



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

*TESE DE DOUTORADO*

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO  
RÁPIDO PARA ABORDAGEM DA FUNÇÃO SEXUAL  
FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ALUNA: SANDRA CRISTINA POERNER SCALCO.

Orientadora: Prof. Dra. DANIELA RIVA KNAUTH

Co-Orientadora: Prof. Dra. MARIA CELESTE OSÓRIO WENDER

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre,

2018

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO  
RÁPIDO PARA ABORDAGEM DA FUNÇÃO SEXUAL  
FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentado como exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-Orientadora: Prof. Dra. Maria Celeste Osório  
Wender

Porto Alegre,

2018

SANDRA CRISTINA POERNER SCALCO

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO  
RÁPIDO PARA ABORDAGEM DA FUNÇÃO SEXUAL  
FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentado como exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre - Vice-Presidente do Conselho de Representantes  
Diretor de Curso de Doutorado Programa Doutoral em Sexualidade Humana

---

Lucia Alves da Silva Lara - Programa de Pós-Graduação do Departamento de Ginecologia e  
Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

---

Lina Wainberg – Não vinculada

---

Camila Giugliani – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta tese à meus pais (in memoriam),  
por me ensinarem o valor da educação,  
do diálogo e da persistência,  
À meu marido, Eduardo, pela cumplicidade e paciência,  
à meus filhos, Brenda e Henrique, pelo estímulo e compreensão,  
e em especial, às mulheres em geral, pela inspiração, que trazem significado  
na elaboração deste trabalho, e de toda uma carreira,  
na busca de uma saúde sexual mais reconhecida e socialmente justa.  
E sobretudo, às diferentes formas de amor, que cada um à quem dedico esta tese,  
representam, na minha vida.*

## **AGRADECIMENTO**

*Agradeço por tudo, à Dra. Daniela Riva Knauth, muito mais que uma orientadora...  
acreditou, dedicou tempo, paciência e sabedoria e promoveu em mim,  
uma verdadeira transformação.*

## RESUMO

**Introdução:** A disfunção sexual feminina (DSF), apesar da alta prevalência (40-45%) no mundo, é frequentemente negligenciada na prática clínica. Existem diferentes testes para avaliação diagnóstica, porém, estes são formulados predominantemente para especialistas em sexualidade, são longos e muitos, não validados epidemiologicamente. **Objetivos:** O objetivo geral da presente tese é desenvolver e validar um instrumento rápido capaz de medir diferentes domínios da função sexual das mulheres, de forma prática e factível, para uma boa adesão por médicos não especialistas na área de sexualidade. **Metodologia:** Para a criação do teste, denominado *U on Sex*, foi utilizado um banco de dados de 378 mulheres atendidas em ambulatório de saúde sexual, em hospital público. Na identificação dos itens para melhor avaliar a função sexual feminina foi utilizada a metodologia de teoria de resposta ao item – TRI. Na validação ampliou-se a amostra inicial, incluindo 243 mulheres atendidas na atenção primária, e novamente sendo testadas pela TRI. A análise final foi realizada com amostra de 621 mulheres, contemplando mulheres com e sem queixa de disfunção sexual. O *U on Sex*, em sua validação concorrente, foi comparado ao FSFI, através do teste da correlação de Spearman. A validação do uso do instrumento por médicos não especialistas em sexualidade foi realizada comparando os resultados no re-teste do instrumento por especialistas em sexualidade. **Resultados:** Três itens - frequência, orgasmo e iniciativa – apresentaram poder discriminatório. O item “dor” foi pouco discriminatório. O *U on Sex* demonstrou maior precisão na avaliação do nível de (dis)função sexual das mulheres que se encontram entre a média (zero) e um pouco menos de um desvio padrão acima da mesma. A correção em relação ao padrão ouro foi de 0,56 (valor  $p < 0,000$ ). Na análise de acurácia o teste apresenta sensibilidade de 80% (IC 0,70-0,87) e especificidade de 53% (IC 0,45-0,61). Houve uma associação linear forte (0,8658) e significativa (valor  $p < 0,0001$ ) na avaliação da aplicação do *U on Sex* por médicos não especialistas (NE) e especialistas em sexualidade (ES). **Conclusão:** O presente estudo demonstrou a capacidade do teste criado, o *U on Sex*, de identificar, com apenas três itens, o nível de função sexual feminina. Os itens frequência, orgasmo e iniciativa/interesse mostraram poder discriminatório. Recomenda-se compreender melhor o significado da dor na funcionalidade sexual feminina e o quanto os instrumentos utilizados refletem padrões de gênero. Priorizou-se a sensibilidade, pois como é um teste rápido de *screening*, para avaliar a funcionalidade sexual feminina, trata-se de abordagem inicial e breve, para sinalizar um possível diagnóstico de DSF. O instrumento *U on Sex* demonstrou ser um recurso com bom poder de identificação da função sexual e um rastreio inicial para possíveis disfunções, que devido os poucos itens facilita a abordagem do tema na prática clínica diária. Este teste rápido obteve forte índice de correlação quando comparada sua aplicação por médicos não especialistas com especialistas em sexualidade, demonstrando que o *U on Sex* pode ser um meio de acessar o diagnóstico de DSF, na atenção primária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfunções Sexuais Femininas; Desigualdade de gênero; Diagnóstico de Disfunções Sexuais; Testes de Diagnóstico; Questionários validados; Questionários; Escalas; História Sexual; Teoria de Resposta ao Item.

### ABSTRACT

**Introduction** Despite its high prevalence (40-45%) in the world, Female Sexual Dysfunction (FSD), is often neglected in clinical practice. There are different tests for diagnostic evaluation, however, these are predominantly formulated for specialists in sexuality, they are long and many of them are not epidemiologically validated. **Objectives:** The general objective of this thesis is to develop and validate a rapid instrument which can measure different domains of women's sexual function in a practical and feasible way, aiming at having good acceptance by non-specialists in the sexuality field. **Methodology:** For the creation of the test, called *U on Sex*, we used a database of 378 women seen at a sexual health outpatient clinic was used in a public hospital. In the identification of the items to better evaluate female sexual function, the methodology of item response theory - TRI was used. In validation, the initial sample was expanded, including 243 women treated in primary care, and again being tested by TRI. The final analysis was performed with a sample of 621 women, including women with and without complaints of sexual dysfunction. The *U on Sex*, in its concurrent validation, was compared to the FSFI, using the Spearman correlation test. The validation of the use of the instrument by physicians not specialists in sexuality was carried out comparing the results in the re-test of the instrument by specialists in sexuality. **Results:** Three items - frequency, orgasm and initiative - presented discriminatory power. The item "pain" was not very discriminatory. The *U on Sex* has shown greater accuracy in assessing the level of FSD among women who are between the average (zero) and slightly less than a standard deviation above it. The correction for the gold standard was 0.56 ( $p < 0.000$ ). In the accuracy analysis, the test showed sensitivity of 80% (CI 0.70-0.87) and specificity of 53% (CI 0.45-0.61). There was a strong (0.8658) and significant ( $p < 0.0001$ ) linear association in the evaluation of the application of the *U on Sex* by non-specialists (NE) and specialists in sexuality (SS). **Conclusion:** The present study demonstrated the ability of the *U on Sex* test to identify the level of Female Sexual Dysfunction through only three items. The items - frequency, orgasm and initiative/interested - presented discriminatory power. We recommend a better understanding of the meaning of pain in female sexual functionality and how much the instruments used reflect gender patterns. We prioritized sensitivity in the accuracy analysis because it is a rapid screening test for the diagnosis of FSD. The *U on Sex* instrument proved to be a great resource in the identification of FSD, which due to its few items facilitates the approach of the subject in daily clinical practice. This rapid test obtained a strong correlation index when its application was compared by non-specialists and specialists in sexuality, demonstrating that the *U on Sex* may be a means of accessing the diagnosis of FSD in primary care.

**KEYWORDS:** Female Sexual Dysfunctions; Gender Inequality; Diagnosis of Sexual Dysfunctions; Diagnosis Tests; Validated Questionnaires; Questionnaires; Scales; Sexual History; Item Response Theory.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APA** - American Psychiatric Association

**ACOG** - Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas

**AIDS** – Acquired Immunodeficiency syndrome

**BISF-W** - Brief Index of Sexual Functioning for Women

**BSFI-W** - Index for Women

**CSFQ** - Changes in Sexual Functioning Questionnaire

**CID-10** - Classificação Internacional de Doenças

**CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

**CCI** - Curva Característica do Item

**DS** - Disfunção Sexual

**DSF** - Disfunção Sexual Feminina

**DSFs** – Disfunções Sexuais Femininas

**DO**- Disfunção Orgásmica

**DSM - 5** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª ed

**DSM** - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental

**DSM-III** –Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders III

**DSM-IV** - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV

**DSM-IV-TR** - Manual de Diagnóstico Estatístico Texto Revisado - 4ª ed

**DSFI** - Derogatis Sexual Function Inventory

**DISF** - Derogatis Interview for Sexual Function

**ES** – Médicos especialistas em sexualidade

**EUA** - Estados Unidos da América

**ECOS** - Estudo do comportamento sexual do Brasileiro

**FSFI** - Female Sexual Function Index

**FDS** – Falta de desejo sexual

**FSF** - Função sexual feminina

**FSIAD** - Transtornos de excitação/ interesse/ sexual feminino

**FSDS** - Female Sexual Distress Scale

**FDA** - Food and Drug Administration

**FSDS** - Female Sexual Distress Scale

**GRISS** - Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction

**GPPD** - Distúrbio de dor genito-pélvico / penetração

**GSSAB** - Global Estudo de Atitudes Sexuais e Comportamentos  
**HSDD** - Diretrizes para o manejo desejo sexual hipotivo  
**ISSWSH** - International Society for the Study of Women's Sexual Health  
**ICSM** - Fourth International Consultation on Sexual Medicine  
**ISRS** - Inibidores seletivos da recaptção da serotonina  
**ISSM** - Sociedade Internacional de Medicina Sexual  
**McCoy** - McCoy Sexual Scale  
**NE** - Médicos não especialistas  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**ONU**- Organização das Nações Unidas  
**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde  
**PFSF** - Profile of Female Sexual Function  
**QS-F** - Quociente Sexual Feminino  
**SSRIs** - Inibidores seletivos de recaptção de serotonina  
**SWAN** - Estudo da Saúde da Mulher em Toda a Nação  
**SFQ** - Sexual Function Questionnaire  
**SAQ-F** - Sexual Activity Questionnaire  
**SCS-W** - Sexual Complaints Screener for Women  
**TRI** - Teoria de Resposta ao Item  
**TCT** - Teoria Clássica dos Testes  
**TOP** - Teaching Orientation Permissiving  
**WAS** – World Association of Sexology  
**WISHeS** - Estudo Internacional da Mulher sobre Saúde e Sexualidade  
**WHK** – Wissenschaftlich- humanitäres Komitee

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.1 A HISTÓRIA DA SEXOLOGIA</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.1.1 Incursão histórica na trajetória da sexologia</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.1.2 Estudo diacrônico da sexologia: das dualidades à contemporaneidade</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.1.3 A Sexologia no Brasil e sua evolução paradigmática</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.2 A CONSTRUÇÃO DE UMA NOMENCLATURA</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.2.1 Um Novo Modelo e repercussões no DSM5</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.3 O CONCEITO DE SAÚDE SEXUAL</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.4 QUESTÕES DE GÊNERO E O IMPACTO DA SAÚDE DA MULHER</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.4.1 O conceito de gênero</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.4.2 A consciência crítica das desigualdades ditas "naturais", na ciência</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.4.3. A incorporação do conceito gênero ao contexto da pesquisa</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>3.5 AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS (DSFS)</b> ....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.5.1 Coceito</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.5.2 Prevalência</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.5.3 Causalidade</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.5.4 Avaliação diagnóstica</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.5.5 Manejo e tratamento</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6 OS TESTES UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE DSF</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.6.1 Introdução</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6.2 Sobre a importância de perguntar sobre (dis)função sexual e como os testes podem ajudar</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6.3 As recomendações de um teste</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6.4 Sobre os testes mais utilizados e suas características</b>	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6.5 Considerações controversas</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.6.6 Considerações finais sobre a utilização de testes</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3.7 A ABORDAGEM DA SAÚDE SEXUAL</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

3.7.1 Vantagens e Barreiras na abordagem sobre sexualidade .....	Erro! Indicador não definido.
3.8 TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM (TRI).....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.8.1 O conceito da metodologia TRI.....	Erro! Indicador não definido.
3.8.2 Vantagens da TRI.....	Erro! Indicador não definido.
3.8.3 Os parâmetros relacionados aos itens.....	Erro! Indicador não defin
3.8.4 A representação de uma medida .....	Erro! Indicador não definido.
3.8.5 As suposições para adequabilidade do modelo TRI	Erro! Indicador não definido.
3.8.6 O que esperar da metodologia TRI.....	Erro! Indicador não definido.
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>6 ARTIGO 1 (VERSÃO EM INGLÊS) .....</b>	<b>84</b>
<b>6 ARTIGO 1 (VERSÃO EM PORTUGUÊS) .....</b>	<b>98</b>
<b>7 ARTIGO 2 (VERSÃO INGÊS) .....</b>	<b>112</b>
<b>7 ARTIGO 2 (VERSÃO EM PORTUGUÊS) .....</b>	<b>128</b>
<b>8 ARTIGO 3 (VERSÃO PORTUGUÊS).....</b>	<b>145</b>
<b>9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>167</b>
ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA.....	167
ANEXO B - QUESTIONÁRIOS / FORMULÁRIOS .....	172
ANEXO C - CÓDIGO DA TABELA TRI.....	182

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Desenvolvimento e Validação de um teste rápido de *screening* para avaliar Função Sexual Feminina, em Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de setembro de 2018. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## 2 INTRODUÇÃO

A disfunção sexual consiste na incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação. É derivada da falta, excesso, desconforto ou dor, na expressão ou desenvolvimento, comprometendo uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual, considerada fisiológica (1). A disfunção sexual feminina (DSF) aparece associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo fortemente afetada pelo estado intrapsíquico e relacional da mulher. Segundo Cavalcanti (1):

A disfunção sexual é um “bloqueio” total ou parcial da resposta fisiológica. Esse comportamento disfuncional é aprendido, exceto quando há uma causa exclusivamente orgânica; e complementa ao dizer que todo ser humano seria potencialmente capaz de uma resposta sexual fisiológica completa. (Cavalcanti, 2012 p.163)

A prevalência das várias disfunções em diferentes sociedades, implica questões culturais, diferenças de nomenclatura e dificuldades na geração de dados. Os estudos clássicos de (2), referem que 50% dos casais americanos, eram portadores de disfunções sexuais. Em Kinsey et. al (é reportado que 5% das mulheres jamais teve orgasmo (3).

A pesquisa mais abrangente e representativa realizada nos Estados Unidos com adultos entre 18-59 anos sendo 1.749 mulheres e 1410 homens, sugerem estimativas que variam em torno de 43% de disfunções sexuais femininas (4). Estes dados foram corroborados em consenso internacional por 200 experts de 60 países, citando a prevalência das disfunções sexuais em torno de 40 a 45% (5). Ainda, em um estudo de prevalência, em Portugal com 500 mulheres, achados indicaram que 37,9% delas relatavam problemas sexuais (6) Enquanto que o autor (7) descreve que 28,5% das mulheres tem algum tipo de dificuldade sexual, o que demonstra divergência, mas ainda assim um número expressivo.

No que se refere à prevalência de disfunções sexuais femininas em nosso país, segundo o Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS), (8) são citadas as mais comuns: falta de desejo sexual (FDS) 34,6% e disfunção orgásmica (DO) 29,3%,, estes dados são compatíveis com os da literatura internacional (9). Acrescenta-se o fato de que a disfunção sexual acarreta efeitos negativos nos relacionamentos, bem-estar e qualidade de vida das mulheres (9).

A disfunção sexual pode ainda ser considerada um sintoma precoce de doença subjacente, tais como a doença cardiovascular, dislipidemia ou diabetes mellitus, e nesse caso o seu diagnóstico serviria como sentinela, em ações complementares (10)(11). Medicamentos,

cirurgias e traumas na região pélvica também são alguns dos fatores reconhecidos por alterar a função sexual em mulheres e há associações frequentes para as dificuldades sexuais na depressão e no uso de medicação para esta patologia (12).

Contudo, apesar das evidências disponíveis sobre a importância do diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais femininas, estudos indicam a resistência por parte dos profissionais de saúde em abordar as questões de sexualidade nas consultas clínicas. Muitos profissionais apresentam pouco conhecimento sobre o tema, tendo dificuldades em reconhecer a disfunção sexual. A falta de educação sexual continuada na formação médica e em outras áreas da saúde é um dos fatores relacionados a esta resistência dos profissionais. No que tange às mulheres, a falta de informações sobre as disfunções sexuais e as poucas opções de tratamento disponíveis, dificulta a identificação do problema e a busca de ajuda para solucioná-lo, levando a diagnósticos tardios (13)(10)(14).

Segundo artigo de revisão, os instrumentos disponíveis e validados para o diagnóstico das disfunções sexuais femininas (DSFs), são, em geral, formulados para serem aplicados por profissionais com especialidade na área da sexualidade, para situações específicas, temporais ou controles pós tratamento (16). Os autores, identificaram um total de 27 questionários específicos para DSF, sendo que os mais utilizados foram comparados analiticamente. De acordo com os autores, poucos são os instrumentos que propõem uma versão mais simplificada e de fácil aplicação. Além disso, a autora e cols. discorrem a respeito de uma falta de padronização internacional (16).

Apesar de prevalentes, as DSFs são frequentemente, negligenciadas na prática clínica, seja pelas carências na formação dos profissionais, seja pela dificuldade de diagnóstico em razão da complexidade dos instrumentos disponíveis. Trazendo a questão para o contexto brasileiro, onde a atenção primária é a “porta de entrada” no sistema, a abordagem da sexualidade é fundamental para possibilitar o diagnóstico precoce das disfunções sexuais femininas, bem como para garantir os direitos sexuais das mulheres. Com isso, para que esta abordagem seja viável, uma estratégia pensada foi o desenvolvimento de um instrumento rápido que, ao mesmo tempo que incentivasse o diálogo sobre a saúde sexual no espaço do atendimento da atenção primária à saúde, pudesse identificar mulheres que apresentassem uma alteração na funcionalidade sexual e por conseguinte uma provável disfunção sexual ou e assim, ofertar-lhes tratamento.

Frente a este cenário, a presente tese se propõe a apresentar os resultados da pesquisa sobre o desenvolvimento e validação de um instrumento rápido de *screening* de função sexual feminina a ser utilizado por médicos não especialistas. Busca, desta forma, facilitar a

abordagem mínima em sexualidade por médicos não especialistas em sexualidade e facilitar o diagnóstico precoce de DSFs, de forma factível em protocolos assistencias, na prática diária.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 A HISTÓRIA DA SEXOLOGIA

##### 3.1.1 Incursão histórica na trajetória da sexologia

A partir do século XIX, as questões relativas à sexualidade, enquanto categoria, tem sido bem delineadas na história. Houve desde essa época, até mesmo uma disciplina, a sexologia. Várias são as áreas que contribuíram, como a psicologia, biologia, antropologia, história e sociologia. Esta atribuição de “ciência”<sup>123</sup> à sexologia tem sido um elemento importante para discussão, ao refletirmos sobre o modo como é visto o corpo e a sexualidade (15).

Nessa trajetória histórica, há um consenso de que "sexo" é usado como um termo descritivo para as diferenças do corpo, diferenciando homens e mulheres. Os significados associados são históricos e sociais. Ao descrever as relações de poder é usado o termo “gênero”, enquanto que a "sexualidade" se relaciona com o que Michel Foucault (1988)(16) denominou "o corpo e seus prazeres"; ou seja, a descrição das crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas (17)(18).

O tema da história da sexologia já foi vastamente descrito por diferentes autores. (17)(17)(18)(19)(20)(21). Esta breve excursão é apenas um recorte, para analisar a evolução do interesse pelo sexo e sexualidade e os paradigmas envolvidos em diferentes etapas. Da clássica obra de Michel Foucault, em “História da Sexualidade”, (18) acrescenta-se

---

<sup>1</sup> Durante a primeira metade do século XX, eminentes filósofos aperfeiçoaram aquilo que vimos denominando de concepção comum de ciência, em um sofisticado programa conhecido como positivismo lógico. Esse movimento, cujo núcleo original formou-se em torno do chamado Círculo de Viena, na década de 1920, exerceu uma influência marcante sobre a comunidade científica, que perdura até nossos dias. CHIBENI, Silvio Seno. O que é ciência. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 2004.

<sup>2</sup> A ciência é mais que a mera descrição dos acontecimentos à medida que ocorre. É uma tentativa de descobrir ordem, de mostrar que certos acontecimentos estão ordenadamente relacionados com outros. Nenhuma tecnologia prática pode basear-se na ciência até que estas relações tenham sido descobertas. Se vamos usar os métodos da ciência no campo dos assuntos humanos, devemos pressupor que o comportamento é ordenado e determinado. Devemos esperar descobrir que o que o homem faz é o resultado de condições que podem ser especificadas e que, uma vez determinadas, poderemos antecipar e até certo ponto determinar as ações. Skinner, B. F. Ciência e Comportamento Humano, 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (obra original publicada em 1953)

<sup>3</sup> Há uma cronologia das teorias críticas da ciência no curso do século XX, um movimento intelectual diretamente derivado da crise das certezas científicas, que seguiu à teoria da relatividade geral e aos achados da física quântica. Esse percurso vai dos positivistas lógicos dos anos 1920, ao chamado Programa Forte de Teoria Social da Ciência e aos *science studies* contemporâneos, passando por Karl Popper e Thomas Kuhn. As correntes teóricas atuais concebem a ciência e o discurso científico como construções sociais contingentes e atravessadas pelo poder, efeitos econômicos e a situacionalidade dos sujeitos envolvidos que a produzem. Essa visão interroga as pretensões de verdade definitiva da ciência, como tem afinidades evidentes com as teorias de gênero e sexualidade informadas pelo construcionismo social, teorias pós-modernas, ou o interacionismo simbólico. CORRÊA, Sonia; PARKER, Richard. Sexualidade e política na América Latina. In: Sexualidade e política na América Latina. 2003

contribuições de Jeffrey Weeks, Thomas Laqueur, John Gagnon e Michel Bozon, apenas para citar alguns dos autores que trataram a sexualidade como construção social. Esses autores representaram o início de uma “promoção da sexualidade”. Contudo, o interesse médico nas “perversões sexuais”, ocorreu muito antes, no século XIX, e teria sido uma base, para futuras contribuições de Freud, Kinsey, Masters e Jonhson, entre outros, sendo que esses últimos foram autores do campo que passou a ser chamado sexologia, no século XX.

Antes do período que iremos discorrer, nesse recorte, cabe ressaltar o livro pioneiro no gênero que surgiu em 1696, quando Nicolas Venette, professor de anatomia e cirurgia na França, publicou “Tableaux de l’amour conjugal”. Este autor, fez etnografias sobre práticas sexuais, misturando conhecimento médico com tradições populares. Iniciava aqui a intenção de repassar conhecimento sem influência religiosa. Durante o Iluminismo surgiu essa concepção de “pulsão sexual”, cuja forma de satisfação poderia ser sadia ou perversa. O homem passou a se entender como “um ser guiado instintos”, mas capaz de contenção, em prol da sociedade (22). Foucault (1988)(18) considerou esta, a primeira grande ruptura nos mecanismos de controle e repressão da sexualidade. Na perspectiva da “biopolítica” deste autor, o controle do Estado se dá a partir do controle dos corpos; e este conceito originou o dispositivo moderno da sexualidade. Surge o início de uma nova forma de pensar, sobre o que posteriormente foi chamado de “sexualidade”; não era mais possível pensar o sujeito sem o “sexo” (18)(24).

Krafft-Ebing (1840 - 1902), foi psiquiatra e sexólogo na Alemanha, introduziu conceitos de sadismo, masoquismo e fetichismo, ao estudo do comportamento sexual; em sua obra *Psychopathia sexualis* (1886)<sup>1</sup>(23). Defendia que o sexo era definido como um "instinto", expressando as necessidades fundamentais do corpo. Descreveu poucas pessoas tem consciência da influência que a vida sexual exerce, no que diz respeito a sentimentos, pensamentos e relações sociais (24). O "essencialismo" sexual, uma das perspectivas teóricas utilizadas para compreender a sexualidade, é exemplificado na posição expressa na definição deste autor. Trata-se de um ponto de vista que tenta explicar as propriedades de um todo complexo a uma suposta essência interior. Essa abordagem era uma descrição simplista que procura explicar os indivíduos, como produtos automáticos de impulsos internos (17).

O sexólogo inglês Havelock Ellis (1859-1939), foi um médico e psicólogo britânico, escritor e reformador social. Foi co-autor, em 1897, do primeiro livro médico em inglês sobre a homossexualidade e também publicou trabalhos sobre uma variedade de práticas e inclinações sexuais, incluindo o que hoje é denominado, transgênero. Introduziu noções de narcisismo e autoerotismo. Ilustrou a sexualidade como algo que nos proporciona uma

compreensão especial sobre a natureza do eu: "O sexo penetra a pessoa inteira; a constituição sexual de um homem é parte de sua constituição geral. Há uma considerável verdade na expressão: um homem é aquilo que o seu sexo é" (Ellis, 1946, p.3)(25).<sup>4</sup>

Havelock Ellis usava metáforas para descrever a sexualidade masculina. Apesar dos sexólogos da época, terem reconhecido, em parte, a legitimidade da experiência sexual feminina, é difícil evitar a percepção de um modelo masculino. Referia-se, sobretudo, à forma como homens e mulheres se relacionavam, mas ainda num sentido que os unia. Diferente daquele que nossa cultura compreende, hoje em dia, considerados diferentes. O "sexo" adquiriu um sentido que se refere às diferenças de corpos e ao que nos divide. Na história, essa diferenciação sexual (homem ou mulher, heterossexual ou homossexual) e da respectiva atividade sexual, passou a ter um valor social (17)(27).

Hirschfeld (1868-1935), foi um médico alemão e sexólogo, fundador da primeira organização homossexual do mundo, WHK (Wissenschaftlich-humanitäres Komitee, ou Comité Científico-Humanitário) e editor do *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* (Anual para intermediários sexuais, 1899-1923). Hirschfeld se alinhou ao socialismo e teve apoio para criar seu "Instituto para Sexologia", organizando o primeiro congresso mundial sobre sexologia em Berlim, em 1921. No segundo congresso em Copenhague, 1928, ele fundou a Liga Mundial para a Reforma Sexual (26).

Em 1897, com "*Untersuchungenda über die Libido sexualis*" de Albert Moll (1862-1939), psiquiatra alemão, e co-fundador da sexologia moderna, juntamente com Hirschfeld; elaborou uma teoria das diferentes fases do orgasmo. A sexualidade se desvinculava do conceito de reprodução. Os autores, defendiam a liberalização de comportamentos ditos de "perversão", e com a contribuição destes, houve um maior desenvolvimento da sexologia, especialmente na Alemanha. Fizeram parte da trajetória de Moll, outras obras como: "*Das Sexuelleben des Kindes*" (1909) e "*Handbuch der Sexualwissenschaft*" (1908). Mas essa linha promissora da sexologia foi interrompida, quando Hitler assumiu o poder (28).

Wilhelm Reich (1897/1957) médico, em Viena, em 1918, identificou que a sexualidade não era considerada na faculdade e criou um Seminário de Sexologia da Faculdade de Medicina. Em uma comunicação intitulada "O conceito de pulsão e libido de Freud à Jung", o autor demonstrou suas impressões sobre a teoria de Freud. Contribuiu para o

---

<sup>4</sup> A obra de referência *Psychopathia Sexualis*, foi editada por Heinrich Kann em 1844, e um volume com o mesmo título foi publicado por Richard von Krafft-Ebing em 1886. O manual deste psiquiatra forense - transformou-se em texto de referência acerca das perversões da sexualidade, conhecendo enorme sucesso de público. (Kaan, H., *Psychopathia sexualis*, diss. Leipzig 1844).

crescimento da psicanálise, em sua obra, ressaltava a importância da libido – mais tarde, seu trabalho, acabou tendo um afastamento da linha freudiana (27).

O termo “*sexualwissenschaft*” (ciência sexual) foi criado pelo médico alemão, Iwan Bloch, médico alemão do século XIX. Havia uma ciência da sexualidade, tendo a Alemanha como seu centro. A expressão alemã (*sexualwissenschaft*) foi traduzida em diferentes idiomas, como sexologia (*sexology* em inglês, *sexologie* em francês, *sexologia* em espanhol e *sessuologia* em italiano). A sexologia representava o estudo científico da sexualidade e um posicionamento na temática da sexualidade (28).

Contemporâneo à esta fase da sexologia, Sigmund Freud (1856-1939), foi um médico neurologista, criador da psicanálise. Este autor, conhecido por suas teorias dos mecanismos de defesa e repressão psicológica, acreditava que o desejo sexual era a energia motivacional primária da vida humana. Segundo ele, a contradição entre os impulsos e a vida em sociedade gera, no ser humano, uma angústia psíquica. Freud tinha uma visão biopsicossocial do ser humano. Acreditava que a libido amadurecia por meio da troca de seu objeto (ou objetivo). Argumentava que os humanos nascem “polimorficamente perversos”. Críticas ao pensamento freudiano surgem de disciplinas como a antropologia e a sociologia que argumentam sobre o padrão de desenvolvimento proposto por Freud. Contrapõem ao dizer que não é universal nem necessário - o padrão proposto por Freud - no desenvolvimento da saúde mental, qualificando-o de etnocêntrico por não considerar determinantes sociais. Freud não foi considerado um pensador radical por ter sido o primeiro a discutir a sexualidade, especialmente, das crianças. Mas, foi assim considerado por uma contribuição dita mais importante, no campo da psicanálise, um método de adaptação social que incorporava as revelações da psicopatologia sexual, no sistema edipiano (28)(29).

Havia um certo distanciamento de Freud em relação aos pensamentos sexológicos de sua época, segundo Lantéri Laura (1994). Ainda que, Freud esteve bem situado no quadro da psiquiatria anterior a 1914 e teria mostrado “muito menos crítica em relação aos seus precursores e contemporâneos do que geralmente se supõe” (Lantéri–Laura, 1994, p. 61) (30). Entretanto para este autor, foi Freud quem deu continuidade nas categorizações existentes antes dele, no campo da psiquiatria, e junto com isso uma nova forma de compreensão (31).

Nessa trajetória, não podemos deixar de mencionar Lou Andreas-Salomé (1861-1937), psicanalista, filósofa e poeta. Em 1892, ela escreveu o primeiro estudo feminista, “Personagens femininos de Ibsen”, além de um ensaio denominado “O erotismo”, onde demonstrou seus conceitos de que a sexualidade era uma necessidade física, tanto

quanto a fome e a sede. Desde então, várias mulheres deram importantes contribuições à sexologia e a compreensão da sexualidade feminina ganhou mais relevância (32).

### **3.1.2 Estudo diacrônico da sexologia: das dualidades à contemporaneidade**

Ao retratar a história da sexualidade, Béjin (1987) levantou a hipótese de que a sexologia teria tido, dois nascimentos. O autor considera uma primeira sexologia a “proto-sexologia”, com foco na “nosografia”, produzida na segunda metade do século XIX, com identidade criada pela medicina - contra a concepção criminal de atos passíveis de punição legal, em relação à “perversidade”. Uma segunda fase é a da sexologia, ocorrida após 1920, com ênfase nas dificuldades relativas ao funcionamento da sexualidade reprodutiva, das ‘aberrações sexuais’ e das técnicas contraceptivas, sem a preocupação de diferenciar-se de outros ramos da medicina, como a psiquiatria, a medicina legal ou a urologia (33).

Através do discurso médico, a chamada “proto-sexologia”, construía uma racionalidade científica sobre as sexualidades, contrapondo-se ao discurso legal ou religioso que tendia à criminalizá-las. Uma questão que movia os médicos dedicados à nova especialidade era a chamada “inversão” (homossexualidade). Neste momento, a medicalização da “inversão” era parte de uma luta política. Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, entre outros, fiação parte do movimento de “reforma sexual”, contra o código civil prussiano que criminalizava a chamada “sodomia” (34).

Com o surgimento do nazismo e da II Guerra Mundial, o movimento de reforma sexual sofreu intensa repressão. Os grandes nomes da sexologia alemã, por exemplo, foram obrigados a se exilar, bibliotecas foram destruídas. A sexologia mudou-se para os Estados Unidos da América (EUA), e uma “segunda onda” da sexologia surgiu no pós-guerra, nos anos 1960/70. Nesta fase, marcada pela radical separação entre sexualidade e reprodução, e pelo fato das minorias sexuais buscarem sua afirmação política, contra o discurso médico. Enquanto que na primeira sexologia, a medicalização da sexualidade não se opunha à sua politização, os sexólogos da época eram atuantes no movimento de “reforma sexual” (35).

A segunda sexologia, a partir da década de 1920, deixa de lado as “perversões”, que passaram mais para uma questão de disputa política, passando a se dedicar sobre a sexualidade “normal”, voltando suas atenções à terapias, para casais heterossexuais. Tratava-se de uma dualidade histórica e uma migração dos estudos da “anormalidade” para a normalidade”. Teve como marco importante a obra de Wilhelm Reich e após a edição do primeiro estudo de Alfred Kinsey, em 1948, ajudaria a concretizar o orgasmo como o

problema central da nova sexologia. Publicando *Sexual Behavior in Human male*, a partir de 5.300 entrevistas realizadas com homens, Kinsey se tornou uma autoridade científica na área, fazendo do sexo um tema legítimo de investigação e tratamento. A publicação de *Sexual Behavior in Human Femal*, em 1953, com dados de 5.940 entrevistas com mulheres, não teve a mesma receptividade que o livro anterior. O grande público e ou as instituições, não estavam preparadas para absorver os dados apresentados sobre o comportamento sexual das mulheres americanas. Kinsey perdeu o financiamento da suas pesquisas no ano seguinte e teve um condenação pública pela *American Medical Association* (34).

Kinsey, demonstrou comportamentos sexuais, atestando, por exemplo, a possibilidade de práticas homossexuais para qualquer indivíduo. Mas, no caso das mulheres, embora tenha se esforçado por demonstrar dados sobre o seu comportamento, o autor manteve uma perspectiva na qual a mulher é vista como menos propensa ao sexo. Ao destacar os aspectos biológicos da sexualidade, ligados a questões evolutivas, o autor defendia que a capacidade sexual do indivíduo dependia da estrutura morfológica e capacidade metabólica, justificando a menor capacidade das mulheres. Kinsey rejeitava explicações socioculturais para as diferenças entre homens e mulheres. Para ele, a “falta de inclinação” das mulheres ao sexo era menos devida às convenções morais e sociais e mais a uma perda de interesse erótico relacionada a algum mecanismo biológico interno. O maior legado porém, deste autor, foi retratar a normalidade da sexualidade, demonstrando comportamentos antes vistos como transgressores ou anormais (36)(37).

Ainda nos anos 1950, o médico ginecologista William Masters e a psicóloga Virginia Johnson deram início às investigações sobre sexualidade na *Washington University*. Ambos realizaram pesquisas em laboratório com humanos, mediram objetivamente o que chamaram de "resposta sexual humana". Em 1966, publicaram o livro *Human Sexual Response*, e em 1970, *Human Sexual Inadequacy*. Esta obra, foi considerada o marco da sexologia moderna. Foram listadas várias “perturbações da sexualidade” de homens e mulheres e respectivos tratamentos, surgia uma especialidade emergente: o terapeuta sexual. Aproximadamente em cinco anos, já havia entre 3.500 e 5.000 centros de tratamento para problemas sexuais nos EUA (37).

Nesse período surgiram diversos periódicos e sociedades científicas devotadas à sexologia nos Estados Unidos. O *Archives of Sexual Behavior* foi fundado em 1971, a *International Academy of Sex Research* e o *Journal of sex and Marital Therapy* são de 1975. E em 1978 foi fundada a *World Association of Sexology* (WAS).

Este capítulo importante da história da sexologia que contou com a obra de Masters e Johnson, consolidou a sexologia com a medicina. A autoridade médica sobre o tema passou a ser evidente, bem como a ênfase na cientificidade das pesquisas. Irvine (2005) ao discorrer sobre o impacto da obra de Masters e Johnson, lembra o contexto social marcado pelas grandes transformações culturais da década de 1960, refere que a nova proposta de terapia sexual foi bem recebida e que o empreendimento mais notável foi a elaboração de um modelo do ciclo de resposta sexual que se tornaria parâmetro para pesquisas e para a terapia sexual, fundamentando inclusive a classificação dos transtornos sexuais no *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* III e IV (DSM-III e DSM IV). Esse ciclo de resposta sexual, tinha as seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Para Kinsey a naturalidade do sexo foi detectada pelo que as pessoas diziam fazer, mas para Masters e Johnson foi representada pelas respostas fisiológicas observadas em laboratório. Estes achados formaram um padrão de sexo a ser buscado, através da terapia sexual (37).

O mais relevante é que os sexólogos modernos não se referiam mais às “anomalias” em termos de ‘aberrações’, mas falavam de normalidade e anormalidade por um contínuo da disfunção. O desafio de reconhecer três dimensões, do conceito biopsicosocial para uma melhor compreensão das práticas em torno do sexo, se mantinha (36)(37).

Posteriormente Helen Kaplan, envolve uma terapia psicológica, baseada na psicologia comportamental, para casais, uma espécie de "treinamento" para "aprender" a ter relações sexuais prazerosas. Toda a literatura sexológica dos anos 70 e 80, se concentra em problemas relativos ao casal (36).

A história da sexologia é composta por dualidades, da perversão à naturalidade, do público ao privado, da função social ao isolamento de discurso biológico. Nesse sentido, para além dos construtos, em se tratando da perspectiva de autores, Foucault reforça essa ideia dual, quando relativizou a contribuição de Freud ao afirmar que ele não inventou o “dispositivo de sexualidade”, mas o reconhece como decisivo, por relançar com eficácia, o conhecimento sobre sexo e colocá-lo em pauta. Além disso, o paralelo por exemplo entre Foucault e Lantéri-Laura mostra a diversidade de interpretações da medicalização. Foucault empregava frequentemente este termo, enquanto que Lantéri-Laura preferia a expressão “apropriação médica”. Ao considerar a medicalização no discurso da trajetória aqui discorrida, esse tema nos remete a uma outra problematização que excede o campo da medicina *stricto sensu*, no sentido que as práticas e valores médicos irradiariam o mundo social (16)(30)(31).

O “dispositivo da sexualidade” descrito por Foucault (1988) considera a sexualidade como dimensão central através dos dispositivos de saber e poder. Nesse contexto, a medicalização foi considerada dimensão principal da construção social e histórica da sexualidade, no momento de sua emergência no início do século XIX. O autor construiu uma teoria sistemática que encara a medicalização da sexualidade como constitutiva da própria ideia de sexualidade (os saberes), de sua organização social (o poder) e dos conteúdos de sua experiência (a verdade); integrou diferentes dimensões que constituíram o campo da sexualidade (normal e patológica, reprodutiva e não-reprodutiva). A sexualidade foi concebida por este autor como uma construção histórica e produto de um processo de medicalização (18).

Lantéri-Laura consagrou-se em um trabalho muito mais próximo de uma história da medicina e das influências ideológicas que guiaram a elaboração dos conceitos médicos e principalmente psiquiátricos, no que diz respeito às perversões sexuais. Elaborou uma história da apropriação médica das “perversões sexuais”, analisando as dimensões da medicalização de um certo número de condutas sexuais, consideradas desviantes pelo direito penal. Ao contrário de Foucault, não propôs uma teoria geral da sexualidade, mas se dedicou a estudar a apropriação médica, reconstituindo suas etapas, através de uma história da psiquiatria (nela incluindo a psicanálise) (32).

Na obra *Conduta Sexual*, de Gagnon e Simon (1973), foi descrito um novo paradigma de leituras subseqüentes da sexualidade nas ciências sociais. Tratava-se da rejeição ao determinismo dos impulsos ou energias biológicas, adotando uma interpretação social do comportamento sexual. Estes autores, introduziram uma abordagem segundo a perspectiva de construção social. Descreveram sobre a importância dos roteiros de comportamentos sexuais, que reúne sistemas simbólicos culturais, a vida de fantasia do indivíduo e as normas da interação social. Suas publicações na década de 1980, demonstraram uma visão de que a prática do sexo, requer aprendizado e inserção nesses, assim denominados por eles, “roteiros sociais”. Segundo estes autores, é desta forma que os atos físicos do sexo, se tornam possíveis, pois os indivíduos utilizam suas habilidades de interação e mitos culturais, para desenvolver roteiros e organizar o seu comportamento sexual. Gagnon, também se destacou por estudar como os processos históricos e os regimes de regulação, moldam a vida sexual das pessoas; e com o advento da AIDS, essa abordagem ganhou nova importância. Este autor, é visto como o fundador de uma abordagem sociológica da sexualidade humana. E de novo, uma dualidade, enquanto Foucault, já mencionado, se concentrou na análise da sexualidade

num contexto histórico, Gagnon e Simon reinventaram a pesquisa do sexo como ciência social (36)(37)(38)

O estudo da sexualidade colocou em evidência a ideia mais relevante da teoria sociológica: que trata da relação entre sociedade e indivíduo e como são produzidos suas conexões. Os roteiros sexuais descritos pelo autor, demonstram as múltiplas e diferentes socializações que uma pessoa experimenta em sua vida. É a elaboração de um pressuposto de que a sexualidade é objeto de um processo de aprendizagem e que este, depende tanto das concepções de gênero como do sexo do indivíduo (39).

Segundo a perspectiva de Oltramari (2005), a obra de Bozon M, é a representação de um avanço na incorporação pelo campo da sociologia em tomar para si como objeto de investigação, a sexualidade. Bozon, foi um sociólogo, especialista em comportamentos sexuais e autor de diversos livros e artigos sobre família, gênero e sexualidade, na França e no Brasil. Sua obra representa um avanço na incorporação pelo campo da sociologia em tomar para si como objeto de investigação, a sexualidade. Busca organizar conhecimento para problematizar a contribuição que a sociologia pode dar a este campo, ou seja, o papel central que a construção social tem na elaboração da sexualidade humana. Assim, a sexualidade tem uma função fundamental na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também nas representações, no contexto cultural. O autor corrobora com a ideia iniciada por Gagnon e Simon, em que todas as experiências sexuais são construídas como “scripts sexuais”, ou seja, apreendidas, codificadas e inscritas na consciência, estruturadas e elaboradas como relatos. Enquanto que os “scripts culturais” têm uma função estruturante para o imaginário sexual de grupos, para os relacionamentos e para os indivíduos. Para Bozon, o ser humano não se relaciona sexualmente sem dar sentido aos seus atos, e estes são construídos culturalmente (39).

Michel Bozon, fala da relação hierárquica de gênero, revelando uma representação baseada na dominação masculina, refere que são valores interiorizados pelos sujeitos, sem uma consciência permanente de sua presença. As dimensões interiorizadas desempenham um papel relevante na maneira que cada um vive sua biografia sexual, orientada pelos roteiros sexuais. O autor desconstrói a categoria de revolução sexual, ao dizer que o gênero e a assimetria nas relações entre homens e mulheres permanecem sendo organizadores do modo como ocorre a atividade sexual e a capacidade de negociação entre parceiros. E ainda, dialoga com Bourdieu, quando este cita em seus estudos antropológicos sobre o lugar do homem dentro da relação sexual (41).

Nessa perspectiva social da sexualidade, segundo Heilborn (2004), o sexo deveria ser tomado como qualquer outra atividade humana, tal como a alimentação e os hábitos de higiene, uma atividade aprendida. Os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual por meio da cultura, que orienta roteiros e comportamentos, considerados aceitáveis para cada grupo social. As práticas sexuais se diferenciam no interior de cada sociedade, variando de acordo com os referenciais dos diversos segmentos que a compõem. Às expressões e manifestações relativas à sexualidade correspondem significados diferentes, conforme os valores sociais (40).

Enfim, corrobora Moutinho (2004) corrobora com o entendimento social da sexualidade ao dizer que a abordagem sociológica sobre a sexualidade é extremamente relevante, por demonstrar que os mecanismos inconscientes de origem social revelam a subjetividade do indivíduo, de tal modo que o intrapsíquico não tem origem somente em uma psicologia individual, mas em regras coletivas que estão totalmente interiorizadas (41).

### **3.1.3 A Sexologia no Brasil e sua evolução paradigmática**

A "primeira sexologia" brasileira iniciou no século XX. Os principais nomes foram José de Albuquerque e Hernani de Irajá, mas destaca-se a "segunda onda" sexológica, surgida nos anos 70, que coincidiu com o auge da chamada "cultura psicanalítica", e com o surgimento paralelo de uma outra cultura, a "alternativa", as características desse contexto fizeram com que houvesse uma retomada das teorias de Wilhelm Reich (28).

A sexologia no Brasil, foi institucionalizada nos anos 80, especialmente no Rio de Janeiro, em 1990 surgiram vários cursos de formação e grupos de pesquisa em universidades públicas, especialmente em São Paulo (cidade e estado). O predomínio do mercado ocorreu no sudeste do país.

A "medicina sexual" se impôs, após o fato, da ginecologia se vincular à psicologia, como uma forma alternativa, do campo. Autores que publicaram sobre a trajetória da sexologia no Brasil, (Rohden, F, Russo J., Giami, A., 2014), relatam uma distinção em três áreas de atuação: a medicina sexual (a mais próxima da biomedicina), a sexologia clínica (que se articula entre biomedicina e psicologia) e educação sexual. Para estes autores, no campo da medicina, a saúde sexual, apresenta um grau de flexibilidade, mas com o vínculo junto à indústria farmacêutica, enquanto que a sexologia clínica, no modelo científico, dos clínicos da medicina sexual, tem a tendência a se aproximar de uma visão multidisciplinar, em sua vertente mais psicológica. Alguns profissionais se dedicam tanto à clínica das disfunções

quanto à orientação. Contudo, no caso da sexologia educacional, temos a associação a visões mais políticas e ativistas da sexualidade. Os limites não são rígidos; há articulações que, em outros contextos, podem se colocar como antagônicas (42).

A partir do modo como se estruturou a sexologia, no país, enquanto profissão, os partidários da medicina sexual – inicialmente com predomínio de urologistas – estes pressionavam como campo a se transformar num corpo com regras de pertencimento (no caso, a medicina). Em contraposição, colocavam-se os psicólogos e médicos de outras especialidades, favorecendo uma concepção mais eclética do papel e das atividades a serem exercidas pelo sexólogo, mantendo a dispersão em termos de definição e de quem podia fazer parte do campo. Daí a possibilidade de uma aliança com educadores e outros profissionais, ainda que, sujeita a revisão quando se tratava da atividade, na prática clínica. Ocorreram disputas no campo das idéias e de posições medicalizantes, que se articulavam com o poder de definição, da indústria farmacêutica. Isso diz respeito, às pesquisas através de financiamentos, respaldo científico - porque embasado no funcionamento concreto e mensurável do corpo - substituiria a tendência mais "intuitiva" e menos "objetiva", da psicologia. Em conjunto à "farmacologização" do sexo, ocorreu uma objetividade, um concreto, e a preferência, pelo discurso masculino. As disfunções femininas, apesar da tentativa de enquadrá-las, no mesmo esquema anatômico-estatístico, eram menos afeitas à objetivação. Nota-se aí, uma dualidade, que aproxima o masculino da objetividade e da visibilidade, e o feminino da subjetividade e da invisibilidade, dita mais complexa (43)(44).

Para Russo (2011), o termo "sexologia", ainda utilizado por se tratar de designação tradicional, define o atendimento clínico ou à prevenção de distúrbios relacionados à sexualidade. Contudo, esta nomenclatura não é consensual. A antiga sexologia – é hoje renomeada como "medicina sexual", "sexualidade humana" ou "saúde sexual" - em suas diferentes vertentes. A proposta de autores, do campo social, é pensar o campo científico em articulação com as práticas que compõem o campo profissional. Para isso, congregam diferentes abordagens - desde a etnográfica (de Zavala e Herrera), até a histórica (como a de Russo, Rohden, Torres e Faro). Em um momento em que a busca pelos direitos sexuais se articulam com os saberes médicos, impõe-se uma reflexão sobre o significado de uma "ciência da sexualidade" (46).

