou término do relacionamento?						
17	Quantas vezes você e seu parceiro saem de casa após uma briga?						
18	Com que frequência você pensa que as coisas entre você e seu parceiro estão indo bem?						
19	Você conta segredos ao seu parceiro?						
20	Você se arrepende de ter casado (ou ir viver junto)?						
21	Quantas vezes você e seu parceiro brigam?						
22	Quantas vezes você e seu parceiro irritam um ao outro?						

Nº	QUESTÃO/TEMA	Todos os dias 4	Na maioria dos dias 3	Ocasionalmente 2	Raramente 1	Nunca 0
23	Você beija seu parceiro?					

Nº	QUESTÃO/TEMA	Todas elas 4	Na maioria delas 3	Algumas delas 2	Poucas delas 1	Nenhuma delas 0

24	Você e seu parceiro participam juntos de atividades fora do relacionamento?					
----	---	--	--	--	--	--

Quantas vezes você diria que os seguintes eventos ocorrem entre você e seu parceiro?

RESPOSTA	VALOR	RESPOSTA	VALOR
Nunca	5	Algumas vezes por semana	2
Menos do que uma vez por mês	4	Uma vez ao dia	1
Algumas vezes por mês	3	Mais frequente	0

Nº	QUESTÃO/TEMA	5	4	3	2	1	0
25	Temos uma estimulante troca de idéias						
26	Rimos juntos						
27	Calmamente discutimos alguma coisa						
28	Trabalhamos juntos em um projeto						

Existem algumas coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique se os itens abaixo causaram diferenças de opinião ou foram problemas em seu relacionamento durante as semanas passadas recentes. (Responda sim ou não).

Nº	QUESTÃO/TEMA	SIM	NÃO
29	Estar cansado demais para relações sexuais		
30	Não demonstrar amor		

31. Os pontos na linha abaixo representam diferentes graus de felicidade em seu relacionamento. O ponto médio, “feliz”, representa o grau de felicidade da maioria dos relacionamentos. Por favor, circule o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas de seu relacionamento.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Extremamente Infeliz	Razoavelmente Infeliz	Um pouco Infeliz	Feliz	Muito Feliz	Extremamente Feliz	Perfeito
-------------------------	--------------------------	------------------------	-------	----------------	-----------------------	----------

32. Qual das afirmações seguintes melhor descreve como você se sente sobre o futuro do seu relacionamento?

5	Eu quero desesperadamente que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria qualquer coisa para isso acontecer
4	Eu quero muito que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria tudo o que puder para ver isso acontecer
3	Eu quero muito que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria a minha parte para ver isso acontecer
2	Seria bom se meu relacionamento tivesse sucesso, mas eu não posso fazer mais do que já estou fazendo agora para ajudá-lo a ter sucesso
1	Seria bom se meu relacionamento tivesse sucesso, mas eu me recuso a fazer mais do que já estou fazendo agora para manter o relacionamento
0	Meu relacionamento nunca terá sucesso e não há mais nada que eu possa fazer para manter o relacionamento

Anexo 3 – WHOQOL-26

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	5	4	3	2	1

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....