## 3.2 A CONSTRUÇÃO DE UMA NOMENCLATURA

### 3.2.1 Um Novo Modelo e repercussões no DSM-5

Rosemary Basson, uma das principais especialistas em saúde sexual da mulher, na atualidade, defendeu um novo modelo de função sexual feminina (45); onde até então só era reconhecido o ciclo da resposta sexual, descrito por Masters e Johnson (3). Este modelo é chamado circular, pois segundo a autora, vários estímulos emocionais e de relacionamento são questões que desempenham papel fundamental e o desejo sexual intrínseco teria um papel menor. Ele foi reconhecido no II Encontro Internacional para levantamento de Consensos relativos às desordens sexuais, caracterizando o ciclo de resposta sexual feminina por cinco fases à seguir (46):

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

2ª. Fase: Receptividade ao estímulo sexual em contexto adequado, identificação da excitação sexual (subjetiva e resposta física), com responsividade biológica.

3ª. Fase: Vivência da excitação subjetiva, que pode desencadear o desejo sexual.

4ª. Fase: Aumento na intensidade da excitação e desejo responsivo, podendo ou não ocorrer o alívio orgásmico.

5ª. Fase: Satisfação física e emocional, aumentando a receptividade para reiniciar a atividade sexual, em outra ocasião, o que fecha, um modelo circular.

Conforme Basson (2000), insatisfação física ou emocional, diminui a motivação para ser ativa sexualmente no futuro. Observou-se que o desejo espontâneo, pode estar presente, desencadeando o ciclo da resposta sexual e substituindo as duas primeiras fases. Caracteriza-se, neste caso, uma combinação com o modelo tradicional descrito de Masters e Johnson. Estabeleceu-se a ressalva de que a ausência do desejo espontâneo não caracteriza necessariamente uma, e esse novo conceito trouxe profundas transformações na forma de conduzir a cfeminina (47)(48).

Esse modelo de Basson, embasa o Índice da Função Sexual Feminina – (FSFI) questionário que foi desenvolvido e proposto por Rosen et al. (2000), nos Estados Unidos da América (EUA) e validado por outros autores (47)(48)(49). Este autor referia uma necessidade de instrumentos capazes de avaliar a disfunção em cada domínio. E o FSFI é um dos instrumentos, de caráter breve, mais utilizados no mundo, que avalia seis domínios:

desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e permite avaliar a intensidade da disfunção, em cada um desses domínios (16)(49).

Além disso, o modelo circular de Basson, influenciou novos paradigmas, como por exemplo, a classificação atual – o DSM-5 - onde as pesquisas atuais sobre a função sexual, fundamentadas em abordagens mais organicistas podem representar um avanço científico inovador e uma ruptura com antigos modelos, da resposta sexual, antes marcadas pela dominância do psiquismo e da noção de libido, segundo a tradição freudiana. Essa tendência à “biologização” das classificações psiquiátricas se articula à uma compreensão mais fisicalista do ser humano (psicologia evolucionária, neurociências, genética) (1)(50)(51).

Nesse paradigma, obtivemos o surgimento das “disfunções sexuais” na classificação psiquiátrica, um processo de medicalização e cisão com a lógica psicanalítica, e a produção de novas representações sociais. A sexualidade não foi mais concebida isoladamente. Essa transformação desde o DSM III, é demonstrada pela retirada de alguns sintomas, que eram vistos como parte de um transtorno mais abrangente. A concepção de sexualidade deixou de ser subjetiva, e passa a ser entendida como um comportamento passível de observação. Tratava-se de dar valor à compreensão da performance sexual. Ao invés de falar de identidades desviantes na cena pública, o imperativo era a busca pela compreensão biomédica da vida cotidiana. Contudo, persistiam os discursos estereotipados de gênero sobre a função sexual masculina e feminina, como “simples” e “complexa” – também a ideia de dicotomia universal. Nesse sentido, o diagnóstico passou a ser compreendido como inadequado ou disfuncional; em consequência, as classificações e categoriais, as vezes, eram limitantes (53).

É importante lembrar *a priori*, que a identificação de aspectos do comportamento humano - e aí entra essa nova concepção de sexualidade, observável - pode ser útil e predizer ainda que não se tenha compreensão do todo (52). A construção teórica do behaviorismo rejeita a ideia de que um comportamento tenha justificativas em si mesmo ou que possa ser analisado fora do contexto em que ocorre: “*Há circunstâncias práticas sob as quais é útil saber que uma pessoa se comportará de uma dada maneira mesmo que não precisemos saber o que ela irá fazer (Skinner, 1953,p.212)*”.

O DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais, em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fosse uma fonte segura e cientificamente embasada

para aplicação em pesquisa e prática clínica. Nesta nova versão, na área de sexualidade, os diagnósticos de Vaginismo e Dispareunia do DSM-IV-TR, por exemplo, foram somados para dar origem ao “Transtorno de Dor Gênitopélvica/Penetração”, e segundo os revisores, especialmente porque era frequente que ambos, se apresentassem como condições comórbidas (53)(54).

A Disforia de Gênero é um diagnóstico que descreve os indivíduos que apresentam uma diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído. A partir da mudança na nomenclatura do DSM-5, enfatizou-se o conceito de incongruência de gênero, como algo a mais do que a simples identificação com o gênero oposto, que era apresentada no DSM-IV-TR como Transtorno da Identidade de Gênero. O manual aboliu o uso dos itens que especificavam a orientação sexual destes indivíduos, pois a diferenciação não se mostrou clinicamente útil. Novos itens foram introduzidos ao diagnóstico, por exemplo, a presença de condições médicas que interferem no desenvolvimento de caracteres sexuais (56) (55).

### 3.3 O CONCEITO DE SAÚDE SEXUAL

O conceito tradicional e simplificado de que a saúde sexual era definida pela ausência de doenças sexualmente transmissíveis foi ampliado nas últimas décadas. Um novo conceito foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da consulta a diversos especialistas (56)(57). Ao definir saúde sexual, o documento afirmava a importância da informação sexual e do direito ao prazer (58). Saúde sexual passa assim, a ser entendida enquanto “integração de aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais das formas de ser, positivamente enriquecedoras e melhoram a personalidade, a comunicação e o amor.” (OMS,1975, p.6)

Na literatura é possível identificar diferentes definições de saúde sexual, de 1975 até 2002, a partir desta primeira Definição da Organização Mundial da Saúde (OMS,1975). O conceito inicial foi um marco para as estratégias de políticas públicas na promoção de saúde sexual. Segundo os autores, Edwards (2002) e Colemann (2007), estas políticas deveriam ser instituídas em todo o mundo, governos e sociedades eram convocados para fornecer educação sexual, aconselhamento, terapias e treinamento para profissionais de saúde. Tratava-se de uma abordagem positiva da sexualidade humana, de cuidados nas relações pessoais e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados com a procriação ou doenças. Nesse conceito, foram considerados três preceitos: (1) desfrutar e controlar o comportamento reprodutivo de acordo com uma ética social e pessoal; (2) enfrentar falsas crenças, problemas psicológicos ou fatores

inibidores da resposta sexual que prejudicam as relações sexuais; e (3) reconhecer doenças e deficiências que possam interferir nas funções da saúde sexual e reprodutiva (59)(60).

Em 1983, em reunião da OMS realizada em Copenhague, objetivou-se examinar como a sexologia poderia contribuir para o desenvolvimento regional de programas sobre sexualidade, planejamento familiar e objetos de saúde para o ano de 2000. As descobertas foram publicados em um consenso (59), reafirmando a definição de saúde sexual da OMS. A compreensão da saúde sexual não foi possível sem uma compreensão correspondente da sexualidade. Conseqüentemente, a seguinte definição de sexualidade foi articulada:

A sexualidade é parte integrante da personalidade de todos: homem, mulher e criança. É uma necessidade básica e um aspecto de ser humano que não pode ser separado outros aspectos da vida. (...) A sexualidade é muito mais: é na energia que motiva-nos a encontrar amor, contato, calor e intimidade; é expresso na maneira como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é sobre ser sensual, além de sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, assim, a nossa saúde mental e física. (Langerfelt e Porter, 1986. p.5)

Em 1987 foi realizada uma reunião para discutir os progressos realizados no campo da sexualidade humana e sugerir indicadores para avaliar a eficácia dos programas e rever fatores que afetavam saúde sexual desde 1983. O relatório afirmava que a saúde sexual não era um conceito científico, mas uma compreensão de uma cultura onde prevaleceram valores. A definição normativa e objetiva de saúde sexual não reconhecia a realidade de que a sexualidade é um fenômeno fluido. Coleman (1997) rejeitou essa noção de que uma definição de saúde sexual não era viável e defendeu que a saúde é contingente “ao bem-estar de um indivíduo e sensação de autoestima”. Na visão deste autor, a saúde sexual implica na capacidade de ter prazer nas relações sexuais, no respeito aos outros e comunicação honesta e confiança entre parceiros(60).

Embora a definição universal de saúde sexual fosse rejeitada, o documento de 1987 da OMS enfatizou a importância do reconhecimento da variedade e singularidade da sexualidade individual e do direito à liberdade da vida sexual. Qualquer discussão sobre saúde sexual, ausente até então na literatura, deveria reconhecer o impacto da cultura e a necessidade de conhecimento mais preciso da educação sexual e desenvolvimento, concordância entre valores e comportamentos do indivíduo, pensamentos e sentimentos (59).

No processo evolutivo das questões que permeavam o conceito de saúde sexual, a OMS reitera que a disfunção sexual é a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação e ressalta que as disfunções são queixas que devem ser contextualizadas no sentido amplo, do que se define como saúde sexual (59).

Paralelamente à construção do conceito de saúde sexual, começa a crescer a discussão sobre os direitos das mulheres realizada no âmbito das Conferências Internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), que também ressaltou as questões relativas à sexualidade e reprodução. A Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, afirmou que os direitos das mulheres são direitos humanos. Assim, a perspectiva de gênero nas Conferências da ONU da década de 90, foi introduzida. Passava a se reconhecer a importância da promoção e a da proteção dos direitos humanos das mulheres. E mais, que deveriam ser questões prioritárias para a comunidade internacional; enfim, firmou-se uma trajetória iniciada em 1948, quando ocorreu a Declaração Universal dos Direitos Humanos (61).

A saúde sexual e reprodutiva, bem como, os direitos humanos e, posteriormente, os direitos sexuais, foram conceitos que representaram uma conquista histórica, resultado da articulação do movimento feminista. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por vários países. Esses acordos foram ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (Beijing), em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil mobilizam-se, ainda hoje, para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos (63).

Nesse contexto histórico da saúde sexual, no Conselho de Informação e Educação em Sexualidade dos Estados Unidos (1995) foi apresentado pela Comissão Nacional da Saúde Sexual do Adolescente (1995), uma nova abordagem para a saúde sexual dos adolescentes, fornecendo orientações para decisões de políticas públicas, aos profissionais e aos pais. O relatório descreveu tarefas para as diferentes fases da adolescência e fez recomendações para promover a saúde sexual dos mesmos. Posteriormente, essa definição enfatizou também a importância da capacidade de desenvolver e manter relações interpessoais significativas, capacidade afetiva e intimidade. Salientou-se a necessidade de uma consciência dos próprios valores e apreciação do corpo. Esse posicionamento foi útil para reconhecer a educação no desenvolvimento individual da saúde sexual (59).

A saúde sexual foi sendo definida dentro de uma estrutura temporal, e surgiam questões relativas à sexologia, esta deveria identificar indicadores mensuráveis. Foram também afirmados os direitos sexuais como uma condição para alcançar saúde. Desse modo, os direitos foram incluídos na definição, através da participação da Associação Mundial de

Sexologia (WAS).<sup>5</sup> Em 1999, a WAS fez uma declaração formal de direitos sexuais, que foi adotada pela assembléia e aprovada por unanimidade. A WAS recomendou que esses direitos fossem adotados em todo o mundo. Além disso, a OMS destacou a importância dos direitos sexuais em todos os seus documentos sobre a promoção da saúde sexual (58) (62)

Na visão de Parker, (2000) a interseção entre saúde e sexualidade, tornou-se um foco central de atenção para pesquisadores e ativistas. Apesar disso, havia uma incapacidade de desenvolver um conceito de direitos sexuais capaz de servir como base para uma resposta global mais progressiva. O autor reconhece um processo inclusivo, afirmativo e emancipatório na estrutura conceitual, com uma ampla e solidária coalizão para a mudança social. As discussões enfocavam questões como poder de gênero, saúde da mulher, orientação sexual, violência sexual e direitos sexuais e ofereciam uma oportunidade única para aprofundar o debate sobre como as possibilidades inerentes a noção de direitos sexuais. Embora, a transformação dessa realidade em um futuro onde todos possam se tornar sujeitos de suas próprias sexualidades e histórias, mencionada pelo autor, ainda é um desafio (63).

Diferente da definição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que consideram no conceito de saúde sexual, a experiência de um “processo contínuo”; na última definição realizada pela OMS (2002), a sexualidade e a saúde sexual são vistas no sentido mais amplo, mas como um “estado”. A importância fundamental dos direitos sexuais é reafirmada para a promoção de saúde sexual (64):

A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; isto é não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma resposta positiva e abordagem respeitosa da sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para a saúde sexual ser atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e realizados. (OMS, 2002, p.4)

Ao pensar o conceito de saúde sexual como uma construção, ora definido como “estado”, ora como “processo em movimento”, e diversos paradigmas que convergem na interface desse entendimento (64), corrobora ao dizer que essas concepções de saúde sexual estão inseridas em contextos nacionais e políticos. Assim, segundo este autor, eventos históricos moldaram o desenvolvimento das definições atuais de saúde sexual, e possivelmente as próximas definições serão afetadas por novos eventos (66).

---

<sup>5</sup> *WAS Declaration of Sexual Rights* (1999). A Declaração de Direitos Sexuais da (WAS) foi originalmente proclamada no 13º Congresso Mundial de Sexologia em Valência, Espanha em 1997 e, em 1999, uma revisão foi aprovada em Hong Kong pela Assembléia Geral da WAS e reafirmada na Declaração WAS: Saúde Sexual para o Milênio (2008). Esta declaração revisada foi aprovada pelo Conselho Consultivo da WAS em março de 2014.

Ressalta-se, a importância da caracterização dos vários conceitos que fazem parte desta definição. Uma análise comparativa dos documentos contemporâneos sobre saúde sexual gerados nos EUA e na Inglaterra, e por organizações como a OMS e a OPAS, evidencia portanto, que não há consenso internacional sobre o conceito de saúde sexual e sua implementação nas políticas públicas de saúde. As concepções permanecem incorporadas em contextos nacionais e políticos e ocorrem na cultura e na prática da saúde pública de cada país (60).

Diferentes iniciativas na área de saúde sexual, se concentram principalmente, na responsabilidade individual ou em uma organização de serviços da área. A compreensão do tema se dá, predominantemente, sob os seguintes aspectos: como um estado ideal de bem-estar ou como a redução das consequências negativas da atividade sexual (66).

Embora semelhantes as definições dessa trajetória histórica, elas não são iguais. As mais recentes basearam-se em elementos essenciais, previamente descritos da sexualidade, e acrescentaram conceitos de saúde mental, responsabilidades e direitos sexuais. A importância de se entender a definição remete à discussão de como deve se processar a promoção da saúde sexual. Sobretudo, é necessário compreender essas influências históricas e as forças que impactam na discussão. Nesse sentido, Edwards e Coleman (2004) afirmam que a definição da saúde sexual está sempre “em movimento” e provavelmente segue refletindo essas forças sociais. Defendem ainda que este processo precisa monitoramento, para garantir que as pessoas estão falando sobre a mesma coisa quando estão discutindo saúde sexual (57).

### 3.4 QUESTÕES DE GÊNERO E O IMPACTO DA SAÚDE DA MULHER

#### 3.4.1 O conceito de gênero

Embora a visão da humanidade de forma binária, em dois gêneros, seja universal, ela é um fenômeno mais complexo, com variações em relação à maneira como os comportamentos masculino e feminino são definidos na cultura. A discussão natureza *versus* cultura questiona, fundamentalmente se o comportamento e a mente, bem como as diferenças percebidas entre grupos humanos, resultam do organismo ou do ambiente (65).

Através de uma trajetória conceitual que se inicia com Joan Scott (2012), para demonstrar como se processou a construção do conceito “gênero”, percebe-se que esta autora sublinha o social, sem necessariamente explicar as relações de funcionalidade. Sua base teórica, está nas relações sociais e de poder e na percepção das diferenças entre os sexos, e

envolve questões interligadas que são: cultura simbólica, normas, organizações sociais e a identidade subjetiva (66).

O termo "gênero" inicialmente ressaltou o fato de que as relações entre os sexos são sociais, nada dizia sobre as razões pelas quais são construídas, se elas funcionavam ou como elas mudavam. "Gênero" era um domínio novo na pesquisa, não tinha poder analítico para mudar paradigmas históricos existentes. Nesta definição, as relações sociais entre os sexos rejeitou explicações puramente biológicas, mesmo havendo subordinação feminina. Ao admitir uma categoria social, sobre um corpo sexuado, o conceito de gênero, ofereceu um meio de distinguir prática de papéis sexuais. Apesar de inicialmente o foco ter sido em relação à narrativa de opressão, foi reconhecida a desigualdade de poder em três eixos: classe, raça e gênero (68).

As chamadas "teorias iniciais do patriarcado" formaram uma base conceitual, mas não mostravam a desigualdade de gênero ou a relação com as outras desigualdades. A análise era baseada na diferença física, e qualquer forma de objetificação sexual das mulheres assumia um caráter universal e imutável, mesmo quando eram levadas em consideração as mutações, nos sistemas de desigualdade de gênero (68).

Ainda, àqueles que seguiam as fundamentações psicanalíticas, para explicar os conceitos de gênero, Joan Scott faz sua crítica àqueles que consideravam a oposição binária entre masculino-feminino como a única relação possível e como um aspecto permanente da condição humana a identificação de gênero. Os sistemas de significado, as identidades subjetivas são processos de diferenciação e de distinção, que exigem a supressão de ambigüidades e de elementos de oposição (68).

Ao estudar Bourdieu, um estruturalista, o mesmo conceitua gênero, através de pontos fundamentais: a atenção às estruturas binárias (masculino/feminino) e a crítica à estruturas de segregação, objetivas e subjetivas, que sustentam as configurações de dominação, especialmente a masculina (heteronormativa). Onde a violência social é fundamentada numa hierarquia de ordem, trazendo à luz, relações onde sujeitos são tratados de forma objetal, denunciando aspectos reprodutores destas hierarquias sociais. O poder e a violência simbólica resistem à visão marxista, de reducionismo econômico, abrindo um campo de discussão, sobre mecanismos de dominação simbólica e cultural. A lógica do sistema perpetua o privilégio de alguns e as desigualdades (67). O autor define a sua crítica ao dizer que:

"A dominação masculina está suficientemente assegurada para precisar de justificação: ela pode se contentar em ser e em se dizer nas práticas e discursos que enunciam, como se fosse uma evidência, concorrendo assim para fazê-lo ser de acordo com o dizer." (Bourdieu, P., 2012 p.137)

“Gênero” através de Bourdieu, significa dizer que o espaço social é distribuído entre capital social, econômico e cultural; e os campos sociais dinâmicos, produzem hierarquias, e se relacionam com poder. As instituições, especialmente as educativas, não tem o poder de salvar, antes reproduzem modelos que sustentam as hierarquias sociais. Além disso, a maior crítica do autor, é em relação ao caráter repressivo de certos mitos educativos, em práticas e na vida cotidiana; tanto na esfera objetiva, quanto subjetiva, incorporada em processos sociais pré-reflexivos/ habitus (as vezes, inconsciente)(69).

Bourdieu defende uma vocação transdisciplinar de “não respeitar”, as barreiras impostas entre disciplinas, nas questões de gênero. Segundo ele, um aspecto que potencializa a melhor compreensão de uma situação estudada é entender sobre a autonomia do campo intelectual. Neste sentido, o autor defende que o pesquisador pode se engajar em questões políticas, emprestando sua intelectualidade, no apoio à movimentos que incorporem consciência crítica, sem se afastar de sua posição de pesquisador. O autor revela ainda, conceitos mais operacionais que embasam esse entendimento, da dinâmica dos campos sociais, habitus, violência simbólica, campo de poder, classes e espaço social.

Sobre a divisão socialmente construída entre os sexos, como naturais, evidentes, Bourdieu reforça:

Se esta divisão parece estar na ‘ordem das coisas’, como se diz algumas vezes para falar daquilo que é normal, natural, a ponto de ser inevitável, é porque ela está presente, em estado objetivado, no mundo social e também, em estado incorporado, nos habitus, onde ela funciona como um princípio universal de visão e de divisão, como um sistema de categorias de percepção, de pensamento e de ação. (Bourdieu, P., 2012 p.137)

Enfim, para explicar a dominação masculina, com o consentimento do dominado, o autor descreve que:

Todo poder comporta uma dimensão simbólica: ele deve obter dos dominados uma forma de adesão que não repousa sobre a decisão deliberada de uma consciência esclarecida, mas sobre a submissão imediata e pré-reflexiva de corpos socializados. Os dominados aplicam (...) esquemas de pensamento impensados, os quais - sendo o produto da incorporação dessas relações de poder sob a forma transformada de um conjunto de pares de oposição funcionando como categorias de percepção - constroem estas relações de poder do ponto de vista próprio daqueles que aí afirmam sua dominação, fazendo-as parecer como naturais. (Bourdieu, P., 2012 p. 142)

Na trajetória de construção do conceito gênero, a autora pós-estruturalista Butler J. (1999), inclui a diversidade e amplia os conceitos feministas, trazendo uma reflexão onde a dualidade masculino/feminino já não basta, pois esta reforça o domínio heteronormativo.

Introduz então uma era pós-feminista, onde o conceito de teoria da performatividade, emprestada da linguística, define sexo não como “ato singular” mas, como prática de normas regulatórias que trabalham para constituir a materialidade do corpo. Promove a aceitação da pluralidade sexual. Expande conceito de gênero para pós-identitária. Assim, entra em discussão não o feminino/masculino, mas as múltiplas identidades e orientações. A autora cria a Teoria Queer: que desconstrói a ótica binária e unidirecional das práticas discursivas e normas regulatórias, é um desvio, das normas vigentes. O “sexo” é norma pela qual alguém se torna viável, é o que qualifica, e se são corpos “abjetos”, na fronteira do que é aceito, serve paradoxalmente para manter a hegemonia dos corpos sexualmente ditos “normais”. É uma crítica à essa matriz excludente que sustenta corpos inabitáveis, corpos objetos, porque se preocupa com a inclusão social e tem um papel político importante, na luta pela igualdade dos direitos de minorias (68).

A quebra de paradigma epistemológico, se dá a partir de uma ótica inicialmente psicanalista, se o corpo sexuado é assegurado através de práticas identificatórias por esquemas regulatórios, a identificação é dada não como atividade imitativa pela qual um ser consciente modela-se de acordo com outro; pelo contrário, a identificação é a paixão assimiladora pela qual um ego inicialmente emerge. Ao contextualizar essa ideia a autora Judith Butler cita Freud (1976 p. 16) e argumenta que “o ego é, primeiramente e acima de tudo, um ego corporal”, que esse ego é, além disso, “a projeção de uma superfície”, ou seja, aquilo que nós poderíamos redescrever como uma morfologia imaginária (70).

A autora discorre que essa morfologia imaginária não é uma operação pré-social, mas formada de esquemas regulatórios que produzem possibilidades morfológicas inteligíveis. “Esses esquemas regulatórios não são estruturas intemporais, mas critérios historicamente revisáveis de inteligibilidade, que produzem e submetem corpos que pesam”. (Butler, J.,1999 p. 110)

A seguir, quadro que sintetiza a evolução do conceito de gênero, através dos três autores descritos:

Pontos fundamentais	Diferenças	Aspectos em comum
Para <b>Scott</b> , conceito de gênero social/relacional, com 3 eixos, entende como categoria analítica	“Gênero” em substituição a “mulheres”, rejeita explicação biológica, diferencia práticas e papéis, não explica funcionalidade e construção.	Se preocupa com equidade social, introduz temática não determinista, luta contra poder masculino imposto historicamente.
Para <b>Bourdieu</b> , estruturalista/ chama atenção estruturas binárias/ crítica à estruturas de segregação objetivas e subjetivas	Abre discussão de campos sociais de dominação simbólica e cultural. “A dominação c/ consentimento do dominado”.	Se preocupa com efeitos da dominação que perpetuam as desigualdades. Engajamento político como pesquisador/ conceito de capital social/ econômico e cultural.
Para <b>Butler</b> , inclui a diversidade no conceito gênero/feminino, para além da dualidade masc-fem./ performatividade linguística / aceitação da pluralidade sexual	Expande conceito de gênero para pós- identitária/ desconstrói a ótica binária e unidirecional /performatividade contínua/ práticas discursivas/ normas regulatórias/ Teoria de Queer/	Se preocupa com a inclusão social / igualdade de direitos de minorias/ de corpos inabitáveis X normas regulatórias/ crítica perpetuação de matriz dominante e excludente

Segundo Weeks (1999), ao “inventar uma moralidade” que demarca o conceito de gênero através da corporalidade, temos um mundo de fluxo constante, e seguramos o que nos parece mais tangível, que é a verdade de nossas necessidades e desejos corporais (15):

“O corpo é visto como a corte de julgamento final sobre o que somos ou o que podemos nos tornar. Por que outra razão, estamos tão preocupados em saber, se os desejos sexuais, sejam heterossexuais, ou homossexuais, são inatos ou adquiridos? Por que outra razão estamos tão preocupados em saber, se o comportamento generificado corresponde aos atributos físicos? Apenas porque tudo o mais é tão incerto que precisamos do julgamento que, aparentemente, nossos corpos pronunciam”. (Weeks, 1999, p.90-91).

No entanto, Guacira L.(2001) diz que a materialidade do sexo é demarcada no discurso, e esta produz um domínio do sexo excluído e deslegitimado (69). É importante pensar sobre como e para que os corpos são construídos, e, além disso, perguntar, como os corpos que fracassam em se materializar fornecem o "exterior" — quando não o apoio — necessário, para os corpos que, ao materializar a norma, qualificam-se como “corpos que pesam”. Normas que geralmente tem a finalidade de assegurar uma hegemonia heterossexual, na formação daquilo que pode ser legitimamente considerado como um corpo viável. Trata-se de analisar como se processa a dinâmica dessa materialização que produz um domínio de corpos abjetos, um campo de deformação, ao deixar de ser considerado como plenamente humano, reforça normas regulatórias (71).

Enfim, o conceito gênero, compreende uma perspectiva de interseccionalidade, que é o reconhecimento de lutas, em cada campo envolvido. Trata-se de uma complexa interação de

fatores, que devem ser considerados, ao pensar esse conceito, que confrontam e moldam as desigualdades, especialmente em saúde (70).

### 3.4.2 A consciência crítica das desigualdades ditas "naturais", na ciência.

As desigualdades "naturais" são descritas por Schiebinger (2017), a autora relata que ao longo da história, entre homens e mulheres, parecia se justificar as desigualdades sociais entre os dois sexos. Enquanto que as definições ditas científicas da "natureza" humana, foram assim utilizadas, para explicar papéis sociais muito diferentes. Era pensado que os homens, em virtude de sua "razão natural"; devesse dominar as esferas públicas de governo, comércio e ciência enquanto as mulheres, como criaturas de sentimento, cumprissem seu destino natural como mães, conservadoras dos costume na esfera confinada da casa. As conseqüências desta história, no entanto, vão além da exclusão de vários grupos - mulheres ou minorias étnicas - da comunidade científica. A feminização do sentimento e a masculinização da razão foram produzidas e reproduzidas por divisões específicas do trabalho e do poder na sociedade (71).

Laquer (2001) argumenta ao referir que no que tange ao sexo contextual e os pronunciamentos com relação à "natureza da mulher", as tentativas de isolá-lo de seu meio discursivo, são tão fadadas a erro como a busca do *philosophe* por uma criança, verdadeiramente selvagem ou os esforços do antropólogo moderno, para filtrar o cultural e deixar um resíduo de humanidade essencial. O corpo privado, incluso, estável, que parece existir, na base das noções modernas de diferença sexual, é também produto de momentos específicos, históricos e culturais. Não há portanto, uma representação "correta" da mulher em relação ao homem e toda a ciência da diferença é, mal interpretada. Há uma tendência misógina, em grande parte da pesquisa biológica sobre mulheres; a história trabalhou claramente para "racionalizar e legitimar" as distinções de sexo. A afirmação de que "a mulher é o que é em razão do seu útero" não é nem mais nem menos verdadeira que a afirmação subsequente de que ela "é o que é em razão de seus ovários". Segundo o autor, outras evidências não refutarão nem confirmarão esses pronunciamentos absurdos, pois não estão em risco questões biológicas sobre os efeitos do orgasmo ou hormônios mas as questões culturais e políticas com relação à natureza da mulher (72).

Um claro desafio feminista é acordar metáforas adormecidas nas ciências. Embora a convenção literária seja chamar tais metáforas de "mortas", elas estão escondidas dentro do conteúdo científico de textos. Tornar-se consciente de quando nós estamos projetando imagens culturais sobre o que estudamos, melhorará nossa capacidade de investigar e

entender a natureza. Tornar-se consciente de suas implicações, as furta de seu poder de “naturalizar” nossas convenções sociais sobre gênero (73).

Os conceitos de gênero e sexo e a objetividade pragmática, na pesquisa científica, segundo Krieger (2003), muitas vezes são considerados, da seguinte forma: o gênero, uma construção social e o sexo, uma construção biológica. Há com frequência, uma distinção, e passam a ser não intercambiáveis; no entanto, são muitas vezes confundidas e usadas indistintamente, na literatura científica contemporânea. A relevância das relações de gênero e da biologia ligada ao sexo para um dado resultado de saúde é uma questão empírica, não um princípio filosófico; dependendo do resultado da saúde em estudo, ambos, nem um nem o outro podem ser relevantes, como determinantes únicos, independentes ou sinérgicos. A clareza dos conceitos e a atenção tanto às relações de gênero como à biologia ligada ao sexo, é fundamental para pesquisas científicas válidas sobre saúde da população (74).

O gênero, independentemente de como é conceituado, é sempre o principal eixo, através do qual compreendemos experiências de saúde específicas, condições ou mesmo acesso à serviços de saúde. Concentra-se em questões e apresenta modelos que traçam novos caminhos para pesquisadores, padrões de gênero e equidade na saúde. O objetivo é inspirar discussões mais profundas e ampliadas, que sirvam para discernir as complexidades no campo e continuar o processo de integração, de novas abordagens e pesquisa de saúde. Além disso, aumentar o apoio institucional, econômico e político e oportunidades para uma evolução teórica adicional, interdisciplinar e aplicados em gênero e saúde (75).

A desconstrução epistemológica ao pensar níveis múltiplos de intersecção e sobreposição de identidades sociais é sugerida, por exemplo, na medida em que o ideal hegemônico de masculinidade se estabelece, e este é criado por oposição a um feixe de “outros”, cuja própria masculinidade foi, em parte, problematizada e desvalorizada. O hegemônico e o subalterno emergem em mútua e desigual interação, em uma ordem social e econômica como uma demarcação prévia e distorcida de gênero (76).

Embora a intersecção seja reconhecida no contexto da saúde das mulheres, da saúde masculina e do gênero, suas implicações completas para pesquisas, políticas públicas e práticas ainda não foram suficientemente questionadas.

Nesta perspectiva de interseccionalidade, é necessário demonstrar a viabilidade metodológica e em particular, os amplos benefícios da descentralização do gênero através de análises intersetoriais, bem como as múltiplas dimensões da inequidade (72).

### 3.4.3. A incorporação do conceito gênero ao contexto da pesquisa

A incorporação do conceito gênero ao contexto desta pesquisa, remete à alguns aspectos e reflexões, a partir do embasamento teórico. Ao considerar o tema desenvolvido no presente estudo, sabe-se que o mesmo trata de validar um teste breve de *screening*, para detectar disfunções sexuais femininas, na prática clínica diária, por não especialistas em sexualidade. Sabe-se que um instrumento, especialmente de rápida execução, facilitaria a abordagem, possibilitando um diagnóstico precoce de problemas sexuais, dando assim, visibilidade à saúde sexual das mulheres, o que em última análise, demonstra o potencial valor social e de impacto, do estudo.

A partir do entendimento de como se processou o que se definiu por “gênero”, acima descrito, um aspecto relevante é a compreensão quanto ao contexto das variáveis, que estão implicadas nesse conceito. Ao estabelecer uma base teórica, na esfera tridimensional e hierárquica das questões de gênero, o presente estudo, na forma de um instrumento testado, para não especialistas em sexualidade, reflete essa preocupação, não somente de interpretações reducionistas, com pouco poder analítico, mas uma visão menos essencialista, binária, unidirecional ou com arquétipos heteronormativos. Isso se dá, justamente, ao incorporar o tema “saúde sexual feminina”, como prática clínica, num caráter objetivo, que otimizará a execução operacional, na medida em que o estudo se preocupa com o valor da abordagem, de forma direta, desvelando em si o tabu, inclusive de se falar sobre sexo, em consultas de rotina. Portanto, há um propósito direto de saber sobre a saúde sexual feminina, de forma que a torne mais visível, no cotidiano, através de um teste simplificado e escalonável, e que independe da orientação sexual da paciente ou mesmo da especialização do profissional; barreiras estas, descritas na literatura e já mencionadas.

Ainda, no que se refere a construção do conceito de gênero, relacionado ao contexto da invisibilidade da sexualidade feminina, este é corroborado a partir de uma análise crítica, onde as teóricas do patriarcado dirigiram historicamente, sua atenção, à subordinação das mulheres e encontraram explicação na "necessidade" masculina de dominação (68). Além disso, na adaptação de Mary O'Brien, ela definiu esta dominação como o efeito do desejo dos homens de transcender sua alienação dos meios de reprodução da espécie (77). O princípio da continuidade geracional restaura a primazia da paternidade e obscurece o trabalho real e a realidade social do esforço das mulheres, por exemplo, em torno do ato de “dar à luz”. A autora chama a atenção para o fato de que a fonte da libertação das mulheres restringe-se numa "compreensão adequada do processo de reprodução", onde a sexualidade só é

legitimada, na maioria das vezes, através desta ótica (79). Em síntese, Sulamith Firestone (2003), diz que a reprodução é uma "amarga armadilha" para as mulheres. No entanto, na sua análise mais materialista, a libertação viria das transformações na tecnologia da reprodução que poderiam, no futuro, eliminar a necessidade dos corpos femininos como meros agentes, da reprodução da espécie (78). Tanto que, foi considerado por Joan Scott, que se a reprodução era a chave do patriarcado para algumas feministas, para outras, a resposta se encontrava na própria sexualidade (68).

Para além do valor de um discurso focado na reprodução, em relação às mulheres, também a objetificação sexual é referida nas formulações de Catherine MacKinnon. Segundo a autora : "A sexualidade está para o feminismo assim como o trabalho está para o marxismo: é aquilo que mais nos pertence e o que todavia nos é mais subtraído". "A objetificação sexual é o processo primário de sujeição das mulheres" (79).

O entendimento desta pesquisa é reforçado, quando há um afastamento do foco na reprodução, como premissa, e emerge uma evolução para grupos de consciência, no que tange a sexualidade das mulheres, não só por considerar a história sexual da paciente em si, mas também o engajamento do profissional de saúde, na abordagem. Neste sentido, potencializa-se o aspecto da situação aqui estudada – um teste rápido de rastreio – haja vista as ações sociais possíveis com esse foco, trazendo à luz uma realidade contemporânea, onde se pretende ações políticas, capazes de transformar relações desiguais, em busca de explicar diferentes aspectos nas funcionalidades do sistema, que circunda a saúde sexual feminina, a partir de uma tomada de consciência, através da visibilidade irrestrita.

Em contrapartida, é importante considerar o cuidado e a crítica com a oposição binária universal que se auto-reproduz historicamente, descrita por Riley (1988) que designa como o "terrível ar de constância da polaridade sexual", ou ainda, "o caráter historicamente construído da oposição (entre masculino e feminino) e produz como um de seus efeitos, uma oposição invariante e monótona entre homens/mulheres" (80).

Além disso, um problema que frequentemente ocorre na atribuição da causalidade: a argumentação começa por uma afirmação do tipo "a experiência das mulheres leva-as a fazer escolhas morais que dependem de contextos e de relações" para se transformar em "as mulheres pensam e escolhem este caminho porque elas são mulheres". Está implícita nessa linha de raciocínio, uma idéia essencialista, de mulher (81). Ao rejeitar esse caráter fixo e permanente da oposição binária e viabilizar uma desconstrução genuína das diferenças sexuais, nos tornarmos conscientes da distinção da nossa linguagem analítica e sobressai o que realmente queremos analisar, afirma Godelier (2012). Ainda, reitera que devemos

encontrar formas de submeter diferentes categorias à crítica e análise. A ideia concentra-se em deslocar a construção hierárquica, ao invés de aceitá-la como real ou auto-evidente, ou como fazendo parte da “natureza das coisas”(83).

A compreensão do contexto gênero, poder e sociedade e as complexas conexões com a sexualidade são corroboradas na síntese do antropólogo francês Maurice Godelier ao dizer que não é a sexualidade que amedronta, mas sim, a sociedade sobre ela (83).

O gênero, fornece um meio de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre várias formas de interação humana. Há que se compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e as formas particulares e contextualmente específicas pelas quais a política constrói o gênero e o gênero constrói a política (68).

A atenção dada ao gênero não é explícita, mas constitui, não obstante, uma parte crucial da organização da igualdade e de sua antítese, a desigualdade. Estruturas hierárquicas dependem de compreensões das relações ditas “naturais” entre homem e mulher: e constituem essa organização da igualdade e da desigualdade (68). Ao compor esse mosaico de conceitos interligados e sobrepostos, compreendemos, ao menos, em parte, como num recorte, a dinâmica constante do conceito de gênero.

Muitas vezes, há uma redefinição de velhas questões em novos termos, tornando as mulheres visíveis como participantes ativas e criando uma distância analítica entre a linguagem aparentemente fixa do passado e nossa própria terminologia. As novas histórias abrem possibilidades para a reflexão sobre atuais estratégias políticas feministas e o futuro, pois o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social (68).

### 3.5 AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS (DSFS)

#### 3.5.1 Conceito

A função sexual feminina, ou sua disfunção, é melhor conceituada a partir de uma abordagem no modelo biopsicossocial. Refletindo as flutuações no estado de saúde de uma mulher, pode derivar de uma doença biológica ou condição orgânica, depender do equilíbrio neuroquímico, de questões psicológicas, do relacionamento interpessoal, preocupações, crenças e valores socioculturais (82)(83).

Segundo a OMS (1993), disfunção sexual (DS) é a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação, quando ocorre falta, excesso, desconforto e ou dor, na

expressão e no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual. No entanto, as disfunções sexuais são queixas que devem ser contextualizadas no sentido amplo da definição atual de saúde sexual (64)(84).

O entendimento do conceito de DSF baseia-se, entre outros fatores, pela trajetória recente de classificação, aqui representada no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM)<sup>6</sup>. Outra forma é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)<sup>7</sup> que é um catálogo publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); mas neste estudo, em função de sua atualização, tomamos por base o DSM. Em sua quarta edição, o DSM-IV-TR, endossada pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG)<sup>8</sup> apresenta a seguinte classificação de DSFs:

1- Desordens da excitação e do desejo sexual, distúrbio de desejo sexual hipoativo persistente ou recorrente ou ausência total de desejo sexual de se envolver em atividade sexual, transtorno de aversão sexual, distúrbio da excitação sexual e incapacidade de manter uma lubrificação adequada para completar a atividade sexual. Todas disfunções devem estar associadas com sofrimento pessoal, angústia e ou dificuldade interpessoal.

2 - Transtorno orgásmico persistente ou recorrente ou falta de orgasmo após uma fase normal de excitação, distúrbio orgásmico primário (ausência de ter experimentado orgasmo), distúrbio orgásmico secundário (perda da capacidade de sentir orgasmo). Todas disfunções devem estar associadas com sofrimento pessoal, angústia e / ou dificuldade interpessoal.

3- Distúrbios da dor sexual, dispareunia (dor genital recorrente ou persistente), vaginismo (espasmos involuntários recorrentes ou persistentes que interferem na relação sexual, impedindo a penetração). Todas disfunções devem estar associadas com sofrimento pessoal, angústia e / ou dificuldade interpessoal.

Estas definições baseavam-se nas opiniões de especialistas e incluíam termos imprecisos. A validade destes diagnósticos de DS foi contestada recentemente, e esforços foram feitos para melhorar a praticidade nas definições (85).

---

<sup>6</sup> O DSM-IV, foi confeccionado em 1994, com correções no DSM-IV-TR, em 2000. Atualmente utiliza-se o DSM-5, de 2013. Edições do DSM contemplam aspectos clínicos, estatísticos e epidemiológicos. Um instrumento muito utilizado na saúde mental, atualmente de caráter aleatório (sem se apoiar em escolas), multidimensional e transcultural. [www.carloseduardorosa.com.br/o-dsm-5-e-a-cid-10-uma-questao-de-classe](http://www.carloseduardorosa.com.br/o-dsm-5-e-a-cid-10-uma-questao-de-classe)

<sup>7</sup> A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é um catálogo publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem por objetivo criar uma codificação padrão para as doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou nesta segunda-feira (18/06/2018) sua nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11).

<sup>8</sup> Comitê de Boletim Prático – Ginecologia (ACOG). Este Boletim foi desenvolvido pelo Comitê de Ginecologia com o assistência de John Buster, MD; Sheryl Kingsberg, PhD; e Charles Kilpatrick, MD. A informação é projetada para ajudar os profissionais na tomada de decisões sobre cuidados obstétricos e ginecológicos apropriados. Estas diretrizes não devem ser interpretadas como ditando um curso exclusivo de tratamento ou procedimento. ACOG. Female sexual Dysfunction. Practice bulletin N.119. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obst Gynecol 2011. 117:996-1007.

Assim, os critérios diagnósticos se tornaram mais explícitos quanto à duração e frequência. De acordo com a quinta edição, DSM-5 (1)(56) essas mudanças foram estabelecidas, especialmente para fins de pesquisa clínica e para operacionalizar o diagnóstico. As classificações foram feitas separadamente para homens e mulheres. Houve a unificação dos transtornos de excitação e desejo, em mulheres. As classificações que eram baseadas na resposta sexual linear simples, adotadas previamente ao modelo circular de Basson<sup>9</sup> (47) foram abandonadas (87).

Pesquisas qualitativas sugerem que para as mulheres, os conceitos de desejo ou interesse de atividade sexual e excitação (excitação sexual e prazer) são difíceis distinguir. Quando solicitados a descrever sobre o desejo sexual, muitas mulheres costumam usar uma linguagem que descreve a excitação sexual genital concomitantemente (86)(87).

Desta forma, na classificação da disfunção sexual feminina de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)(56) comparado ao DSM-IV-TR (55), ocorreram as seguintes mudanças:

- O transtorno de aversão sexual não é mais considerado uma classificação
- (provavelmente devido à raridade do diagnóstico) e as mulheres com sintomas aversivos são classificadas como "outras disfunções sexuais especificadas".
- Os transtornos de desejo e excitação são agrupadas em "transtornos de excitação/ interesse/ sexual feminino (FSIAD)"
- Dispareunia e vaginismo são agrupados em "distúrbio de dor genito-pélvico / penetração (GPPD)".

Além disso, o DSM-5 (56) acrescentou subtipos para todos os distúrbios sexuais, incluindo:

- ao longo da vida vs. adquirido.
- generalizada vs. situacional.
- devido a fatores psicológicos vs. devido a fatores combinados.

O comitê *International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH), reconhece que este sistema de classificação vigente (DSM-5), tem sido útil a médicos, psicólogos e pesquisadores em várias disciplinas, para o tratamento atual e futuro de mulheres

---

<sup>9</sup> A perspectiva do modelo de Basson legitima a satisfação, tanto física quanto emocional, considera estes resultados, importantes para o envolvimento na atividade sexual, pois podem levar a uma maior intimidade emocional, maior receptividade e busca de estímulos sexuais, daí o modelo circular. Essa teoria mais recente sobre a resposta sexual feminina afirma que nos relacionamentos mais estáveis e duradouros, o desejo sexual feminino é estimulado pelo comprometimento e cumplicidade entre parceiros, tolerância, afetividade, aproximação emocional, o que reforçaria a fase de excitação da resposta sexual feminina, permitindo, a manutenção do desejo. A intimidade é forte reforçadora do desejo e o estímulo, essencial (Basson, 2000).

que solicitam intervenção para disfunção sexual. Contudo, defendem que apesar das questões que vem sendo discutidas, o DSM-5 permite identificar um espectro mais completo de problemas de saúde sexual, permitindo ampliar o diagnóstico e assim, o uso de estratégias específicas de gerenciamento disponíveis (88).

O *Fourth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM)* de 2015, reconhece que nos próximos anos as pesquisas devem esclarecer ainda mais a maneira de conceituar as disfunções sexuais femininas. A literatura sobre incidência, prevalência e fatores de risco para disfunção sexual feminina indica um alto nível de sobreposição dos problemas com desejo, excitação e orgasmo. Os problemas de desejo parecem ser a desordem mais prevalente, seguida por problemas de excitação e orgasmo. Fatores de risco biológicos parecem estar mais relacionados a desejo e excitação, o que não é claro, no transtorno de orgasmo. Substancialmente mais pesquisas sobre a prevalência da sexualidade feminina, disfunção e fatores relacionados, ajudaria na determinação da melhor maneira de conceituar as disfunções (89).

Em relação às questões que englobam o conceito das DSFs, aqui apresentadas, separar-se do ciclo de resposta sexual linear pode ter sido um avanço no reconhecimento de novos critérios diagnósticos específicos, para diferentes gêneros. Porém, há que se ter uma melhor compreensão do quanto essas diferenças impactam no funcionamento sexual e na satisfação, com mais pesquisas na área. A questão de existir evidências suficientes para agrupar o interesse sexual e distúrbios de excitação, em mulheres, ainda está em debate (90). No entanto, há espaço para melhorar nossas definições e é necessário encontrar uma maneira de incluir um discurso não heteronormativo, nas classificações, e estabelecer futuras discussões, que contemplem mais a equidade (91).

### **3.5.2 Prevalência**

A disfunção sexual feminina (DSF), como vimos, é um termo usado para descrever vários problemas sexuais, como por exemplo, baixo desejo ou interesse sexual, excitação diminuída, dificuldades orgásmicas e dispareunia. A prevalência de problemas sexuais entre as mulheres, tem sido investigada, nos últimos anos, e há um consenso em torno de 40%. A prevalência de DSF na Pesquisa Nacional de Saúde e de Vida Social dos Estados Unidos foi de 43% (4). As estimativas são similares em outros grandes inquéritos populacionais nos Estados Unidos (92) e no Reino Unido (93).

Estudos em outros países, como Canadá (94), Portugal (6) também apresentam taxas em torno de 40% da população. As queixas sexuais, embora prevalentes, são pouco investigadas pelos profissionais de saúde. Haja vista o maior estudo realizado sobre este tema, com 27.500 participantes de 29 países, onde somente 9% destes, tinha sido abordado sobre sua saúde sexual, no período de seguimento (3 anos) (95).

O primeiro estudo sobre o comportamento sexual nos Estados Unidos, envolveu cerca 1749 mulheres com idade entre 18 e 59 anos e demonstrou esta prevalência de 43% de DSFs. Entre estas, os problemas sexuais mais frequentes foram: diminuição do desejo (33%), dificuldade em atingir o orgasmo (24%) e problemas com a lubrificação vaginal (19%) (5).

A maioria das definições epidemiológicas de disfunção sexual feminina referem-se a problemas sexuais sem a necessidade de estresse/angústia relacionado ao problema sexual descrito. Já as diretrizes diagnósticas estabelecidas desde o DSM-IV-TR (55), preconizam o “sofrimento pessoal” como parte dos critérios diagnósticos de “disfunção” (1). A American Urological Association Foundation também enfatizou a importância clínica do estresse/angústia em suas definições (49).

Embora conste nas diretrizes, relativamente poucos estudos epidemiológicos publicados sobre a disfunção sexual feminina têm medido a angústia pessoal (94)(96)(97). Alguns estudos constataram que apenas uma pequena proporção de mulheres que relataram problemas sexuais os consideravam pessoalmente angustiantes. (94) (98) (98). Em contrapartida, o Estudo Internacional da Mulher sobre Saúde e Sexualidade (WISHeS) publicou estatísticas de prevalência para os Estados Unidos por problemas sexuais combinados com sofrimento, mas este estudo limitou-se a problemas de desejo sexual (99).

Ainda, no que se refere a presença de DSFs associadas a estresse/sofrimento, o estudo PRESIDE investigou mais de 31.581 mulheres, entre 18 e 102 anos, dos Estados Unidos. Relatou que a prevalência de pelo menos um (ou mais) problemas sexuais em mulheres foi de 43,1%, embora apenas 22,2 % destas mulheres relatavam angústia/estresse em relação ao seu problema sexual (*Female Sexual Distress Scale* - FSDDS <15) e apenas 12% delas tinham níveis altos de estresse (FSDDS ≥15). Destas com nível alto de estresse/angústia, 11% estavam entre 18 e 44 anos, 15% entre 45 e 64 anos e 9% com idade ≥ 65 anos, indicando que o estresse/angústia nessa situação, ocorria mais na perimenopausa e tinha uma tendência a diminuir com a idade, apesar dos problemas sexuais serem mais prevalentes, em faixa etária mais avançada (100).

No Brasil, um estudo pioneiro de Abdo CNH., et al (2002), de base populacional, realizado em sete estados, com 2.835 indivíduos maiores de 18 anos, sendo 53% mulheres, a

maioria entre 26-40 anos, apresentou vários resultados sobre como pensam e agem os brasileiros em seu comportamento sexual (8). No que concerne às disfunções sexuais femininas, as principais queixas femininas foram falta de desejo sexual (FDS) para 34,6%, dificuldades de orgasmo para 29,3%. Nesta amostra, encontramos uma tendência de aumento da frequência de falta de orgasmo com a idade. Para falta de desejo sexual, também houve aumento da frequência: mulheres com até 25 anos apresentaram 23,4%; de 26 a 40 anos, 25,8%; de 41 a 60 anos, 47,0% e para aquelas com mais de 61 anos, 73,0%. A queixa de dor durante a relação sexual foi de 21,1% (9).

Em 2004, Abdo et al, publicou estudo com 1.219 mulheres em São Paulo, identificou 49% com pelo menos uma disfunção sexual. Os autores observaram que 26,7% apresentaram disfunção do desejo, 23% referiam dispareunia e 21% disfunção do orgasmo (103).

Sabe-se que a prevalência das disfunções sexuais femininas é alta, citada por vários autores em torno de 40%, além disso, há fatores de risco associados e questões que precisam melhor esclarecimento sobre relacioná-los com sofrimento pessoal. Mas uma minoria das mulheres que experienciam problemas sexuais buscam tratamento, ou são abordadas a respeito, por profissionais de saúde (10).

### 3.5.3 Causalidade

A etiologia da disfunção sexual feminina tem um contexto biopsicossocial e multifatorial. As causas coexistem e podem ser um fator que dificulta o diagnóstico e o tratamento dos diferentes tipos de disfunção sexual. Vários fatores podem contribuir nesta causalidade, entre eles: condições médicas, alterações hormonais na perimenopausa, síndrome geniturinária da menopausa, endometriose, problemas psicológicos, depressão e ou ansiedade, uso de certos medicamentos, especialmente inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRIs). Incluem-se, ainda: conflitos no relacionamento, fadiga, estresse, falta de privacidade, abuso físico ou sexual, prévio ou atual, problemas físicos que tornam a atividade sexual desconfortável e problemas de relacionamento ou sociais. Em geral, as razões para disfunção sexual são semelhantes em mulheres que fazem sexo com mulheres, como naquelas que fazem sexo com homens (102)(103).

Revisões da literatura, identificaram uma série de preditores biológicos, psicológicos e sociais similares de disfunção sexual feminina em diferentes populações. Em uma revisão sistemática de 1990 com homens e mulheres, foram encontrados como fatores que influenciavam na disfunção sexual, idade, educação, *status* sócio-econômico e estado civil

(104). Contudo, outra revisão sistemática de 2004 sobre disfunção sexual feminina descobriu preditores adicionais, tais como saúde física (ambos observados e percebidos), saúde psicológica, etnia, número de parceiros, religião, orientação sexual, comunicação com o parceiro e atitude para a sexualidade (105).

Sobre a associação entre função sexual feminina e desigualdade de gênero, pesquisadores do Global Estudo de Atitudes Sexuais e Comportamentos (GSSAB), em 2004, publicaram seus resultados a partir de 27.500 homens e mulheres entrevistados(as). Foram identificadas tendências comuns de gênero baseadas em atitudes sexuais em comportamentos nos 29 países pesquisados (106). Respostas subjetivas dos participantes em quatro componentes da saúde sexual (satisfação com o funcionamento sexual, prazer físico, prazer emocional e importância de sexo) revelaram três grupos de "regimes sexuais". Um, mais igualitário em relação à gênero, em países ocidentais; outro, de padrão um pouco mais masculino, foi visto em um grupo misto de países, e um terceiro tipo de grupo predominantemente masculino-centrado, ocorria mais em países asiáticos (4). Observou-se que as mulheres em regimes de igualdade de gênero avaliaram sua satisfação com o funcionamento sexual em 64,4-91,1% [mediana 78,1%], já as mulheres nos outros dois grupos (misto e centrado no masculino), relataram sua satisfação com o funcionamento sexual em 44,5-82,1% [mediana 56,7%] e 39,7-61,3% [mediana 45,5%], respectivamente (5).

Do ponto de vista hormonal, por exemplo, níveis decrescentes de estrógenos em mulheres na peri e pós-menopausa têm sido associados a mudanças na função sexual. Uma das principais razões para isso são os efeitos do hipoestrogenismo, que podem afetar a função sexual: sintomas vasomotores, distúrbios do sono, ressecamento vaginal (atrofia nos tecidos vulvovaginais e no assoalho pélvico), diminuição da lubrificação, na fase de excitação e dor (107).

Os andrógenos provavelmente desempenham um papel na função sexual feminina; no entanto, a magnitude desse papel é incerta. Doses suprafisiológicas utilizadas em terapia androgênica, demonstraram aumento na libido e ou frequência sexual. Baixos níveis de androgênio encontrados na mulher na perimenopausa e naquelas submetidas a intervenções cirúrgicas podem alterar drasticamente seu impulso sexual. Ou ainda, elevados níveis de prolactina interferem na atividade dopaminérgica central, levando à diminuição da libido (108)(103).

Entre as causas ginecológicas, a função sexual pode diminuir durante a gravidez e durante o período pós-parto (109). O prolapso de órgãos pélvicos e a incontinência urinária também estão associados a problemas sexuais femininos. A disfunção sexual é relatada por 26

a 47 % das mulheres com incontinência urinária (110). Mulheres com endometriose, na fase reprodutiva, em sua maioria referem dor pélvica crônica, dismenorréia e dispareunia (especialmente profunda) (111).

No que se refere a hipertensão, esta pode ser um fator de risco para disfunção sexual, porém não está claro se é relacionado à doença em si, ou efeito adverso dos medicamentos utilizados (112). Mulheres com câncer podem experimentar disfunção sexual durante ou após o tratamento. Existe um risco aumentado naquelas que se submetem a cirurgia pélvica ou de mama, radiação, ou ainda, quando ocorre insuficiência ovariana induzida por quimioterapia (113). Obesidade e ou uma inaceitação da imagem corporal podem afetar negativamente a função sexual feminina. Após cirurgia bariátrica, as mulheres tem apresentado melhora significativa na função sexual (114). O uso abusivo de álcool e opióides podem resultar em um estado hipogonadotrópico e comprometimento da função sexual em mulheres (115).

No que se refere às patologias psiquiátricas, a depressão, por exemplo, está presente em 17 a 26% das mulheres que se queixam de desejo diminuído (116). Depressão e ansiedade foram relacionados significativamente com problemas sexuais no estudo PRESIDE (100). Algumas medicações de uso psiquiátrico, alteram a função sexual; por exemplo, os inibidores seletivos de receptores de serotonina (SSRIs) podem causar diminuição de desejo e dificuldade de orgasmo (117).

Enfim, a presença de qualquer condição médica moderada ou grave pode prejudicar a função sexual devido não só à condição em si, mas também pelo impacto associado ao bem-estar psicológico. Em um estudo sobre sexualidade em mulheres de 57 a 85 anos, a saúde física foi mais fortemente associada a problemas sexuais do que propriamente a idade. Os problemas sexuais de um parceiro, mais comumente a disfunção erétil, também influenciam a experiência sexual da mulher. Outra questão é que para muitas mulheres, simplesmente não ter um parceiro íntimo, também pode ser uma limitação (118).

Além da saúde física e mental geral, os fatores de relacionamento, com um parceiro é um dos principais determinantes da satisfação sexual. Em uma amostra nacional de quase 1000 mulheres com idade entre 20 e 65 anos, os melhores preditores de angústia ou estresse sexual foram os marcadores de bem-estar emocional geral e relacionamento com o parceiro (92).

No Estudo Internacional da Mulher sobre Saúde e Sexualidade (WISHeS), um questionário com mais de 2000 mulheres, o desejo sexual diminuído foi associado a sofrimento psicológico, menor satisfação sexual, decréscimos no estado geral de saúde (aspectos de saúde mental e física) e problemas de relacionamento com o parceiro (101).

Em pesquisa longitudinal de mais de 400 mulheres na transição menopáusicas, a função sexual foi avaliada, e foi demonstrado que os fatores de relacionamento eram mais importantes do que determinantes hormonais, em mulheres de meia idade (119). Da mesma forma, ao examinar os correlatos da função sexual entre mulheres de meia idade multiétnicas no Estudo da Saúde da Mulher em Toda a Nação (SWAN), as variáveis que apresentaram maior associação incluíram fatores de relacionamento (120). A duração do relacionamento tem um efeito importante na satisfação sexual. Em um estudo com mais de 1.800 homens e mulheres com idade entre 19 e 32 anos em relacionamentos estáveis, a atividade sexual e a satisfação diminuíram à medida que a duração da parceria aumentou (121).

História de abuso sexual ou físico também é um importante fator de risco para problemas sexuais. Em um estudo epidemiológico com mais de 3.000 mulheres entre 30 e 79 anos, dobrava a probabilidade de disfunção sexual feminina naquelas com história prévia de abuso (122).

Portanto, a nível do indivíduo, o objetivo dos profissionais de saúde é determinar a(s) etiologia(s) da disfunção sexual e manejar de acordo com o diagnóstico. Enquanto que na população, os pesquisadores visam prever quais fatores oferecem risco do ponto de vista coletivo. Identificar esses preditores e seus efeitos (seja protetor ou de risco) pode auxiliar os profissionais de saúde a detectar melhor e prevenir problemas sexuais (104).

#### **3.5.4 Avaliação diagnóstica**

A disfunção sexual em mulheres é um problema comum que pode causar angústia, ter um impacto negativo na qualidade de vida e na adesão à medicação. Este(s) problema(s) são muitas vezes multifatoriais, necessitando de avaliação multidisciplinar e abordagem de tratamento que possa evidenciar fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e relacionais (123).

Uma história médica completa e psicossocial é altamente recomendada para todas as disfunções sexuais. (Grau C) Busca-se identificar entre várias questões: comorbidades, medicações, problemas psicológicos, de relacionamento, estilo de vida, uso de substâncias que podem afetar a sexualidade, história prévia de abuso, depressão maior, uso de substâncias, ansiedade, dificuldades nas interações e de assertividade (50).

A avaliação para identificar a presença de disfunção sexual feminina é melhor realizada usando um modelo biopsicossocial e deve incluir em sua abordagem, uma história sexual e exame físico. Corroborar Shifren (2009) ao dizer que um exame físico é importante

em todos os pacientes com queixas sexuais para identificar possíveis fatores etiológicos e condições associadas. Mas, especialmente para o diagnóstico dos distúrbios da dor sexual (124). Os exames laboratoriais e de imagem são necessários apenas para avaliar as condições associadas, conforme apropriado (125). Os níveis de andrógenos não devem ser usados para determinar a causa de um problema sexual, já que as concentrações séricas de androgênio não parecem ser um preditor independente da função sexual em mulheres (126) (127).

A avaliação dos problemas sexuais deveria fazer parte da consulta de todas as pacientes. A história ginecológica e a revisão dos sistemas devem incluir sintomas e condições que possam afetar a atividade sexual ou sinalizar a necessidade de avaliação adicional (126). Devemos incluir questões junto às pacientes, para especificar sobre o funcionamento sexual, durante uma avaliação (127).

Nesse sentido, de aproximadamente 3000 mulheres identificadas no estudo PRESIDE, com um problema sexual associado à angústia, apenas 6% delas tinham consultado especificamente para um problema sexual, e 80% foi a mulher que iniciou a conversa sobre o tema (100).

Além de perguntas sobre saúde ginecológica básica, contracepção e práticas sexuais seguras, todas as mulheres deveriam ser questionadas abertamente : "*Você tem alguma preocupação sexual?*" Se a resposta for afirmativa, e não há tempo hábil, ressaltar que os problemas sexuais são importantes e devem ser avaliados, em retorno específico para coletar uma história sexual (50). A paciente deve ser sempre questionada sobre fatores associados ao início do problema sexual. A discussão das queixas sexuais deve incluir se causam sofrimento pessoal ou dificuldade interpessoal. As mulheres devem ser questionadas sobre a qualidade de seus relacionamentos. Se seu parceiro(a) tem problemas sexuais. E, mulheres sem um parceiro sexual também devem ser questionadas sobre suas preocupações sexuais (128) (52).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª ed. (DSM-5),

ou o CID-10, são ferramentas conforme descritas anteriormente, que contribuem para a classificação do diagnóstico de DSF. (1) Os critérios para o transtorno de interesse/excitação sexual requer sintomas específicos com duração de pelo menos seis meses. A anorgasmia pode sugerir que a paciente está desconfortável com a autoestimulação ou em relação à comunicação sexual. A dificuldade, diminuição da intensidade ou demora em ter orgasmo podem ser um processo de envelhecimento. Transtorno de dor genito-pélvico / penetração pode incluir medo ou ansiedade, tensão dos músculos pélvicos, questões orgânicas ou de etiologia mista (123).

A resposta sexual feminina, vem se apresentando, cada vez mais, como objeto de pesquisa em um número de ensaios clínicos, ainda que uma ciência insipiente, e os instrumentos de avaliação das disfunções sexuais femininas multiplicaram-se nos últimos anos, incentivados pelo desenvolvimento de novos tratamentos. As avaliações podem ser objetivas e subjetivas. As objetivas: como medição fisiológica da tumescência e fluxo sanguíneo vaginal e clitoridiano (Fotopletismografia e ultra-sonografia com doppler) e ressonância magnética pélvica desenvolveram importante papel em pesquisas, entretanto são métodos não padronizados e com resultados não reprodutíveis e ainda sem aplicação clínica (129)(130).

Entretanto, os métodos subjetivos tem demonstrado elevado grau de credibilidade e validade. Baseiam-se em instrumentos, agenda diária, protocolos ou registro de eventos sexuais, geralmente auto-avaliáveis (131)(10)(16). Estes instrumentos capturam os aspectos da função sexual feminina por sua habilidade em avaliar os múltiplos componentes da resposta sexual (132). Os médicos podem abordar muitas dessas questões, além de oferecer psicoeducação na área sexual e legitimar as preocupações com a saúde sexual das mulheres (125).

Ao ressaltar a prevalência de 43% das mulheres nos EUA com disfunção sexual, Blair (2013), se refere sobre à raridade de diagnóstico e dificuldades de abordagem e acrescenta outro fato relevante, a falta de estudos epidemiológicos sobre os aspectos preditores que envolvem uma DSF (14).

A função sexual feminina é afetada por aspectos físicos, psicossociais, fatores hormonais e genéticos. Um sistema de classificação claro, unificado e acessível é necessário para padronizar o diagnóstico e tratamento com DS. Este sistema poderia ser usado por pesquisadores e clínicos para fornecer um banco de dados confiável para estatísticas globais de saúde e ajudar a orientar o desenvolvimento de intervenções e a implementação de políticas de saúde (128).

A saúde sexual engloba especialistas de diferentes áreas, por isso é importante aprofundar a compreensão das causas das DSFs, e isso se dá justamente através de uma boa abordagem e diagnóstico.

### **3.5.5 Manejo e tratamento**

O manejo e tratamento das DSFs, deve ser adaptado à preocupação sexual específica e aos fatores físicos, psicológicos, sociais e de relacionamento, identificados na história sexual.

As condições que podem alterar a função sexual (por exemplo, depressão, atrofia vaginal, problemas sexuais relacionados a medicamentos) devem ser avaliadas e tratadas antes de considerar tratamentos específicos para disfunção sexual (1).

No caso de estabelecido o diagnóstico de DS, quanto à primeira abordagem de terapia não farmacológica, as medidas gerais empregadas são: orientações sobre mudanças no estilo de vida, que possam promover a saúde sexual, reduzindo o estresse; atitudes que possam melhorar a qualidade do tempo com o parceiro e o acréscimo de novidades ao repertório sexual (133).

O encaminhamento para a terapia sexual é uma intervenção eficaz para a disfunção sexual. Terapeutas sexuais educam mulheres sobre o ciclo de resposta sexual normal e lidam com os tabus e as crenças culturais ou religiosas em relação à sexualidade. Na terapia sexual são prescritas medidas específicas, que auxiliam na resolução da disfunção sexual. Em um estudo, com 365 casais submetidos a terapia sexual por disfunções sexuais, 65% relataram melhora de suas queixas. Ao considerar a eficácia e o grau de segurança da terapia sexual, esta consulta deve ser considerada um pré-requisito para a terapia farmacológica, na maioria das DSF (133).

Foi demonstrado que as intervenções de terapia sexual, reduziram a gravidade dos sintomas e melhoraram a satisfação sexual, em mulheres com transtorno orgásmico. Baseado em uma revisão sistemática de 34 estudos de ensaios clínicos randomizados, mas com limitações metodológicas, pela heterogeneidade clínica (134). Em outra revisão sistemática, com 15 estudos (ensaios clínicos randomizados), resultados semelhantes foram encontrados. A eficácia da terapia sexual (que usava o conceito derivado de Masters e Johnson ou um programa de tratamento cognitivo-comportamental) foi avaliada, para disfunção sexual feminina, em 1.209 mulheres. Ambas abordagens mostraram melhora significativa, em comparação com o grupo controle (135).

O *International Society for the Study of Women's Sexual Health* desenvolveu diretrizes para o manejo desejo sexual hipoativo (HSDD) baseadas em evidências. O algoritmo foi desenvolvido usando metodologia de Delphi, consenso entre os 17 painelistas internacionais. O comitê recomenda a utilização de avaliação biopsicossocial, facilitar a abordagem inicial com manejo de fatores potencialmente modificáveis, o tratamento com psicoeducação e a terapia sexual. A terapia sexual engloba: terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental e atenção plena. Faz parte desta abordagem que deve sempre iniciar com recursos não medicamentosos, a fisioterapia pélvica. Esta, é freqüentemente necessária para

tratar problemas específicos, especialmente hipertonia do assoalho pélvico (vaginismo) ou dispareunia (136).

No que se refere à terapia farmacológica deve ser restrita a mulheres que preenchem os critérios diagnósticos para uma disfunção sexual (um problema sexual persistente ou recorrente e que cause sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal). Dentro destes critérios, considerar que a disfunção sexual é assim definida, quando forem descartadas outras condições médicas ou psiquiátricas gerais (por exemplo, ansiedade e depressão); efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou medicamento ou DSF onde as intervenções não farmacológicas, se mostraram ineficazes (1)(56).

Para terapia hormonal em mulheres na pós-menopausa, com problemas sexuais, não associados a sintomas vasomotores, recomenda-se o uso de terapia com estrogênio sistêmico (Grau 1A). O tratamento com estrogênio sistêmico pós-menopausa ou com estrogênio/progesterona é uma opção para mulheres com sintomas vasomotores, e também contribui para a melhora da disfunção sexual. O tratamento da dispareunia ocorrida pela atrofia vaginal hipoestrogênica, geralmente na pós menopausa, pode ser tratada com lubrificantes vaginais, hidratantes, terapia de estrogênio vaginal ou ospemifeno (modulador seletivo do receptor de estrogênio oral (129).

A terapia hormonal inclui o uso *off-label* de testosterona em mulheres pós-menopáusicas com desejo sexual hipoativo, que é apoiado por dados, mas não aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) (138). Uma metaanálise da Cochrane sugere que a adição de testosterona aos regimes de terapia hormonal melhoram os escores de função sexual e frequência sexual para mulheres na pós-menopausa(137). Para estes casos, sem resposta a terapia não farmacológica, a testosterona pode ser benéfica em algumas mulheres, recomenda-se cuidado quanto às contra-indicações. A paciente deve estar disposta a aceitar os possíveis efeitos colaterais androgênicos e ser aconselhada que esta terapia não é aprovada pela FDA dos EUA devido à falta de dados de segurança de longo prazo. Para mulheres na pré-menopausa com disfunção sexual, não é preconizada a terapia com andrógenos. No entanto, quando recomendada, o uso tópico de 1% de testosterona creme ou gel (0,5 gramas por dia) tem a menor probabilidade de resultar em dosagem excessiva (129).

Quanto à terapia não hormonal, o único agente do sistema nervoso central atualmente aprovado pela FDA dos EUA para o desejo hipoativo é a flibanserina em mulheres na pré-menopausa. A terapia hormonal inclui o uso *off-label* de testosterona em mulheres pós-menopáusicas com desejo hipoativo, que é apoiado por dados, mas não aprovado pela FDA(138). A flibanserina é um agonista / antagonista do receptor de serotonina de ação

central usado para tratar o desejo hipoativo feminino. Os resultados foram modestos, e o medicamento está associado à alguns efeitos adversos: sonolência, tontura, hipotensão ou síncope. Ainda, as mulheres em uso de flibanserina não devem consumir álcool ou inibidores da CYP3A4 (fluconazol) (138).

Para mulheres com transtornos de excitação ou orgasmo associadas ao uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) o tratamento com um inibidor da fosfodiesterase (sildenafil) pode ser eficaz. Este medicamento pode estar associado a melhora do orgasmo e satisfação sexual em mulheres com disfunção sexual com base em revisão sistemática, de 14 estudos randomizados comparando o sildenafil sozinho ou em combinação com testosterona vs. placebo; mas limitada pela heterogeneidade clínica (139).

A bupropiona pode ser um tratamento eficaz para a disfunção sexual em mulheres com ou sem depressão associada (140). Não há dados de alta qualidade demonstrando a segurança ou a eficácia de suplementos fitoterápicos vendidos sem receita médica para disfunção sexual.

Enfim, ainda há poucos recursos medicamentosos com eficácia comprovada para tratamento de DSF. Recursos não farmacológicos, como terapia sexual e fisioterapia, tem sido promissores. A associação de ambos na perspectiva multidisciplinar é recomendada. Mais estudos são necessários, para avaliar a eficácia de combinações medicamentosas que possam contribuir de forma relevante na função sexual feminina (130).

## 3.6 OS TESTES UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE DSF

### 3.6.1 Introdução

Ao tratarmos do tema das disfunções sexuais femininas, observar sua alta prevalência e as dificuldades de abordagem e diagnóstico, na prática clínica, sabemos que as dificuldades são inúmeras. Entre elas, tabus, crenças errôneas, questões de gênero, até a falta de formação profissional. Estes aspectos “retroalimentam”, as vezes de forma velada, a invisibilidade da sexualidade feminina. Os instrumentos podem ser uma das alternativas na quebra inicial de barreiras, e podem contribuir efetivamente para melhorar a abordagem, o entendimento e a visibilidade da saúde sexual das mulheres.

Por outro lado, a investigação da função (e disfunção) sexual feminina tem aumentado nos últimos anos e, conseqüentemente, a necessidade de instrumentos de confiança, validados, para monitorar alterações na função sexual, inclusive, induzidas por tratamentos.

### **3.6.2 Sobre a importância de perguntar sobre (dis)função sexual e como os testes podem ajudar**

Vários autores sugerem que a utilização de instrumentos facilitaria a resolução de algumas barreiras, uma vez que proporciona o início de um diálogo. Os testes auto administrados podem fornecer, potencialmente, informações mais sensíveis e precisas na medição de aspectos complexos e subjetivos da função sexual das mulheres (141). As ferramentas de rastreio básicos são essenciais na avaliação e tratamento das mulheres. No entanto, a literatura relata a falta de testes validados e padronizados que podem ser adequadamente utilizadas em diferentes países e culturas, independentemente de uma mulher ter um parceiro e de sua orientação sexual (16).

A importância de perguntar sobre a função sexual foi demonstrada, por exemplo, no estudo que entrevistou mais de 1000 mulheres atendidas em uma consulta de atenção primária. Das entrevistadas, 86% relataram uma ou mais preocupações sexuais, mas apenas 18% dos médicos perguntaram sobre saúde sexual (142).

Um estudo alemão, dos autores Hartmann e Burkart, (2006) observou estratégias para otimizar o diálogo sobre a disfunção sexual em consultório médico. De acordo com os dados, o uso de um instrumento aumentou a frequência de diagnóstico DSF de 2% para 42% (143). Os resultados também sugerem que a maioria dos pacientes respondem positivamente sobre o inquérito das queixas sexuais. Os mesmos pesquisadores fizeram um estudo mais aprofundado, que investigou a comunicação médico-paciente e descobriram que o uso de um pequeno questionário é uma ferramenta útil para superar as barreiras, tais como vergonha ou pudor, em qualquer paciente ou mesmo do médico, o que contribuiu no início da discussão, para ambas as partes. Eles sugerem que questionários devem ser usadas "deliberadamente, em vez de forma restritiva" mas também que o médico deve ser proativo e criar uma atmosfera de aceitar as ferramentas de abordagem e que isso pode ser feito sem ser intrusivo (144).

Segundo uma revisão da literatura (10), os instrumentos deveriam ser utilizados como facilitadores na prática clínica para criar uma oportunidade de discutir sobre sexo e possivelmente diagnosticar a presença de DSF. Além disso, os instrumentos têm várias outras funções importantes no domínio da função sexual, por exemplo:

1. servem de ferramenta de avaliação para detectar e diagnosticar DSF
2. identificar e avaliar aspectos relacionados à função sexual.
3. avaliar de forma objetiva no que diz respeito à satisfação / ou problemas.

4. medir a mudança induzida pelo tratamento.
5. ser uma ferramenta de pesquisa.

### 3.6.3 As recomendações de um teste

O ideal procurado nos instrumentos utilizados para auxiliar no diagnóstico na área de sexualidade é a facilidade e a rapidez de administração e a capacidade de avaliar de forma multidimensional a função sexual, sendo o unidimensional recomendado apenas como instrumento complementar. Os testes apresentam, em sua maioria, critérios psicométricos básicos, de credibilidade e validade. Os testes mais utilizados foram desenvolvidos e são particularmente recomendados na pesquisa da disfunção sexual feminina, pois são de baixo custo e não intimidativos (132).

### 3.6.4 Sobre os testes mais utilizados e suas características

A grande maioria dos questionários empregados no estudo da DSF são instrumentos de auto-resposta, de fácil compreensão e breve administração (com tempo aproximado de aplicação em torno de 15 a 20 minutos). Em revisão da literatura LIMA SMRR *et al*, (2010), destaca sete testes breves mais utilizados, multidimensionais com o propósito de avaliar, pelo menos, três fases da resposta sexual humana, são eles: Quociente Sexual Feminino (QS-F), Estudo do comportamento sexual do Brasileiro (ECOS), *Brief Sexual Function Index for Women* (BSFI-W), *Female Sexual Function Index* (FSFI), *McCoy Sexual Scale* (McCoy) e o *Profile of Female Sexual Function* (PFSF) e o único unidimensional *Female Sexual Distress Scale* (FSDS) que foi feito para avaliar o grau de estresse sexual. Diferem entre si na variação do número de questões (7 a 37) (145). Somente o ECOS integra identificação e saúde geral, além da queixa sexual. O domínio preliminar só é contemplado no QS-F, BSFI-W e ECOS. E os distúrbios de dor não são mencionados no PFSF e no FSDS. O PFSF é para mulheres na menopausa. A composição dos resultados de todos testes pode ser dada por somatória de valores, ou também chamada teoria clássica, exceto o ECOS, que é por análise pontual das questões. Destes, os questionários nacionais eram o QS-F e o ECOS, os internacionais McCoy e FSFI, todos validados na língua portuguesa. Os internacionais não validados eram BSFI-W, PFSF e o FSDS (147)..

Segundo artigo de revisão, organizado pelo Comitê de Normas de membros da Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM), foram identificados 27 instrumentos nas

duas últimas décadas, para diagnóstico das DSFs, 13 deles considerados com melhores critérios. Estes, incluíam: ter uma avaliação geral da DSF, avaliação global da função/disfunção da sexualidade feminina, avaliação global do sofrimento sexual e avaliação da satisfação (inclusive sexual satisfação do parceiro, da vida e do tratamento). Entre estes 13 testes melhores, 7 foram classificados como Questionários sobre Função/Disfunção - que são: Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI), Derogatis Interview for Sexual Function (DISF/DISF-SR), Female Sexual Function Index (FSFI), Sexual Function Questionnaire (SFQ), Sexual Activity Questionnaire (SAQ-F), Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) e Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (16).

Estes testes, em geral, demandam um certo tempo, o que pode dificultar a inserção dos mesmos na prática clínica diária. Eles são formulados, geralmente, para especialistas em sexualidade ou para situações específicas, pesquisas ou controles pós tratamento; e muitos, não validados epidemiologicamente. Poucos tem versão de fácil aplicação e há uma falta de padronização internacional (16).

Entre os diferentes instrumentos para avaliar a DSF, um dos mais utilizados é o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (49). Este teste é um questionário de 19 itens que inclui seis domínios para a medir a função sexual feminina. Demora cerca de 15-20 minutos para completar e os itens são pontuados em escalas de *Likert*. O FSFI mostrou confiabilidade adequada de teste-reteste ( $r = 0.75-0.86$ ) e um excelente desempenho de consistência interna. (A de Cronbach = 0,89 a 0,95) (16).

O FSFI foi utilizado neste estudo como padrão ouro porque é um dos mais utilizados no mundo (147)(148) e validado no Brasil (149)(150). As autoras Brotto L e Basson R. (2000) argumentam que uma vantagem do FSFI é o fato de que o instrumento não está vinculado a um conceito teórico específico de desejo, (49)(50) sendo multidimensional e capaz de acomodar perspectivas teóricas alternativas (151).

Porém, a literatura têm destacado diversas limitações do FSFI. Uma, é a ausência de questões para avaliar *distress* (152); outra, a ausência de questões para definir vaginismo. Face às limitações, a recomendação é de que este instrumento fosse utilizado na prática clínica para medir sintomas gerais de gravidade da disfunção sexual (16). Segundo Forbes (2014), são identificados problemas de mensuração e psicometria, nas dimensões que abordam excitação e desejo(153). Estas colocações são rebatidas por Rosen *et cols.*(2014), dadas às deficiências da amostra da pesquisa realizada pela internet, não representativa da população australiana, o que impede extrapolação dos resultados (152).

Outras críticas ao teste FSFI, tanto em sua versão longa quanto curta, é o fato de que estes, adotam uma perspectiva heteronormativa (16). Puppo (2012), corrobora ao referir que estes testes avaliam de forma predominante o grau de lubrificação e facilidade de penetração, sem valorizar o orgasmo clitoridiano (154). Este autor reitera que o FSFI-19 e o FSFI-6 não deveriam ser usados para avaliar DSF, visto que suas questões sobre a diminuição do desejo e incapacidade de atingir o orgasmo estão associadas ao coito, valorizando o intercurso sexual pênis-vagina (155)(156);

Outros testes breves e validados avaliados pela literatura, com número semelhante ou menor de questões que o FSFI, por exemplo, foram considerados com bons critérios, pois avaliam várias dimensões da sexualidade e são auto aplicáveis, mas nem sempre destinados para qualquer orientação sexual (16)(147).

A saúde sexual deveria ser questionada de rotina e centrar-se na simplicidade, demorar pouco tempo para a execução. Foi pensando nisso que Giraldi *et al* (2011), desenvolveu um *screening* para as queixas sexuais, através de um documento padrão, como uma triagem para mulheres *Sexual Complaints Screener for Women* (SCS-W), com 10 questões (16). Há ainda, estudos que defendem fazer uma única e ampla pergunta sobre a vida sexual(157)(158).

Kriston *et al*, (2010) também desenvolveram uma ferramenta de rastreio breve chamado o STEFFI-2 para ser utilizado no atendimento de rotina. Versões curtas e completas foram testadas e mostraram um bom desempenho diagnóstico. Nesse sentido a escala Arizona de experiência sexual (ASEX) também foi desenvolvido com apenas cinco questões que avaliam sobre saúde sexual, mas utilizando para seu desenvolvimento teoria clássica dos testes e como forma de avaliação escala Likert. Ambos sistemas, em teste tão breve, podem inferir importância à uma determinada questão em detrimento de outra e ou trazer imprecisão ou subjetividade nos resultados das respostas, respectivamente. (159) Concluiu-se que o uso de questionários tem valor, mas motivar o médico para usá-los rotineiramente exige mais reflexão. Além disso, testes devem ser elaborados com criticidade e recursos técnicos que ampliem a eficácia dos mesmos. Estudos também indicam, que os médicos ainda precisam ser adequadamente treinados para lidar efetivamente com a descoberta de uma(152).

Sabemos que as DSFs podem ter um impacto negativo sobre o bem-estar das mulheres e também ser um sintoma precoce de uma doença subjacente, daí a relevância dos instrumentos para identificá-las. Segundo esses autores, muitos profissionais de saúde não abordam sobre sexualidade, conseqüentemente, as mulheres não têm a oportunidade, para expressar suas preocupações sexuais ou acessar serviços adequados. Em contrapartida, a avaliação de questionários para DSF atualmente disponíveis sugere que muitos, são

inadequados para uso na prática clínica rotineira. Isso de dá, porque tomam muito tempo ou porque são focados para especialistas. Em decorrência desta questão, autores do teste STEFFI-2 consideram que um teste rápido, pode ser um ponto de partida adequado. Evidências sugerem que isso facilitaria a discussão de assuntos sexuais entre o profissional de saúde e as mulheres aumentando a probabilidade de diagnóstico de DSF(153).

Em suma, vários testes de triagem mostraram características diagnósticas promissoras. A constatação de que instrumentos mais curtos podem ser tão precisos quanto os mais extensos não é novidade. Mais de 30 anos atrás Plouffe (1985), já indicou que um questionário simples seria tão eficaz quanto investigação detalhada na detecção de um problema sexual (160).

### **3.6.5 Considerações controversas**

Um dos focos no desenvolvimento destes instrumentos ocorreu no contexto de um mercado interessado em medidas para avaliar a eficácia de medicamentos em estudos, que cumpram os requisitos estritos do Estados Unidos FDA (161)(157).

Ao problematizar sobre este tema, alguns autores postulam que DSF é uma invenção que abre o caminho para a indústria farmacêutica para medicalizar a sexualidade das mulheres e criar uma necessidade desnecessária para a farmacoterapia (162). Apesar de considerar que esta visão medicalizada e regulatória da sexualidade não está de acordo com investigações epidemiológicas éticas, observa-se que muitos questionários agregando a prevalência de DSF e suas consequências são construídos em cooperação com indústrias farmacêuticas, para demonstra benefícios de um tratamento. Em contrapartida, um crescente corpo de literatura epidemiológica sobre a função sexual das mulheres e suas disfunções sublinhou a relevância na saúde sexual global e bem-estar (163).

Outra questão que se enfrenta no desenvolvimento de instrumentos válidos para a avaliação da DSF são as mudanças que ocorrem na forma como os diferentes componentes são definidos em relação aos manuais de diagnóstico, tais como DSM5 ou a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, a angústia/sofrimento pessoal ou interpessoal, foi acrescentada como um critério para DSF (100)(102)(164).

Outro desafio para o clínico ou pesquisador é selecionar o instrumento apropriado entre o número de medidas disponíveis na avaliação de DSF. A necessidade de testes para diagnosticar uma queixa sexual, que seja validado, conduziu à geração de muitos questionários de auto-relato, alguns gerais, outros, mais específicos. Os ensaios clínicos,

muitas vezes geram e utilizam o seu próprio questionário, cada um com um foco diferente. Isso pode trazer limitações, na comparação dos resultados entre os ensaios (165).

### 3.6.6 Considerações finais sobre a utilização de testes

Uma revisão abrangente dos instrumentos disponíveis e recomendados, torna-se particularmente importante; na medida em que estudos têm mostrado que a ocorrência relatada de DSF varia substancialmente dependendo do instrumento utilizado. Nesse sentido, para abordar a necessidade de uma crítica global e a avaliação de instrumentos desenvolvidos para avaliação sexual, o Comitê de Normas da Internacional Sociedade de Medicina Sexual (ISSM) tem se dedicado a este assunto, com a criação um Subcomitê de DSF. Os mandatos a este respeito são (16):

- Revisão de questionários utilizados na medicina sexual feminina e fornecer informações sobre os pontos fortes e limitações dos instrumentos selecionados e sua possível utilização, com foco em sua utilidade na clínica diária.
- Propor um instrumento de rastreamento simples para DSF para uso diário na prática clínica, com o objetivo de identificar questões que poderiam ser potencialmente úteis para os clínicos que desejam selecionar DSF em suas práticas.

Portanto, apesar das considerações de diferentes interesses e mudanças em nomenclatura e critérios, que podem interferir nos questionários utilizados, estes desempenham um papel importante na pesquisa e prática clínica. Constituem uma ferramenta de diagnóstico, mediação de mudanças ou ainda uma forma prática de pesquisa.

No entanto, mesmo que breves, o fato de termos a disponibilidade de instrumentos, não parece suficiente. As inibições dos médicos e a “provável” ansiedade em relação às reações das pacientes, configuram barreiras, ao abordar problemas sexuais. Além de desenvolver instrumentos de diagnóstico, é necessário pensar formas de motivar os profissionais de saúde para usá-los e implementá-los na rotina. E ainda mais relevante, um teste de *screening* podem ajudar na abordagem inicial, mas não pode substituir uma história sexual completa do caso (16). Além disso, profissionais devem estar treinados para lidar com as consequências de um instrumento, indicando disfunção sexual (166) (167).

## 3.7 A ABORDAGEM DA SAÚDE SEXUAL

### 3.7.1 Vantagens e Barreiras na abordagem sobre sexualidade

Muitas mulheres não têm acesso aos cuidados de saúde sexual por não terem a oportunidade de falar sobre suas preocupações sexuais com os profissionais da saúde. No estudo de Moreira et al. (2005) que envolveu uma amostra de 27.500 homens e mulheres de 40-80 anos, em 29 países, apenas 9% foram questionados sobre sua saúde sexual durante as visitas médicas de rotina ao longo de três anos de seguimento (95).

Embora aproximadamente 40% das mulheres referem problemas sexuais, especialmente disfunções de desejo, há numerosas barreiras profissionais, práticas e pessoais para seu diagnóstico e manejo por clínicos (13). Abdolrasulnia M. et al, (2010), demonstrou as percepções e barreiras de clínicos gerais e ginecologistas, para abordar sobre sexualidade (8). Estes profissionais alegavam, entre as dificuldades, a falta de terapias efetivas, percepção de discordância de gênero na relação médico-paciente, número de pacientes vistos por semana, percepções em relação a educação médica continuada e experiência prática, sendo estes dois últimos, fatores significativos e preditores independentes (8)(14).

De acordo com Alarcao et al, (2012) o papel dos médicos generalistas no diagnóstico e manejo das disfunções sexuais é fundamental, apesar de ser um tema pouco explorado nos estudos científicos. Em seu estudo que envolveu a realização de 50 entrevistas com clínicos gerais, a formação médica é considerada insuficiente para abordar as questões de saúde sexual. Os entrevistados alegam ainda, como barreiras, o tempo que costumam levar para a coleta das questões sexuais, a falta de treinamento acadêmico e de experiência, na área. Em conclusão, também neste estudo, estes médicos generalistas expressaram a necessidade de treinamento contínuo para efetivamente estabelecer diagnóstico nesta área. No estudo os autores avaliam a participação em programas de treinamento, ressaltando que o que mais auxiliou no processo foi: prover informação sobre o impacto, demonstrar a efetividade dos tratamentos, proporcionar recursos de referências e oportunizar a prática de retorno facilitado de perguntas. O aumento significativo da motivação dos profissionais, para atender as reclamações de problemas sexuais, foi demonstrado (10).

Em um estudo de seguimento, no mesmo contexto, com entrevistas de profissionais médicos, da atenção primária, apenas 15,5% destes, referem que questionam suas pacientes sobre DSF. Os principais motivos para a abordagem, quando ocorria, foram: ter diabetes (84,0%), ter prescrito medicamentos com efeitos adversos na sexualidade (78,0%) e planejamento familiar (72,0%). Este último motivo, foi significativamente mais frequente para os profissionais com mais de 20 anos de prática. A história de rotina sexual (22,0%)

aparece como um dos motivos menos mencionados. O percentual de consultas com exploração ativa das DSFs, foi positivamente associado à consulta das diretrizes. A falta de tempo (31,6%) e a baixa acessibilidade (25,0%) foram apontadas como as principais razões para não consultar as diretrizes (168).

Alguns autores exploram o valor de questionários e ou protocolos simplificados na rotina da prática clínica, para facilitar a discussão sobre questões sexuais e acessar as queixas, nessa área. Identificam que a aplicação de testes, pode fornecer uma abordagem eficaz para lidar com aspectos complexos da disfunção sexual feminina. Os instrumentos e protocolos aumentaria a competência de um médico no manejo inicial, da consulta de mulheres com problemas sexuais. Consideram ainda que o diálogo sobre saúde sexual pode impactar a qualidade de vida e a saúde em geral, das mulheres (10)(133).

Em um artigo de revisão, integrado com a opinião de especialistas, que resultou em um Guideline, os autores referem que a história sexual é a “pedra angular” da prática da medicina sexual, e deveria ser incorporada, em todo encontro com um novo paciente, sempre que possível. Sugerem que se pergunte, ao menos, uma ou duas questões, tais como: Como está sua vida sexual? Você tem algum problema que gostaria de discutir? E concluem dizendo, que todos os pacientes deveriam ser providos de oportunidade franca e aberta, nas questões que preocupam sobre sexualidade, conduzidas em uma atmosfera de sensibilidade e respeito (159).

Corroborando no tema, a revisão de Clegg M, Towner A e Wylie K, (2012) que explora o valor potencial dos questionários na rotina da prática clínica, para acessar as DSFs. Identifica que a aplicação dos mesmos poderia aumentar a competência de um médico, em seu manejo inicial, na consulta de mulheres com esses problemas. Isto encorajaria o diálogo sobre saúde sexual, mudaria, a qualidade de vida, e melhoraria a saúde em geral. Os autores ressaltam que as DSFs podem causar um impacto negativo no bem estar de mulheres e podem ser um sintoma precoce de doença subjacente. Reiteram que evidências sugerem que a discussão deveria ser facilitadora entre profissionais de saúde e mulheres e as DSFs seriam melhor diagnosticadas. Portanto, recomendam fortemente, mais pesquisas na área e tecem considerações que dizem respeito a treinamento efetivo dos profissionais para a abordagem em sexualidade, sobre a relação custo-benefício de se fazer diagnóstico precoce. Lembram que a manifestação pode ser subclínica e discorrem sobre a necessidade e o benefício de utilizar um instrumento de *screening* para detectar DSF na prática clínica diária (10).

Hartmann e Bukart, (2006) demonstraram que o uso de um instrumento aumentou a frequência de diagnóstico de DSF de 2% a 42% (146). Os resultados sugerem que a grande

maioria dos pacientes respondem positivamente sobre o inquérito das queixas sexuais. Estes autores observaram ainda que questionários devem ser usados deliberadamente, e não de forma restritiva, e que o médico deveria ser pró ativo utilizando ferramentas de acesso. Defendem que o uso de um pequeno questionário é uma ferramenta útil para superar as barreiras, tais como vergonha ou pudor em pacientes ou médicos, o que contribuiu para iniciar a abordagem, para ambas as partes (147).

A educação para médicos em formação na área de ginecologia e obstetrícia foi avaliada em dois estudos nos EUA, comprovando a falta de treinamento dos mesmos. Foi demonstrado que estratégias didáticas adicionais na área de saúde sexual feminina, baseada em evidências, foram atividades que aumentavam o conhecimento dos profissionais e confiança na abordagem e tratamento de questões sexuais (169). A partir de um instrumento auto administrado enviado para 966 médicos membros da sociedade de uroginecologia, nos Estados Unidos da América e no Canadá, observou-se que 68% dos médicos estavam familiarizados com questionários para avaliar a DSF, no entanto apenas 13% disseram usá-los para fins de triagem. Apesar de 42%, considerar importante a abordagem apenas 22% dos médicos entrevistados afirmaram que sempre o fazem, e 23% admitiram que nunca ou raramente realizam a triagem. Diversas barreiras à triagem para o DSF foram citadas, sendo a mais comum a falta de tempo. A maioria dos entrevistados (69%) subestimou a prevalência de DSF, em sua população de pacientes. Mesmo considerando que mais da metade dos entrevistados tenham recebido treinamento, 50% deles afirmaram que o treinamento com relação à DSF foi insatisfatório, enquanto apenas 10% estavam satisfeitos. No geral, muitos uroginecologistas não rastreiam consistentemente as DSFs, subestimam sua prevalência e sentem que receberam treinamento insatisfatório (170)

Estudos sobre o tratamento das queixas sexuais em um ambiente médico descobriram que os ginecologistas e médicos de família são os mais propensos a serem consultados por um problema sexual. Identificaram ainda que a paciente não traz o problema caso perceba que seu médico não tem habilidade para tratar do tema (144) (171) Os pacientes alegam medo de discutir problemas sexuais com seus médicos pois acreditam que os profissionais podem considerar embaraçoso. Reações típicas de um médico despreparado para ouvir queixas sexuais incluem silêncios embaraçados, desinformação, a imposição de valores pessoais, uma expressão de choque ou surpresa, aparente tédio ou preocupação, desqualificação e depreciação do fato (172) (173).

Há muitas razões para um profissional médico não conseguir lidar frente as preocupações sexuais de sua paciente. Em uma população de pacientes mais idosas, os

médicos podem pressupor que não há vida sexual ativa, e visualizá-los como assexuados ou incapazes de sustentar uma relação sexual. O médico pode experimentar também, ansiedade, ao se confrontar com suas próprias questões ou conflitos sexuais, diante das reclamações de seus pacientes (172).

Diferentes considerações sobre a abordagem em saúde sexual estão implicadas em temas adjacentes. Os tabus, por exemplo, relacionados à sexualidade são comuns e podem impedir que as mulheres procurem profissionais e peçam ajuda sobre seus problemas sexuais (174). Estas crenças podem estar presentes tanto nos profissionais e como nos paciente durante a consulta médica. (175)(176)(177)

Outra questão é considerar que o diagnóstico precoce de doença sexual pode servir como sentinela para considerar o surgimento posterior de uma doença cardiovascular, dislipidemia ou diabetes mellitus. E fatores tais como: uso de drogas, medicamentos, depressão, doenças endocrinológicas, cirurgias e traumas na região pélvica são frequentemente associados a dificuldades sexuais em mulheres (13)(142).

Todas essas situações mencionadas e tantas outras, podem estar relacionadas a queixas sexuais, e exigir intervenções de abordagem interdisciplinar (178).

Como a porta de entrada mais comum para essas queixas, são os profissionais da área médica, estes devem estar cientes do problema psicossocial. Eles também devem se educar sobre as etiologias médicas e potenciais tratamentos disponíveis para mulheres com queixas de função sexual. O fluxo de pacientes com estas queixas deve aumentar e os médicos precisam reconhecer a sexualidade com a mesma importância que suas pacientes, já o fazem (172).

Enfim, a abordagem e o diagnóstico em sexualidade podem melhorar com estratégias de educação continuada, treinamento e a aplicação de testes. De acordo com a literatura, os instrumentos breves ampliam o percentual de diagnóstico e contribuem para iniciar a abordagem, nesta área. Os testes, tem sido uma das recomendações, de vários estudos. enquanto estratégia para superar as barreiras mencionadas, tais como vergonha ou pudor em pacientes ou médicos, ou ainda, falta de tempo e de treinamento, por parte dos profissionais (10) reitera que a história sexual é importante e relevante na medida em que facilita a sensação do paciente de se sentir compreendida por seus profissionais de saúde e é provável que fortaleça a aliança terapêutica com o seu médico. A história sexual é o início de um processo que pode resultar em início de tratamento, recomendações ou simplesmente um apoio à paciente ao considerar medidas a serem tomadas em seu relacionamento (146)(147)(159).

A medicina está cada vez mais preocupada em como melhorar a abordagem de problemas de função sexual e obter uma avaliação científica adequada. A falta de base de conhecimento para tratar eficazmente esses problemas pode explicar, em parte, essa falta de compreensão, por parte dos profissionais, e a falta de vontade de muitos para lidar com questões sexuais. Pesquisas adicionais devem ser realizadas nesta área, bem como avaliações oportunas do que realmente está acontecendo na medicina, escolas e pós- formação profissional em torno da saúde sexual. Tratamentos potenciais estão cada vez mais disponíveis, as mulheres buscando ajuda, cada vez mais, para o exercício de uma plena vida sexual (172).

### 3.8 TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM (TRI)

#### **3.8.1 O conceito da metodologia TRI**

A Teoria de Resposta ao Item (TRI), é uma metodologia empregada em testes em diferentes áreas. A TRI é diferente da Teoria Clássica dos Testes (TCT) porque investiga as características de um item diante de suas respostas. Enquanto que na perspectiva da TCT, a avaliação ocorre a partir do teste como um todo, ou mediante determinada população estudada. Sendo assim, a metodologia TRI é baseada na análise de itens que compõem um teste. A partir dessa premissa, podem ser criados escores que conseguem prever a probabilidade de uma determinada resposta ocorrer. A acurácia é melhor do que qualquer outro método. Esta teoria auxilia e não necessariamente compete com as limitações da teoria clássica, acrescentando novos recursos na área psicossocial (179).

A TRI é um conjunto de modelos matemáticos que conseguem demonstrar através das respostas à determinados itens, que quanto maior a aptidão para algo, maior a probabilidade do indivíduo de se encontrar em determinada posição, em relação àquilo que está sendo medido (179).

Segundo Pasquali (2003), este modelo também conhecido como teoria do traço latente, relaciona um item (ou variável) à traços ou características de uma hipótese. Este item é como se fosse um estímulo para que provoque no indivíduo que está sendo analisado, uma resposta. Esta resposta está de acordo com a habilidade que está sendo testada. Desta forma, diz-se que o traço ou característica do item é a causa e a resposta é o efeito. Mas, para isso é necessário que criemos uma hipótese à ser testada. Algo que faça relação entre as respostas e o que queremos medir (180).

Cabe ressaltar que o principal da TRI é que ela dá maior relevância ao item, sem considerar os escores totais; portanto, as conclusões não dependem do paradigma do instrumento como um todo, ou mesmo da população estudada, mas de cada item que compõe um teste, sendo avaliados de forma isolada (181).

Assim, a partir de um conjunto de variáveis hipotéticas, denominados traços latentes, a partir deste modelo, podemos prever a habilidade de um indivíduo em relação à uma medida criada, ao responder à um ou mais itens de um teste. É também chamada de modelagem latente (180).

Vários autores corroboram no conceito deste modelo que consegue estimar uma habilidade, a partir das respostas de um indivíduo. Diferente da TCT, onde as estatísticas dependem da população estudada e ou do teste como um todo, na TRI é criada uma medida (ou conceito) com as características que foram obtidas através das respostas aos itens, no processo estatístico de "calibração" e detecção desses itens que se apresentaram como discriminatórios (179)(182).

Dá-se o nome de Curva Característica do Item (CCI), quando há uma modelagem da probabilidade de prever uma determinada resposta à um item, em relação à uma medida estudada, através de uma função não linear (logística) do conhecimento das respostas. A CCI é utilizada na TRI, para demonstrar o funcionamento de um item e o seu poder discriminatório (179)(182).

Muraki (1993) reafirma que desse modo, os parâmetros alcançados dos itens relacionam-se aos indivíduos, ou seja, existe um nexos das respostas, com o nível do que se quer medir. Segundo o autor, deve existir uma coerência matemática nesses quocientes dos referentes itens, com a medida criada; à essa ligação dá-se o nome de Curva Característica do Item (183).

Portanto essas curvas respaldam a relação entre um item e a medida que está sendo avaliada, pois na visão desta teoria, esses itens constituem a expressão comportamental que o indivíduo expressa na forma de resposta. Isto é, se há uma probabilidade maior ou menor de uma determinada ocorrência, diante da posição que esse indivíduo ocupa, em relação ao que está sendo medido (sua habilidade), é esperado que o aclave/declive da curva representativa dessa discriminação, possa nos prever sobre a habilidade do indivíduo (180).

Quanto maior esse poder discriminatório, mais o item é capaz de distinguir entre os indivíduos. A metodologia TRI é portanto útil, para elaborar um instrumento de medida, e serve para medir um traço latente (uma hipótese). No caso deste estudo, serviu para a criação de um "nível de função sexual feminina".

### **3.8.2 Vantagens da TRI**

Ao discutir sobre os prováveis progressos na psicometria, a partir do uso da TRI, em relação à TCT, autores argumentam que as características de discriminação dos itens são independentes, em relação à amostra estudada e que o comportamento a ser medido é independente do teste. Além disso, a TRI permite conectar os itens de um instrumento com a aptidão do indivíduo para a medida criada (179)(183).

A partir dessa metodologia pode ser desenvolvido um instrumento específico, onde inicialmente são avaliados variáveis de um banco de dados. Dessas variáveis, é realizada a construção de um teste, a partir de um referencial teórico. Para o conjunto de itens, que compõe um teste proposto, e isso é ajustado ao Modelo de Crédito Parcial Generalizado, da Teoria de Resposta ao Item (TRI) (183).

A TRI é um modelo que vem aperfeiçoando o construto de instrumentos e a melhora de instrumentos já validados por métodos clássicos. Vários pesquisadores se utilizam dessa metodologia na revisão e elaboração de critérios diagnósticos, adotados por exemplo, no DSM5 (56)(184).

### **3.8.3 Os parâmetros relacionados aos itens**

A literatura cita parâmetros de discriminação e gravidade que relacionam-se aos itens, e em relação aos indivíduos, para caracterizar o modelo TRI. A discriminação mostra a importância de cada item ao medir o atributo oculto ou a quantidade de informação que este item traz, para a estimativa do nível da medida criada (183) (185).

Os itens devem ter, alta discriminação (em geral maior que 1). Portanto, estes modelos de TRI, apresentam formas de representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item e seu traço latente ou habilidade, ser avaliado, pois não pode ser observado diretamente (179).

A TRI supõe que existe no indivíduo (habilidade/comportamento) uma qualidade subentendida, relativo a uma característica desse indivíduo (com menor ou maior gravidade). Isto pode ser entendido, como um construto. O nível dessa peculiaridade velada do indivíduo, (por exemplo: nível de habilidade na funcionalidade sexual, etc) permite estimar se este indivíduo responderá positivamente ou não a um determinado item, estabelecendo para cada

item uma probabilidade de resposta relacionada à presença (ou intensidade) da condição avaliada (186).

### 3.8.4 A representação de uma medida

Para entendermos melhor o pressuposto do modelo TRI, consideremos que a medida criada para avaliar uma hipótese não observável, tem uma média zero e desvio padrão 1. Isto quer dizer que um valor negativo da medida representaria o quanto se está abaixo da média (que é zero), ou seja, mais “doente”. No caso de um valor positivo demonstra-se por exemplo, o número de desvios padrões acima da média, ou, mais “saudável”. Esta medida a partir do conjunto de itens calibrados, pelo modelo TRI, é comparada à uma régua (183). (Figura 1)

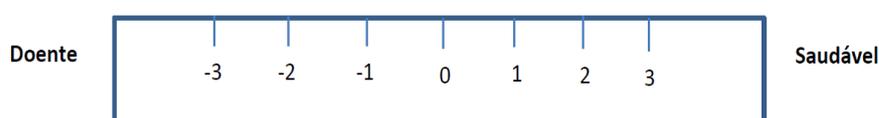


Figura 1. Representação gráfica da medida.

### 3.8.5 As suposições para adequabilidade do modelo TRI

O modelo TRI, para ser considerado adequado, tem duas suposições: a unidimensionalidade e a independência local, ambas relacionadas (187). A unidimensionalidade concorda que há uma habilidade preponderante a ser avaliada, responsável pela performance num conjunto de itens de um teste (180). Esta ocorre através do procedimento de Análise Paralela (188) e pode ser viabilizada no pacote estatístico Statistical Analysis System uso do SAS (189).

A Independência local refere que as respostas são independentes, do ponto de vista estatístico. Isto significa que a performance do indivíduo num item não o altera em outro. A seqüência de respostas a um conjunto de itens é o produto das probabilidades de cada item individual. Desse modo, a independência local nos diz que em indivíduos com uma determinada habilidade, a probabilidade de resposta aos itens ou ao seu produto, é a mesma (180).

### **3.8.6 O que esperar da metodologia TRI**

Os resultados obtidos, por esta metodologia, podem indicar se o teste apresenta uma boa capacidade de discriminar aquilo que queremos medir. Ou seja, se ele é capaz de identificar qual é a probabilidade de uma ocorrência (desfecho) se apresentar ou não, podendo ser útil, inclusive, quando se busca identificar indivíduos com nível intermediário, onde um diagnóstico é mais difícil (179)(183).

Enfim, segundo Sartre (2013) a utilização do modelo TRI se justifica quando pensamos em elaborar instrumentos breves, pois profissionais alegam pouco tempo e muita demanda, para aplicação de instrumentos longos na prática clínica. Logo, ao analisar itens na construção de um instrumento, essa técnica pode ser aplicada para avaliar as características de discriminação e sinalizar, os melhores itens (186).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Validar um instrumento rápido capaz de aferir diferentes domínios da função sexual das mulheres, de forma breve, prática e factível, para que possa ser utilizado com boa adesão, por médicos não especialistas na área de sexualidade.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um instrumento breve e sensível para medir a função sexual feminina;
- Comparar o instrumento rápido proposto com o instrumento considerado padrão-ouro;
- Avaliar a concordância e reprodutibilidade do instrumento, quando aplicado por médicos de família, ginecologistas e sexólogos;
- Mensurar a confiabilidade, precisão, sensibilidade e acurácia do instrumento rápido.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora. 2014.
2. Cavalcanti, R; Cavalcanti, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2006. - 3.ed. - Editora Roca.
3. Masters, W.H. ; Johnson, V.E. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little. 1970.
4. Kinsey, A.C. et al. Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders. 1953.
5. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. Arch Sex Behav. 2006. 35:145–61.
6. Ronald SW, Lewis KS, Fugl-Meyer B, Axel R, Laumann E.O et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. The Journal of Sexual medicine. 2004. July; volume (1), 35–39.
7. Peixoto M, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. Journal of Sex Marital Therapy. 2015.41(2): 169-80.
8. Abdolrasulnia, M., et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. Journal of sexual medicine. 2010 7(7): 2499-2508.
9. Abdo, CH et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ecos) do brasileiro. 2002.
10. Clegg M, Towner a, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? J sex marital ther. 2015. 41(2):169-80.
11. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med. 2012. 9: 2508–2515.
12. Campbell MM, Stein DJ. Sexual dysfunction: a Systematic review of south african research. S Afr Med J.2014. 104(6): 440-4.
13. Clayton, AH, Balon, R. Continuing medical education: the impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: the evidence and management (cme). The Journal of Sexual Medicine. 2009.v. 6, n. 5:1200-1211.
14. Ishak, Izan H.; Low, Wah-Yun; Othman, Sajaratulnisah. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. The Journal of Sexual Medicine. 2010. v. 7, n. 9, p. 3080-3087.

15. Blair, B., et al. Improving women's sexual health: a quantitative evaluation of an educational intervention for healthcare professionals. *Sex education-sexuality society and learning*. 2013. 13(5): 535-547.
16. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan e, Jannini EA, and Fugl-Meyer AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener. 2011. *J sex med*. 2011. 8:2681–2706.
17. Weeks, J. O corpo e a sexualidade. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo horizonte: autêntica. 1999. p35-82.
18. Foucault, M. História da sexualidade i: a vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e Ja Guilhon Albuquerque. Rio de janeiro, edições graal, 1988.
19. Laqueur, T. La fabrique du sexe. Paris : gallimard, 1992.
20. Bullough, V L, Bullough, B. The history of the science of sexual orientation 1880-1980: an overview. *Journal of psychology & human sexuality*. 1997. v. 9, n. 2; p. 1-16.
21. Giddens, A. A transformação da intimidade sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Unesp, 1993.
22. Bozon, M, Singly, F. Sociologie de la sexualité. Nathan. Paris. 2002.
23. Costa Salles A.C.T, Ceccarelli,P.R. A invenção da sexualidade. *Círculo psicanalítico de minas gerais. Reverso*. 2010. Set; vol.(32): 60.
24. Ceccarelli, PR. A patologização da normalidade. In: estudos de psicanálise. 2010. Rio de janeiro, julho, 33, p.125-136.
25. Pereira, MEC. Krafft-Ebing, psychopathia sexualis and the creation of the medical notion of sadism. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. 2009. v. (12), n. 2, p. 379-386.
26. Krafft-Ebing, R. Psychopathia sexualis: with especial reference to the antipathic sexual instinct: a medico-forensic study. Arcade publishing, 1998.
27. Ellis, Havelock. The psychology of sex. 1933. In:publisher: london: heinemann. Wellcome library.1946.
28. Hekma, Gert. A history of sexology: social and historical aspects of sexuality. 1991.
29. Weinmann, AO. Uma contribuição à história do movimento psicanalítico: a trajetória de Wilhelm Reich. *Psicologia: ciência e profissão*. 2002. v. 22, n. 3, p. 14-19; Andreas-salomé, lou. Carta aberta a freud. 2001.
30. Russo, JA, Carrara, SL. A psicanálise e a sexologia no rio de janeiro de entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. *História*. 2002. v. 9, n. 2, p. 273-290.
31. Freud, S (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud: Obras completas. Rio de janeiro: imago. 1976. Vol. Vii.

32. Lantéri Laura, G. Leitura das perversões: história de sua apropriação médica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor. 1994.
33. Giami, A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade?. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2005. v. 15, n. 2, p. 259-284.
34. Lou Andreas-Salomé: uma filósofa, psicanalista e escritora vanguardista. Por Elena de Oliveira Schuck. In Pacheco, Juliana (org.); *Filósofas: a presença das mulheres na filosofia*. Porto Alegre: Editora Fi. 2016.
35. Béjin, A. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. *Sexualidades ocidentais. Contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. São Paulo: Edit. Brasiliense. 1987.
36. Rohden, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos feministas*. 2009. v. 17, n. (1), p. 89.
37. Irvine, J. *Disorders of desire: sexuality and gender in modern American sexology*. Philadelphia: Temple University Press, 2005.
38. Gagnon, J, Simon, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine, 1973. Galland, Olivier. *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin, 1997.
39. Gagnon, JH. *Uma interpretação do desejo*. Editora Garamond, 2006.
40. Rubin, G. The political economy of sex. *Feminist anthropology: a reader*. 2009. v. 87.
41. Oltramari, LC. Sociologia da sexualidade. *Revista brasileira de educação*. 2005. n. 29, p. 182-184.
42. Heilborn, ML. "Corpos na cidade: sedução e sexualidade". In: *Velho, Gilberto. Antropologia urbana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1999. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
43. Moutinho, L. Razão, "cor" e desejo: uma análise comparativa sobre relacionamentos afetivo-sexuais inter-raciais no Brasil e na África do Sul. Unesp, 2004.
44. Rohden, F; Russo, J; Giami, A. Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. *Sexualidad, salud y sociedad*. Rio de Janeiro. 2014. n. 17 (ago. 2014): 10-29.
45. Russo, JA. et al. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2014. v. 19, p. 617-636.
46. Russo, J et al. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.
47. Basson, R. The female sexual response: a different model. *Journal of sex & marital therapy*. 2000. v. 26, n. 1: 51-65.

48. Basson, R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The journal of urology*. 2000. v. 163, n. 3, p. 888-893.
49. Rosen C, Brown J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, 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*. 2000. v. 26, n. 2: 191-208.
50. Wiegel, M; Meston, C; Rosen, R. The female sexual function index (fsfi): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*. 2005. v. 31, n. 1: 1-20.
51. Basson RB, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer k, Goldstein, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J sex med*. 2014.1:24–34.
52. Basson R, Wierman Me, Van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J sex med*. 2010 jan; 7(1 pt 2): 314-26, commentary can be found in *j sex med*. 2011. 8(1):332.
53. Russo, J, Venâncio ATA. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSMiii. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. 2006. v. 9, n. 3:460-483.
54. Skinner, B. F. *Ciência e comportamento humano*, 11<sup>a</sup> ed. São paulo: martins fontes. (obra original publicada em 1953), 2003.
55. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (dsm-iv-tr)* american psychiatric association. Artmed. 2002.
56. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: dsm-5*. American psychiatric association, 2014.
57. Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o dsm-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. 2014. v. 16, n. 1: 67-82.
58. World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Technical Report Series. nr. 572. Retrieved January 15, from <http://www2. Hu-Berlin.de/sexology/gesund/archivwhor.htm>. 2006.
59. Edwards, WM.; Coleman, E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch of sexual behavior*. 2004. v. 33, n. (3): 189-195.
60. Coleman, E. Creating a sexually healthier world through effective public policy. *Int Journal of Sexual Health* 2007. v. (19), n. 3: 5-24.
61. Langfeldt, T., & Porter, M. *Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings*. Copenhagen: world health organization, regional office for Europe, 1986.
62. Coleman, E. Promoting sexual health: the challenges of the present and future. In j. J. Borrás-valls & M. Perez-Conchillo (eds.), *sexuality and human rights: proceedings of*

- the xiiiith world congress of sexology (pp. 25–29). Valencia, Spain: scientific committee, instituto de sexologia y psicoterapia. Espill. 1997.
63. Corrêa, S; Alves, Diniz JE; De Martino J, Paulo. 2015. Livros, p. 27-62.
  64. World Health Organization. Gender and Reproductive rights, glossary, sexual health. Retrieved July 11, 2003, from <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>, 2002.
  65. Parker, R G. Sexual rights: concepts and action. *Health and Human Rights*. 1997. v. 2, n. 3:31-37.
  66. Giami, A. Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*. 2002. v. (13), n. 1, p. 1-35.
  67. Helman, C G. *Cultura, saúde e doença*. Artmed editora, 1994.
  68. Scott, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. 2012.
  69. Bourdieu, P. *A dominação masculina*, 2012.
  70. Butler, J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 1999. Belo horizonte: autêntica.
  71. Guacira LL. *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Autentica. 2001.
  72. Hankivsky, O. Women’s health, men’s health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social science & medicine*. 2012. v. (74), n. (11):1712-1720.
  73. Schiebinger, L. Theories of gender and race. In: *feminist theory and the body*. Routledge. 2017. p. 21-31.
  74. Laqueur, T. *Inventando o sexo*. Rio de Janeiro: relume dumará. 2001.
  75. Martin, E. The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: journal of women in culture and society*. 1991. v. 16, n. 3, p. 485-501.
  76. Krieger, Net al. Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures—the Public Health disparities geocoding project. *American Journal of Public Health*. 2003. v. 93, n. 10: 1655-1671.
  77. Springer, KW, Stellman, MJ; Jordan-Young, et al. Beyond a catalogue of differences: a theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social science & medicine*. 2012. v. 74, n. 11:1817-1824.
  78. Kimmel, MS. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes antropológicos*, 1998. v. (4), n. 9: 103-117.
  79. O’Brien, M. Feminist theory and dialectical logic. *Signs: journal of women in culture and society*. 1981. v. 7, n. 1, p. 144-157.

80. Firestone, S. *The dialectic of sex: the case for feminist revolution*. Farrar, Straus and Giroux, 2003.
81. Mackinnon, C. *Feminism, marxism, method, and the state: an agenda for theory*. *Signs*. 2006. v. 7, n. 3.
82. Riley, Denise. *'Am i that name?': feminism and the category of 'women' in history*. Springer, 1988.
83. Godelier, M. *La production des grands hommes*, 2012.
84. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause*. 2013. 20(12):1284-1300.
85. Thomas, H N, Thurston R C. A Biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: a narrative review. 2016. *Maturitas*, v. 87: 49-60.
86. Council for international organizations of medical sciences et al. In: *international ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. OMS. 1993.
87. Sungur, Mehmet Z, Gündüz, A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *The journal of sexual medicine*. 2014. v. (11), n. 2: 364-373.
88. Laan, E, Both, Stephanie. What makes women experience desire? *Feminism & Psychology*. 2008. v.(18), n. 4: 505-514.
89. Graham, CA, et al. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of sexual behavior*. 2004. v. (33), n. 6, p. 527-538.
90. Parish, S J. Et al. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions—part ii. *The journal of sexual medicine*. 2016. v. (13), n. 12: 1888-1906.
91. McCabe, MP. Et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The journal of sexual medicine*. 2016. v. 13, n. 2, p. 135-143.
92. Brotto, LA, Heiman, JR.; Tolman, D L. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. 2009. *Journal of sex research*, v. 46, n. 5: 387-398.
93. Brotto, L A. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of sexual behavior*. 2010. v. 39, n. 2: 221-239.
94. Bancroft J, Loftus J, Long Js. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch sex behav*. 2003. 32:193.
95. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003. Mar 1;53(3):144-8.

96. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, mckay A, Holzapfel S. Prevalence and Predictors of Sexual Problems Among Midlife Canadian Adults: Results from a National Survey. *The Journal of Sex Medicine*. 2018. 15(6): 873-9.
97. Moreira Júnior ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann, EO, Paik, A... & Gingell, C. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. 2005.
98. Addis, IB, et al. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2005. v. 106, n. 1, p. 121-127.
99. Fugl-Meyer, A; Sjogren, K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old swedes. *Scand j sexol*. 1999. v. 2:79.
100. Hayes, RD, et al. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and sterility*. 2007. v. 87, n. 1:107-112.
101. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's Internationa Study of Health and Sexuality (wishes). *Menopause*. 2006. 13:46.
102. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008. 112(5):970-978.
103. Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clin*. 2006. 33(3): 162-7.
104. Mccool-Myers, Megan et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018. v. 18, n. 1:108.
105. Simon, J. A. Et al. Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper. *Climacteric*. 2018. p1-13.
106. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*. 1990. 19: 389-408.
107. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res*. 2004.15:40-172.
108. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004. 64:991-7.
109. Portman, D J.; Gass, MLS; Vulvovaginal atrophy terminology consensus conference panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and the north american menopause society. *Climacteric*. 2014. v. (17), n. 5, p. 557-563.
110. Shifren JL, Davis SR. Androgens in postmenopausal women: a review. *Menopause*. 2017. 24:970.

111. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, et al. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*. 2015.12:2339.
112. Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC, et al. Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011. 17:30.
113. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014. 10:261.
114. Okeahialam BN, Obeka NC. Sexual dysfunction in female hypertensives. *J Natl Med Assoc*. 2014. 98:638.
115. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril*; 100:916, 2013.
116. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, et al. Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2011. 7:1.
117. Carey JC. Pharmacological effects on sexual function. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006; 33:599.
118. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013. 382:1817.
119. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med*. 2008. 29:89.
120. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007. 357:762.
121. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2007. 84:174.
122. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, et al. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005. 12:385.
123. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. 2002. 31:275.
124. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, et al. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril*. 2008. 90:957.
125. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am fam physician*. 2015. v. 92, n. 4, p. 281-288.
126. Shifren, J L. Et al. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *Journal of women's health*. 2015. v. (18), n. 4, p. 461-468.

127. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*. 2013. v. (100), n. (4): 898-904.
128. Achilli, C, et al. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and sterility*. 2017. v. (107): n.2, p. 475-482.
129. American college of obstetricians and gynecologists et al. Acog practice bulletin no. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet gynecol*. 2014. v. (123), n. 1, p. 202-216.
130. Clayton, Anita H.; Juarez, Elia Margarita Valladares. Female sexual dysfunction. *Psychiatric clinics*. 2017. v.(40), n. 2, p. 267-284.
131. Goldstein R, Berman Jr. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral insufficiency syndrome. *Intl J Impot Res*. 1998. 10(Suppl 2): S84-90.
132. Heiman Jr. Vaginal photoplethysmography and pelvic imaging: a comparison of measures. In: Program and abstracts of the 3rd Annual Female Sexual Function Forum, Boston, MA, 167, 2001.
133. Lara, LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017. v. (39), n. 4, p. 184-194.
134. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril*. 2002.77(Suppl 4):89-93.
135. Sarwer DB, Durlak J A. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1997. v. (23), n. 2, p. 87-97.
136. Frühauf, S, et al. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch of Sex Behavior*, 2013.v. (42): n. 6, p. 915-933.
137. Günzler C, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions—a systematic review of controlled clinical trials. *The journal of sexual medicine*. 2012. v. 9, n. 12: 3108-3125.
138. Clayton, AH, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 2018.
139. Somboonporn W, Bell RJ, Davis, SR. Testosterone for peri and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005. n. 4.
140. Jaspers, L, et al. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *Jama internal medicine*. 2016. v. (176): n. 4: 453-462.

141. Gao, Let al. Systematic review and meta-analysis of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of female sexual dysfunction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016. v. (133), n. 2; p. 139-145.
142. Safarinejad, M. R. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International journal of impotence research*. 2006. v. (18), n. 4:382.
143. Althof SE, Parish SJ. Clinical Interviewing Techniques and Sexuality Questionnaires for Male and Female Cancer Patients. *Journal of Sexual Medicine*. 2013. 10:35-42.
144. Nusbaum, MR, et al. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *The Journal of family practice*, 2000. v(49), n. 3:229-232.
145. Hartmann U, Burkart M. Strategies for talking to the patient with sexual dysfunction in the doctor's office. *Mmw Fortschritte der Medizin*. 2006. v (148), n. 21:48-50.
146. Hartmann U; Burkart, M. Erectile dysfunctions in patient–physician communication: optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire. *The journal of sexual medicine*. 2011. v. 4, n. (1): 38-46.
147. Lima SMRR, et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010. v. 55, n. 1: 1-6.
148. Ter K, Moniek M, Brauer M, Laan, E. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *Journal of sex & marital therapy*. 2006. v 32, n. 4: 289-304.
149. Meston C M. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003. v. (29), n. 1:39-46.
150. Hentschel, H et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista HCPA. Porto Alegre*. 2007. Vol.(27): n. 1:10-14
151. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009. v. 25, p. 2333-2344.
152. Rosen, RC; Revicki, DA.; Sand, Michael. Commentary on “critical flaws in the FSFI and IIEF”. *The Journal of Sex Research*. 2014. v (51) 5:492-497.
153. Kriston L, et al. Is one question enough to detect female sexual dysfunctions? A diagnostic accuracy study in 6,194 women. *The journal of sexual medicine*. 2010. v. (7), n. 5:1831-1841.
154. Forbes M K, Baillie A J , Schniering CA. Critical flaws in the female sexual function index and the international index of erectile function. *The Journal of Sex Research*. 2014. v. (51), n. 5: 485-491.

155. Puppo, V. Female sexual function index (FSFI) does not assess female sexual function. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012. v. 91, n. 6:759-759.
156. Puppo, V. Female sexual dysfunction is an artificial concept driven by commercial interests: FOR: FSD is a multimillion dollar business. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015. v. 122, n. 10:1419-1419.
157. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*. 2013 v. 26 (1):134-152.
158. Althof SE, Dean J, Derogatis LR, Rosen RC, Sisson M. Current perspectives on the clinical assessment and diagnosis of female sexual dysfunction and clinical studies of potential therapies: A statement of concern. *J Sex Med*. 2005. 2(suppl3):146–153.
159. McGahuey A , Gelenberg A J., Laukes C A, Moreno F A, Delgado PL, McKnight K M, et al. 2000. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000. 26 (1): 25-40.
160. Plouffe L. Screening for sexual problems through a simple questionnaire. *American journal of obstetrics & gynecology*. 1985. v. 151, n. 2:166-169.
161. Shames D, Monroe SE, Davis D, Soule L. Regulatory perspective on clinical trials and end points for female sexual dysfunction, in particular, hypoactive sexual desire disorder: formulating recommendations in an environment of evolving clinical science. *Int j impot res*. 2007. 19:30–6.
162. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *Bmj*. 2003.326: 45–7.
163. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, Rellini AH, Segraves T. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J sex med*; 2010. 7:1598–607.
164. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med*. 2005. 2(3): 317-330.
165. Corona G, Jannini EA, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. *Int J Impot Res*. 2005. 18:236–50.
166. Sadovsky R, et al. Epidemiology: Sexual Problems Among a Specific Population of Minority Women Aged 40–80 Years Attending a Primary Care Practice. *The journal of sexual medicine*. 2005. v. 3, n. (5): 795-803.
167. Berman L, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient’s experience. *Fertility and sterility*. 2003. v. (79): n. 3, p. 572-576.
168. Ribeiro S, et al. General practitioners’ procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *The journal of sexual medicine*. 2014. v. (11), n. 2: 386-393.

169. Pancholy AB, et al. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. *The journal of sexual medicine*. 2011. v. (8), n. 2:361-366.
170. Pauls, RN, et al. Practice patterns of physician members of the American Urogynecologic Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. *International Urogynecology Journal*. 2005. v. (16), n. 6:460-467.
171. Houge, DR. Sex problems in family practice. *Family practice research journal*. 1988.
172. Berman L, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and sterility*. 2003. v. (79), n. 3: 572-576.
173. Reamy K. Sexual counseling for the non-therapist. *Clin Obstet Gyneco*. 1984. 27(281): 781-8.
174. Allen D. Sexuality and patients: breaking the last taboo. *Nurs Stand*. 2000. 14(32): 23.
175. Ramirez, S. Early sexual experience and traditional values in Colombia. *Womens Global Network For Reproductive Rights Newsletter* 1991. n. 36: 30-1.
176. Hourton J. The Christian ethic and sexuality. *Enfoques en atención primaria*. 1991. v. (6), n. 1: 3-6.
177. Hendrickx K, et al. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. *Patient education and counseling*, v. 47. n. 2: 89-94, 2002.
178. Al-Abbadey M, et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2016. v. (42), n. 2:99-142.
179. Andrade DF, Tavares H R, Valle R C. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. ABE - Associação Brasileira de Estatística. 14º Sinape - Caxambu. Ref Type: Serial (Book, Monograph). 2000. 1-154.
180. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: Tri. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*. 2003. v. 2, n. 2: 99-110.
181. Araujo EAC, et al. Teoria da resposta ao item. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009. v. 43: 1000-1008.
182. Da Cunha Valle R. Teoria de resposta ao item. *Estudos em avaliação educacional*. 2000. n. 21: 7-92.
183. Muraki E. Information functions of the generalized partial credit model: *Applied Psychological Measurement*. 1993. v. 17: 351-363.
184. Hu X, et al. An expanded evaluation of the relationship of four alleles to the level of response to alcohol and the alcoholism risk. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1993. v. 29, n. 1: 8-16.

185. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*. 2004. 7: 191-205.
186. Sartes LMA, Souza-Formigoni MLO. Avanços na psicometria: da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2013.
187. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care*. 2000. 38: II28-42.
188. Glorfeld LW. An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and psychological measurement*. 1995. v. (55), n. 3: 377-393.
189. Parscale. [computer program]. Versão 4.1. Chicago (Illinois): Scientific Software International, Inc. 2003.

6 ARTIGO 1 (versão em inglês)

## ***U ON SEX - A RAPID DIAGNOSTIC TEST FOR FEMALE SEXUAL FUNCTION***

*Scalco S.C.P.<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>., Hentges B<sup>3</sup>., Wender M.C<sup>4</sup>., Knauth D.K<sup>5</sup>.*

*Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS<sup>1</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS<sup>2,5</sup>*

*Mestranda de Epidemiologia da UFRGS<sup>3</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS<sup>4</sup>*

Será enviado para: The Journal of Sexual Medicine

Official Journal of the [International Society for Sexual Medicine](#)

### **Abstract**

#### **Background**

Female Sexual Dysfunction (FSD) consists of the inability to have sexual relations with satisfaction, it involves disorders characterized by the lack, excess or pain, with a minimum duration of six months. It affects approximately 40-45% of women. Most FSD evaluation tools take long time and are complex.

#### **Aim**

This paper aims to present a rapid test - U on Sex - to measure the level of female sexual function (FSF).

#### **Methods**

From a database of 378 women, we developed a rapid test with four items: sexual frequency, orgasm, initiative/sexual interest and pain. The data were adjusted by the Generalized Partial Credit Model of the Item Response Theory (IRT). The internal validation of the tool was due to the adjustment in a mixed model for repeated measures.

#### **Outcomes**

Data from the medical records of patients from a sexuality outpatient clinic before and after treatment.

#### **Results**

Only three out of four items used to create the FSF measure showed discriminatory power: sexual frequency, orgasm and sexual initiative/interest. The item pain did not show any variation among women with low or high sexual dysfunction. The *U on Sex* test provided the best discriminatory result in the group of women who presented scores for sexual function between the mean (zero) and almost two standard deviations above the mean.

#### **Clinical Translation**

The *U on Sex* has few questions and it is focused on functionality. It is specifically for identifying the level of FSF, especially in women with intermediate severity levels, which is more difficult to diagnose. The *U on Sex* is a quick and simplified test that can be applied by non-specialists.

## Conclusions

The test is particularly good at identifying women with an intermediate level of sexual function. Its items favour functionality. Despite of being an important complaint, pain was not discriminatory in assessing the level of FSF. The importance attributed to pain in the evaluation of FSDs by professionals and patients, and the use of functionality in the evaluation of male sexuality, refers to the way our society perceives and reproduces these differences.

**KEYWORDS:** Female Sexual Disorders; Female Sexual Dysfunctions; Gender Inequality; Diagnosis of Sexual Dysfunctions; Diagnosis Tests; Validated Questionnaires; Questionnaires; Scales; Sexual History; Item Response Theory; Female Sexual Function.

## INTRODUCTION

Sexual dysfunction consists in the inability of having sexual relations with satisfaction during a minimum period of six months, disturbances in the cycle of sexual response, which are characterized by the lack, excess, or pain (1)(2)(3) Female sexual dysfunction (FSD) is multifaceted; it is associated with biopsychosocial factors affected by the intrapsychic and relational state and it needs a multidimensional approach. (4)(5) Sexual health is considered as women's human rights, its absence has a negative impact on the quality of life and on the interpersonal relations (6)(7).

An international consensus on urology and sexual medicine with 200 experts from 60 countries on 17 committees has recognized a prevalence of 40-45% FSD (8). In the United States, a population-based study with women aged 18-59 years suggested an estimate of 43% incidence of FSD (9). In a study with 500 women in Portugal, findings indicated that 37.9% of Portuguese women reported sexual problems (10). In Brazil, a survey of 2,835 individuals (53% women) over 18 years of age, estimated the prevalence of 34.6% lack of sexual desire (FSD), 29.3% orgasmic dysfunction (OD), 21.1% pain during sexual intercourse (PDSI) (11).

FSD cannot be measured directly, but through its symptoms, or observable characteristics associated with the presence of dysfunction, this is the reason it is classified as a latent variable (or trait).

There are different tools to evaluate FSD, one of the most used is the *Female Sexual Function Index* (FSFI) (12)(13)(14)(15). According to a review article, 27 instruments were identified in the last two decades for the diagnosis of FSDs, 13 of them with better criteria, and even these ones are time demanding. They were formulated for specialists in sexuality or

for specific situations, research or post-treatment control; and many of them are not epidemiologically validated. According to the authors, there are few instruments that propose an easy-to-use version which points to a lack of international standardization (12).

Although prevalent, FSDs are often neglected in clinical practice. Among the factors of this negligence, we identified the deficiencies in the training of professionals and the difficulties of diagnosis due to the complexity of the instruments and inhibition of the patient or the physician in approaching the issue (16).

Sexual health is key to greater gender equity (17). In this scenario, this article aims to present the development of a rapid diagnostic test *U on Sex*, to measure the level of female sexual function (FSF) validated by empirical data and statistical methodology.

## METHODOLOGY

The rapid test, called *U on Sex* was developed from a database of 378 women treated for FSD at a sexual health outpatient clinic. The data were collected from the medical records of all female patients seen in a public hospital located in southern Brazil from March 2011 to March 2016. The Item Response Theory - IRT was used to measure the latent trait "level of female sexual function".

A specific tool was developed for the collection, where socio-demographic data, sexual complaints, sexual function data, sexual practices, treatment evolution, factors associated with prognosis and improvement/worsening indexes were evaluated, totalling 109 variables. The rapid test was based on four items from these variables which were routinely used in patient care and that were based on the theoretical reference on sexuality and the analysis of the different tools in the diagnosis of female sexual function (FSF): sex frequency, presence of orgasm, pain in the sexual intercourse and sexual initiative/interest. These items were of an ordinal nature with four response categories that were able to measure objectively: the higher the response category, the healthier (lower level of FSF) is the woman (Table 1).

**Frame 1: Selected items for the *U on Sex* test**

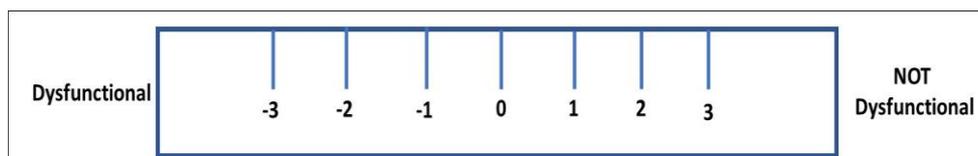
ITEM	CATEGORIES
Sex Frequency (How many times a month do you have sex?)	1- 0-1 times /month or less 2- 2-3 times/month 3- 4-11times /month 4- 12 times/month or +
Orgasms (In every ten sexual relations, how many times do you orgasm?)	1- Never or 0/ each 10 (SI) 2- 1-3/each 10 sexual intercourse (SI) 3- 4-6 orgasms/each 10 (SI) 4- 7 or + orgasms/each 10 (SI)
Pain during sexual intercourse (In every ten sexual relations, how many times do you feel pain or discomfort?)	1- 7 or more /each 10 (SI) 2- 4-6 episodes of pain/ each 10 (SI) 3- 1-3 episodes of pain/each 10 (SI)

	4- 0 none episode of pain/ each 10 (SI)
Initiative for sexual intercourse (In every ten sexual relations, how many times do you feel pain or discomfort?)	1 0 or never /each 10 (SI)
	2 1-3 times /each 10 (SI)
	3 4-6 times/each 10 (SI)
	4 7 or more times /each 10 (SI)

For this set of items, we adjusted the Generalized Partial Credit Model (18) of the Item Response Theory (IRT), whose parameters are obtained by relating the items to the individuals, that is, the answers to the items of the instrument, with its true level of FSF. The connection of answers to the items with the level of FSF is called the Item Characteristic Curve.

The parameters related to the items are discrimination and severity, and as regarding the individuals, it is the own measure (estimate) of FSF level for every women, based on the response profile of the items of the *U on Sex* rapid test. Discrimination shows the importance of each item in estimating the latent trait or the amount of information each item brings to estimate the level of FSF. Items with high discrimination generally greater than one (1) are desirable. Therefore, these IRT models present ways of representing the relationship between the probability of an individual giving a response to an item and its latent trait or ability being evaluated because it cannot be directly observed (19).

This measure of FSF level has zero average and standard deviation one (1). This means that a negative value of the FSF measure for a woman represents how much she is below the average (zero). The more deviations below the average, the more "(dys)functional" the person is. A positive value would represent the number of standard deviations above the average. The more deviations above the average, the healthier is the person. This FSF measure was created from the set and fitting of items by the IRT model, it resembles a ruler (Figure 1) that measures levels of sexual health. Negative values (on the left) mean lower levels of female sexual functionality, and positive values (on the right) mean higher levels of sexual functionality.



**Figure 1. Graphical representation of the FSF measure**

The appropriateness of the use of the Generalized Partial Credit model requires two assumptions: unidimensionality and local independence, both related, just by checking one of

them (20). The unidimensionality was evaluated through the Parallel Analysis procedure (21)(22)(23) which was viable by the use of a macro of SAS (SAS Institute, Cary, NC, USA)(24).

When verifying if the measuring instrument created would work for the women in the sample (internal validation), the *U on Sex*, was adjusted in a mixed model for repeated measures. The dependent variable was the level of FSF (obtained by the measuring instrument created) and the factors evaluated were the evolution (categorical variable with women in one of the three groups – withdrew (patients who consulted up to two times and did not returned), stable (patients who consulted more than twice with initial and final scores maintained) or improved (patients who had improved scores and personal perception) – both after treatment, and time (before and after treatment). The expectation was a higher average level of FSF improvement in the group of women who received treatment.

The present study was approved by the Ethics Committee of the institution responsible for the patients where the research was performed. All participants signed a consent form in accordance with national and international research ethics guidelines.

## RESULTS

The socio-demographic profile of the women seen in the sexual health clinic ( $n = 378$ ) is presented in Table 1. The average age was 40 years old and 58% of the women had low levels of education (eight years or less). The vast majority (94.26%) had only one sexual partner and had some source of income (61.57%). About a quarter of the women were classified as housewives.

**Table 1 - Socio-demographic characteristics of women seen at the sexual health service of a public hospital in southern Brazil.**

Variable	General
Years of age* ( $n = 378$ )	40.08 (11.68)
Education** ( $n = 227$ )	
1- Illiterate	0.00
2- Primary School (Incomplete)	27.31
3- Primary School (Complete)	30.84
4- Secondary School (Incomplete)	7.93
5- Secondary School (Complete)	25.99
6- Higher Education Incomplete	3.08
7- Higher Education Complete	4.85
Marital Status** ( $n = 401$ )	
1- Only one partner	94.26
2- No partner, not having sexual relations at the moment (approximately 6 months)	3.24 1.25
3- Casual sex partner	1.25

4- More than one casual sex partner	
Occupation** (n = 294)	
1- Housewife	24.15
2- Public Servant/Full-time	18.71
3- Self-employed/ Freelancer	42.86
4- Retired/Pensioner	7.82
5- Unemployed	6.46

\* Average (standard deviation)

\*\* Percentage

In the reproductive sexual health behavior the average length of time with the partner was 13 years. Regarding the sexual health of the women interviewed, we observed that the average age of the first sexual intercourse was 17 years, and the average number of sexual partners throughout life was 3.68. Sexual violence (SV) was reported by 22.30% of women. The average time of complaint related to sexual health was 5.10 years. Regarding sexual practices, most women (67.94%) reported having up to a maximum of 3 different types of sexual practice in general. (Table 2).

**Table 2 - Reproductive and sexual behaviour (variables associated with aggravating factors): length of time in the relationship with partner/first sexual intercourse/sexual practices\*\* /number of pregnancies/number of partners/sexual violence/length of time of sexual complaint.**

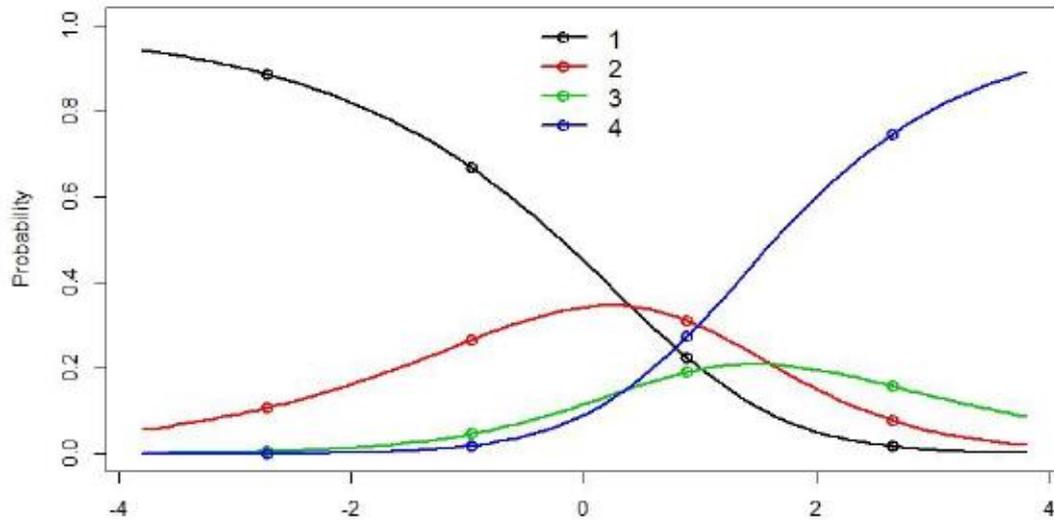
Variable	General
Length of time with partner in years* (n = 360)	13.25 (10.99)
First sexual intercourse in years* (n = 333)	17.28 (4.08)
Number of sexual partners in life* (n = 290)	3.68 (4.84)
Length of time of the sexual complaint* (n = 347)	5.10 (6.87)
Sexual violence** (n = 287)	
1- Yes Chronic (childhood/adolescence recidivist)	17.42
2- Yes Acute - rape	4.88
3- Denial	77.70
Menopause** (n = 397)	
1- Before menopause	64.99
2- Perimenopause / Transition (Climacterium)	13.85
Menopause - More than one year of no menstrual periods.	21.16
Sexual practices** (n = 227)	
1- Up to three	67.94
2- Four or more	32.06
Number of pregnancies* (n = 384)	2.31 (1.80)

\* Average (standard deviation)

\*\* Percentage

The FSF level was assessed from four items: frequency, orgasm, pain and initiative. These were initially classified into four categories (Frame1). The adjustment of the IRT models showed that the central categories of each item were not more likely to be answered than the others at any level of the latent trait, just like in the category three of the item Orgasm, for example. (Figure 2) We decided to unite the central categories two and three

(Frame 1), which resulted in three categories of response instead of four. The meaning of the categories in relation to the "Level of Sexual function" was maintained. The higher the score (Figure 1), the greater the sexual functionality.



**Figure 2. The Item Characteristic Curve 'orgasm before treatment', considering the four original response categories according to Table 1.**

The four items - sexual frequency, orgasm, pain, and sexual initiative/interest - were assessed by the IRT methodology to compose the test and create an FSF measure. Of these, three were highly discriminatory items: sexual frequency, orgasm, and sexual initiative/interest. The item "pain" was not very discriminatory. In all adjusted models, the item that measured the pain (DAT) did not contribute to the estimate of the latent trait 'Female Sexual Function Level'. The women with lower scores (DAT = 1 seven or more episodes of pain out of ten relationships) and the women with better scores had similar averages without distinction (Frame 2). Otherwise, the analysis of the scores identified that both women with higher or lower levels of sexual function presented the "pain" complaint in sexual relations.

**Frame 2. Descriptive measures of the FSF level of the women in the sample stratified by pain category.**

Pain during sexual intercourse before treatment	Mean(SD)	Minimum	Maximum
1. Seven or more out of ten (n = 184)	0.0962 (0.6996)	-1.0199	1.8459
2. Four to six out of ten (n = 50)	-0.0094 (0.7197)	-1.0199	1.4905
3. One to three out of ten (n = 35)	0.1928 (0.5920)	-1.0199	1.4905
4. Never (n = 107)	-0.1241 (0.6489)	-1.0199	1.8459

SD = standard deviation

The rapid test for the "Level of Female Sexual function" resulted in a tool with three items calibrated through the adjustment of the Generalized Partial Credit Model. (Table 3).

**Table 3. Estimates of the Generalized Partial Credit Model parameters.**

ITEM	CATEGORIES	DISCRIMINATION (SE)	$b_{1,2}$ (SE)	$b_{2,3}$ (SE)
Sexual Frequency before treatment	1- 1 time/month or less 2- 2-3times/month or 1-2xx/week 3- 3 times/ or more	1.194 (0.384)	-0.839 (0.167)	1.261 (0.226)
Orgasm before treatment	1- Never – 0/10 2- 1-3/10 to 4-6/ each10 (SI) 3- 7 or more orgasm/each10 (SI)	1.092 (0.343)	-0.077 (0.131)	1.510 (0.253)
Initiative for sexual intercourse	1- 0 (never)/ each 10 (SI) 2- 1-3 times/ each10 to 4-6/10 3- 7 or more /each 10 (SI)	0.741 (0.195)	1.346 (0.349)	3.545 (0.727)

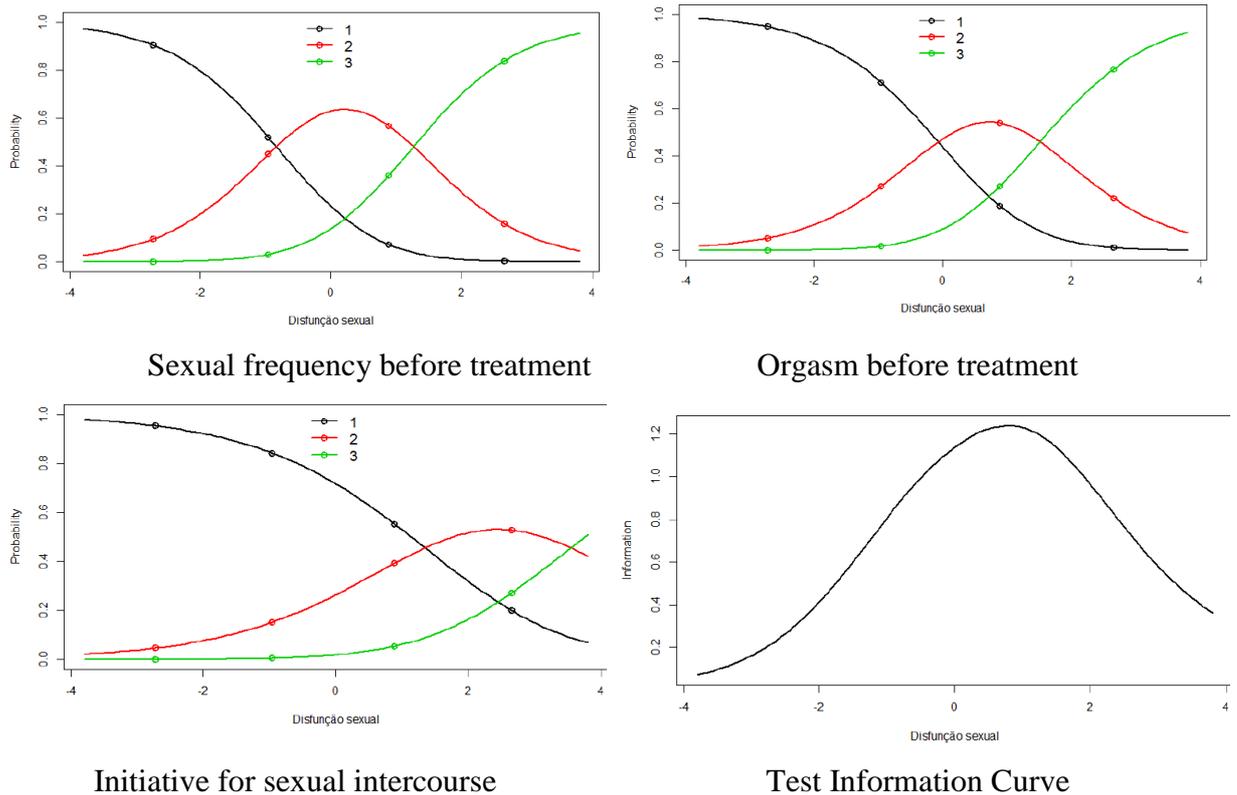
$b_{1,2}$  → point of intersection between categories one and two;

$b_{2,3}$  → point of intersection between categories two and three

SE → standard error

In the IRT models, the characteristic curves of each item should be presented in isolation with an apex that suggests the "opportunity" of any individual to be characterized in one of the categories, as shown in Figure 3. Sexual frequency and orgasm have similar power of discrimination, being 1,194 and 1,094, respectively (Table 3). The sexual initiative/interest showed less power of discrimination, but a synchronous performance with the other items (Figure 3).

The *U on Sex* test obtained a better discriminatory result for sexual (dys)function in the group of women who presented scores between the average (zero) and almost two standard deviations above the average, according to the information curve (Fig. 3).



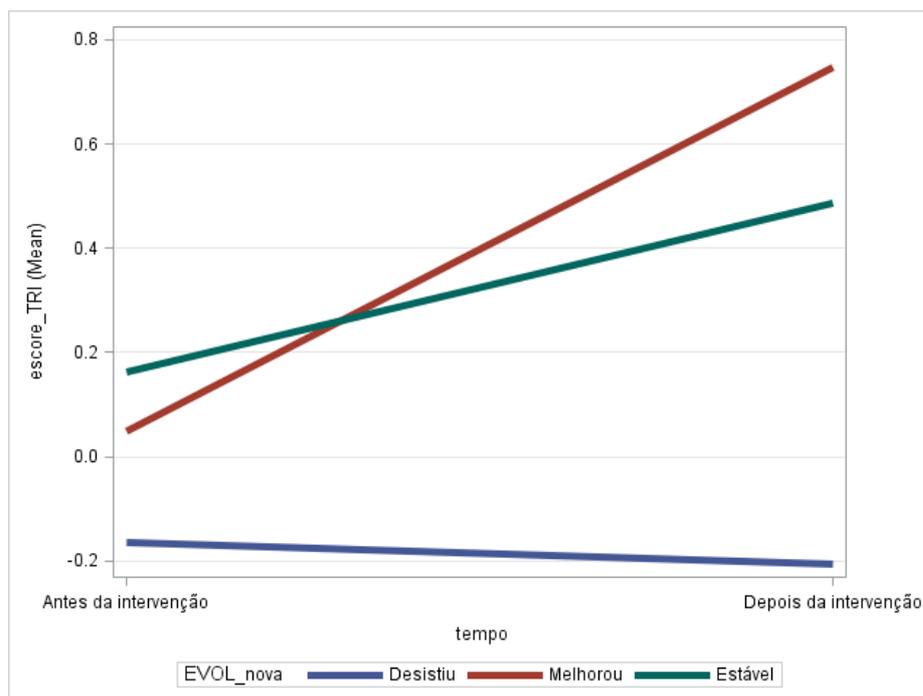
**Figure 3. Item Characteristic Curve considering the three categories of response with discriminatory power by the IRT model and Test Information Curve**

**Figure of sexual frequency** - line 1 (black) - 1 time / month or less; line 2 (red) - 2-3 times / month up to 1-2 times / week; line 3 (green) - 3 times / week or more.

**Orgasm figure** - line 1 (black) - Has no orgasm or 0/10; line 2 (red) - have 1-3 episodes of orgasm / in 10 relationships up to 4-6 orgasms / in 10 intercourse; line 3 (green) has 7 or more orgasms / in every 10 intercourse.

**Initiative figure** - line 1 (black) - Has no initiative or 0/10 sexual relations; line 2 (red) has 1 to 3 initiatives / 10 relationships up to 4-6 initiatives / in 10 relationships; line 3 (green) - has 7 or more times initiative / in every 10 relationships.

The rapid test was validated from the estimated FSF levels through the application of the *U on Sex* before and after the women underwent treatment. The adjusted mix model demonstrated a significant effect of the interaction between group and time factors ( $p = 0.0007$ ), showing that the average behaviour of the level of FSF before and after treatment, depended on the group (gave up, stable or improved) which the women belonged to. The women who achieved "improvement" went from a 0.05 level before the intervention to 0.78 after the treatment. "Stable" women evolved from 0.19 to 0.45. While those who "gave up" maintained negative levels (-0.2). (Figure 4).



**Figure 4-** Average levels of FSD in each evolution group before and after treatment.

## DISCUSSION

The IRT methodology allowed the creation of a measure of the latent variable female sexual dysfunction and a rapid diagnostic test with only three items: frequency, orgasm and initiative/interest. The results indicate that the rapid test has good discriminatory capacity. Thus, it can identify the probability of women presenting sexual dysfunction, or not, particularly those women with intermediate level of FSF, whose diagnosis is more difficult.

The item "pain" has shown to have low discriminatory power, little varying among women who presented low or high sexual functionality score. Although pain in sexual intercourse is a recognized symptom in female sexual dysfunction literature (25), the results of this study indicate that this complaint is not able of distinguishing women with what we call lower dysfunctional level (less severe), from those with sexual dysfunction (more severe), when evaluated together with the other three items.

The lack of discriminatory power of the variable pain does not mean that it is not present in female sexual dysfunction (FSD), but that is possibly a subjective variable, not a specific symptom capable of discriminating the level of sexual functionality. This finding corroborates the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) redefinition, which united in one category - Genito-pelvic pain disorder - by justifying the difficulty of the diagnostic differentiation between vaginismus and dyspareunia by non-specialists in sexuality (1)(26).

The items considered adequate for the rapid test *U on Sex* were precisely those that measured functional aspects of female sexuality (frequency, orgasm and interest/initiative). Although this last item - "initiative and or interest in starting a sexual relationship" - aims to measure the motivation for sexual activity, it breaks with the gender patterns according to which the expected and observed attitude of the woman is in general the of passivity in sexual relations. Basson's own concept of responsive desire (3) (6) (15) underlies this expectation. Questioning about initiative / interest for sexual activity implies a perspective that recognizes the autonomy of women and allows a reflexive attitude towards this attitude. These had greater discriminatory power and were able to measure the severity of the latent measure created - the FSF. This finding follows the trend of the instruments that measure male sexual dysfunction when assessing "sexual functioning" - erectile dysfunction and premature ejaculation, where the variable pain is not included (27)(28)(29).

The area of sexuality is influenced by cultural values and practices as far as gender patterns are concerned, and scientific production and medical practice are not exempt from these cultural influences (30). The importance attributed to pain in the evaluation of FSD, by professionals and patients, as well as to functionality in the evaluation of male sexuality, refer to the way our society perceives and reproduces these differences. It is necessary to analyse the gender perspective in the way science evaluates sexual dysfunctions (31)(32)(33).

The *U on Sex* has few questions and it is functionality focused, being specific in the identification of FSF levels, especially in women of intermediate severity, who are more difficult to diagnose. The proposal is a fast and simplified test to ensure better applicability by non-specialists in health care.

A review article recommends that health professionals include the FSD assessment as part of their global assessment. The authors suggest the use of screening tools for the cost-effectiveness of early treatment (34). Brief instruments, easy to apply to non-specialists, to assess FSF are rare (12). Doctors are still reluctant in the routinely approach of sexuality (16). In this context, *O U on Sex* is a proposal of a tool that would introduce the theme in clinical practice.

One of the limitations of the study is the fact that few items were submitted to IRT analysis. However, this restriction was intentional since the priority was a rapid applicability test. In addition, the use of database of patients with lower FSD scores for internal validation, may have implied bias. In this sense, the *U on Sex* will undergo another validation process, compared to the gold standard, with a sample of women users of public services.

The *U on Sex* is therefore a rapid test with only three questions, capable of discriminating the level of FSF and validated in the IRT methodology. It was developed to be used in primary care, by non-specialists in sexuality.

From this study, it is recommended to re-evaluate the way of analysing the variables that compose the tests on female sexuality and consequent definitions. Even though female sexual functionality has been well demonstrated, which already occurs in the tests of evaluation of male sexuality, we suggest qualitative studies to better understand the meaning of pain in the experience of female sexuality. It is necessary to observe how much the tools used reflect gender patterns and, in addition, to carry out researches that evaluate variations of the proposed *U on Sex* tool in other cultures.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5):970-978.
3. Clayton AH, Groth J. Etiology of female sexual dysfunction. *Womens Health (Lond Engl).* 2013; 9(2):135-137.
4. Cavalcanti, R, Cavalcanti, M Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3.ed. Editora Roca. 2006.
5. Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sex Med.* 2013;10(1):36-49.
6. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause.* 2013;20(12):1284-1300.
7. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013; 100(4):905-915.
8. Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine.* 2004; 1(1): 35-39.
9. Laumann E, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wangt, Levinson B, Moreira ED Jr, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav.* 2006 Apr;35(2):145-61.

10. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015;41(2):169-80.
11. Abdo, C. H. N., Oliveira JR, W. M., Moreira Junior, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. 2002.
12. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, and Fugl-Meyer AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. *J Sex Med*. 2011;8:2681–2706.
13. DeRogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther*. 2002 14; 28:317-330.
14. DeRogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, FU Y. Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2008 15;5:357-364.
15. DeRogatis L, Pyke R, McCormack J, Hunter A, Harding G. Does the Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) cover the feelings of women with HSDD? *J Sex Med*. 2011 16; 8:2810-2815.
16. Abdolrasulnia, M., et al.. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7(7): 2499-2508.
17. World Association for Sexual Health. (2014). Declaration of sexual rights. Retrieved March 10, 2016, from <http://www>.
18. Muraki, E. Information functions of the generalized partial credit model: Applied Psychological Measurement, v. 17. 1993; v.17: p.351-363.
19. Andrade, DF, H R Tavares, R C Valle. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. ABE - Associação Brasileira de Estatística. 2000; 14º SINAPE - Caxambu. 1-154. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
20. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care*. 2000; 38: II28-42.
21. Glorfeld LW. An improvement on Horn's Parallel Analysis Methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement*. 1995;55: 377-93.
22. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*. 2004; 7: 191-205.
23. Ledesma RD, Valero-Mora P. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007; 12.

24. Parscale. [computer program]. Versão 4.1. Chicago (Illinois): Scientific Software International, Inc.; 2003.
25. Al-Abbadey, Miznah et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2016; v. 42, n. 2: 99-142.
26. Araújo, A C; Lotufo Neto, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. 2014; v. 16. n. 1:p. 67-82.
27. Rosen, R C. et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997; v. (49) n. 6: 822-830.
28. Rosen, R C. et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*. 1999; v. (11) n. 6: p. 319.
29. O'Leary, MP. et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*. 1995; v. (46) n. 5: p. 697-706.
30. Pinho, MJS. Gênero em Biologia no Ensino Médio: uma análise de livros didáticos e discurso docente. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Educação)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
31. Baumeister, R F.; Catanese, K R.; Vohs, KD. Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and social psychology review*. 2001; v. (5) n. 3:p. 242-273.
32. Fredrickson, B L.; Roberts, TA. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*. 1997; v. (21) n. 2: p. 173-206.
33. Fillingim, R B. Sex, gender, and pain. In: *Principles of Gender-Specific Medicine (Third Edition)*. 2017; p. 481-496.
34. Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(2):169-80.

## 6 ARTIGO 2 (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

### **U ON SEX - UM TESTE RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

*Scalco S.C.P.<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>., Hentges B<sup>3</sup>., Wender M.C.<sup>4</sup>, Knauth D.K<sup>5</sup>.*

*Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS<sup>1</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS<sup>2,5</sup>*

*Mestranda de Epidemiologia da UFRGS<sup>3</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS<sup>4</sup>*

Será enviado para: The Journal of Sexual Medicine  
Official Journal of the International Society for Sexual Medicine

#### **Resumo / abstract**

##### **Introdução**

A disfunção sexual feminina (DSF) consiste na incapacidade de relacionamento sexual com satisfação, envolve transtornos caracterizados pela falta, excesso ou dor, com duração mínima de seis meses. Afeta aproximadamente 40-45% das mulheres. A maioria dos instrumentos de avaliação das DSF são longos e complexos.

##### **Objetivo**

Este artigo tem por objetivo apresentar um teste rápido - *U on Sex* - para medir o nível de função sexual feminina (FSF).

##### **Métodos**

A partir de um banco de dados de 378 mulheres desenvolveu-se um teste rápido com quatro itens: frequência sexual, orgasmo, iniciativa/interesse sexual e dor. Os dados foram ajustados pelo Modelo de Crédito Parcial Generalizado da Teoria de Resposta ao Item (TRI). A validação interna do instrumento se deu pelo ajuste em um modelo misto para medidas repetidas.

##### **Medidas**

Dados dos prontuários de pacientes atendidas em ambulatório de sexualidade antes e após tratamento.

##### **Resultados**

Dos quatro itens utilizados para criar a medida de DSF, apenas três mostraram poder discriminatório: frequência sexual, orgasmo, iniciativa/interesse sexual. O item dor não apresentou variação entre mulheres com baixa ou alta disfunção. O teste "*U on Sex*" obteve melhor resultado discriminatório no grupo de mulheres que apresenta escores para disfunção sexual entre a média (zero) e quase dois desvios padrões acima da média.

##### **Aplicabilidade clínica**

O *U on sex*, com poucas questões e centrado na funcionalidade, é específico na identificação do nível de DSF, especialmente em mulheres de gravidade intermediária com diagnóstico

mais difícil. Trata-se de um teste rápido e simplificado que pode ser aplicado por não especialistas.

### **Conclusões**

O teste tem boa capacidade de identificação de mulheres com nível intermediário de disfunção sexual. Os itens do teste privilegiam a funcionalidade. A dor, apesar de ser uma queixa importante, não se mostrou discriminatória na avaliação do nível de DSF. A importância atribuída à dor na avaliação das DSFs, por profissionais e paciente e à funcionalidade na avaliação da sexualidade masculina, remetem a forma que nossa sociedade percebe e reproduz estas diferenças.

**Palavras chaves:** Transtornos sexuais femininos; Disfunções sexuais femininas; Desigualdade de gênero; Diagnóstico de disfunções sexuais; Testes de diagnóstico; Questionários validados; Escalas; História Sexual; Teoria da resposta ao item; Função sexual feminina.

## **INTRODUÇÃO**

A disfunção sexual consiste na incapacidade de um relacionamento sexual com satisfação, com duração mínima de seis meses, distúrbios no ciclo da resposta sexual, caracterizados pela falta, excesso ou dor (1)(2)(3) A disfunção sexual feminina (DSF) é multifacetada, associada a fatores biopsicossociais, afetada pelo estado intrapsíquico e relacional, necessita abordagem multidimensional (4)(5) saúde sexual é considerada um direito humano das mulheres, sua ausência tem impacto negativo na qualidade da vida e nas relações interpessoais (6)(7)

Um consenso internacional da urologia e medicina sexual, com 200 especialistas de 60 países em 17 comitês, reconheceu uma prevalência de 40-45% de DSFs (8). Nos Estados Unidos, pesquisa com população de 18-59 anos, sugeriu estimativas de 43% de DSFs (9). Em Portugal, estudo com 500 mulheres, 37,9% relatavam problemas sexuais (10) No Brasil, pesquisa com 2.835 indivíduos (53% mulheres), maiores de 18 anos, estimou prevalência: 34,6% de falta de desejo sexual (FDS), 29,3%, disfunção orgásmica (DO), 21,1% dor na relação sexual (DRS) (11).

A DSF não pode ser medida diretamente, mas através de seus sintomas, ou características observáveis associadas à presença ou não de disfunção, por isso é classificada como uma variável (ou traço) latente.

Existem diferentes instrumentos para avaliar a DSF, um dos mais utilizados é o Female Sexual Function Index (FSFI) (12)(13)(14)(15). Segundo artigo de revisão foram identificados 27 instrumentos nas duas últimas décadas, para diagnóstico das DSFs, 13 deles com melhores critérios. Mesmo estes, demandam tempo, são formulados para especialistas

em sexualidade ou para situações específicas, pesquisas ou controles pós tratamento; e muitos, não validados epidemiologicamente. De acordo com os autores, poucos são os instrumentos que propõem versão de fácil aplicação e apontam falta de padronização internacional (12).

Apesar de prevalentes, as DSFs são frequentemente negligenciadas na prática clínica. Dentre os fatores desta negligência estão as carências na formação dos profissionais e as dificuldade de diagnóstico, em razão da complexidade dos instrumentos e inibição da paciente ou do médico na abordagem (16).

A saúde sexual é fator chave para maior equidade de gênero (17). Frente a este cenário, este artigo tem por objetivo apresentar o desenvolvimento de um teste rápido de diagnóstico *U on Sex*, para medir o nível de DSF, validado por dados empíricos e metodologia estatística.

## **METODOLOGIA**

O teste rápido, denominado *U on Sex*, foi desenvolvido a partir de um banco de dados de 378 mulheres, atendidas em ambulatório de saúde sexual, para tratamento de DSF. Os dados foram coletados dos prontuários, de todas pacientes atendidas, no período de março de 2011 à março de 2016, em hospital público, do sul do Brasil. A metodologia empregada para a elaboração de um instrumento de medida, foi a teoria de resposta ao item – TRI, para medir o traço latente “nível de função sexual feminina”.

Para a coleta, foi desenvolvido um instrumento específico, onde foram avaliados dados sócio-demográficos, queixa sexual, dados da funcionalidade sexual, práticas sexuais, evolução ao longo do tratamento, fatores associados à prognóstico e índices de melhora/piora, totalizando 109 variáveis. Destas variáveis, a construção do teste rápido deu-se a partir de quatro itens que eram utilizados de rotina, no atendimento das pacientes, e que foram considerados a partir do referencial teórico sobre sexualidade e da análise dos diferentes instrumentos que abordam sobre funcionalidade sexual feminina (FSF): frequência sexual, presença de orgasmo, dor na relação e iniciativa/interesse sexual. Estes itens eram de caráter ordinal, com quatro categorias de resposta, capazes de mensurar de forma objetiva: quanto mais alta a categoria de resposta, mais saudável (maior nível de FSF) a mulher se encontrava (Quadro 1).

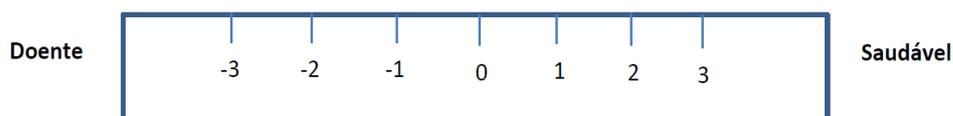
**Quadro 1: Itens selecionados para o teste - *U. on Sex.***

<b>ITEM</b>	<b>CATEGORIAS</b>
Frequência Sexual (Qual a frequência sexual habitual de relações sexuais (RS) , por mês?)	1-1vez/mês ou menos 2- 2-3vezes /mês 3- 4-11vezes /mês 4- 12 vezes /mês ou +
Orgasmo (De cada 10 relações, em quantas você tem orgasmo?)	1- Não tem/nunca tem – 0/10 2- 1-3 orgasmos/em cada 10 RS 3- 4-6 orgasmos/em cada 10 RS 4- 7 ou + orgasmos/em cada 10 RS
Dor na relação ( De cada 10 relações sexuais(RS), em quantas você tem dor/desconforto?)	1- 7 ou mais vezes / em cada 10 RS. 2- 4-6/ em cada 10 RS 3 - 1-3/ em cada 10 RS 4- 0/ em cada 10 RS
Iniciativa para relação sexual (De cada 10 relações, quantas você tem iniciativa?)	1- 0 ou não tem iniciativa/ em cada 10 RS 2- 1-3/10 3 - 4-6/10 4 - 7 ou + /10

Para este conjunto de itens, foi ajustado o Modelo de Crédito Parcial Generalizado (18) da Teoria de Resposta ao Item (TRI), que obtém seus parâmetros, relacionando os itens aos indivíduos, ou seja, as respostas aos itens do instrumento, com o seu verdadeiro nível de FSF. À conexão das respostas aos itens com o nível de FSF, dá-se o nome de Curva Característica do Item.

Os parâmetros relacionados aos itens são discriminação e gravidade, e em relação aos indivíduos, é a própria medida (estimativa) do nível de FSF para cada mulher, baseada no perfil de respostas aos itens, do teste rápido *U on Sex.* A discriminação mostra a importância de cada item na estimativa do traço latente ou a quantidade de informação que cada item traz para a estimativa do nível de FSF. São desejáveis itens com alta discriminação (em geral maior que 1). Portanto, estes modelos de TRI, apresentam formas de representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item e seu traço latente ou habilidade, ser avaliado, pois não pode ser observado diretamente (19).

Esta medida do nível de FSF tem média zero e desvio padrão 1. Isto significa que um valor negativo da medida de FSF para uma mulher representa o quanto ela está abaixo da média (que é zero). Quanto mais desvios abaixo da média, mais “(dis)funcional” ela se encontra. Um valor positivo representaria o número de desvios padrões acima da média. Quanto mais desvios acima da média, mais “funcional”. Esta medida de FSF criada do conjunto e ajuste dos itens, pelo modelo TRI, pode ser pensada como uma régua (Figura 1) para um nível de saúde sexual. Valores negativos (à esquerda) significam níveis menores em função, e valores positivos (à direita) significam maiores em função.



**Figura 1. Representação gráfica da medida de DSF**

A adequabilidade do uso do modelo de Crédito Parcial Generalizado requer duas suposições: unidimensionalidade e independência local, ambas relacionadas, bastando a verificação de uma delas (20). A unidimensionalidade foi avaliada através do procedimento de Análise Paralela (21)(22)(23) viabilizada a partir do uso do SAS (24).

Ao verificar se o instrumento de medida criado, funcionaria para as mulheres da amostra (validação interna), o *U on sex* foi ajustado num modelo misto para medidas repetidas. A variável dependente foi o nível de FSF (obtido pelo instrumento de medida criado) e os fatores avaliados foram a evolução (variável categórica com mulheres em um dos três grupos – desistiu, estável ou melhorou - após o tratamento) e tempo (antes e depois do tratamento) A expectativa era a de que o nível médio de FSF no grupo de mulheres que apresentou melhora com o tratamento, fosse maior.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição responsável pelas pacientes onde a pesquisa foi realizada. Todas as participantes assinaram um termo de consentimento de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de ética em pesquisa.

## **RESULTADOS**

O perfil sócio-demográfico das mulheres atendidas no ambulatório de saúde sexual (n=378) é apresentado na Tabela 1. A média de idade foi 40 anos e 58% das mulheres tinham baixa escolaridade (8 anos ou menos). A grande maioria (94,26%) tinha parceiro fixo e exercia alguma atividade remunerada (61,57%). Cerca de um quarto das mulheres se classificavam como “do lar”.

**Tabela 1 - Características sócio-demográficas das mulheres atendidas no serviço de saúde sexual de um hospital público do sul do Brasil**

Variável	Geral
Idade em anos* (n = 378)	40,08 (11,68)
Escolaridade** (n = 227)	
8- Analfabeta	0,00
9- 1º Grau Incompleto	27,31
10- 1º Grau Completo	30,84
11- 2º Grau Incompleto	7,93
12- 2º Grau Completo	25,99
13- Sup. Incompleto	3,08
14- Sup. Completo	4,85
Situação conjugal** (n = 401)	
5- Com Parceiro Fixo	94,26
6- Sem parceiro, s/ relação sexual no momento (aprox.. 6 meses)	3,24
7- Com Parceiro Sexual eventual.	1,25
8- Mais de 1 Parceiro eventual.	1,25
Ocupação** (n = 294)	
6- Do lar	24,15
7- Func. Pública/CLT	18,71
8- Autônomo/ Prof. Lib	42,86
9- Aposentada/Pensionista	7,82
10- Desempregada	6,46

\* Média (desvio padrão)

\*\* Percentual

A média de tempo de convívio com o parceiro foi de 13 anos. No que se refere à saúde sexual, das mulheres entrevistadas, observou-se que a idade média de sexarca foi 17 anos e a média de parceiros sexuais ao longo da vida foi 3,68. A violência sexual (VS) foi relatada por 22,30% das mulheres. O tempo médio de queixa relacionada à saúde sexual foi de 5,10 anos. Em relação às práticas sexuais, a maioria (67,94%) das mulheres referiu ter, habitualmente, até no máximo, 3 diferentes práticas sexuais. (Tabela 2).

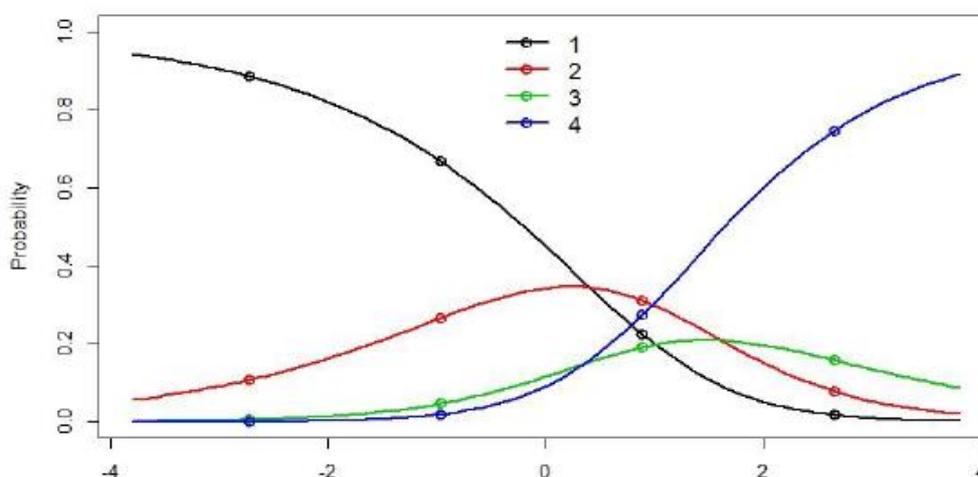
**Tabela 2 - Comportamento reprodutivo e sexual (Variáveis associadas a agravos): tempo de convívio com o parceiro/sexarca/práticas sexuais\*\*/ n. de gestas/ n. de parceiros/ svcs/ tempo que tem a queixa sexual.**

Variável	Geral
Tempo de convívio com o parceiro em anos* (n = 360)	13,25 (10,99)
Sexarca em anos* (n = 333)	17,28 (4,08)
Nº de Parceiros Sexuais Por Vida * (n = 290)	3,68 (4,84)
Tempo que tem a queixa sexual em anos * (n = 347)	5,10 (6,87)
Situação de Violência sexual(svcs)** (n = 287)	
4- Sim Crônica (infância/adolesc. recorrente)	17,42
5- Sim Aguda - estupro	4,88
6- Nega	77,70
Menopausa** (n = 397)	
3- Não está na menopausa	64,99
4- Pré Menop./ Transição (Climatério)	13,85
Menopausa- há mais de 1 ano sem menstruar.	21,16
Práticas sexuais** (n = 227)	
3- Até 3	67,94
4- 4 ou mais	32,06
Nº de gestações* (n = 384)	2,31 (1,80)

\* Média (desvio padrão)

\*\* Percentual

O nível de FSF foi avaliado a partir de quatro itens: frequência, orgasmo, dor e iniciativa. Esses foram classificados inicialmente em quatro categorias (Quadro 1). O ajuste dos modelos TRI mostrou que as categorias centrais de cada item, não tinham probabilidade maior que as demais de serem respondidas para nenhum nível do traço latente, como por exemplo na categoria 3 do item Orgasmo (Figura 2). Optou-se, por unir as categorias centrais 2 e 3 (Quadro 1), resultando três categorias de resposta e não mais 4. O sentido das categorias em relação ao “Nível de função Sexual” se manteve, quanto maior a pontuação (Fig 1), maior a funcionalidade sexual.



**Figura 2. Curva Característica do Item ‘Orgasmo antes do tratamento’ considerando as quatro categorias de resposta originais de acordo com o Quadro 1.**

Os quatro itens - frequência sexual, orgasmo, dor e iniciativa/interesse sexual – foram submetidos à avaliação pela metodologia TRI para compor o teste e criar uma medida de FSF. Desses itens, três se mostraram altamente discriminatórios: frequência sexual, orgasmo e iniciativa/interesse sexual. O item “dor” foi pouco discriminatório. Em todos os modelos ajustados este item que mede a dor (DAT), não contribuía com a estimativa do traço latente ‘Nível de Função Sexual Feminina’. As mulheres com menor escore (DAT=1 - 7 ou mais episódios de dor, em 10 relações) e com melhores escores, tinham médias semelhantes, sem distinção (Quadro 2). De outra forma, a análise dos escores identificou que tanto mulheres com maior ou menor, nível de função sexual, apresentavam a queixa “dor” nas relações sexuais.

**Quadro 2. Medidas descritivas do nível de DSF das mulheres da amostra estratificadas por categoria de dor.**

Dor na relação antes do tratamento	Média (DP)	Mínimo	Máximo
1. Sete ou mais em cada dez (n = 184)	0,0962 (0,6996)	-1,0199	1,8459
2. Quatro a seis em cada dez (n = 50)	-0,0094 (0,7197)	-1,0199	1,4905
3. Um a três em cada dez (n = 35)	0,1928 (0,5920)	-1,0199	1,4905
4. Nenhuma vez (n = 107)	-0,1241 (0,6489)	-1,0199	1,8459

DP = desvio padrão

O teste rápido para o “Nível de Função Sexual Feminina” resultou em um instrumento com três itens calibrados através do ajuste do Modelo de Crédito Parcial Generalizado. (Tabela 3).

**Tabela 3. Estimativas dos parâmetros do Modelo de Crédito Parcial Generalizado.**

ITEM	CATEGORIAS	DISCRIMINAÇÃO O (EP)	$b_{1,2}$ (EP)	$b_{2,3}$ (EP)
Frequência Sexual antes Tratamento	1- 1xx/mês ou – 2- 2-3xx/mês a 1- 2xx/semana 3- 3xx/sem ou +	1,194 (0,384)	-0,839 (0,167)	1,261 (0,226)
Orgasmo antes do tratamento	1- Não tem – 0/10 2- 1-3/10 a 4-6/10 3 - 7 ou + org/10	1,092 (0,343)	-0,077 (0,131)	1,510 (0,253)
Iniciativa para relação sexual	1- 0/10 2- 1-3/10 a 4-6/10 3- 7 ou + /10	0,741 (0,195)	1,346 (0,349)	3,545 (0,727)

$b_{1,2}$  → ponto de intersecção entre as categorias 1 e 2;

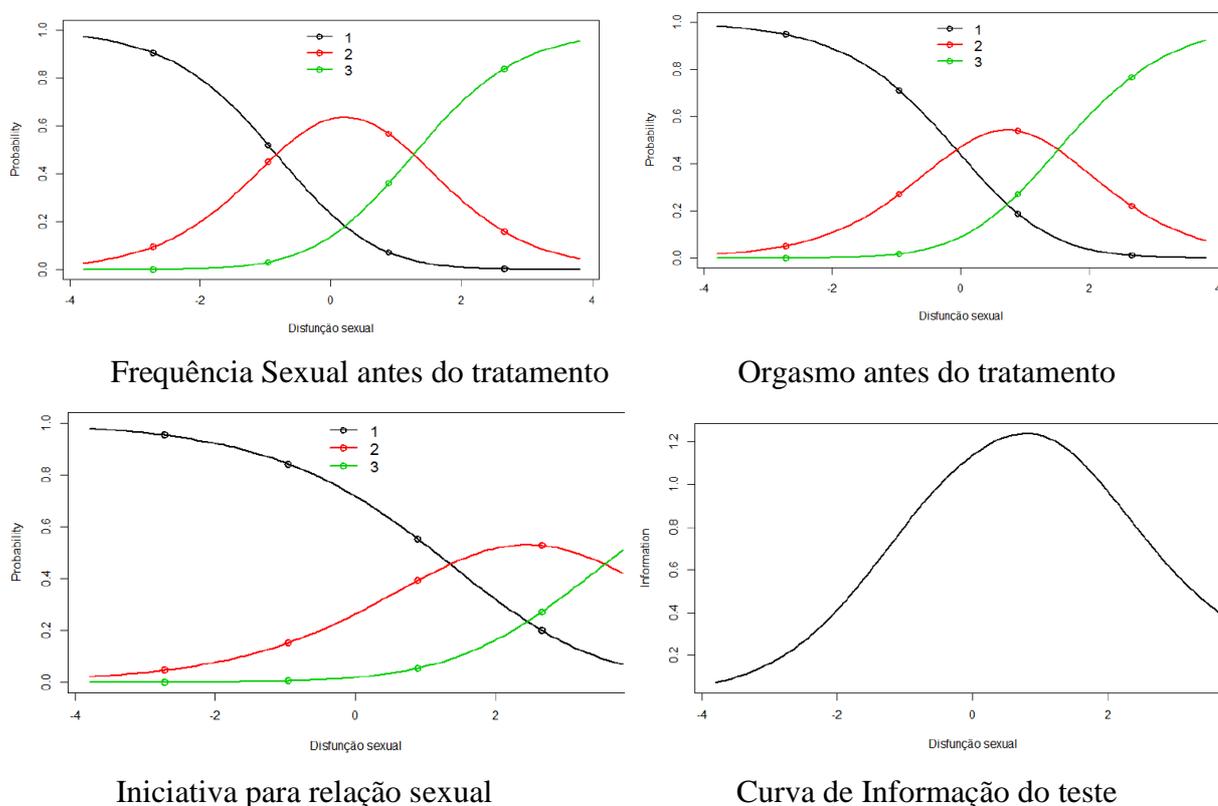
$b_{2,3}$  → ponto de intersecção entre as categorias 2 e 3;

EP → erro padrão.

No método TRI, as curvas características de cada item, devem se apresentar isoladamente com um ápice que sugere a “oportunidade” de qualquer indivíduo ser

caracterizado em uma das categorias, conforme apresentado na Figura 3. A frequência sexual e orgasmo possuem poder de discriminação semelhantes, sendo respectivamente 1,194 e 1,094 (Tabela 3). A iniciativa/interesse sexual demonstrou menor poder, mas desempenho sincrônico com os demais itens (Figura 3).

O teste *U on sex* obteve melhor resultado discriminatório no grupo de mulheres que apresenta escores entre a média (zero) e quase dois desvios padrões acima da média, para função sexual, conforme a curva de informação (Fig3),



**Figura 3. Curvas Características dos Itens considerando as três categorias de resposta com poder discriminatório pelo modelo TRI e Curva de Informação do teste**

**Figura de Frequência sexual** – linha 1 (preta) - 1 vez/mês ou menos; linha 2 (vermelha) - 2-3vezes /mês até 1-2vezes/semana; linha 3 (verde) – 3 vezes/semana ou mais.

**Figura do Orgasmo** – linha 1 (preta) - Não tem orgasmo ou 0/10; linha 2 (vermelha) - tem 1-3 episódios de orgasmo /em cada 10 relações até 4-6 orgasmos/ em cada 10 relações sexuais; linha 3 (verde) tem 7 ou mais orgasmos/ em cada 10 relações sexuais.

**Figura da Iniciativa** - linha 1 (preta) – Não tem iniciativa ou 0/10 relações sexuais; linha 2 (vermelha) tem de 1 a 3 iniciativas /10 relações até 4-6 iniciativas/ em cada 10 relações; linha 3(verde) – tem 7 ou mais vezes iniciativa/ em cada 10 relações.

O teste rápido foi validado a partir dos níveis de FSF estimados através da aplicação do *U on sex* antes e depois das mulheres serem submetidas a tratamento. O modelo misto ajustado mostrou efeito significativo da interação entre os fatores grupo e tempo ( $p=0,0007$ ),

mostrando que o comportamento médio do nível de FSF antes e depois do tratamento dependia do grupo (desistiu, estável ou melhorou) a que a mulher pertencia. Mulheres que obtiveram “melhora” passaram de um nível 0,05 antes da intervenção para 0,78, após tratamento. Mulheres “estáveis” evoluíram de 0,19 a 0,45. Enquanto que as que “desistiram” mantiveram níveis negativos (-0,2). (Figura 4).

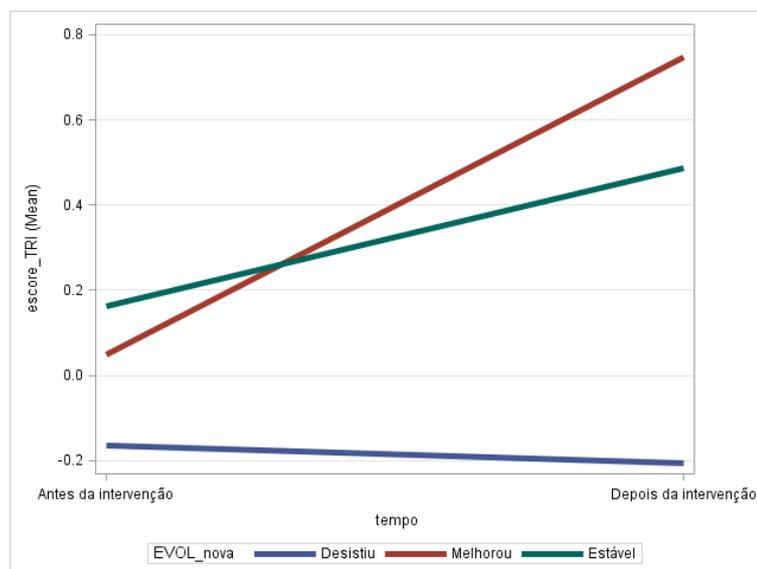


Figura 4- Níveis médios de FSF em cada grupo de evolução antes e após o tratamento.

## DISCUSSÃO

A metodologia TRI permitiu a criação de uma medida da variável latente função sexual feminina e elaboração de um teste rápido de diagnóstico com apenas três itens: frequência, orgasmo e iniciativa/interesse. Os resultados obtidos, indicam que o teste rápido apresenta boa capacidade discriminatória. Ou seja, ele é capaz de identificar a probabilidade das mulheres apresentarem ou não, alterações em sua funcionalidade sexual, particularmente aquelas mulheres com nível de FSF intermediário, cujo diagnóstico é mais difícil.

O item “dor” se mostrou com baixo poder discriminatório, variando pouco entre as mulheres que apresentaram baixo ou alto escore de funcionalidade sexual. Apesar da dor nas relações sexuais ser um sintoma reconhecido pela literatura entre as disfunções sexuais femininas (25), os resultados deste estudo, indicam que esta queixa não consegue separar mulheres com o que denominamos menor nível funcional (mais disfuncional), daquelas com maior função sexual (menos disfuncional), quando avaliadas no conjunto, com os outros três itens.

A falta de poder discriminatório da variável dor não significa que ela não esteja presente entre as DSFs, mas possivelmente, trata-se de variável subjetiva, e não um sintoma

específico capaz de discriminar o nível de funcionalidade sexual. Este achado corrobora com a redefinição do DSM 5, que uniu em uma categoria – o transtorno de dor genito-pélvica – ao justificar a dificuldade da diferenciação diagnóstica entre vaginismo e dispareunia, por não especialistas em sexualidade (1)(26).

Os itens considerados adequados para o teste rápido *U on sex*, foram justamente os que mediram aspectos funcionais da sexualidade feminina (frequência, orgasmo e interesse/iniciativa). Apesar deste último item – “iniciativa e ou interesse em começar uma relação sexual” - ter por objetivo medir a motivação para atividade sexual, ele rompe com os padrões de gênero, segundo os quais a atitude esperada e observada da mulher é em geral, a de passividade nas relações sexuais. O próprio conceito de desejo responsivo de Basson (3)(6)(15) embasam essa expectativa. Questionar sobre iniciativa/interesse para a atividade sexual implica em uma perspectiva que reconhece a autonomia das mulheres e que permite uma postura reflexiva a respeito desta atitude.

Estes três itens utilizados, tinham maior poder discriminatório e conseguiam mensurar a gravidade da medida latente criada – a FSF. Este achado segue a tendência dos instrumentos que medem disfunções sexuais masculinas ao avaliar o “funcionamento sexual” - disfunção erétil e ejaculação precoce - onde não é incluída, a variável dor (27)(28)(29).

A área da sexualidade é influenciada pelos valores e práticas culturais, no que se referem aos padrões de gênero. A produção científica e prática médica não estão isentas destas influências culturais (30). A importância atribuída à dor na avaliação das DSFs, por profissionais e pacientes, e à funcionalidade na avaliação da sexualidade masculina, remetem a forma que nossa sociedade percebe e reproduz estas diferenças. É necessário analisar, o quanto é generificada, a forma como a ciência avalia as disfunções sexuais (31)(32)(33).

O *U on sex*, com poucas questões e centrado na funcionalidade, é específico na identificação do nível de FSF, especialmente em mulheres de gravidade intermediária com diagnóstico mais difícil. Trata-se de uma proposta de teste rápido e simplificado, para uma melhor aplicabilidade, por não especialistas nos atendimentos de saúde.

Um artigo de revisão recomenda que profissionais de saúde incluam a avaliação de DSF como parte de sua avaliação global, os autores sugerem o uso de ferramentas de triagem pela relação custo-benefício do tratamento precoce (34). Porém, instrumentos breves, de fácil aplicação para não especialistas, para avaliar FSF, são raros (12). Ainda, há resistência dos médicos, em abordar de rotina, sobre sexualidade (16). O *U on Sex* é uma proposta de ferramenta, com apenas 3 questões, que permitiria discriminar o nível de FSF oportunizando introduzir o tema, na prática clínica.

Uma das limitações do estudo está no fato de que poucos itens foram submetidos à análise de TRI. No entanto esta restrição foi intencional visto que a prioridade era de um teste de rápida aplicabilidade. Além disso, a utilização de banco de dados de pacientes com DSF, com menor escore, para a validação interna, pode ter implicado em viés. Nesse sentido, o *U on Sex* será submetido a outro processo de validação, comparado à padrão ouro, com amostra de mulheres usuárias de serviços públicos.

A partir deste estudo, recomenda-se reavaliar a forma de analisar as variáveis que compõem os testes sobre sexualidade feminina, e consequentes definições. Sugere-se estudos qualitativos para compreender melhor o significado da dor na vivência da sexualidade feminina, apesar da funcionalidade sexual feminina ter sido bem demonstrada, o que já ocorre nos testes de avaliação da sexualidade masculina. Faz-se necessário observar o quanto os instrumentos utilizados refletem padrões de gênero e além disso, realizar pesquisas que avaliem variações do instrumento proposto *U on sex*, em outras culturas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5):970-978.
3. Clayton AH, Groth J. Etiology of female sexual dysfunction. *Womens Health (Lond Engl).* 2013; 9(2):135-137.
4. Cavalcanti, R, Cavalcanti, M Tratamento clínico das inadequações sexuais. - 3.ed. - Editora Roca, 2006.
5. Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sex Med.* 2013; 10(1):36-49.
6. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause.* 2013;20(12):1284-1300.
7. Buster Je. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100(4):905-915.
8. Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine.* 2004;1(1):35-39.

9. Laumann E, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wangt, Levinson B, Moreira ED Jr, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav.* 2006 Apr;35(2):145-61.
10. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2015; 41(2):169-80.
11. Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M., Moreira Junior, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. 2002.
12. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, and Fugl-Meyer AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. 2011; *J Sex Med* 8:2681–2706.
13. DeRogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther.* 2002 14; 28:317-330.
14. DeRogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008; 5:357-364.
15. DeRogatis L, Pyke R, McCormack J, Hunter A, Harding G. Does the Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) cover the feelings of women with HSDD? *J Sex Med.* 2011;8:2810-2815.
16. Abdolrasulnia, M., et al.. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine.* 2010; 7(7): 2499-2508.
17. World Association for Sexual Health. Declaration of sexual rights. Retrieved March 10 2016.
18. Muraki, E. Information functions of the generalized partial credit model: Applied Psychological Measurement. 1993; v. (17): p. 351-363.
19. Andrade DF, H R Tavares, R C Valle. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. ABE - Associação Brasileira de Estatística. 14º SINAPE - Caxambu. 1-154. Ref Type: Serial (Book, Monograph). 2000.
20. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care.*2000; 38: II28-42.
21. Glorfeld LW. An improvement on Horn's Parallel Analysis Methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement.* 1995; 55: 377-93.

22. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*. 2004; 7: 191-205.
23. Ledesma RD, Valero-Mora P. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007; 12.
24. Parscale. [computer program]. Versão 4.1. Chicago (Illinois): Scientific Software International, Inc.; 2003.
25. Al-Abbadey, Miznah et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2016; v. 42 n. 2: p. 99-142.
26. Araújo, A C; Lotufo Neto, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. 2014; v. (16), n. 1: p. 67-82.
27. Rosen, R C. et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997; v. 49, n. (6): p. 822-830.
28. Rosen, R C. et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International journal of impotence research*. 1999; v.(11) n. 6: p. 319.
29. O'Leary, MP. et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*. 1995; v. 46 n. 5: p. 697-706.
30. Pinho, MJS. Gênero em Biologia no Ensino Médio: uma análise de livros didáticos e discurso docente. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Educação)– Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2009.
31. Baumeister R F, Catanese K R.; Vohs, KD. Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and social psychology review*. 2001; v. (5) n. 3 p: 242-273.
32. Fredrickson, B L.; Roberts, TA. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*. 1997; v. 21 n. 2: p. 173-206.
33. Fillingim, R B. Sex, gender, and pain. In: *Principles of Gender-Specific Medicine (Third Edition)*. 2017; p. 481-496.
34. Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *J Sex Marital Ther*. 2015;41(2):169-80.

7 ARTIGO 2 (versão inglês)

**VALIDATION OF THE U ON SEX RAPID TEST TO DETECT FEMALE SEXUAL  
FUNCTION IN PRIMARY HEALTH CARE.**

*Scalco S.C.P.<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>., Hentges B<sup>3</sup>., Weinberg L.<sup>4</sup>, Conceição C.S.<sup>5</sup>, Wender M.C<sup>6</sup>.,  
Knauth D.K<sup>7</sup>.*

*Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS<sup>1</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS<sup>2,7</sup>*

*Mestranda de Epidemiologia da UFRGS<sup>3</sup>*

*Dra. em Psicologia pela UFRGS<sup>4</sup>*

*Médica especialista em sexologia<sup>5</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS<sup>6</sup>*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS

A ser enviado à Archives of Sexual Behavior

The Official Publication of the International Academy of Sex Research

**INTRODUCTION**

Female sexual dysfunction (FSD) is highly prevalent. Studies in different countries such as (1), the United States (2), England (3), Portugal (4) and Brazil (5) showed that around 40% of the population present FSD. although prevalent, Sexual complaints are poorly investigated by health professionals. In a study conducted in 29 countries in a sample of 27,500 participants, Moreira et al., identified that only 9% of the studied population was questioned about their sexual health during three years of medical follow-up.(6)

Diagnostic tests for FSD usually take too long for just a routine consultation and they are developed for the use of sex health specialists.(7)(8) One of the most used instruments is the Female Sexual Function Index (FSFI), it has 19 questions.(9)(10) The complexity of most instruments and the lack of training of health professionals in sexuality hinders the approach and diagnose of female sexual dysfunction in clinical practice. (7)(11)

There are several barriers to the discussion of sexual issues in the consultation. (7)(12)(12)(13) Most of the difficulties mentioned by these professionals comprise lack of training, lack of time, embarrassment, fear of bringing up such a broad issue as well as having an age or gender that differs from the patient's. (12)(13) Beyond these barriers, the lack of skills training and communication skills in this area were related as one of the main factors for a sexual history collection and problem management.(7)((14)

According to the second review article, health professionals are strongly advised to include FSD questionnaires as part of engagement with women. For this purpose, they emphasize the importance of more research in the area, the use of a validated and standardized tool for screening FSD, the benefits of using routine screening in clinical practice and the need for training of health professionals. They also reaffirm the cost-effectiveness of FSD early treatment, and the fact that FSD may be the early signs of a subclinical disease. (8)

In this context, this article aims to present the validation of the *U on Sex* rapid test. It is a test to identify the level of female sexual function (FSF), which is easy to apply in daily clinical practice to facilitate the approach of non-specialist physicians in sexuality.

## **METHODOLOGY**

The validation of the *U on Sex* rapid test was carried out in two steps. The first step with a sample of 378 women that were seen at a sexual health outpatient clinic for FSD treatment (sample 1), and the second step, with the addition of a sample of 243 women seen at gynaecology and family medicine outpatient clinics (sample 2). The data obtained from the first step were collected from the medical records of all patients treated for FSD in a specific outpatient clinic of female sexual health from March 2011 to March 2016, in a public hospital in southern Brazil. The data from the second step were obtained from interviews with women between 20 to 60 years, with active sex life in the last 6 months, regardless of sexual orientation, who attended routine consultation in two public health institutions from September 2017 to January 2018. In the second step, assistant doctors who were non-sex specialists (family doctors and gynaecologists/obstetricians) applied the *U on Sex* test to patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. At the end of the routine visit, a sexologist, in another room, without knowledge of the previous results, applied the FSFI and the *U on Sex*.

The two stages of the research were approved by the ethics committee of the institutions responsible for the study and all women interviewed signed a consent form to participate in the study. The professionals who applied the instruments have also consented to participate.

The *U on Sex* rapid test was developed from three items that were routinely used in the care of patients from the first step. These items were based on the theoretical reference on sexuality and analysis of the different instruments in the diagnosis of female sexual function

(FSF). The selected items were: sex frequency, presence of orgasm and sexual initiative/interest. The pain item was evaluated to compose the test but it did not demonstrate to be strong enough to discriminate between women with higher and lower levels of sexual dysfunction. (15) The items were classified into three response categories as shown in Frame 1.

**Frame 1: *U on Sex* items and its answer categories**

ITEM	CATEGORIES
Sexual frequency before treatment	1- 1time /month or less 2- 2-3times/month to 1-2times/week 3- 3times/without or more
Orgasm before treatment	1- None orgasm or 0/each 10 sex.interc.(SI) 2 - 1-3/10 to 4-6/each 10 3 - 7 or more orgasms/10
Initiative/interest in sexual activity	1- 0/ each 10 SI. 2 - 1-3/10 to 4-6/each 10 SI. 3 - 7 or more /each10 SI.

The instrument was developed using the Item Response Theory (IRT), which allows measuring the latent trait "level of female sexual function". The items were adjusted by the Generalized Partial Credit Model (16) relating the responses of the instrument to individuals, that is, their true level of FSF. (17) The suitability of the model requires two assumptions: unidimensionality and local independence, both related. (18) The unidimensionality was evaluated through the Parallel Analysis procedure made possible by using the Statistical Analysis System (SAS) package. (19)(20)(21) In this model, the discrimination shows the importance of each item for estimating the latent trait or the amount of information that each item brings to the estimation of FSF level. Items with high discrimination (generally greater than one) are desirable. (18)(17)(22)

The characteristic curves of the item reflect the relationship between each item and the latent feature being evaluated. The discrimination parameter of the item reflects the slope of the characteristic curve of the item. (23) The greater the discrimination parameter of an item, the more this item can distinguish between the people, the level of the latent trait, or the measure created, and in the case of this study - a measure for FSF.

For the validation of the instrument, the initial sample (sample 1) was expanded including women seen in primary care (sample 2). Thus, the final analysis was performed with a sample of 621 women, including women with and without sexual dysfunction complaints. The *U on Sex*, in its concurrent validation, was compared to the FSFI, which is

considered in this study as gold standard. For this comparison, we used the Spearman correlation test.

To each combination of responses of the three items that compose the *U on Sex*, it converts the FSF score resulting from the IRT methodology (Annex A). The accuracy analysis considered the cut-off point defined by the gold standard (10) by classifying women as functional or dysfunctional through the ROC curve.

## RESULTS

Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the two samples used in the validation of the instrument. As regarding age, sample 1 is composed of the patients attended at the sexual health outpatient clinic (n = 378), and there is a predominance of women in the age group between 41-50 years. Sample 2 consists of women seeking primary care (n = 243), and its predominant age group is less than 30 years. The educational level of the women in sample 1 is lower than the women interviewed in sample 2. In both samples, most women are gainfully employed and have only one sexual partner. The women in sample 1 were with their partners for longer - a median of 11 years. The interviewees in sample 2, have more than double the number of sexual partners in their lifetime when compared to sample 1.

**Table 1: Descriptive variables of the sample**

	<b>Sample 1</b> <b>N = 403</b>	<b>Sample 2</b> <b>N = 243</b>	<b>Global</b>
<b>Age Group</b>			
<=30	100 (24,8)	71 (32,9)	171 (26,5)
31– 40	107 (26,6)	57 (26,4)	164 (25,4)
41 – 50	126 (31,3)	47 (21,8)	173 (26,8)
51 or more	70 (17,4)	41 (19)	111 (17,2)
<b>Level of Education</b>			
Illiterate/Incomplete Primary Schooling	62 (27,3)	41 (16,9)	103 (15,9)
Complete Primary/Incomplete Secondary Schooling	88 (38,8)	46 (18,9)	134 (20,7)
Complete Secondary Schooling	59 (26)	71 (29,2)	130 (20,1)
Complete/Incomplete Undergraduate Degree	18 (7,9)	85 (35)	103 (15,9)
<b>Professional Occupation **</b>			
Housewife	71 (24,1)	32 (14,8)	103 (15,9)
Civil Servant/Full Time	55 (18,7)	79 (36,6)	134 (20,7)
Self-Employed	126 (42,9)	74 (34,3)	227 (35,1)
Retired/pensioner	23 (7,8)	11 (5,1)	34 (5,3)
Unemployed	19 (6,5)	20 (9,3)	39 (6,0)
<b>Marital Status</b>			
Only one partner	379 (94,3)	214 (88,1)	593 (91,8)

No partner or not having sexual relations at the moment	13 (3,2)	0 (0,0)	13 (2,1)
Casual sex partner	10 (2,5)	29 (11,9)	39 (6,1)
<b>Length of time with the current partner (years)</b>	11 (4 – 20)	6 (3-20)	8 (2-18)
<b>Number of sexual partners in lifetime</b>	2 (1 – 4)	5 (2-10)	3 (1-6)

Data Sample 1 and 2 presented by: N (% valid) and median (1st and 3rd quartile)

Global Sample Data presented by: N (% total) and median (1st and 3rd quartile)

\*\* Sample 1: Missing 109 - 27% / Sample 2: Missing 27 - 11%

In the validation process of *U on Sex* by the IRT methodology, in a sample of 621 women, the three items - frequency, orgasm and initiative/interest - continue to present discriminating power. In this phase of validation, all items present discriminating power above 1 (Table 2). The initiative/sexual interest item presented greater discrimination power when compared to phase 1 - from 0.741 (data not shown) to 1.104. (15) The other items (frequency and orgasm) maintained good discriminatory power, above 1.

**Table 2: Parameters Estimates of the *U on Sex* Generalized Partial Credit Model (621 women sample).**

ITEM	CATEGORIES	DISCRIMINATION (PE)	b <sub>1,2</sub> (PE)	b <sub>2,3</sub> (PE)
<b>Sexual Frequency (per month)</b>	1 – 0-1xx/month	1.032 (0.184)	-1.405 (0.181)	1.197 (0.159)
	2 -2-11 xx/month			
	3 – 12 xx or + / month			
<b>Orgasm (In every 10 sexual intercourses)</b>	1 – 0-1 /10	1.133 (0.231)	-0.576 (0.103)	0.760 (0.110)
	2 – 2-6 /10			
	3 - 7 or + /10			
<b>Initiative/interest in sexual activity (In every 10)</b>	1 – 0-1/10	1.104 (0.209)	0.268 (0.105)	2.480 (0.300)
	2 – 2-6 /10			
	3 - 7 or + /10			

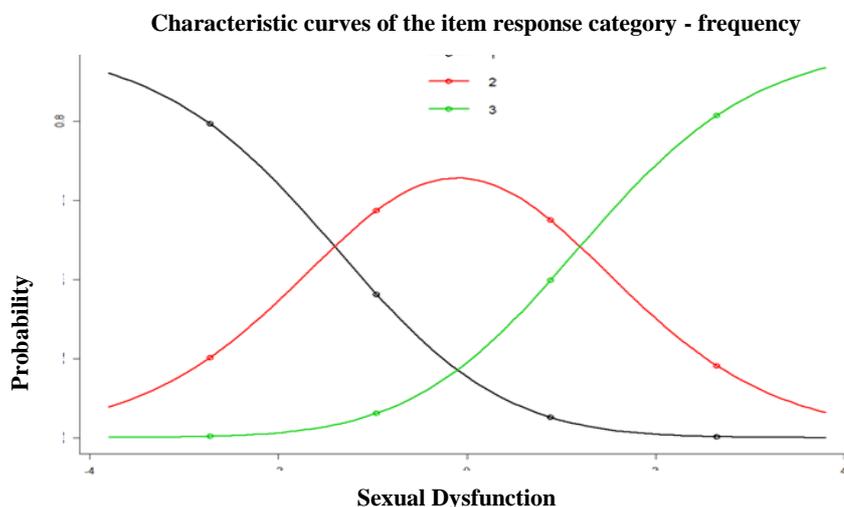
b<sub>1,2</sub> → point of intersection between categories 1 and 2;

b<sub>2,3</sub> → point of intersection between categories 2 and 3;

SE → standard error

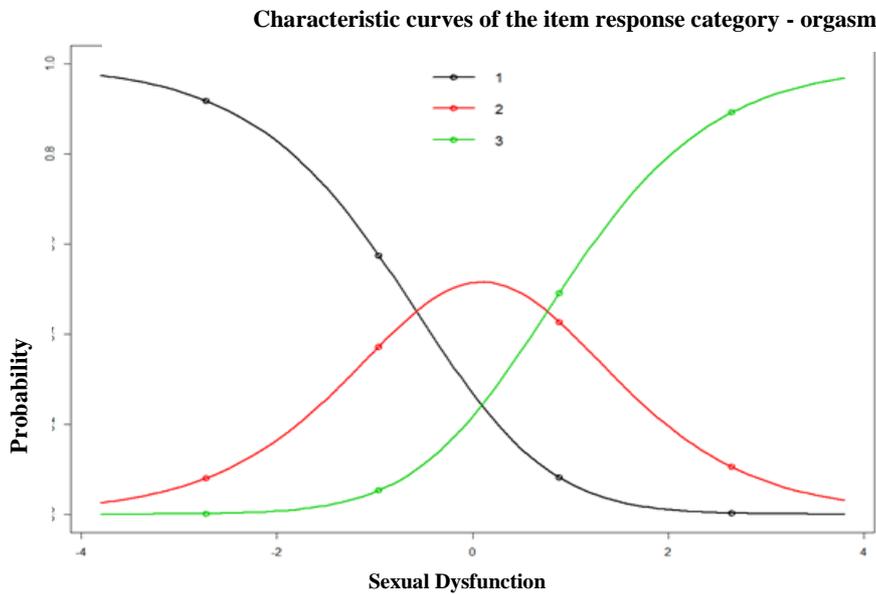
The curves that show the response categories of each item are presented in figures 1 to 3.

**Figure 1: Curve of the item response category relative to the sexual frequency of the *U on Sex* rapid test.**

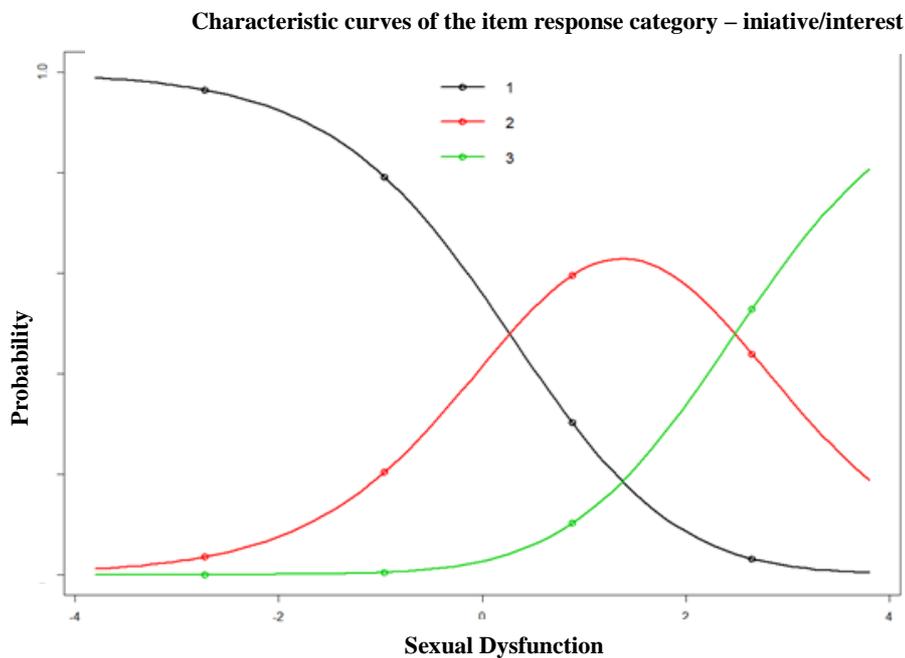


Fi

**Figure 2: Curve of the item response category relative to the orgasm of the *U on Sex* rapid test.**



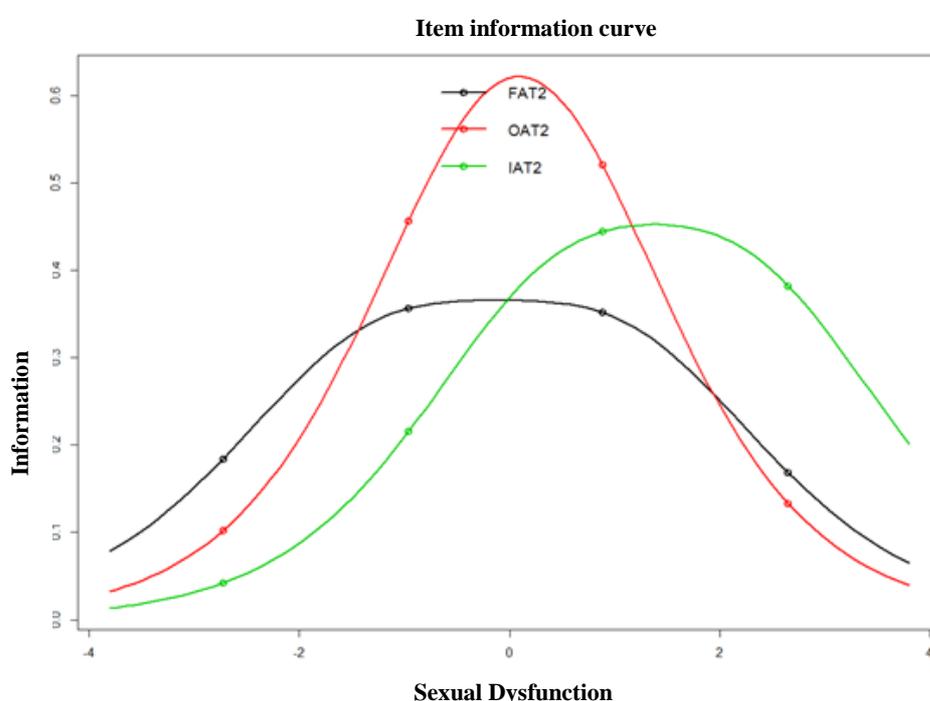
**Figure 3: Curve of the item response category relative to the sexual initiative/interest of the *U on Sex* rapid test.**



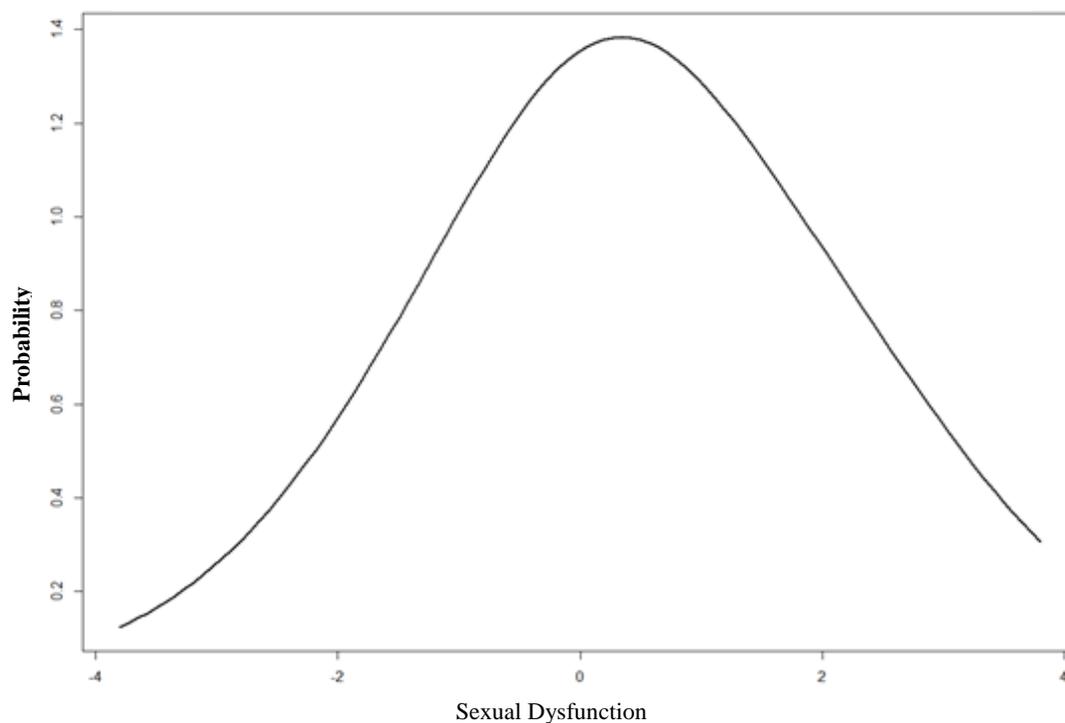
The information curve of the *U on Sex* rapid test is the result of the sum of the information curves of the three items that make up the instrument (frequency, orgasm, and initiative/ interest). In these ones, it was observed that the orgasm item, which has the highest estimate for the discrimination parameter (Table 2), contributes with more information as it is

more accurate in the estimation of FSF levels, precisely of the women who are between the average (zero) and a little less than one standard deviation above it. The other items also present a discrimination value above 1 (Table 2), but they contribute with more information to estimate the level of FSF in regions slightly different from the orgasm item: the initiative item works best approximately between 1 and 2 deviations above of the average, and the item frequency works best in a wider region, between 1 deviation below the mean and 1 deviation above the mean (Figure 4).

**Figure 4 - Information curve of the three items (sexual frequency, orgasm and interest/initiative) of the *U on Sex* rapid test.**



Therefore, when considering the estimate of the three items involved (Figure 4), the information curve of the *U on Sex* rapid test in the validation step demonstrated in this study, estimates more accurately the level of FSF among women who are between the average (zero) and a little less than one standard deviation above it, which encompasses the area of the established cut-off point of the test (0.7). (Figure 5).

**Figure 5: *U on Sex*.****Function of test information**

rapid test information curve

As for the performance of the *U on Sex* rapid test (with only 3 items) in relation to the FSFI gold standard (with 19 items) the correlation was found to be 0.56 ( $p < 0.000$  value), which has demonstrated a positive association between the two measures.

The accuracy evaluation of the *U on Sex* instrument was based on the classification of female sexual dysfunction using the gold standard score ( $< 26.5 = \text{FSD}$ ). This evaluation resulted in a cut-off point of 0.7 in the *U on Sex*, which is precisely in the region where the test estimates with more precision the latent trait, that is, the measure created, FSF. A score below this value indicates FSF. Still in relation to the accuracy, the analysis indicates that the test has 80% sensitivity (CI 0.70-0.87) and 53% specificity (CI 0.45-0.61).

The results obtained in the application of the test by non-specialist physicians (NS) showed a high association with the results obtained by specialists in sexuality (SS). The estimated correlation between the results of the *U on Sex* rapid test was 0.87 ( $p < 0.000$  value).

## DISCUSSION

The validation of the *U on Sex* test, which proposes to measure the level of female sexual dysfunction based on three items - sexual frequency, orgasm and sexual initiative/interest - showed that in comparison with the test which is considered gold standard (the FSFI with 19 items) - presented 80% sensitivity and 53% specificity. Sensitivity was prioritized in the accuracy analysis because it is a rapid screening test for the diagnosis of FSD. Therefore, despite the greater possibility of false positives, the objective is to provide a broader, more sensitive than specific diagnostic screening to detect FSF due to its high prevalence (2)(6). We also decided to develop and validate an easy-to-use rapid test format to address approach difficulties (12) and diagnosis in this area. (13) In this way, the *U on Sex* instrument proved to be a great resource in the identification of FSF, which due to its few items facilitates the approach of the subject in daily clinical practice.

The *U on Sex* was validated to be applied by non-specialist (NS) physicians in sexuality such as gynaecologists and family physicians. We could identify a good correlation when comparing the results obtained in the application of the test between non-specialists (NS) and specialists in sexuality (SS). Therefore, the *U on Sex* presented results that demonstrate the feasibility of using the test by physicians who work in primary health care as well as gynaecologists.

The FSFI was used in this study as a gold standard because it is one of the most used instruments worldwide (24)(25) and it has been validated in Brazil(26)(27).When comparing the two tests used in this study, it should be noted that the *U on Sex* rapid test is easy to apply, it takes an average of 1-2 minutes and does not depend on the sexual orientation of the interviewee; while FSFI is more comprehensive, but at the same time it requires approximately 20 minutes to apply, it restricts sexual orientation (only for heterosexuals) and is intended for use by professionals who are specialists in sexuality(9)(25).

Literature on the subject has highlighted several limitations of the FSFI. One is the absence of questions to define vaginismus. Faced with this limitation, the recommendation is that this instrument be used in clinical practice to measure general symptoms of sexual dysfunction severity. (7) Measurement problems and psychometrics are also identified by Forbes (2014), especially in the dimensions that address excitement and desire.(28) These statements are countered by Rosen et al. (29) given the deficiencies of the survey sample conducted by the Internet, which is not representative of the Australian population, preventing the extrapolation of the findings. The authors argue that one advantage of the FSFI is

precisely the fact that the instrument is not tied to a specific theoretical concept (30)(31) of desire, being wide enough and multidimensional enough to accommodate alternative theoretical perspectives(29).

Further criticisms of the FSFI test, both in its long and short versions, point to the fact that these tests can only be used if existing sexual activity, adopting a heteronormative perspective (7). In this sense, Puppo (2012) says that these tests predominantly evaluate the degree of lubrication and ease of penetration without valuing the clitoridean orgasm (32). The author, contrary to most articles on these instruments, reiterates that FSFI-19 and FSFI-6 should not be used to assess FSD, since their questions about the decline in desire and inability to achieve orgasm are associated with coitus, emphasizing vaginal sex (33)(34).

The valuing of sexual intercourse in the penetration stage as oppose to the preliminaries stage, focusing the assessment on coitus itself, refers to the heteronormative and sexist character of the instrument. In a sociological perspective, when discussing the hegemony of male domination in gender relations, Bourdieu (2012) stresses that this domination is sufficiently assured in society, exempting the need for justification. What makes the adopted perspective not actually perceived as such, but taken as normal, natural and unavoidable (35). Therefore, the privilege of a male perspective in an instrument that seeks to evaluate female sexual health seems to be an important aspect that should be considered in the use of this measure, particularly in the current context where several studies have demonstrated the presence of gender bias in scientific production (36)(37).

Other short and validated tests evaluated in the literature with similar or lesser number of questions than the FSFI, were considered as good criteria, since they evaluate several dimensions of sexuality and are self-applicable, but not always intended for any sexual orientation (7) (38). There are also studies that advocate asking a single broad question about sex life (39)(40). The validated test in this study - *U on Sex* - is in an intermediate position, because it measures the level of FSF with only three items, which is not possible with only one question (17)(18)(41). Thus, it enables the non-specialist in sexuality to easily detect the need for management. The greater precision demonstrated by the test in detecting women at an intermediate level of FSF contributes to the identification of the most difficult cases to access, as well as favoring a timelier diagnosis of these dysfunctions.

The application of a rapid test to improve the approach and diagnosis in sexuality is a recommendation of the studies on the subject. According to the literature, this type of instrument increases the percentage of diagnoses and works as a tool to overcome barriers

such as shame or embarrassment in patients or physicians, which has contributed to initiate the approach for both parties(42).

The current concept of FSD includes lack of sexual desire, impaired arousal, inability to reach orgasm or pain in sexual activity. This definition refers to one or more phases of the sexual response cycle, although a disorder restricted to a single phase is uncommon in the clinical setting. (2) (42) (43) According to Basson, (2000), these phases may be absent, vary in sequence or overlap in sexual intercourse (31)(44). Note that the variable pain, which was a non-discriminatory item in the present study, is not related to any of the phases of the sexual response cycle in the FSD concept described above. Sexual pain disorders in women such as menopause genitourinary syndrome (including vulvovaginal atrophy), pelvic floor hypertonia (previously known as vaginismus), and other forms of dyspareunia (45) represent a separate category and have specific causes and therapies in the very concept of FSD(46) .

The *U on Sex* test prioritizes the evaluation of sexual functionality and the validation of this instrument has demonstrated discriminatory power of items related to this dimension. Other studies have demonstrated the importance of assessing sexual function when considering FSDs. In a US study, Stephenson and Meston (2015), evaluated the association between female sexual function and subjective distress in relation to sexual activity, demonstrating that the consequences of sexual function represent potential factors for the maintenance of sexual dysfunction. The results indicate that the decrease in physical pleasure and the interruption of sexual activity statistically mediated the association between sexual function and suffering (47). Other authors corroborate the importance attributed to sexual functionality by showing its association with behaviors that include greater diversity and creativity in sexual practices, longer duration of sexual intercourse and the fact that women consider sex a priority in their lives (48)(49).

Among the limitations of the present study we can cite the size of the sample, since a larger sample size is recommended for the IRT methodology use. Besides that, in the creation of the *U on Sex* instrument more items could have been included, however, as the objective was to create and validate a rapid test, we decided from the beginning, to use the smaller number of possible items within the more frequent dimensions of FSF. (18) In clinical practice, disorders of desire and orgasm are the most prevalent among women (2) (5) (38). After identifying that the pain item had no power to discriminate the latent variable female sexual function, the test was defined with only three items (sexual frequency, orgasm and sexual initiative/interest).

Another limitation of the study is its form of application. Despite the recommendation of the literature on self-applicable tests (7) (50), the *U on Sex* was validated to be applied by non-specialists in sexuality (gynaecologists, family physicians) and sexologists. This was due to two reasons: a limitation in the educational level of the patients in the study who were attending the outpatient clinic, which could interfere in the understanding of the questions. And, especially to encourage non-specialist physicians to have the experience of the sexuality approach. Although the *U on Sex* instrument was initially validated with non-sex specialists, it is believed that it could be used by other health professionals, but further research is needed.

Based on social studies and ethical precepts, it is considered that one of the ways to give a more effective feedback is through the strategies that can be used from this study. Broaden the social impact, in addition to individuals, and in fact, to improve people's lives. The social role, which involves the sexual health of women, has an ethical, political and legal function (51). Sharing the presented results contributes to deepen the reflection on possible advances in the understanding of female sexuality and to arouse the interest of professionals who work in this area.

The *U on Sex* is a rapid diagnostic screening instrument which was validated by the IRT methodology. This test prioritizes the evaluation of sexual functionality with only three questions. Therefore, it is an opportunity to break down barriers within the sexuality theme. It can contribute to reducing the invisibility and stigma of female sexual health by facilitating the initial approach in primary health care. The test was subjected to a rigorous statistical methodology from its construction process to its validation, which guarantees a more effective and less moral approach to female sexuality.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, McKay A, Holzapfel S. Prevalence and Predictors of Sexual Problems Among Midlife Canadian Adults: Results from a National Survey. *The journal of sexual medicine*. Jun 2018; 15(6):873-9.
2. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wangt, Levinson B, et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav*. Epub 26. Apr 2006; 35(2):145-61.
3. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1999; Mar 53(3):144-8.

4. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015; 41(2):169-80.
5. Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M., Moreira Junior, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. 2002.
6. Moreira Júnior, E. D., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A., ... & Gingell, C. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. 2005.
7. Giraldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, and FUGL-MEYER AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. *Sex Med* 2011; 8:2681–2706.
8. Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(2):169-80.
9. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; v. 26, n. 2: p. 191-208.
10. Wiegel, Markus; Meston, Cindy; Rosen, Raymond. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*. 2005; v. 31 n. 1: p. 1-20.
11. Abdolrasulnia, M., et al.. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7(7): 2499-2508.
12. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract*. 2001; 18: 516–518.
13. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med*. 2012; 9: 2508–2515.
14. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, et al. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med*. 2006; 3:583–588.
15. Scalco, S.C.P., Knauth, D.R, Castro S., Osorio M.C., Hentges B. U on Sex - A rapid diagnostic test for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018. (no prelo).
16. Muraki, E., A generalized partial credit model: Application of an EM algorithm: *Applied Psychological Measurement*. 1992 v. 16: p. 159-176.
17. Muraki, E., Information functions of the generalized partail credit model: *Applied Psychological Measurement*. 1993; v. 17: p. 351-363.

18. Andrade,DF, H R Tavares, R C Valle. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. ABE - Associação Brasileira de Estatística. 14º SINAPE - Caxambu. Ref Type: Serial (Book,Monograph), 2000; 1-154.
19. Ledesma RD, Valero-Mora P. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. Practical Assessment. Research & Evaluation. 2007; 12.
20. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. Organizational Research Methods. 2004; 7: 191-205.
21. Parscale. [computer program]. Versão 4.1. Chicago (Illinois): Scientific Software International, Inc.; 2003.
22. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. Med Care. 2000; 38: II28-42.
23. Marino, Molly E. et al. Developing Item Response Theory–Based Short Forms to Measure the Social Impact of Burn Injuries. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2018; v. 99 n. 3 p. 521-528.
24. Ter Kuile, Moniek M.; Brauer, Marieke; Laan, Ellen. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. Journal of sex & marital therapy. 2006; v. 32 n. 4: p. 289-304.
25. Meston, Cindy M. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. Journal of Sex & Marital Therapy. 2003; v. 29 n. 1: p. 39-46.
26. Hentschel, Heitor et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Revista HCPA. Porto Alegre. 2007; Vol. 27 n. 1: p. 10-14.
27. Pacagnella, Rodolfo de Carvalho; Martinez, Edson Zangiacomi; Vieira, Elisabeth Meloni. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. Cadernos de Saúde Pública. 2009; v. 25: p. 2333-2344.
28. Forbes, Miriam K.; Baillie, Andrew J.; Schniering, Carolyn A. Critical flaws in the female sexual function index and the international index of erectile function. The Journal of Sex Research. 2014; v. 51 n. 5, p: 485-491.
29. Rosen, Raymond C.; Revicki, Dennis A.; Sand, Michael. Commentary on “critical flaws in the FSFI and IIEF”. The Journal of Sex Research. 2014; v. 51, n. 5, p: 492-497.
30. Brotto, Lori A. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. Archives of sexual behavior, v. 39, n. 2, p. 221-239, 2010.
31. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000; 26: 51-65.
32. Puppo, Vincenzo. Female sexual function index (FSFI) does not assess female sexual function. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2012; v. 91, n. 6: p. 759-759.

33. Puppo, Vincenzo. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*. 2013; v. 26, n. 1: p. 134-152.
34. Puppo, Vincenzo. Female sexual dysfunction is an artificial concept driven by commercial interests: FOR: FSD is a multimillion dollar business. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015; v. 122, n. 10: p. 1419-1419.
35. Bourdieu, Pierre. *A dominação masculina*, 2012.
36. Nielsen, Mathias Wullum et al. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nature Human Behaviour*. 2017; v. 1, n. 11: p. 791.
37. Oakley, A. *Sex, Gender and Society*. London: Routledge, 1991.
38. Lima, S. M. R. R. et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010; v. 55, n. 1: p. 1-6.
39. Althof SE, Dean J, Derogatis LR, Rosen RC, SISSON M. Current perspectives on the clinical assessment and diagnosis of female sexual dysfunction and clinical studies of potential therapies: A statement of concern. *J Sex Med*. 2005; 2(suppl3):146–153.
40. Althof SE1, Needle RB2. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab J Urol*. Sep 2013; 11(3):299-304.
41. Thissen, David; Orlando, Maria. *Item response theory for items scored in two categories*. 2001.
42. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(5):970-978.
43. Shafer, L C. Sexual disorders and sexual dysfunction. Stern TA. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2010; v. 1:p. 323-336.
44. Basson RB, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004; 1:24–34.
45. Portman, David J.; Gass, Margery Ls; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric*. 2014; v. 17, n. 5:p. 557-563.
46. Al-Abbadey, Miznah et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2016; v. 42, n. 2: p 99-142.

47. Stephenson, Kyle R.; Meston, Cindy M. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 2015; v. 12, n. 3: p. 728-737.
48. Kontula, O., & Miettinen, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective neuroscience & psychology*. 2016; 6(1): 31624.
49. Scalco, S., Bicca, A., Knauth, D., Mondin, A., Siviero, T., & Renck, F. Retrospective Analyses of Female Sexual Health Care at a Public Hospital. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017; v. 14, n. 5: p. e283-e284.
50. Derogatis, L. R. Assessment of sexual function/dysfunction via patient reported outcomes. *International journal of impotence research*. 2008; v. 20, n. 1: p. 35.
51. Knauth DR, Meinerz NE. Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; v. 20: p. 2659-2666.

7 ARTIGO 2 (versão em português)

## **VALIDAÇÃO DO TESTE RÁPIDO *U ON SEX* PARA AVALIAR FUNÇÃO SEXUAL FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

***Scalco S.C.P.<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>., Hentges B<sup>3</sup>., Wainberg L.<sup>4</sup>, Conceição C.S.<sup>5</sup>, Wender M.C<sup>6</sup>., Knauth D.K<sup>7</sup>.***

*Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS<sup>1</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS<sup>2,7</sup>*

*Mestranda de Epidemiologia da UFRGS<sup>3</sup>*

*Dra. em Psicologia pela UFRGS<sup>4</sup>*

*Médica especialista em sexologia<sup>5</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS<sup>6</sup>*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS

A ser enviado à Archives of Sexual Behavior

The Official Publication of the International Academy of Sex Research

A validação do teste rápido *U on Sex*, para avaliar a função sexual feminina na atenção primária à saúde.

### **INTRODUÇÃO**

As disfunções sexuais femininas (DSF) são altamente prevalentes. Estudos em diferentes países, como Canadá (1), Estados Unidos (2), Inglaterra (3), Portugal (4) e Brasil (5) apresentam taxas em torno de 40% da população. As queixas sexuais, embora prevalentes, são pouco investigadas pelos profissionais de saúde. Em estudo realizado em 29 países em uma amostra de 27.500 participantes, Moreira et al., identificou que apenas 9% da população estudada foi questionada sobre sua saúde sexual durante três anos de acompanhamento médico(6).

Os testes para diagnóstico das DSF são, em geral, longos para uma consulta de rotina e desenvolvidos para serem aplicados por especialistas em saúde sexual.(7)(8) Um dos instrumentos mais utilizados é o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e tem 19 questões(9)(10). A complexidade da maioria dos instrumentos, aliada à carência na formação dos profissionais da saúde em sexualidade, dificulta a abordagem e o diagnóstico das disfunções sexuais femininas na prática clínica(7)(11).

Várias são as barreiras que se apresentam à discussão de questões sexuais na consulta. (7)(12)(13) A maioria das dificuldades mencionadas por estes profissionais são: falta de treinamento, falta de tempo, constrangimento, medo de abrir assunto amplo, e ter uma idade ou sexo que difere muito do(a) paciente (12)(13). Além destas barreiras, a falta de

treinamento em habilidades e competências de comunicação nesta área, foram relacionadas como um dos principais fatores, para uma coleta de história sexual e manejo dos problemas (7)((14).

Segundo artigo de revisão, recomenda-se fortemente que os profissionais de saúde incluam questionários de DSF como parte do engajamento com as mulheres. Para isso, ressaltam a importância de mais pesquisas na área, o uso de uma ferramenta validada e padronizada para triagem de DSF, os benefícios de usar um *screening* de rotina na prática clínica e a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde. Ainda, reafirmam a relação custo-benefício do tratamento precoce da DSF e o fato de que a DSF pode ser a apresentação precoce de uma doença subclínica.(8)

Frente a este cenário, o presente artigo tem por objetivo apresentar a validação do teste rápido *U on Sex*. Trata-se de um teste para identificar o nível de função sexual feminina (FSF), de aplicação factível na prática clínica diária, para facilitar a abordagem dos médicos não especialistas, na área de sexualidade.

## **METODOLOGIA**

A validação do teste rápido *U on Sex*, foi realizada em duas etapas. A primeira com uma amostra 378 mulheres, atendidas em ambulatório de saúde sexual para tratamento de DSF (amostra 1), e a segunda etapa, acrescida de uma amostra de 243 atendidas em ambulatórios de ginecologia e medicina de família (amostra 2). Os dados obtidos da primeira etapa foram coletados dos prontuários, de todas as pacientes atendidas para tratamento de DSF em ambulatório específico de saúde sexual feminina, no período de março de 2011 à março de 2016, em hospital público, do sul do Brasil. Já os dados da segunda etapa foram obtidos a partir de entrevistas com mulheres de 20 a 60 anos de idade, com vida sexual ativa nos últimos 6 meses, independente da orientação sexual, que compareceram à consulta de rotina em duas instituições públicas de saúde, no período de setembro de 2017 à janeiro de 2018. Nesta segunda etapa, os médicos assistentes, não especialistas em sexualidade (médicos de família e ginecologistas/obstetras), previamente capacitados, aplicavam o teste *U on Sex* nas pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e concordavam em participar do estudo. Ao término da consulta de rotina, um sexólogo, em outra sala, e sem conhecimento dos resultados prévios, aplicava o FSFI, e o teste rápido – *U on sex*.

As duas etapas da pesquisa foram aprovadas pelo comitê de ética das instituições responsáveis pelo estudo e todas as mulheres entrevistadas assinaram um termo de

consentimento para participação no estudo. Os profissionais que aplicaram os instrumentos também consentiram na participação.

O teste rápido *U on Sex* foi elaborado a partir de três itens que eram utilizados de rotina, no atendimento das pacientes da etapa 1. Estes itens, foram baseados no referencial teórico sobre sexualidade e análise dos diferentes instrumentos no diagnóstico de FSF. Os itens selecionados foram: frequência sexual, presença de orgasmo e iniciativa/interesse sexual. O item dor foi avaliado para compor o teste mas não mostrou poder de discriminar entre mulheres com maior e menor nível de função sexual. (15) Os itens foram classificados em três categorias de resposta conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1: Itens do *U on Sex* e suas categorias de resposta.**

ITEM	CATEGORIAS
Frequência Sexual antes Tratamento	1- 1xx/mês ou – 2- 2-3xx/mês a 1-2xx/semana 3 - 3xx/sem ou +
Orgasmo antes do tratamento	1- Não tem – 0/10 2- 1-3/10 a 4-6/10 3 - 7 ou + org/10
Iniciativa/interesse para relação sexual	1 - 0/10 2- 1-3/10 a 4-6/10 3 - 7 ou + /10

O instrumento foi elaborado utilizando a Teoria de Resposta ao Item (TRI), que permite medir o traço latente “nível de função sexual feminina”. Os itens foram ajustados pelo Modelo de Crédito Parcial Generalizado (16) relacionando as respostas do instrumento aos indivíduos, ou seja, seu verdadeiro nível de FSF (17). A adequabilidade do uso do modelo requer duas suposições: unidimensionalidade e independência local, ambas relacionadas(18). A unidimensionalidade foi avaliada através do procedimento de Análise Paralela viabilizada a partir do uso do pacote estatístico Statistical Analysis System (SAS) (19)(20)(21). Neste modelo, a discriminação mostra a importância de cada item na estimativa do traço latente ou a quantidade de informação que cada item traz para a estimativa do nível de FSF. São desejáveis itens com alta discriminação (em geral maior que 1) (18)(17)(22).

As curvas características do item refletem a relação entre cada item e o traço latente que está sendo avaliado. O parâmetro de discriminação do item reflete a inclinação (declive) da curva característica do item (23). Quanto maior o parâmetro de discriminação de um item, mais esse item é capaz de distinguir entre os indivíduos, o nível do traço latente, ou da medida criada, no caso deste estudo - uma medida para FSF.

Para a validação do instrumento, ampliou-se a amostra inicial (amostra 1), incluindo mulheres atendidas na atenção primária (amostra 2). Dessa forma, a análise final foi realizada com uma amostra de 621 mulheres, contemplando mulheres com e sem queixa de disfunção sexual. O *U on Sex*, em sua validação concorrente, foi comparado ao FSFI, considerado neste estudo, como padrão ouro. Para essa comparação foi utilizado o teste da correlação de Spearman.

A cada combinação de respostas dos três itens que compõem o *U on Sex*, converte a um escore de FSF, resultante da metodologia TRI (Anexo A). A análise de acurácia levou em consideração o ponto de corte definido pelo padrão ouro (10) classificando as mulheres como funcionais ou disfuncionais, através da curva ROC.

## **RESULTADOS**

A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas das duas amostras utilizadas na validação do instrumento. Em relação à idade, na amostra 1, composta pelas pacientes atendidas no ambulatório de saúde sexual (n=378), há um predomínio de mulheres na faixa etária entre 41-50 anos. A amostra 2, constituída por mulheres que buscam serviço de atenção primária (n=243), é a faixa com menos de 30 anos que predomina. A escolaridade das mulheres da amostra 1 é menor, quando comparada às entrevistadas da amostra 2. Em ambas as amostras, a maioria das mulheres exercem uma atividade profissional remunerada e tem parceiro fixo. As mulheres da amostra 1 tem maior tempo de convívio com o parceiro, uma mediana de 11 anos. Já as entrevistadas da amostra 2, referem mais que o dobro de parceiros sexuais na vida, em relação as anteriores.

**Tabela 1: Variáveis descritivas da amostra.**

	<b>Amostra 1</b> <b>N = 403</b>	<b>Amostra 2</b> <b>N = 243</b>	<b>Global</b>
<b>Faixa etária</b>			
<=30	100 (24,8)	71 (32,9)	171 (26,5)
31– 40	107 (26,6)	57 (26,4)	164 (25,4)
41 – 50	126 (31,3)	47 (21,8)	173 (26,8)
51 ou mais	70 (17,4)	41 (19)	111 (17,2)
<b>Nível de escolaridade</b>			
Analfabeta/Fundam. Incompleto	62 (27,3)	41 (16,9)	103 (15,9)
Fundamental Completo/Médio incompleto	88 (38,8)	46 (18,9)	134 (20,7)
Médio Completo	59 (26)	71 (29,2)	130 (20,1)
Superior Incom/Completo	18 (7,9)	85 (35)	103 (15,9)
<b>Profissão/Ocupação**</b>			
Do lar	71 (24,1)	32 (14,8)	103 (15,9)
Funcionária pública/CLT	55 (18,7)	79 (36,6)	134 (20,7)
Autônomo/Profissional liberal	126 (42,9)	74 (34,3)	227 (35,1)
Aposentada/Pensionista	23 (7,8)	11 (5,1)	34 (5,3)
Desempregada	19 (6,5)	20 (9,3)	39 (6,0)
<b>Situação conjugal</b>			
Com parceiro fixo	379 (94,3)	214 (88,1)	593 (91,8)
Sem parceiro/sem relação sexual no momento	13 (3,2)	0 (0,0)	13 (2,1)
Com parceiro sexual eventualmente	10 (2,5)	29 (11,9)	39 (6,1)
<b>Tempo de convívio com o parceiro atual (anos)</b>			
	11 (4 – 20)	6 (3-20)	8 (2-18)
<b>Número de parceiros sexuais na vida</b>			
	2 (1 – 4)	5 (2-10)	3 (1-6)

Dados Amostra 1 e 2 apresentados por: N (% válida) e mediana (1° e 3° quartil)

Dados da Amostra Global apresentados por: N (% total) e mediana (1° e 3° quartil)

\*\* Amostra 1: Missing 109 - 27% / Amostra 2: Missing 27 - 11%

No processo de validação do *U on Sex* pela metodologia TRI, com uma amostra de 621 mulheres, os três itens - frequência, orgasmo e iniciativa/interesse - seguem apresentando poder de discriminação. Nesta fase de validação todos itens passam a ter poder acima de 1 (Tabela 2). O item iniciativa/interesse sexual apresentou maior poder de discriminação que na fase 1, passando de 0,741 (dados não apresentados) para 1,104 (15). Os demais itens (frequência e orgasmo) mantiveram bom poder discriminatório, acima de 1.

**Tabela 2. Estimativas dos parâmetros do Modelo de Crédito Parcial Generalizado do *U on Sex* (amostra 621 mulheres).**

ITEM	CATEGORIAS	DISCRIMINAÇÃO (EP)	$b_{1,2}$ (EP)	$b_{2,3}$ (EP)
<b>Frequência Sexual (por mês)</b>	1 – 0-1xx/mês	1,032 (0,184)	-1,405 (0,181)	1,197 (0,159)
	2 -2-11 xx/mês			
	3 – 12 xx ou + / mês			
<b>Orgasmo (em cada 10 relações)</b>	1 – 0-1 /10	1,133 (0,231)	-0,576 (0,103)	0,760 (0,110)
	2 – 2-6 /10			
	3 - 7 ou + /10			
<b>Iniciativa/interesse para relação sexual (em cada 10)</b>	1 – 0-1/10	1,104 (0,209)	0,268 (0,105)	2,480 (0,300)
	2 – 2-6 /10			
	3 - 7 ou + /10			

$b_{1,2}$  → ponto de intersecção entre as categorias 1 e 2;

$b_{2,3}$  → ponto de intersecção entre as categorias 2 e 3;

EP → erro padrão.

As curvas que demonstram as categorias de resposta de cada item são apresentadas nas figuras 1 a 3.

**Figura 1: Curva da categoria de resposta dos itens relativo à frequência sexual do teste rápido *U on Sex*.**

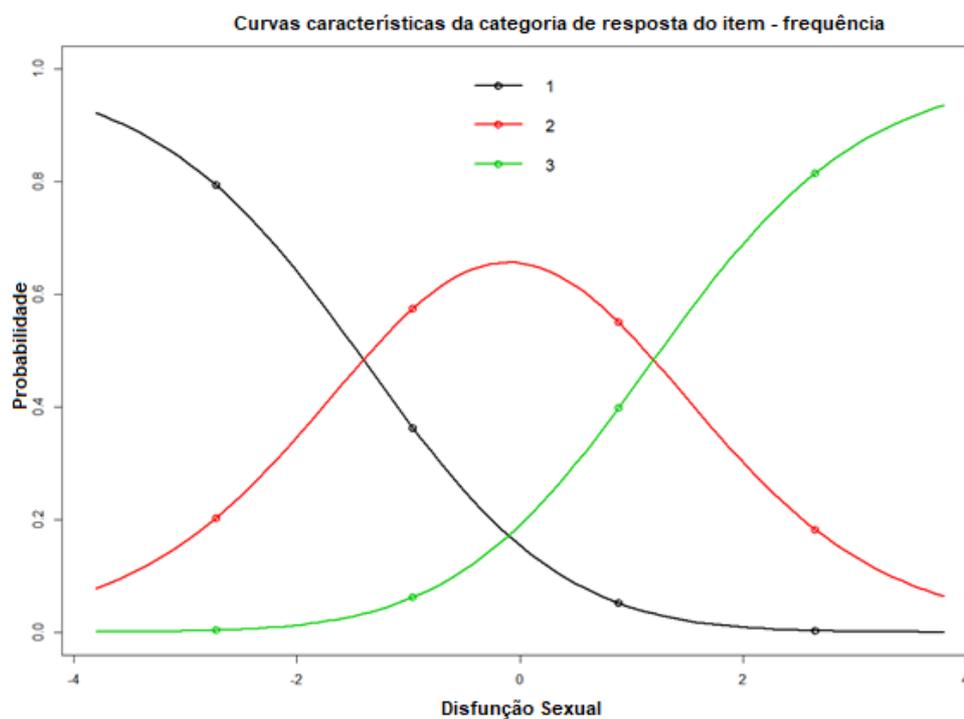


Figura 2: Curva da categoria de resposta dos itens relativo ao orgasmo do teste rápido *U on Sex*.

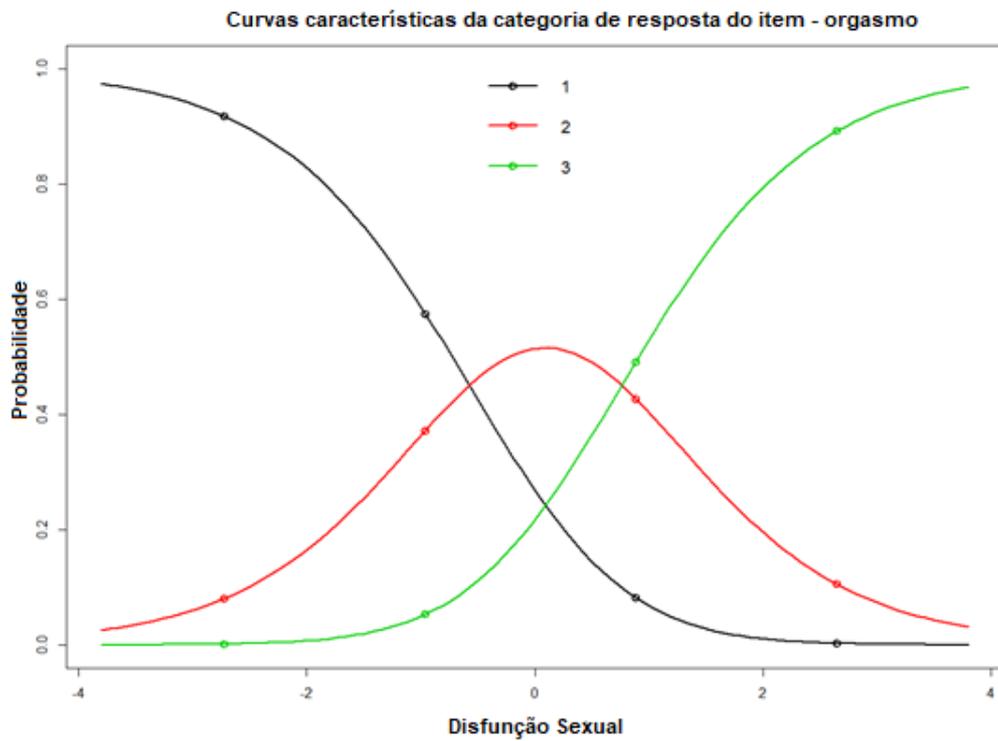
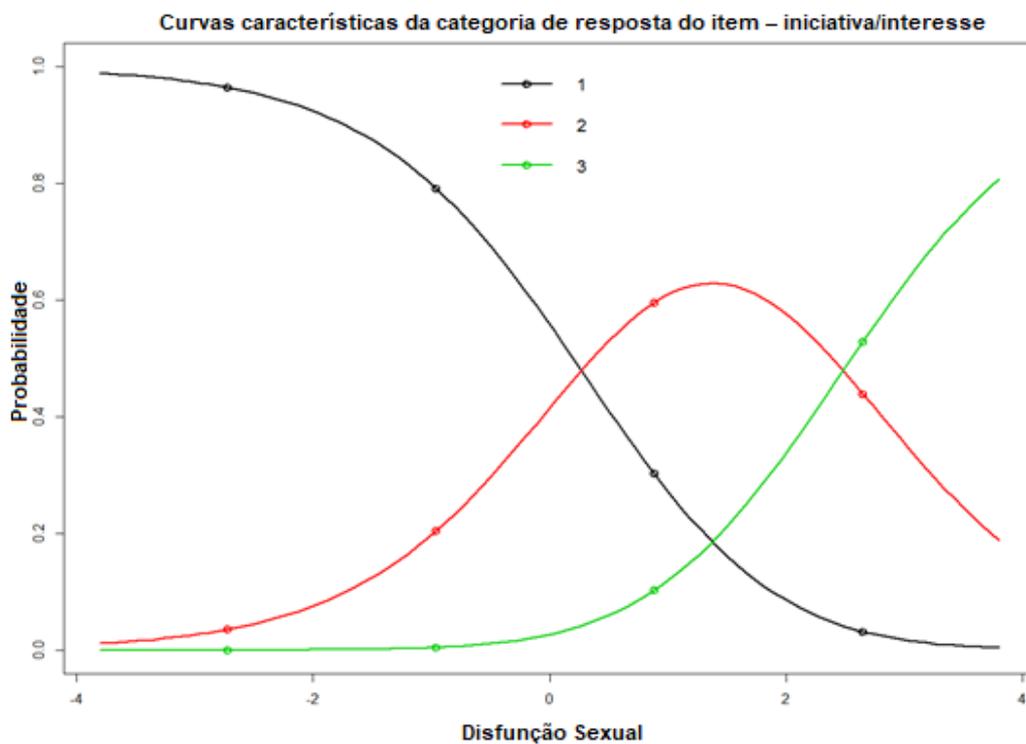
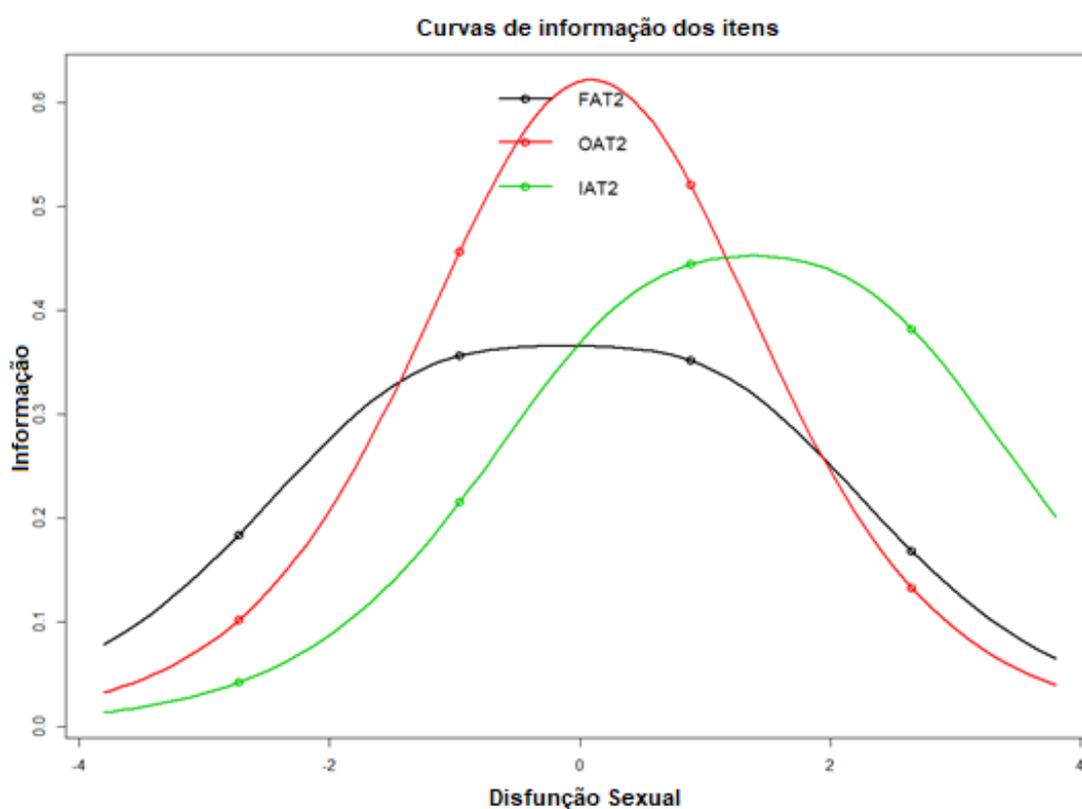


Figura 3: Curva da categoria de resposta dos itens relativo à iniciativa/interesse do teste rápido *U on Sex*.



A curva de Informação do teste rápido *U on Sex* é o resultado da soma das curvas de informação dos três itens que compõem o instrumento (frequência, orgasmo e iniciativa/interesse). Nestas, observou-se que o item orgasmo, que tem a maior estimativa para o parâmetro de discriminação (Tabela 2), contribui com mais informação, isto é, tem maior precisão, na estimativa do nível de FSF, justamente das mulheres que se encontram entre a média (zero) e um pouco menos de um desvio padrão acima da mesma. Os demais itens também apresentam um valor de discriminação acima de 1 (Tabela 2), mas contribuem com mais informação para a estimativa do nível de FSF em regiões um pouco diferentes do item orgasmo: o item iniciativa trabalha melhor aproximadamente entre 1 e 2 desvios acima da média, e o item frequência funciona melhor em uma região mais ampla, entre 1 desvio abaixo da média e 1 desvio acima da média (Figura 4).

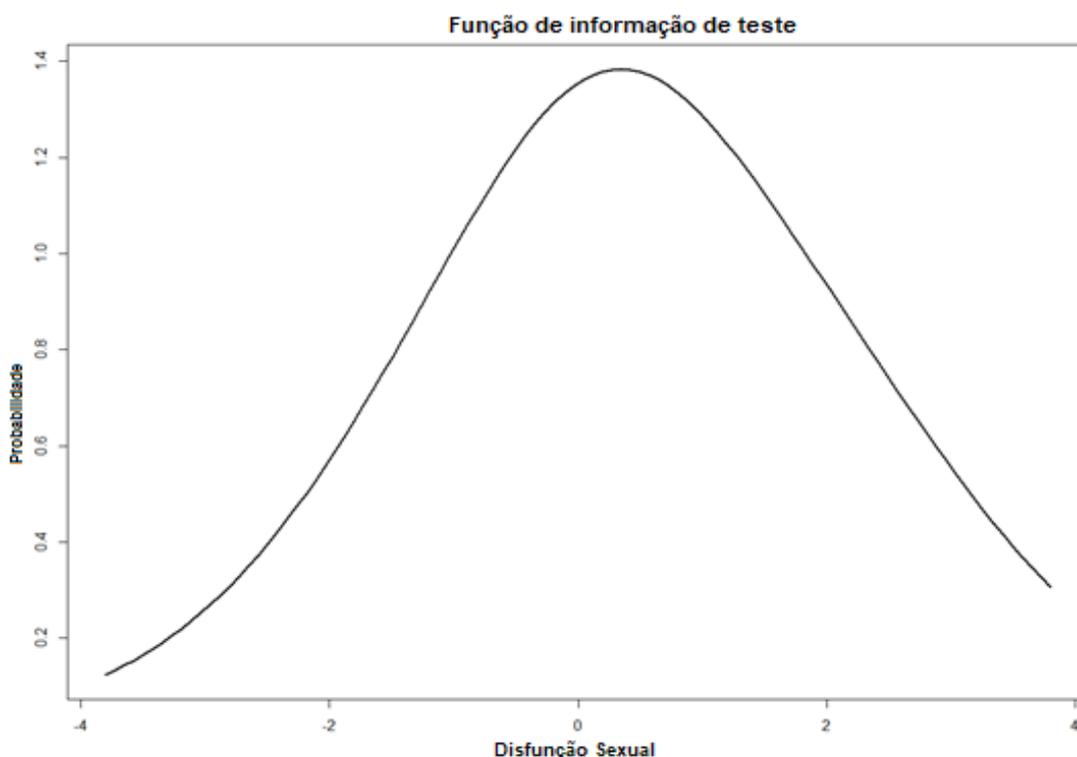
**Figura 4 - Curva de informação dos três itens (frequência sexual, orgasmo e interesse/iniciativa), do teste rápido *U on Sex*.**



Portanto, ao considerar a estimativa dos três itens envolvidos (Figura 4), a curva de informação do teste rápido *U on Sex* na fase de validação demonstrada neste estudo, estima com maior precisão o nível de FSF das mulheres que se encontram entre a média (zero) e um

pouco menos de um desvio padrão acima da mesma, o que engloba a área do ponto de corte estabelecido do teste (0,7) (Figura 5).

**Figura 5: Curva de informação do teste rápido *U on Sex*.**



No que se refere ao desempenho do teste rápido *U on Sex* (com apenas 3 itens) em relação ao padrão ouro FSFI (com 19 itens) a correlação encontrada foi de 0,56 (valor  $p < 0,000$ ). Isto demonstrou uma associação positiva entre as duas medidas.

A avaliação da acurácia do instrumento *U on Sex*, foi realizada a partir da classificação de disfunção sexual feminina utilizada através do escore do padrão ouro ( $<26,5=DSF$ ). Esta avaliação resultou em um ponto de corte de 0,7 no *U on Sex*, que se encontra justamente na região, onde o teste estima com maior precisão o traço latente, ou seja, a medida criada, FSF. A pontuação abaixo deste valor indica baixa FSF. Ainda, em relação à acurácia, a análise indica que o teste apresenta sensibilidade de 80% (IC 0,70-0,87) e especificidade de 53% (IC 0,45-0,61).

Os resultados obtidos na aplicação do teste por médicos não especialistas (NE) apresentou uma alta associação com os resultados obtidos pelos especialistas em sexualidade (ES). A correlação estimada entre os resultados do teste rápido *U on Sex* foi 0,87 (valor  $p < 0,000$ ).

## DISCUSSÃO

A validação do teste *U on Sex* que se propõe a medir o nível de disfunção sexual feminina a partir de 3 itens - frequência sexual, orgasmo e iniciativa/interesse sexual – demonstrou que esse, em comparação com o teste considerado aqui o padrão ouro - o FSFI com 19 itens – apresentou sensibilidade de 80% e especificidade de 53%. Na análise de acurácia priorizou-se a sensibilidade, pois trata-se de um teste rápido de *screening*, para realização de diagnóstico de função sexual feminina. Por isso, apesar da maior possibilidade de falso positivo, o objetivo é oportunizar um rastreio diagnóstico amplo, mais sensível do que específico, para avaliar a FSF em função da alta prevalência de disfunção sexual. (2)(6) Optou-se também, por desenvolver e validar um recurso fácil no formato de teste rápido, para o enfrentamento das dificuldades de abordagem (12) e de diagnóstico nesta área. (13) Desta forma, o instrumento *U on Sex* demonstrou ser um recurso com bom poder de identificação a FSF, que em função dos poucos itens facilita a abordagem do tema na prática clínica cotidiana.

O *U on Sex* foi validado para ser aplicado por médicos não especialistas (NE) em sexualidade, no caso ginecologistas e médicos de família. Na comparação dos resultados obtidos na aplicação do teste entre médicos não especialistas e especialistas em sexualidade (ES), identificou-se uma boa correlação. O *U on Sex* apresentou portanto, resultados que demonstram a factibilidade do uso do teste por médicos que atuam em atenção primária à saúde e ginecologistas.

O FSFI foi utilizado neste estudo como padrão ouro porque é um dos mais utilizados no mundo (24)(25) e validado no Brasil (26)(27). Ao comparar os dois testes utilizados neste estudo destaca-se que o teste rápido *U on Sex* é de fácil aplicação, leva em média 1-2 minutos e independe a orientação sexual da entrevistada; enquanto que o FSFI é mais completo, mas também demanda mais tempo, aproximadamente 20 minutos para ser aplicado, tem restrição quanto à orientação sexual (somente para heterossexuais) e é destinado ao uso de profissionais que são especialistas em sexualidade. (9)(25)

A literatura sobre o tema têm destacado diversas limitações do FSFI. Uma delas é a ausência de questões para definir vaginismo. Face a esta limitação, a recomendação é de que este instrumento fosse utilizado na prática clínica para medir sintomas gerais de gravidade da disfunção sexual. (7) São identificadas ainda, problemas de mensuração e psicometria, por Forbes (2014), especialmente nas dimensões que abordam excitação e desejo.(28) Estas colocações são rebatidas por Rosen e cols. (29) dadas às deficiências da amostra da pesquisa

realizada pela internet, não representativa da população australiana, o que impede a extrapolação dos resultados. Os autores argumentam que uma vantagem do FSFI é justamente o fato de que o instrumento não está vinculado a um conceito teórico específico (30)(31) de desejo, sendo suficientemente amplo e multidimensional capaz de acomodar perspectivas teóricas alternativas. (29)

Outras críticas ao teste FSFI, tanto em sua versão longa quanto em suas versões curtas, remetem ao fato de que esses testes podem ser utilizados apenas na vigência de atividade sexual e adotam uma perspectiva heteronormativa. (7) Nesse sentido, Puppo (2012), refere que estes testes avaliam de forma predominante o grau de lubrificação e facilidade de penetração, sem valorizar o orgasmo clitoridiano. (32) O autor, na contramão da maioria dos artigos sobre estes instrumentos, reitera que o FSFI-19 e o FSFI-6 não deveriam ser usados para avaliar DSF, visto que suas questões sobre o declínio do desejo e incapacidade de atingir o orgasmo estão associadas ao coito, valorizando o intercuro sexual pênis-vagina. (33)(34)

A valorização do intercuro sexual na fase da penetração e não das preliminares, centrando a avaliação no coito em si, remete ao caráter heteronormativo e sexista do instrumento. Numa perspectiva sociológica, Bourdieu (2012), ao discutir sobre a hegemonia de dominação masculina nas relações de gênero, salienta que esta dominação está suficientemente assegurada na sociedade, dispensando a necessidade de justificativa. O que faz com que a perspectiva adotada não seja de fato percebida enquanto uma tal, mas tomada enquanto normal, natural e inevitável(35). Portanto, o privilégio de uma perspectiva masculina em um instrumento que busca avaliar a saúde sexual feminina parece ser um aspecto importante que deve ser considerado na utilização desta medida, particularmente no contexto atual onde vários estudos têm demonstrado o viés de gênero da produção científica (36)(37).

Outros testes breves e validados avaliados pela literatura, com número semelhante ou menor de questões que o FSFI, foram considerados com bons critérios, pois avaliam várias dimensões da sexualidade e são auto aplicáveis, mas nem sempre destinados para qualquer orientação sexual (7) (38). Há ainda, estudos que defendem fazer uma única e ampla pergunta sobre a vida sexual (39)(40). O teste validado no presente estudo - *U on Sex* - se encontra em uma posição intermediária, pois com apenas três itens permite medir o nível de FSF, o que não é possível com apenas uma questão (17)(18)(41). Possibilita, dessa forma, ao profissional não especialista em sexualidade detectar com mais facilidade a necessidade de manejo. A maior precisão demonstrada pelo teste em detectar as mulheres que se encontram em um nível

intermediário de FSF contribui para a identificação dos casos mais difíceis de acessar, bem como favorece um diagnóstico mais oportuno destas disfunções.

A aplicação de um teste rápido a fim de melhorar a abordagem e o diagnóstico em sexualidade é uma recomendação dos estudos sobre o tema. De acordo com a literatura, este tipo de instrumento amplia o percentual de diagnósticos e é uma ferramenta para superar as barreiras, tais como vergonha ou pudor em pacientes ou médicos, o que contribuiu para iniciar a abordagem, para ambas as partes.(42)

O conceito atual de DSF inclui, falta de desejo sexual, excitação prejudicada, incapacidade de atingir o orgasmo ou dor na atividade sexual. Esta definição se refere a uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, embora na clínica é incomum ocorrer um distúrbio restrito a uma única fase. (2) (42) (43) De acordo com Basson, (2000), estas fases podem estar ausentes, variar em sequência ou se sobrepor no intercurso sexual (31)(44). Observe que a variável dor, que foi item não discriminatório no presente estudo, não se relaciona, com nenhuma das fases do ciclo da resposta sexual, no conceito de DSF acima descrito. Os transtornos de dor sexual nas mulheres – como a síndrome geniturinária da menopausa (incluindo atrofia vulvovaginal), hipertonia do assoalho pélvico (anteriormente conhecido como vaginismo) e outras formas de dispareunia (45) no próprio conceito de DSF representam uma categoria separada e têm causas e terapias específicas (46) .

O teste *U on Sex* prioriza a avaliação da funcionalidade sexual e a validação desse instrumento demonstrou poder discriminatório dos itens relativos a essa dimensão. Outros estudos tem demonstrado a importância da avaliação da função sexual, ao considerar as DSFs. Stephenson e Meston (2015), em uma pesquisa realizada nos EUA, avaliaram a associação entre a função sexual feminina e a angústia subjetiva em relação à atividade sexual, demonstrando que as consequências da função sexual representam potenciais fatores de manutenção da disfunção sexual. Os resultados apontam que a diminuição do prazer físico e a interrupção da atividade sexual mediarão estatisticamente a associação entre a função sexual e sofrimento (47). Outros autores corroboram a importância atribuída à funcionalidade sexual mostrando sua associação com comportamentos que incluem maior diversidade e criatividade, nas práticas sexuais, maior duração de uma relação sexual e o fato das mulheres considerarem o sexo uma prioridade em suas vidas (48)(49).

Entre as limitações do presente estudo podemos citar o tamanho da amostra, visto que para o uso da metodologia TRI é recomendado uma amostra maior. Além disso, na criação do instrumento *U on Sex* poderiam ter sido incluídos mais itens, no entanto como o objetivo era o de criar e validar um teste rápido, optou-se desde o início por ter um menor número de itens

possíveis dentro das dimensões mais frequentes de FSF (18). Na prática clínica, os distúrbios do desejo e do orgasmo são os mais prevalentes entre as mulheres (2) (5) (38). Após identificar que o item dor, não tinha poder de discriminar a variável latente disfunção sexual feminina, o teste foi definido com apenas três itens (frequência sexual, orgasmo e iniciativa/interesse sexual).

Outra limitação do estudo está na forma de aplicação do teste. Apesar da recomendação da literatura sobre testes auto aplicáveis (7) (50), o *U on Sex* foi validado para ser aplicado por médicos não especialistas em sexualidade (ginecologistas, médicos de família) e sexólogos. Isto se deu por dois motivos: uma limitação no grau de escolaridade das pacientes do estudo que frequentavam o ambulatório, o que poderia interferir no entendimento das questões. E, principalmente para estimular que médicos não especialistas, tivessem a experiência, da abordagem em sexualidade. Embora o instrumento *U on Sex* tenha sido inicialmente validado com médicos não especialistas em sexualidade, acredita-se que o mesmo possa ser aplicado também por outros profissionais de saúde, mas para isso são necessárias novas pesquisas.

Baseada em estudos sociais e preceitos éticos, considera-se que uma das formas de dar um retorno mais efetivo são as estratégias que podem ser utilizadas, a partir deste estudo. Ampliar o impacto social, para além dos indivíduos, e de fato, melhorar a vida das pessoas. O papel social, que envolve a saúde sexual das mulheres, possui além de uma função ética, também política e de direito (51). Compartilhar os resultados apresentados contribui para aprofundarmos a reflexão sobre possíveis avanços no entendimento da sexualidade feminina e despertar o interesse de profissionais que atuam nesse âmbito.

O *U on Sex* é um instrumento rápido de *screening* diagnóstico, breve e validado pela metodologia TRI. Este teste prioriza a avaliação da funcionalidade sexual, com apenas três questões. É, assim, uma oportunidade de quebrar barreiras dentro do tema sexualidade. Pode contribuir para reduzir o estigma da invisibilidade da saúde sexual feminina ao facilitar a abordagem inicial na atenção primária à saúde. O teste foi submetido a uma rigorosa metodologia estatística, desde o seu processo de construção até sua validação, o que garante uma abordagem mais efetiva e menos moral da sexualidade feminina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, McKay A, Holzapfel S. Prevalence and Predictors of Sexual Problems Among Midlife Canadian Adults: Results from a National Survey. *The journal of sexual medicine*. 1 Jun 2018; 15(6):873-9.
2. Laumann EO1, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wangt, Levinson B, Moreira ED JR, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav*. 2006 Apr;35(2):145-61.
3. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 Mar 1999; 53(3):144-8, 1.
4. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015; 41(2):169-80.
5. Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M., Moreira Junior, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. 2002.
6. Moreira Júnior, E. D., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A., ... & Gingell, C. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. 2005.
7. Giraldi A, Rellini A, Pfaus Jg, Bitzer J, Laan E, Jannini Ea, and FUGL-MEYER AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. *Sex Med* 2011; 8:2681–2706.
8. Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(2):169-80.
9. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; v. 26, n. 2, p. 191-208.
10. Wiegel, Markus; Meston, Cindy; Rosen, Raymond. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*. 2005; v. 31, n. 1:p. 1-20.
11. Abdolrasulnia, M., et al.. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7(7): 2499-2508.
12. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract*. 2001; 18: 516–518.

13. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* 2012;9: 2508–2515.
14. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, et al. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* 2006;3:583–588.
15. Scalco, S.C.P., Knauth, D.R, Castro S., Osorio M.C., Hentges B. U on Sex - A rapid diagnostic test for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* 2018, (no prelo).
16. Muraki, E., A generalized partial credit model: Application of an EM algorithm: *Applied Psychological Measurement.* 1992; v. 16:p. 159-176.
17. Muraki, E., Information functions of the generalized partail credit model: *Applied Psychological Measurement.* 1993; v. 17, p. 351-363.
18. Andrade,DF H R Tavares, R C Valle. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. ABE - Associação Brasileira de Estatística. 14º SINAPE - Caxambu. 2000; 1-154. Ref Type: Serial (Book,Monograph).
19. Ledesma Rd, Valero-Mora P. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2007; 12.
20. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods.* 2004; 7: 191-205.
21. Parscale. [computer program]. Versão 4.1. Chicago (Illinois): Scientific Software International, Inc.; 2003.
22. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care.* 2000; 38: II28-42.
23. Marino, Molly E. et al. Developing Item Response Theory–Based Short Forms to Measure the Social Impact of Burn Injuries. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2018; v. 99, n. 3: p. 521-528.
24. Ter Kuile, Moniek M.; Brauer, Marieke; Laan, Ellen. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *Journal of sex & marital therapy.* 2006; v. 32, n. 4: p. 289-304.
25. Meston, Cindy M. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex &Marital Therapy.* 2003; v. 29, n. 1: p. 39-46.
26. Hentschel, Heitor et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista HCPA.* Porto Alegre. 2007; Vol. 27, n. 1: p. 10-14.

27. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira, Meloni E. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009.v. 25, p. 2333-2344.
28. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering, CA. Critical flaws in the female sexual function index and the international index of erectile function. *The Journal of Sex Research*. 2014; v. 51, n. 5:p. 485-491.
29. Rosen R C, Revicki DA, Sand, M. Commentary on “critical flaws in the FSFI and IIEF”. *The Journal of Sex Research*. 2014; v. 51, n. 5: p. 492-497.
30. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of sexual behavior*. 2010; v. 39, n. 2: p. 221-239.
31. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26: 51-65, 2000.
32. Puppo V. Female sexual function index (FSFI) does not assess female sexual function. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2012; v. 91, n. 6: p. 759-759.
33. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*.2013; v. 26, n. 1, p. 134-152.
34. Puppo V. Female sexual dysfunction is an artificial concept driven by commercial interests: FOR: FSD is a multimillion dollar business. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015; v. 122, n. 10: p. 1419-1419.
35. Bourdieu, P. *A dominação masculina*, 2012.
36. Nielsen MW, et al. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nature Human Behaviour*. 2017;v. 1, n. 11: p. 791.
37. Oakley, A. *Sex, Gender and Society*. London: Routledge. 1991.
38. Lima SMMR, et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010; v. 55, n. 1: p. 1-6.
39. Althof SE, Dean J, Derogatis LR, Rosen RC, Sisson M. Current perspectives on the clinical assessment and diagnosis of female sexual dysfunction and clinical studies of potential therapies: A statement of concern. *J Sex Med*. 2005. 2(suppl3):146–153.
40. Althof SE, Needle RB .Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab J Urol*. Sep 2013;11(3):299-304.
41. Thissen, D, Orlando M. Item response theory for items scored in two categories. 2001.
42. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):970-978.

43. Shafer, L C. Sexual disorders and sexual dysfunction. Stern TA. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2010; v. 1: p. 323-336.
44. Basson RB, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004; 1:24–34.
45. Portman, David J.; Gass, Margery Ls; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women’s Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric.* 2014; v. 17, n. 5: p. 557-563.
46. Al-Abbadey, Miznah et al. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy.* 2016; v. 42, n. 2: p. 99-142.
47. Stephenson, Kyle R.; Meston, Cindy M. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine.* 2015;v. 12: n. 3: 728-737.
48. Kontula, O., & Miettinen, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective neuroscience & psychology.* 2016; 6(1): 31624.
49. Scalco, S., Bicca, A., Knauth, D., Mondin, A., Siviero, T., & Renck, F. Retrospective Analyses of Female Sexual Health Care at a Public Hospital. *The Journal of Sexual Medicine.* 2017; v. 14: n. 5:283-e284.
50. Derogatis, L. R. Assessment of sexual function/dysfunction via patient reported outcomes. *International journal of impotence research.* 2008; v. 20: n. 1: 35.
51. Knauth DR, Meinerz NE. Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; v. 20: 2659-2666.

## 8 ARTIGO 3 (VERSÃO PORTUGÊS)

### A SAÚDE SEXUAL FEMININA NA PRÁTICA CLÍNICA: APLICAÇÃO DO TESTE RÁPIDO *U ON SEX*

### FEMALE SEXUAL HEALTH IN CLINICAL PRACTICE: A RAPID TEST *U ON SEX*

*Scalco S.C.P.<sup>1</sup>, Castro S<sup>2</sup>., Conceição C.S.<sup>3</sup>, Weinberg L<sup>4</sup>, Wender M.C<sup>5</sup>., Knauth D.K<sup>6</sup>.*

*Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS<sup>1</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS<sup>2,7</sup>*

*Dra. em Psicologia pela UFRGS<sup>4</sup>*

*Médica especialista em sexologia<sup>5</sup>*

*Dra. Prof Programa de Pós-Graduação de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS<sup>6</sup>*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A ser enviado ao Cadernos de Saúde Pública

## INTRODUÇÃO

A sexualidade é considerada um dos fatores de qualidade de vida pela Organização Mundial de Saúde. O conceito de saúde sexual contempla um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; isto é não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade, requer uma resposta positiva e abordagem respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. (1) A saúde sexual é reconhecida como um dos componentes da saúde enquanto direito humano, para ser atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados e protegidos. (2)(3)(4)

Neste contexto, as disfunções sexuais femininas (DSFs) podem afetar as relações interpessoais e sociais na vida das mulheres (5). Caracterizam-se enquanto um problema sexual, associado a sofrimento pessoal e inclui falta de desejo e/ou excitação sexual, dificuldade de atingir o orgasmo ou dor nas relações sexuais.(6) A causalidade das DSFs é, geralmente, multifatorial, devido condições clínicas, físicas, psicológicas e sociais (6) (7). As DSFs apresentam alta prevalência. Um estudo do comportamento sexual nos Estados Unidos, com 1749 mulheres com idade entre 18 e 59 anos, demonstrou prevalência de 43%. (8) No Brasil, um estudo com 2.835 indivíduos maiores de 18 anos, 53% mulheres, também demonstrou elevada prevalência de DSFs, onde as principais eram falta de desejo sexual (34,6%) e dificuldades de orgasmo (29,3%)(9).

Apesar da alta prevalência, a disfunção sexual feminina é um tema pouco abordado no cotidiano da saúde, tanto por parte do médico quanto da paciente (10)(11). Diferentes motivos são alegados pelos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam em atenção primária à saúde, para justificar as dificuldades de abordagem da sexualidade feminina, tais como a excessiva demanda, falta de tempo, formação precária sobre o tema e as diferenças de gênero entre médico e paciente. (12)(13)(14) Um estudo com médicos de família e ginecologistas, destacou a restrição de tempo e a percepção de falta de eficácia nas terapias como alguns dos motivos para evitar a abordagem sobre questões de disfunções sexuais (DS). Além disso, atitudes e crenças que dificultam o manejo da DS, também foram consideradas, barreiras importantes por parte dos profissionais. (15)

Alguns autores exploram o valor de questionários e/ou protocolos simplificados na rotina da prática clínica como estratégia para acessar as DSFs (5). Identificam que a aplicação de instrumentos aumentaria a competência de um médico no manejo inicial, na consulta de mulheres com dos problemas sexuais. Consideram que o diálogo sobre saúde sexual pode impactar a qualidade de vida e a saúde em geral das mulheres. O uso de um pequeno questionário é considerado uma ferramenta útil para superar as barreiras, tais como vergonha ou pudor em pacientes ou médicos, o que contribuiu para iniciar a abordagem, para ambas as partes (16)(17).

Frente a este contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar a validação da aplicação de um teste rápido, chamado *U on Sex*<sup>10</sup> \* (*Você no sexo*), para avaliar a função sexual feminina, utilizado por médicos não especialistas em sexualidade. O teste é composto por apenas três questões que podem ser, facilmente, inseridas na anamnese de rotina.

## **METODOLOGIA**

Os dados foram obtidos a partir de pesquisa realizada com mulheres que compareceram à consulta de rotina, em ambulatórios de ginecologia e medicina de família, de duas instituições públicas de saúde, no sul do Brasil, no período de setembro de 2017 à janeiro de 2018. Foram entrevistadas 243 mulheres, entre 20 a 60 anos. As pacientes selecionadas deveriam ter vida sexual ativa nos últimos 6 meses (independente da orientação

---

<sup>10</sup> “*U on Sex*” (*Você no sexo*), é uma expressão coloquial, que substituí o pronome “You” por “U”, gíria de caráter universal, utilizada na língua inglesa e muito empregada em redes sociais. “*U on Sex*” foi também utilizada, para dar um tom acolhedor que facilite a abordagem. A escolha deste nome para o teste, remete à expressões que usaríamos para perguntar sobre qualquer outro tema, com a mesma naturalidade. “*E como vai o seu sexo?*” ou “*E o sexo, como vai?...*” ou ainda, “*E você, no sexo, como vai?*”.

sexual), cognição preservada e sem limitação de comunicação para a realização das entrevistas.

Foram utilizados três instrumentos na coleta de dados. Um formulário com dados sócio-demográficos e de saúde, o teste rápido *U on Sex* (Anexo I/II) e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Anexo V). Os médicos assistentes (ginecologistas e médicos de família) foram capacitados para a aplicação do teste rápido *U on Sex* durante a consulta de rotina. Ao término desta consulta de rotina, conforme orientação prévia, a paciente era entrevistada por um especialista em sexualidade que, sem o conhecimento dos resultados da aplicação do médico não especialista, aplicava o FSFI e o teste rápido *U on Sex*.

Entre as pacientes abordadas que preenchiam os critérios e aceitaram participar, 6 possivelmente não entenderam o processo e acabaram indo embora, sem concluir a segunda fase com especialista em sexualidade, 13 não quiseram participar alegando “falta de tempo”, 5 pacientes foram consideradas “inapropriadas” para a pesquisa, após terem aceito. Esta inadequação foi alegada pelos médicos não especialistas que aplicariam os testes, e ocorreu pelas seguintes situações: doença grave, risco suicídio, múltiplas patologias, “pacientes difíceis para essa abordagem”. Das 22 pacientes que tinham aceito mas não podiam esperar a segunda fase no dia, e eram remarcadas, para fazer no retorno (no prazo de até 30 dias), 8 não compareceram. Totalizando 19 perdas de seguimento e 13 que não quiseram participar da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética das instituições responsáveis pelo estudo e todas as mulheres entrevistadas assinaram um termo de consentimento. Os profissionais que aplicaram os instrumentos também consentiram na participação.

O teste rápido *U on Sex* foi elaborado a partir de um banco de dados (n=378), em um estudo retrospectivo, de pacientes que vinham para atendimento em um Ambulatório de Sexologia de um hospital público no sul do Brasil. É composto por três itens que se mostraram altamente discriminatórios para desenvolver uma medida de DSF. Estes itens, baseados no referencial teórico sobre sexualidade e análise dos diferentes instrumentos no diagnóstico de DSF, são: frequência sexual, presença de orgasmo e iniciativa/interesse sexual. O item dor, foi previamente testado para compor o *U on Sex* mas no processo de validação pela metodologia de Teoria de Resposta ao Item (TRI), não mostrou poder de discriminar entre as mulheres com maior e menor nível de função sexual. (18) As questões que compõem o teste rápido *U on Sex*, já validado (19) estão mencionadas no Quadro 1. O ponto de corte do instrumento para medir a disfunção sexual privilegiou a sensibilidade, visto que o objetivo

era de ser um teste de rastreio. Nesse sentido o teste tem uma probabilidade maior de superestimar a prevalência de DSF. (19)

**Quadro 1: O teste rápido – *U on Sex***

Questões do <i>U on Sex</i>	Categorias
<b>1 - Com que frequência (quantas vezes) você costuma ter relações sexuais? (por semana/ou mês)</b>	<b>1- 0-1/mês. 2- 2-11/ mês. 3- 12 ou mais.</b>
<b>2 - De cada 10 relações sexuais, que você tem, em quantas você costuma ter orgasmo? (independente de como você consegue ter ou do tempo que leve para ter 10 relações...)</b>	<b>1- 0-1/ 10 2- 2-6/10. 3- 7 ou mais/ 10.</b>
<b>3 - De cada 10 relações sexuais que você tem, em quantas você toma a iniciativa/ ou demonstra interesse em começar?</b>	<b>1- 0-1/ 10 2- 2-6/ 10 3- 7 ou mais/ 10</b>

São apresentadas neste artigo as associações entre os itens do *U on Sex* (frequência sexual, presença de orgasmo e interesse/iniciativa sexual), com as variáveis grau de satisfação e *distress* percebido pelas pacientes. Estas variáveis foram obtidas pela resposta às perguntas: “De 0-10, o quanto esses problemas na sua vida sexual causam angústia ou *stress*? (sendo 0 - nenhum *stress*/ 10 - muito *stress*)” e “De 0 - 10, que nota você daria para o grau de satisfação em relação a sua vida sexual? (sendo 0 ruim e 10 excelente)”. (Anexos III/IV)

Foram realizados ainda testes de concordância dos itens do teste *U on Sex* resultantes da aplicação entre médicos não especialistas (médicos de família/ ginecologistas) e os especialistas em sexualidade. Para avaliar a concordância entre especialistas e não especialistas, o coeficiente kappa e o de correlação intra-classe (ICC) foram aplicados. Segundo Terwee et al (2007), valores acima de 0,7 representam bons índices de concordância.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis com a disfunção sexual, o teste de Mann-Whitney (variáveis numéricas) ou qui-quadrado de Pearson complementado pela análise dos resíduos ajustados (variáveis categóricas) foram aplicados.

O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas da amostra das pacientes entrevistadas (n=243). A idade média foi de 39 anos. Quanto à escolaridade, 64,2% tem 11 anos ou mais de estudo e 16,9% não concluíram o ensino fundamental. A maioria das mulheres (63,4%) exercia no momento do estudo uma atividade profissional remunerada. Quanto à situação conjugal, 88,1% tinham parceiro fixo cujo tempo de convívio variava de 3 a 20 anos, com uma mediana de 6 anos.

Na tabela 2 são apresentadas as características do comportamento sexual e reprodutivo das mulheres entrevistadas. Metade da amostra tem até 5 parceiros sexuais na vida e a grande maioria (93,4%) delas é heterossexual. No que se refere ao ciclo da vida, 4,5% das entrevistadas eram gestantes no momento da entrevista e 22,2% estavam na pós-menopausa. Em relação ao método contraceptivo utilizado, houve um predomínio de contracepção hormonal (35,8%), mas 32,5% das mulheres não utilizavam método.

Quando questionadas pelos sexólogos, sobre a satisfação com a vida sexual, as entrevistadas referem um valor de 8/10, apenas aproximadamente um terço delas (n=81) admite ter problemas nesta esfera. Na avaliação do quanto estes problemas (quando reconhecidos) causam angústia ou estresse, atribuem um valor de 7/10. Das entrevistadas, 42,8% referiram algum grau de dor como queixa sexual, sendo que 16,9% relatavam dor em 7 ou mais de cada 10 relações sexuais. Segundo o FSFI, 37 % das pacientes tinham DSF e segundo o *U on Sex*, 59,26% tinham escores de baixa função sexual.

Na medida de associação linear, através da correlação de Pearson, entre o escore do teste rápido *U on Sex*, aplicado por médicos não especialistas (NE) e o escore do teste rápido, por especialistas em sexualidade (ES), os dados evidenciaram que existe uma associação linear forte (0,8658) e significativa (valor  $p < 0,0001$ ).

Ao analisar isoladamente as variáveis que compõem o *U on Sex* (frequência sexual, orgasmo e iniciativa), houve associação positiva estatisticamente significativa entre todos os componentes do teste com o grau de satisfação da vida sexual e negativa com o *distress*, ou seja, quanto maior os índices de frequência, orgasmo e iniciativa/interesse, maior era o grau de satisfação e menor a intensidade de angustia e/ou estresse percebido em relação aos problemas na vida sexual. Observou-se que em ambas as situações, satisfação ou *distress*, o orgasmo foi o item que mais discriminou. (Tabela 3)

Quando avaliada a concordância de respostas aos itens do *U on Sex* entre médicos especialistas e não especialistas tanto o coeficiente kappa quanto o coeficiente de correlação

intra-classe (ICC) demonstram um bom índice de concordância (acima de 0,7) entre os profissionais. (Tabela 4)

Quando avaliada a concordância por tipo de profissional não especialista, para ambos profissionais (médicos de família e ginecologistas), as estatísticas continuam demonstrando bons índice de concordância, com desempenho levemente superior para os médicos de família, conforme apresentam as Tabelas 4 e 5.

Ao comparar o desempenho na aplicação do teste rápido *U on Sex* entre os médicos especialistas em sexualidade com os médicos não especialistas, separadamente, podemos observar que os médicos de família tem uma correlação discretamente melhor (0,940), do que os ginecologistas (0,916). Além disso, os médicos de família obtiveram índices melhores em todos os itens (Tabelas 5 e 6).

Ao analisarmos os itens do *U on Sex* - frequência sexual, orgasmo e iniciativa/interesse - com a disfunção sexual classificada a partir do escore do *Female Sexual Function Index* (FSFI), houve associação estatisticamente significativa de todas as variáveis. (Tabela 7). Mulheres com índices piores de função sexual apresentaram maior probabilidade de baixa frequência, orgasmo e iniciativa/interesse nas relações sexuais e também apresentaram escores padronizados mais baixos no instrumento ( $p < 0,001$ ).

A análise da auto avaliação de saúde sexual (satisfação sexual, reconhecimento de problema sexual e nível de *distress*) das mulheres entrevistadas pelos médicos não especialistas e mediante a classificação de mulheres com melhor e pior função sexual, baseada no escore do teste rápido *U on Sex*, demonstra consistência entre a auto percepção e a classificação de funcionalidade do teste (Tabela 8). Dentre as mulheres classificadas como pouco funcionais, 43,1% reconhecem ter problemas na vida sexual. Contudo, 56,9% das mulheres que afirmaram não ter problemas sexuais, foram classificadas como pouco funcionais pelo teste.

Em relação à satisfação quanto à vida sexual, na comparação entre os grupos de mulheres, os dados evidenciaram uma diferença significativa entre a mediana da satisfação, sendo que as mulheres classificadas com melhor função sexual apresentam uma mediana maior (9/10) do que as do outro grupo (7/10). No entanto, em relação ao estresse ou angústia gerado pelos problemas sexuais não houve diferença na percepção dos dois grupos analisados.

Ao final da aplicação dos instrumentos do estudo, as pacientes eram questionadas de forma qualitativa, sobre sua percepção em relação a ter participado da pesquisa (dados não apresentados). Praticamente a totalidade das pacientes respondiam que tinham gostado, alegando que era uma oportunidade de se “darem conta de muitas coisas” em relação à

sexualidade, ou falavam que “tinham gostado por oportunizar uma reflexão”, ou ainda “que só se davam conta de certas coisas que poderiam melhorar a partir das perguntas realizadas”. Raras pacientes, desistiram durante o processo de testes e nenhuma relatou algum desconforto, constrangimento, ou algo negativo.

## DISCUSSÃO

O teste *U on Sex* obteve forte índice de correlação quando comparada a sua aplicação por médicos não especialistas com especialistas em sexualidade. Isto demonstra que um instrumento rápido pode ser um dos meios de acessar o diagnóstico de função sexual feminina (FSF) na atenção primária, conforme recomendado na literatura (17). A abordagem através de um teste também pode ser um facilitador no processo de construção para diminuir as principais barreiras citadas por médicos, sem treinamento na área (15)(20). Trata-se de uma janela de oportunidade que se mostrou factível a partir de uma breve capacitação prévia e com resultado muito semelhante ao especialista em sexualidade.

A percepção de satisfação com a vida sexual foi um resultado consistente, na medida em que o teste mostra que as pacientes que tem melhor desempenho dão uma nota de satisfação significativamente maior, do que aquelas com nível de função sexual menor. Entre os itens analisados o orgasmo é o que melhor se correlaciona com maiores índices de satisfação. Sabe-se do conceito amplo de satisfação vinculado com intimidade e desejo, ou outros fatores, isto sem dúvida bem consolidado e indiscutível. (21)

Trata-se de um pressuposto aqui inserido de forma mais prática e portanto mais visível, ou seja, o máximo prazer atingido em uma relação sexual, no caso o orgasmo, seria um marcador de bom prognóstico para a percepção de satisfação (21) (22). Kontula O. (2016), demonstrou em estudo de base populacional na Finlândia, a importância atribuída ao sexo, a maior desinibição e variedade de práticas sexuais, justamente naquelas mulheres com maior potencial orgásmico. Puppo (2013), descreve sobre o desconhecimento da anatomia do clitóris apesar de sua importância para sexualidade feminina ou a ainda sobre valorização do intercurso coital, na perspectiva da penetração, que beneficia, em geral, mais aos homens (23)(24).

Nessa perspectiva ainda vigoram modelos de discurso com diferenças de gênero, reproduzindo a ideia de “complexidade” ao retratar sobre sexualidade feminina, onde por exemplo, o orgasmo “não seria tão importante”. Inclusive, atribui-se responsabilidade do orgasmo feminino ao parceiro, quando em relações heterossexuais, excluindo o valor de

autonomia das mulheres. Ao passo que não se observa essa mesma conformidade no discurso, quanto ao desempenho masculino (25)(26).

Ainda sob este aspecto, autores defendem que deveria ser atribuída mais importância à função sexual das mulheres, especialmente no que se refere ao contexto de causalidade das disfunções sexuais femininas (27). Essa perspectiva da funcionalidade legitimaria a saúde sexual feminina, na medida em que, dados mais concretos e ou objetivos, facilitariam a abordagem dos envolvidos, pacientes e médicos não especialistas.

Diante dos resultados obtidos, o *U on Sex* composto por itens como: o orgasmo, a iniciativa/interesse e a frequência sexual, se revela uma forma de apreender esta dimensão mais pragmática, e menos valorizada, sobre a funcionalidade da sexualidade feminina. Demonstra como estes itens são capazes de identificar a funcionalidade e introduzir na relação clínica a discussão sobre sexualidade de forma simplificada e rápida. Trata-se de uma mudança de perspectiva sobre a sexualidade feminina, ao valorizar sua funcionalidade, o que já é feito em relação à sexualidade masculina. Nesse sentido desmistifica a ideia corrente de que a sexualidade feminina é mais complexa por envolver questões psicossociais. Essa mesma tendência de mudanças para tornar o entendimento da sexualidade menos subjetivo, especialmente a feminina, também é percebido nas transformações ocorridas na nomenclatura das DSFs. (28)

Com isso, não se pretende negar a importância do conceito biopsicossocial da sexualidade, pelo contrário, trata-se de dar visibilidade à sexualidade feminina e possibilitar sua abordagem na prática clínica. Na abordagem que inclui o campo psicológico ou social, o entendimento pode exigir mais tempo, é difuso e necessita maior expertise, inclui um discurso de maior subjetividade e complexidade, no entendimento da sexualidade feminina.

A questão sobre a auto avaliação da saúde sexual, embora apresente consistência com as classificações de funcionalidade não contempla a totalidade das mulheres que foram avaliadas pelo instrumento como disfuncionais. Um número importante de mulheres possivelmente com nível de função sexual menor, não reconheceu ter problemas na vida sexual. Em consequência disso o nível de *distress* em relação ao problema, não é significativo. Ao passo que se analisarmos sob uma ótica dos itens isoladamente, frequência, orgasmo e iniciativa/interesse, que compõem o teste, o *distress* tem uma associação negativa. Então, as mulheres reconhecem através da resposta à itens objetivos, que quanto menor o desempenho na relação sexual, maior o *distress*. Demonstra-se assim, que uma busca mais objetiva, pode ser a de questionar sobre sua sexualidade de forma mais direta e mensurável, trazendo maiores informações e mais concretas sobre a importância atribuída ao desempenho

sexual. Contudo, se a paciente é questionada a analisar de forma mais ampla e ou subjetiva sobre angústias em relação à sua sexualidade, essa questão passa a não ser significativa. Nesse sentido, um estudo demonstrou a importância atribuída por mulheres à itens, como a frequência da atividade sexual. Este, entre outros itens mais objetivos, implicaria em melhores resultados na prática sexual, e não foram consideradas questões gerais, mais subjetivas (27) .

Trata-se de avaliarmos do que estamos falando, quando falamos de sexo? Há uma tendência a falarmos do contexto onde ele está inserido, e não dele propriamente dito, talvez devêssemos falar das facilidades percebidas, dificuldades, práticas e da área de desempenho consentido. Mas o que normalmente ocorre quando falamos de sexo, é que falamos de sexualidade feminina, num sentido mais amplo e menos funcional ou objetivo.

A literatura tem destacado a importância de levar em consideração o *distress* na oferta de tratamento (29). De fato, é fundamental respeitar o livre arbítrio das mulheres quanto a necessidade e o momento oportuno de medidas terapêuticas sobre a saúde sexual. No entanto, nossos dados sugerem que para detecção das DSFs ou de baixa funcionalidade sexual a percepção de *distress*, não tem capacidade de identificar as mulheres disfuncionais. Os dados sugerem que o *distress* não teria que ser um critério diagnóstico para DSF, mas um critério a ser considerado na fase de tratamento. Nesse sentido, autores corroboram ao sugerir que *distress* e satisfação são construtos independentes e não opostos (30). Vários fatores podem concorrer para isso, tais como: a cronicidade da DSF que pode levar a um comportamento não reativo ou uma habituação da falta de resposta sexual, a não valorização da saúde sexual como um componente de qualidade de vida e a ponderação do estresse causada pela DSF face a outros elementos estressores da vida cotidiana.

O próprio instrumento ou a mínima abordagem, além de ser uma janela de oportunidade para legitimar a saúde sexual feminina, é também uma forma de reflexão da paciente. Ao ser considerado que o diálogo sobre saúde sexual, pode impactar a qualidade de vida e a saúde em geral, das mulheres (5). Autores defendem que mesmo o uso de um breve instrumento é sempre útil para superar as barreiras, tais como vergonha ou pudor em pacientes ou médicos, e que contribui para iniciar a abordagem, para ambas as partes. (17)(31) Hartmann e Burkart (2006) demonstraram que o uso de um instrumento aumentou a frequência de diagnóstico de DSF de 2% a 42% (32).

A relação entre sexualidade e gênero na cultura, pode influenciar a avaliação sobre a vida sexual. A sexualidade feminina ainda não é para algumas mulheres um domínio legítimo, sobre o qual se sentem a vontade de se expressar e buscar ajuda (33). É necessário, muitas vezes uma abordagem educativa de forma que as mulheres possam reconhecer e valorizar a

dimensão da sexualidade em sua vida e o quanto tem agregado qualidade ou não. Haja vista, que na aplicação do questionário, grande parte das entrevistadas relatavam que o mesmo, teria sido um momento para refletir sobre a sua vida sexual.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, diferentes motivos são alegados, para justificar as dificuldades de abordagem da sexualidade feminina: excessiva demanda, falta de tempo, formação precária sobre o tema e diferenças de gênero (12). Atitudes, crenças e falta de tempo, foram consideradas as barreiras mais importantes por parte dos profissionais ao manejar sobre sexualidade (15).

Desta forma, um inquérito breve, como o proporcionado pelo *U on Sex*, seria suficiente para provocar o tema da saúde sexual. Há estratégias disponíveis eficientes que facilitam a gestão da maioria das queixas sexuais, como o PLISSIT (permissão, informação limitada, sugestões específicas, terapia intensiva) (33) e o TOP (5). De acordo com LAMONT(2012) aproximadamente 70% de queixas sexuais podem ser facilmente tratadas de forma breve, pelo médico de família ou ginecologista, e os 30% restantes necessitam encaminhamento para especialistas em sexualidade.

A grande maioria dos pacientes responderam positivamente quanto a realizar o inquérito das queixas sexuais, conforme a experiência desta pesquisa. A literatura indica que os instrumentos devem ser utilizados deliberadamente, e não de forma restritiva, e que o médico deve ser pró ativo utilizando estas ferramentas de acesso (13)(16)(32).

O teste *U on Sex* é um instrumento que demonstrou ser adequado para a avaliação da funcionalidade da sexualidade feminina, por médicos não especialistas. No entanto, temos consciência de que é apenas um facilitador num contexto onde concorrem outros fatores que ainda fazem com que a sexualidade seja relegada à um segundo plano, na prática clínica. Porém, este instrumento trouxe a possibilidade de tornar factível a introdução do tema sexualidade, de uma forma simplificada e poderia ser amplamente utilizado à nível de saúde pública. Além disso, trouxe visibilidade quanto à importância da funcionalidade na sexualidade feminina e sobre os limites da auto avaliação da saúde sexual das mulheres, no que se refere a perceber a DSF como uma problema causador de *distress*. Nesse sentido reforça a necessidade de intervenções em termos de educação sexual, voltado tanto as mulheres quanto aos profissionais de saúde.

A proposta de mensuração do instrumento na qual a mulher deveria indicar explicitamente uma frequência numérica (0-10), tornou a saúde sexual passível de ser mensurada, trazendo uma realidade “mais” palpável e reflexiva, visto ser uma escala com a qual a maioria da população está bastante familiarizada (34).

Entre as limitações, destacamos que a validação do instrumento para uso por médicos não especialistas em sexualidade foi realizada em apenas duas especialidades médicas. Mais estudos são necessários para validar o uso do instrumento por outras categorias de especialidades médicas e profissionais da saúde, como por exemplo enfermeiras(os) e psicólogas(os). O teste foi validado apenas no Brasil, seria importante sua validação em outros contextos culturais, na medida em que a sexualidade tem importante componente sociocultural.

A amostra do estudo é insuficiente para avaliar a prevalência de DSF na população. Contudo como o objetivo foi a validação do uso do instrumento por médicos não especialistas em sexualidade, a amostra foi adequada e o desenho do estudo teve a preocupação de comparar os resultados destes, com os obtidos pelos especialistas em sexualidade.

Enfim, acreditamos que este instrumento pode de fato facilitar a abordagem em sexualidade na APS promovendo o diagnóstico mais oportuno das DSF e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres. Contudo a sexualidade ainda é uma dimensão pouco abordada na área da saúde e portanto é necessário ter estratégias que estimulem essa abordagem durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde. Por outro lado é fundamental também que este tema faça parte dos programas de ensino, em geral, atuando na promoção da saúde sexual dos indivíduos (35).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. World Health Organization et al. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a Who meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]. 1975.
2. World Association for Sexual Health. Declaration of sexual rights. Retrieved March 10, 2016, from <http://www.> 2014.
3. Edwards, Weston M.; Coleman, Eli. Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior*. 2004; v. 33, n. 3: p. 189-195.
4. Few, Cheryl. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women?. *Journal of Advanced Nursing*, v. 25, n. 3, p. 615-625, 1997.
5. Lara, L. A. D. S., Scalco, S. C. p., Troncon, J. K., & Lopes, G. p. A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017; v. 39, n. 4: p. 184-194.
6. American Psychiatric Association et al. *Dsm-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.

7. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5):970-978.
8. Laumann EO1, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wangt, Levinson B, Moreira ED Jr, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav.* Epub 2 Apr 2006;35(2):145-61.
9. Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M., Moreira Junior, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. 2002.
10. Santos , Sara Robalo; Oliveira, Catarina Magalhães. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 2015; v. 31, n. 5: p. 351-353.
11. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013; 100(4):905-915.
12. Abdolrasulna, M., et al.. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine.* 2010; 7(7): 2499-2508.
13. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2011; 18: 516–518.
14. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, et al. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* 2006; 3:583–588.
15. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* 2012; 9: 2508–2515.
16. Althof, Stanley E. et al. Standard operating procedures for taking a sexual history. *The journal of sexual medicine.* 2013; v. 10, n. 1: p. 26-35.
17. Clegg M, Tower A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *J Sex Marital Ther.* 2015; 41(2):169-80.
18. Scalco, S.C.P., Knauth, D.R, Castro S., Osorio M.C. U on Sex - A rapid diagnostic test for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* 2018, (no prelo).
19. Scalco, S.C.P., Knauth, D.R, Castro S., Osorio M.C., Hentges B, Wainberg L., Conceição C.S. Validation of the U on Sex rapid test to detect female sexual dysfunction in primary health care. *Arch Sex Behav.* (no prelo).
20. Giraldi I A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, and Fugl-Meyer AR. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. *J Sex Med.* 2011; 8:2681–2706.
21. Haning, R. Vernon et al. Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2007; v. 33, n. 2: p. 93-113.

22. Kontula, O., & Miettinen, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective neuroscience & psychology*. 2016; 6(1), 31624.
23. Puppo, Vincenzo. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*. 2013; v. 26, n. 1: p. 134-152.
24. Puppo, Vincenzo. Female sexual function index (FSFI) does not assess female sexual function. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2012; v. 91, n. 6: p. 759-759.
25. Trindade, Wânia Ribeiro; De Assunção Ferreira, Márcia. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2008; v. 17, n. 3.
26. Rohden, Fabíola. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas*. 2009; v. 17, n. 1: p. 89.
27. Stephenson, Kyle R.; Meston, Cindy M. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 2015; v. 12, n. 3: p. 728-737.
28. Russo, Jane; Venâncio, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; v. 9, n. 3: p. 460-483.
29. Shafer, L C. Sexual disorders and sexual dysfunction. *Stern TA. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2010; v. 1, p. 323-336.
30. Stephenson, Kyle R.; Meston, Cindy M. Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs?. *The journal of sexual medicine*. 2010; v. 7, n. 7: p. 2458-2468.
31. Hartmann, UWE; Burkart, Martin. Erectile dysfunctions in patient–physician communication: optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire. *The journal of sexual medicine*. 2011; v. 4, n. 1: p. 38-46.
32. Hartmann, U.; Burkart, M. Strategies for talking to the patient with sexual dysfunction in the doctor’s office. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2006; v. 148, n. 21: p. 48-50.
33. Lamont, John et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2012; v. 34, n. 8: p. 769-775.
34. Da Silva Pons, Emilia et al. Predisposing factors to the practice of self-medication in Brazil: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). *PloS one*. 2017; v. 12, n. 12: p. e0189098.
35. Lara Lúcia Alves da Silva. Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. Dec [cited 2018 Aug 19]; 31( 12 ): 583-585. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009001200001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001200001&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009001200001>, 2009.

**Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra das mulheres do estudo**

Variáveis	n=243(%)
<b>Idade (anos)</b>	39,0 ± 12,1*
<b>Nível de escolaridade</b>	
Analfabeto/Fundamental incompleto	41 (16,9)
Fundamental completo/Médio incompleto	46 (18,9)
Médio completo	71 (29,2)
Superior incompleto/completo	68 (28,0)
Pós-graduação	17 (7,0)
<b>Profissão</b>	
Dona de casa	32 (13,2)
Aposentada/Pensionista	11 (4,5)
Exerce atividade remunerada	154 (63,4)
Desempregada	20 (8,2)
Estudante/Estagiária	26 (10,7)
<b>Situação conjugal</b>	
Solteira/Parceiros eventuais	22 (9,1)
Parceiro estável/Morando junto/Casada	163 (67,1)
Parceiro estável sem morar junto	51 (21,0)
Separada/Divorciada	7 (2,9)
<b>Tempo de relacionamento com o parceiro**</b>	6 (3-20)**

\* média ± DP

\*\* (anos) – mediana (P25-P75)

**Tabela 2 – Comportamento reprodutivo e sexual das mulheres do estudo**

Variáveis	n=243 (%)
<b>Número de parceiros na vida</b>	5 (2-10)*
<b>Gestante</b> no momento da entrevista	11 (4,5)
<b>Está na pós-menopausa</b>	54 (22,2)
<b>Preferência nas relações sexuais</b>	
Exclusivamente com homens	227 (93,4)
Exclusivamente com mulheres	2 (0,8)
Com homens e mulheres	14 (5,8)
<b>Método Anticoncepcional utilizado</b>	
Hormonais (orais e injetáveis)	87 (35,8)
DIU/Mirena	16 (6,6)
Cirúrgico	18 (7,4)
Condom	39 (16,0)
Outros (tabela/coito interrompido)	4 (1,6)
Nenhum	79 (32,5)
<b>Grau de satisfação com a vida sexual (0-10)</b>	8 (6-9)*
<b>Afirma ter problemas na vida sexual</b>	81 (33,3)
<b>Intensidade <i>distress</i> (problemas na vida sexual) (0-10)</b>	7 (5-8,5)*
<b>Dor na relação sexual a cada 10 relações</b>	
0-1	139 (57,2)
2-6	63 (25,9)
7 ou mais	41 (16,9)
<b>Disfunção sexual FSFI</b>	90 (37,0)

\*mediana (P25-P75)

**Tabela 3 – Associação entre os itens do *U on Sex* e o grau de satisfação sexual e *distress***

<i>U on Sex</i>	Grau de satisfação com a vida sexual		<i>Distress</i>	
	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ )	p	Coefficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ )	p
Frequência	0,372	<0,001	-0,223	<0,001
Orgasmo	0,412	<0,001	-0,303	<0,001
Iniciativa	0,280	<0,001	-0,317	<0,001
Total	0,475	<0,001	-0,381	<0,001

\* Coeficiente de correlação de Spearman

**Tabela 4 – Concordância dos itens do teste *U on Sex* entre especialistas em sexualidade e não especialistas (médicos de família/ginecologistas).**

<i>Itens U on Sex</i>	Especialistas	Não especialistas	Kappa*	IC95%
	n (%)	n (%)		
<b>Frequência de relações sexuais por mês</b>			0,8889	(0,8296;0,9482)
0-1	18 (7,4)	16 (6,6)		
2-11	154 (63,4)	152 (62,6)		
12 ou mais	71 (29,2)	75 (30,9)		
<b>Orgasmo a cada dez relações</b>			0,8272	(0,7679;0,8864)
0-1	28 (11,5)	28 (11,5)		
2-6	101 (41,6)	102 (42,0)		
7 ou mais	114 (46,9)	113 (46,5)		
<b>Iniciativa/interesse em começar a cada dez relações</b>			0,8148	(0,7555;0,8741)
0-1	74 (30,5)	77 (31,7)		
2-6	144 (59,3)	144 (59,3)		
7 ou mais	25 (10,3)	22 (9,1)		
<b>Score Total</b>	0,29 (0,21 a 0,73)	0,29 (0,22 a 0,73)	0,928**	

\* PABAK-OS (Prevalance and Bias Adjusted Kappa-Ordinal Scale) calculada em <http://www.singlecasereasearch.org/calculators/pabak-os>

\* Correlação Intraclasse

\*\*mediana (P25-P75)

**Tabela 5 – Concordância dos itens do teste *U on Sex* entre especialistas em sexualidade e médicos de família**

<i>U on Sex</i>	Especialistas	Médicos de Família	Kappa*	IC95%
	n (%)	n (%)		
<b>Frequência de relações sexuais por mês</b>			0,9139	(0,8303;0,9976)
0-1	10 (8,2)	8 (6,6)		
2-11	84 (68,9)	85 (69,7)		
12 ou mais	28 (23,0)	29 (23,8)		
<b>Orgasmo a cada dez relações</b>			0,8525	(0,7688;0,9361)
0-1	19 (15,6)	18 (14,8)		
2-6	42 (34,4)	47 (38,5)		
7 ou mais	61 (50,0)	57 (46,7)		
<b>Iniciativa/interesse em começar a cada dez relações</b>			0,8525	(0,7688;0,9361)
0-1	38 (31,1)	40 (32,8)		
2-6	73 (59,8)	74 (60,7)		
7 ou mais	11 (9,0)	8 (6,6)		
<b>Score Total</b>	0,27 (-0,17 a 0,73)	0,27 (-0,17 a 0,73)	0,940**	

\* PABAK-OS (Prevalance and Bias Adjusted Kappa-Ordinal Scale) calculada em <http://www.singlecasereasearch.org/calculators/pabak-os>

\* Correlação Intraclasse

**Tabela 6 – Concordância dos itens do teste *U on Sex* entre especialistas em sexualidade e ginecologistas**

<i>U on Sex</i>	Especialistas	Ginecologistas	Kappa*	IC95%
	n (%)	n (%)		
<b>Frequência de relações sexuais por mês</b>			0,8636	(0,7796;0,9476)
0-1	8 (6,6)	8 (6,6)		
2-11	70 (57,9)	67 (55,4)		
12 ou mais	43 (35,5)	46 (38,0)		
<b>Orgasmo a cada dez relações</b>			0,8017	(0,7177;0,8856)
0-1	9 (7,4)	10 (8,3)		
2-6	59 (48,8)	55 (45,5)		
7 ou mais	53 (43,8)	56 (46,3)		
<b>Iniciativa/interesse em começar a cada dez relações</b>			0,7769	(0,6929;0,8609)
0-1	36 (29,8)	37 (30,6)		
2-6	71 (58,7)	70 (57,9)		
7 ou mais	14 (11,6)	14 (11,6)		
<b>Escore Total</b>	0,69 (0,24 a 0,73)	0,69 (0,23 a 0,73)	0,916**	

\* PABAK-OS (Prevalance and Bias Adjusted Kappa-Ordinal Scale) calculada em <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/pabak-os>

\* Correlação Intraclasse

\*\*mediana (P25-P75)

**Tabela 7 – Associação dos itens do teste *U on Sex* com a disfunção sexual avaliada a partir do escore do FSFI**

Variáveis	Com disfunção n=90 (%)	Sem disfunção n=153 (%)	P
<b>Frequência de relações sexuais por mês</b>			0,040
0-1	10 (11,1)*	6 (3,9)	
2-11	58 (64,4)	94 (61,4)	
12 ou mais	22 (24,4)	53 (34,6)	
<b>Orgasmo a cada dez relações</b>			<0,001
0-1	25 (27,8)*	3 (2,0)	
2-6	48 (53,3)*	54 (35,3)	
7 ou mais	17 (18,9)	96 (62,7)*	
<b>Iniciativa/interesse em começar a cada dez relações</b>			<0,001
0-1	46 (51,1)*	31 (20,3)	
2-6	38 (42,2)	106 (69,3)*	
7 ou mais	6 (6,7)	16 (10,5)	
<b>Escore Total **</b>	0,21 (-0,23 a 0,69)	0,72 (0,26 a 0,73)	<0,001

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

\* PABAK-OS (Prevalance and Bias Adjusted Kappa-Ordinal Scale) calculada em <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/pabak-os>

Correlação Intraclasse

\*\*mediana (P25-P75)

**Tabela 8 – Associação da saúde sexual com a disfunção sexual avaliada a partir do escore do *U on Sex***

Variáveis	Maior nível de FSF n=99 (40,7%)	Menor nível de FSF n=144(59,3)	P
Grau de satisfação com a vida sexual (0-10) *	7.00 (5-9)	9 (8-10)	<0.0001*
Afirma ter problemas na vida sexual**	62 (43,1)	14 (14,1)	<0.0001**
Sim	82 (56,9)	85 (85,9)	
Não			
<b>Distress em relação aos problemas na vida sexual (0-10)***</b>	5 (3-8)	5 (0-8)	p =0,1628***

\* Teste **Kruskal-Wallis**, similar ao Mann-Whitney.

\*\*Valor p baseado no teste Qui-Quadrado de Homogeneidade de Proporções.

\*\*\* Teste **Kruskal-Wallis**.

## <sup>s.</sup> 9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 9.1 SOBRE A CRIAÇÃO DE UM TESTE RÁPIDO, A DESCOBERTA DE QUE A “DOR” COMO QUEIXA NÃO DISCRIMINA FUNCIONALIDADE SEXUAL E QUESTÕES DE GÊNERO

O presente estudo, na tentativa de criar um teste rápido, a partir de quatro itens iniciais: frequência sexual, orgasmo, dor e iniciativa/interesse, para medir “o nível de função sexual feminina (FSF)”, identificou pela metodologia empregada de teoria de resposta ao item (TRI), que o item “dor” era pouco discriminatório para avaliar a funcionalidade sexual. Enquanto que a frequência sexual e orgasmo apresentaram poder de discriminação semelhantes. A iniciativa/interesse sexual demonstrou menor poder, mas desempenho sincrônico com os demais itens. O teste rápido para o “Nível de Função Sexual Feminina” resultou em um instrumento com três itens calibrados (frequência sexual, orgasmo, e iniciativa/interesse), através do ajuste do Modelo de Crédito Parcial Generalizado.

As mulheres, tanto com menor escore quanto maior, do nível de função sexual, apresentavam a queixa “dor” nas relações sexuais. Apesar da dor nas relações sexuais ser um sintoma reconhecido pela literatura entre as disfunções sexuais femininas, os resultados deste estudo indicam que esta queixa não consegue separar mulheres com o que denominamos menor nível funcional (mais grave), daquelas com maior nível de função sexual (mais saudável), quando avaliadas no conjunto, com os outros três itens. Essa falta de poder discriminatório da variável dor não significa que ela não esteja presente entre as DSFs, mas possivelmente, trata-se de variável subjetiva, e não um sintoma específico capaz de discriminar o nível de funcionalidade sexual.

A área da sexualidade é influenciada pelos valores e práticas culturais, no que se referem aos padrões de gênero. A produção científica e prática médica não estão isentas destas influências culturais. A importância atribuída à dor na avaliação das DSFs, até então, por profissionais e pacientes, e à funcionalidade sexual nos testes de avaliação da sexualidade masculina, remetem a forma que nossa sociedade percebe e reproduz estas diferenças. É necessário analisar, o quanto é genericada, a forma como a ciência avalia as disfunções sexuais. Portanto, o privilégio de uma perspectiva masculina em um instrumento que busca avaliar a saúde sexual feminina parece ser um aspecto importante que deve ser considerado na

utilização desta medida, particularmente no contexto atual onde vários estudos têm demonstrado o viés de gênero da produção científica.

## 9.2 SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO TESTE, COMO SE PROCESSOU A VALIDAÇÃO E RESULTADOS OBTIDOS

Este teste rápido que passou a ser chamado *U on sex*, adotou idioma em inglês, com intuito de publicação externa, mas sobretudo para difundir, de forma coloquial, a ideia de levantar a questão “*E você, como vai no sexo?*”, ou ainda, “*Você no sexo?*”. O referido teste obteve melhor resultado discriminatório no grupo de mulheres que apresenta escores entre a média (zero) e quase dois desvios padrões acima da média, para função sexual, conforme a curva de informação. Ou seja, ele é capaz de identificar a probabilidade das mulheres apresentarem ou não, alterações em sua funcionalidade sexual, particularmente aquelas mulheres com nível de FSF intermediário, cujo diagnóstico é mais difícil.

Na primeira etapa, o teste rápido foi validado, a partir dos níveis de FSF estimados, pela metodologia TRI, e através da aplicação do teste antes e depois das mulheres com DSF, serem submetidas a tratamento. O modelo misto ajustado mostrou efeito significativo da interação entre os fatores grupo e tempo. Mulheres que obtiveram “melhora” passaram de um nível 0,05 antes da intervenção para 0,78, após tratamento, diferente dos demais grupos.

Na segunda etapa do processo de validação do *U on Sex*, pela metodologia TRI, com uma amostra de 621 mulheres, os três itens – frequência sexual, orgasmo e iniciativa/interesse – reafirmou-se o poder de discriminação, ao contrário da dor. Nesta fase de validação os três itens do teste, passam a ter poder acima de 1. O item orgasmo, obteve a maior estimativa para o parâmetro de discriminação e foi o item que contribuiu com mais informação, isto é, tem maior precisão, na estimativa do nível de FSF.

No que se refere ao desempenho do teste rápido *U on Sex* (com apenas 3 itens) em relação ao padrão ouro FSFI (com 19 itens) a correlação encontrada foi de 0,56 (valor  $p < 0,000$ ). Isto demonstrou uma associação positiva entre as duas medidas.

A avaliação da acurácia do instrumento *U on Sex*, foi realizada a partir da classificação de disfunção sexual feminina utilizada através do escore do padrão ouro ( $<26,5=DSF$ ). Esta avaliação resultou em um ponto de corte de 0,7 no *U on Sex*, que se encontra justamente na região, onde o teste estima com maior precisão o traço latente, ou seja, a medida criada, FSF. A pontuação abaixo deste valor indica baixa FSF. Ainda, em relação à acurácia, a análise indica que o teste apresenta sensibilidade de 80% (IC 0,70-0,87) e

especificidade de 53% (IC 0,45-0,61). Na análise de acurácia priorizou-se a sensibilidade, pois trata-se de um teste rápido de *screening*, para realização de diagnóstico de FSF.

Os resultados obtidos na aplicação do teste por médicos não especialistas (NE) apresentou uma alta associação com os resultados obtidos pelos especialistas em sexualidade (ES). A correlação estimada entre os resultados do teste rápido *U on Sex* foi 0,87 (valor  $p < 0,000$ ).

A análise da auto avaliação de saúde sexual (satisfação sexual, reconhecimento de problema sexual e nível de *distress*) das mulheres entrevistadas pelos médicos não especialistas e mediante a classificação de mulheres com e sem disfunção sexual baseada no escore do teste rápido *U on Sex*, demonstrou consistência entre a auto percepção e a classificação de funcionalidade do teste. Porém, dentre as mulheres classificadas como disfuncionais, 43,1% reconheciam ter problemas na vida sexual e 56,9% das mulheres que afirmaram não ter problemas sexuais.

Em relação à satisfação quanto à vida sexual, na comparação entre os grupos de mulheres com e sem disfunção, os dados evidenciaram uma diferença significativa. As mulheres classificadas sem disfunção sexual apresentam uma mediana maior (9/10) do que as do outro grupo (7/10). No entanto, em relação ao estresse ou angústia gerado pelos problemas sexuais não houve diferença na autopercepção dos dois grupos analisados.

### 9.3 SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM TESTE RÁPIDO E INÉDITO: A PRATICIDADE, ENFRENTAMENTO DE BARREIRAS NA ABORDAGEM E VISIBILIDADE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Diante dos resultados obtidos e através da utilização da metodologia TRI, de forma inédita em testes para avaliar FSF; o teste *U on Sex*, prioriza a avaliação da funcionalidade sexual e entende que a dor está sob a ótica de outro paradigma, questão até então não identificada, desta forma, na literatura, especialmente no que concerne a elaboração de testes. Mas além disso, legitima a função sexual feminina, como um construto a ser mais do que mensurado, discutido. Sem negar a importância psicossocial do contexto da saúde sexual feminina, pelo contrário, pois o que se quer é justamente, dar visibilidade, de forma clara, objetiva e qualificável, enquanto um direito e fator de equidade de gênero.

Foi possível demonstrar a viabilidade de aplicação de um teste rápido a fim de melhorar a abordagem e o diagnóstico da sexualidade feminina. Recomenda-se que este tipo de instrumento possa contribuir na melhora percentual de diagnóstico de FSF, sendo uma

ferramenta factível para superar as barreiras descritas como impedimento, e iniciar uma abordagem.

Ao desenvolver e validar um recurso fácil no formato de teste rápido, para o enfrentamento das dificuldades de abordagem e de diagnóstico na área de saúde sexual feminina. O instrumento *U on Sex* demonstrou ser um recurso com bom poder de identificação das FSF, que em função dos poucos itens facilita a abordagem do tema na prática clínica cotidiana.

O *U on Sex* foi validado para ser aplicado por médicos não especialistas (NE) em sexualidade, no caso ginecologistas e médicos de família. Na comparação dos resultados obtidos na aplicação do teste entre médicos não especialistas e especialistas em sexualidade (ES), foi identificada uma boa correlação. Nesse sentido, o *U on Sex* apresentou resultados que demonstraram a factibilidade do uso do teste por médicos que atuam em atenção primária à saúde e ginecologistas.

O estudo tratou portanto, de uma proposta de teste rápido e simplificado, para uma melhor aplicabilidade, por não especialistas em sexualidade, nos atendimentos de saúde, que pretende colocar a saúde sexual feminina na pauta do cotidiano, especialmente na atenção primária à saúde.

#### 9.4 A INDICAÇÃO DE NOVOS ESTUDOS

A partir deste estudo, recomenda-se reavaliar a forma de analisar as variáveis que compõem os testes sobre sexualidade feminina, e consequentes definições. Considerar que a metodologia TRI pode agregar aos testes já utilizados e validados, na Teoria Clássica. E além disso, realizar pesquisas que avaliem variações do instrumento proposto *U on sex*, em outras culturas.

Sugere-se estudos qualitativos para compreender melhor o significado da dor na vivência da sexualidade feminina, apesar da funcionalidade sexual feminina ter sido bem demonstrada, o que já ocorre nos testes de avaliação da sexualidade masculina. Faz-se necessário observar o quanto os instrumentos utilizados refletem padrões de gênero.

Diante da análise da auto avaliação de saúde sexual (satisfação sexual, reconhecimento de problema sexual e nível de *distress*) realizada com as mulheres entrevistadas pelos médicos não especialistas, aquelas classificadas como funcionais tinham uma percepção de satisfação significativamente maior. Porém entre mulheres classificadas

como não funcionais, havia um número expressivo que não identificavam como tendo “problema sexual”, e por conseguinte não havia “estresse/ angústia”.

A partir disso, recomenda-se mais estudos sobre o construto da DSF. Avaliar por exemplo, se estas pacientes não reconhecendo como um problema, ou mesmo não atribuindo valor às questões sexuais, de forma reflexiva, reagem em conformidade, não tendo estresse. Levanta-se a questão, se na definição estabelecida no conceito de DSF, foi considerado essa (in)capacidade intrínseca que reflete questões de gênero e influência cultural.

Além disso, outra questão é a percepção que as variáveis de satisfação e estresse/angústia, não são necessariamente antagônicos ou dicotômicos, mas independentes. Diante disso, mais estudos sobre essas diferenças, relacionando com as DSFs, são recomendados.

## 9.5 (RE)CONSIDERAÇÃO FINAL

Comecei pensando em criar um teste rápido, simples, a partir da experiência clínica como especialista em sexualidade, que contribuísse na abordagem de colegas que não tinham a facilidade para abordar sobre o tema. Pensando, sobretudo, que as pacientes não poderiam ficar sem o acesso a diagnóstico.

Me deparei com bem mais que isso. De um lado, as inúmeras dificuldades para implantar aquilo, que parecia ser tão simples. O tabu, quando velado, é mais difícil combater. Percebi, que precisamos, muito mais do que um teste para facilitar a abordagem. Esse é apenas um passo. Por outro lado, reafirmou em mim, tanta coisa. A necessidade de que ainda temos muito para descobrir, especialmente na área da sexualidade feminina. Entrei com uma pretensão, e a pesquisa, a ciência, me abriram perspectivas não imaginadas. Reafirmei o valor da funcionalidade sexual. A factibilidade sim, de se falar de sexo, frente a incontestável aceitação das pacientes. E a resignação de repensar conceitos, aos quais estava acostumada “porque assim estavam descritos”, sem perceber que eu, também era consequência da cultura em que estava inserida. Foi transformador, mas sobretudo, considero que isso é só o começo, da minha jornada.

Compartilho aqui, os resultados apresentados no sentido de contribuir para aprofundarmos a reflexão sobre possíveis avanços no entendimento da sexualidade feminina e despertar o interesse de profissionais que atuam nesse âmbito.

O *U on Sex* é um instrumento rápido de *screening* diagnóstico, breve e validado pela metodologia TRI. Prioriza a avaliação da funcionalidade sexual, com apenas três questões. É,

sim, uma oportunidade de quebrar barreiras dentro do tema sexualidade. Pode contribuir para reduzir o estigma da invisibilidade da saúde sexual feminina ao facilitar a abordagem inicial na atenção primária à saúde. Além de ser um teste submetido a uma rigorosa metodologia estatística, desde o seu processo de construção até sua validação, o que garante uma abordagem mais efetiva e menos moral da sexualidade feminina.

## ANEXOS

## ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO RÁPIDO PARA ABORDAGEM DE DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

**Pesquisador:** Daniela Riva Knauth

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 65870017.9.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.162.485

**Apresentação do Projeto:**

"A fim de dar conta da complexidade do tema proposto, o presente estudo terá dois componentes, um quantitativo e outro qualitativo.

1- O componente quantitativo: será dividido em três etapas de coleta dos dados.

Na primeira etapa - Tem por objetivo desenvolver um instrumento rápido capaz de identificar DSF e ser aplicado por não especialistas, em sexualidade. Dados sobre o funcionamento da sexualidade e a características demográficas e sociais serão submetidas a análise pelo método estatístico de Teoria de Resposta ao Item (TRI) e esta metodologia pode analisar quais destas questões apresentam um peso maior na identificação do desfecho. Os dados são provenientes do registro de aproximadamente 500 pacientes atendidas no ambulatório de sexologia do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV, no período de março de 2011 à março de 2016. Este método permite definir com maior precisão o valor de cada questão e seu poder discriminatório para definição do desfecho, que é a disfunção sexual feminina.

Na segunda etapa - O teste rápido criado será aplicado em mulheres, de forma aleatória, por dois grupos de médicos: médicos de família e ginecologistas. Para a aplicação do instrumento serão selecionados (20) residentes, convidados por conveniência e concordância em participar da pesquisa, que estejam no segundo e terceiro ano, das especialidades de medicina de família e

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 91.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cephcps@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Protocolo: 2.162.485

ginecologia, e que atendam em diferentes serviços de atenção primária à saúde e ambulatórios de ginecologia da cidade de Porto Alegre. Os médicos participantes do estudo, (10) de cada área, receberão uma capacitação para a aplicação do instrumento.

Na terceira etapa: será realizado o processo de validação. As mesmas mulheres que responderam na segunda etapa do estudo, serão submetidas, dentro de um prazo de até quatro semanas, novamente, ao instrumento rápido de screening, e o teste padrão-ouro - The Female Sexual Function Index (FSFI) - por sexólogos (médicos ou psicólogos com especialização em sexologia). Os especialistas serão cegados quanto ao score alcançado na primeira aplicação. Busca-se com isto avaliar a acurácia do instrumento rápido quando aplicado por não especialistas na área da sexualidade.

**2- O componente qualitativo:**

Busca analisar as barreiras e facilitadores da abordagem da sexualidade no espaço clínico e na aplicação dos instrumentos propostos no estudo. Nesta etapa a população estudada são os profissionais médicos participantes. Esses participarão de um grupo focal antes da capacitação e após a aplicação dos instrumentos. Serão realizados 4 grupos focais assim distribuídos:

- 1) médicos de família antes da capacitação;
- 2) ginecologistas antes da capacitação;
- 3) médicos de família após a aplicação dos instrumentos;
- 4) ginecologistas após a aplicação dos instrumentos. Os grupos focais serão realizados por pesquisadores com formação na área de ciências sociais. Serão gravados em áudio e transcritos na íntegra para a análise\*.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

O presente projeto objetiva validar um instrumento capaz de medir diferentes domínios da função sexual das mulheres, de forma rápida, prática e factível, para que possa ser utilizado com boa adesão, por médicos não especialistas na área de sexualidade.

**Objetivo Secundário:**

- Elaborar um instrumento breve e específico para abordar a função sexual feminina e estabelecer screening de quando há disfunção;
- Comparar o instrumento rápido proposto com o instrumento considerado padrão-ouro no diagnóstico das disfunções sexuais femininas;- Analisar a concordância e reprodutibilidade do instrumento, quando aplicado por médicos de família, ginecologistas e sexólogos;
- Analisar a confiabilidade, precisão, sensibilidade e acurácia do instrumento rápido;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Form: 2-162-485

• Identificar as barreiras e facilitadores do uso do instrumento rápido por médicos de família e ginecologistas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O projeto tem como principal risco constranger as mulheres ao falar sobre sexualidade.

Benefícios:

Desenvolver um instrumento de fácil utilização para o diagnóstico das disfunções sexuais femininas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídas no estudo mulheres, entre 20 a 60 anos atendidas em serviços de atenção primária e ambulatoriais de ginecologia da cidade de Porto Alegre, que estejam em atividade sexual, pelo menos nos últimos seis meses, mulheres com qualquer estado civil, qualquer orientação sexual, alfabetizadas ou não.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídas do estudo mulheres com dificuldades de cognição ou na linguagem verbal.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta TCLE.

**Recomendações:**

Sugerimos que sejam observados os seguintes pontos sobre o TCLE, e que sejam readequados no Termo e/ou esclarecidos verbalmente no processo de consentimento:

- Esclarecer tempo médio para responder às questões de pesquisa;
- Informar que o TCLE é apresentado em duas vias iguais, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores;
- A Pesquisadora Sandra Scalco é responsável no centro coparticipante, enquanto no centro coordenador a responsável é a Pesquisadora Daniela Knauth;
- Sugerimos não disponibilizar o telefone pessoal dos pesquisadores, visando preservar a privacidade dos mesmos;
- Além das assinaturas, pesquisador e participante devem preencher o nome no TCLE, para que seja possível identificar as assinaturas.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 3227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.162.485

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.091.337 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores de acordo com a carta de respostas adicionada em 14/06/2017. Não apresenta novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 02/03/2017, TCLE de 14/06/2017 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_874770.pdf	14/06/2017 10:19:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_segunda_versao.pdf	14/06/2017 10:18:56	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_2.pdf	14/06/2017 10:16:48	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	18/05/2017 14:58:51	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.docx	12/04/2017 15:37:51	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	formulario_delegacao_funcoes.pdf	18/03/2017 23:20:45	Daniela Riva Knauth	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_disfuncao_sexual.pdf	02/03/2017	Daniela Riva Knauth	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
 Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-603  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.162.485

/ Brochura Investigador	Projeto_disflucao_sexual.pdf	16:08:20	Daniela Riva Knauth	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/03/2017 16:07:12	Daniela Riva Knauth	Aceito
Outros	Instrumento_BREVE_ABORDAGEM_SEXUAL.pdf	02/03/2017 16:00:12	Daniela Riva Knauth	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/03/2017 15:59:43	Daniela Riva Knauth	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/03/2017 15:59:27	Daniela Riva Knauth	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Julho de 2017

---

**Assinado por:  
Marcia Mocellin Raymundo  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 91.035-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51) 3359-7640 **Fax:** (51) 3359-7640 **E-mail:** cep@cpa@hcpa.edu.br

## ANEXO B - QUESTIONÁRIOS / FORMULÁRIOS

**ANEXO I****Dados sócio-demográficos****1- NOME:** \_\_\_\_\_**2- Telefone:** \_\_\_\_\_**3- Nº Prontuário:** \_\_\_\_\_ **4- Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.**5- Tem vida sexual ativa nos últimos 6 meses?** ( )SIM. ( )NÃO.**6- Escolaridade:**

( ) Analfabeta/ ( ) Fundamental incompleto./ ( ) Fundamental completo./ ( ) Ensino médio incompleto/ ( ) Ensino médio completo. / ( ) Superior incompleto/ ( ) Superior completo. /

( ) Pós/Mestrado/ ou Doutorado incompleto./ ( ) Pós/Mestrado/ ou Doutorado completo.

**7- Profissão:**

- ( ) do lar.
- ( ) aposentada ou pensionista.
- ( ) funcionária pública.
- ( ) CLT.
- ( ) profissional liberal.
- ( ) autônoma.
- ( ) desempregada.

**8- Situação conjugal:**

- ( ) solteira/ parceiro(s) eventuais.
- ( ) parceiro estável/ morando juntos.
- ( ) parceiro estável/ namorado(a)/ sem morar juntos.
- ( ) casada.
- ( ) viúva.
- ( ) separada/ divorciada.

**9 – Tempo de relacionamento com o parceiro atual (anos):** \_\_\_\_\_.*(se menos de 1 ano – converter, ex. 6 meses = 0,5...)***OBS :** \_\_\_\_\_

**ANEXO II****Dados de saúde, saúde sexual e reprodutiva**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nº de parceiros(as) ao longo da vida: \_\_\_\_\_

DOENÇAS REFERIDAS PELA PACIENTE:

---

---

Medicações em uso:

---

**MÉTODO DE CONTRACEPÇÃO** ANTICONCEPCIONAL ORAL/ INJETÁVEL MENSAL. PROGESTÁGENO ORAL/ OU INJETÁVEL. DIU OU MIRENA. LIGADURA(LT)/ OU PARCEIRO COM VASECTOMIA. CONDOM OUTROS. (COITO INTERROMPIDO/ TABELA...) NENHUM.É GESTANTE, NO MOMENTO DA ENTREVISTA?  SIM  NÃO.

ESTÁ NA MENOPAUSA? \_\_\_\_\_

## ANEXO III

**TESTE RÁPIDO \_ *U on Sex* \_ MÉDICO NÃO ESPECIALISTA EM SEXUALIDADE (NE) \_ G.O. OU M.F.**

**Instruções:** Para responder este questionário a paciente deve ter vida sexual ativa (ter relações sexuais eventuais ou frequentes), nos últimos 6 meses. As respostas devem ser baseadas em como tem sido habitualmente a vida sexual da paciente (considerar uma média), das relações sexuais, neste período.

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**I - Com que frequência(quantas vezes) você costuma ter relações sexuais por mês?**

- 1- ( ) De 0-1 por mês.  
 2- ( ) De 2-11 por mês.  
 3- ( ) 12 ou mais vezes por mês.(3 ou mais por semana).

**II – De cada 10 relações sexuais, que você tem, em quantas você costuma ter orgasmo?**

(independente de como você consegue ter ou do tempo que leve para ter 10 relações...)

- 1- ( ) De 0-1/ em cada 10 relações sexuais.  
 2- ( ) De 2-6/em cada 10 relações sexuais.  
 3- ( ) 7 ou mais/em cada 10 relações sexuais.

**III – De cada 10 relações sexuais que você tem, em quantas você toma a iniciativa/ ou demonstra interesse em começar?**

- 1- ( ) 0-1/ de cada 10 relações sexuais.  
 2- ( ) 2-6/de cada 10 relações sexuais.  
 3- ( ) 7 ou mais/ de cada 10 relações sexuais

**Questões Complementares:**

**A - De cada 10 relações sexuais que você tem, você chega a ter dor ou desconforto? Em quantas? ( Independente do tempo que leve para ter 10 relações...)**

- 1 - ( ) 0-1/10.  
 2 - ( ) 2-6/10.  
 3 - ( ) 7 ou mais em 10.

**B - As suas relações sexuais são preferencialmente:**

- 1 - ( ) com homens.  
 2 - ( ) com mulheres.  
 3 - ( ) com homens e /ou mulheres.

**C - De 0 - 10, que nota você daria para o grau de satisfação em relação a sua vida sexual?(sendo 0 ruim e 10 excelente ) \_\_\_\_\_.**

**D – Você diria que tem problemas na sua vida sexual?**

( ) sim. ( ) não.

**De 0-10, O quanto que esses problemas na sua vida sexual causam angústia ou stress? (sendo 0 - nenhum stress/ 10 - muito stress)\_\_\_\_\_.**

**OBS (para uso do pesquisador):\_\_\_\_\_**

## ANEXO IV

**TESTE RÁPIDO \_ *U on Sex* \_ SEXÓLOGO(A) (ES)**

**Instruções:** Para responder este questionário a paciente deve ter vida sexual ativa (ter relações sexuais eventuais ou frequentes), nos últimos 6 meses. As respostas devem ser baseadas em como tem sido habitualmente a vida sexual da paciente (considerar uma média), das relações sexuais, neste período.

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**I - Com que frequência(quantas vezes) você costuma ter relações sexuais por mês?**

- 1- ( ) De 0-1 por mês.  
 2- ( ) De 2-11 por mês.  
 3- ( ) 12 ou mais vezes por mês.(3 ou mais por semana).

**II –De cada 10 relações sexuais, que você tem, em quantas você costuma ter orgasmo? (independente de como você consegue ter ou do tempo que leve para ter 10 relações...)**

- 1- ( ) De 0-1/ em cada10 relações sexuais.  
 2- ( ) De 2-6/em cada10 relações sexuais.  
 3- ( ) 7 ou mais/em cada10 relações sexuais.

**III – De cada 10 relações sexuais que você tem, em quantas você toma a iniciativa/ ou demonstra interesse em começar?**

- 1- ( ) 0-1/ de cada 10 relações sexuais.  
 2- ( ) 2-6/de cada 10 relações sexuais.  
 3- ( ) 7 ou mais/ de cada 10 relações sexuais

**Questões Complementares:****A - De cada 10 relações sexuais que você tem, você chega a ter dor ou desconforto? Em quantas? ( Independente do tempo que leve para ter 10 relações...)**

- 1 - ( ) 0-1/10.  
 2 - ( ) 2-6/10.  
 3 - ( ) 7 ou mais em 10.

**B - As suas relações sexuais são preferencialmente:**

- 1 - ( ) com homens.  
 2 - ( ) com mulheres.  
 3 - ( ) com homens e /ou mulheres.

**C - De 0 - 10, que nota você daria para o grau de satisfação em relação a sua vida sexual?(sendo 0 ruim e 10 excelente ) \_\_\_\_\_.****D – Você diria que tem problemas na sua vida sexual? ( ) sim. ( ) não.**

**De 0-10, O quanto que esses problemas na sua vida sexual causam angústia ou stress? (sendo 0 - nenhum stress/ 10 - muito stress)\_\_\_\_\_.**

**OBS (para uso do pesquisador):\_\_\_\_\_**

## ANEXO V

### Versão final do Female Sexual Function Index (FSFI) em português.

#### **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: - Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.
- Ato sexual é quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estímulo sexual inclui situações como carícias, preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual(pensamentos).

#### **ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA**

- 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.
- 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.

#### **Female Sexual Function Index (FSFI)**

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

(Padrão de resposta: A)

*OBS- Na questão 1, não há a alternativa sem atividade sexual.*

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

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

(Padrão de resposta: B)

*OBS- Na questão 2, não há a alternativa sem atividade sexual.”*

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

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

(Padrão de resposta: A)

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

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

(Padrão de resposta: B)

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. 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?

(Padrão de resposta: C)

1. Sem atividade sexual.
2. Segurança muito alta.
3. Segurança alta.
4. Segurança moderada.
5. Segurança baixa.
6. 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?

(Padrão de resposta: A)

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

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?

(Padrão de resposta: A)

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).

4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. 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?  
(Padrão de resposta: D)

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. 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?  
(Padrão de resposta: A)

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. 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?  
(Padrão de resposta: D)

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

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

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. 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”)”?

(Padrão de resposta: D)

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. 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?

(Padrão de resposta: E)

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

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

(Padrão de resposta: E)

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

OBS: - Questão 14 varia de 0-5/no Escore.

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

(Padrão de resposta: E)

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

OBS: - *Questões 15 e 16 variam de 1-5/ não há a alternativa sem atividade sexual.*”

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

(Padrão de resposta: E)

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

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

(Padrão de resposta: A)

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

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

(Padrão de resposta: A)

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

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

(Padrão de resposta: B)

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

**\*\*\*Parecer qualitativo da paciente - O que você achou de participar da pesquisa e responder esse questionário?**

---



---



---

### **ESCORES DE AVALIAÇÃO DO FSFI**

DOMÍNIO	Questões	Variação do Escore	Fator de Multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0,0	6,0
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14,15,16	0(ou 1)-5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0,0	6,0

\* Questão 14 varia 0-5; questões 15 e 16 variam de 1-5.

## ANEXO C - CÓDIGO DA TABELA TRI

FAT2	OAT2	IAT2	DSF
1	1	1	-1,2336
2	1	1	-0,72261
1	1	2	-0,68874
1	2	1	-0,67532
3	1	1	-0,25759
2	1	2	-0,22613
2	2	1	-0,21363
1	1	3	-0,19478
1	2	2	-0,18232
1	3	1	-0,16988
3	1	2	0,213025
3	2	1	0,225139
2	1	3	0,243441
2	2	2	0,255547
2	3	1	0,26765
1	2	3	0,285938
1	3	2	0,298036
3	1	3	0,677681
3	2	2	0,68992
3	3	1	0,702169
2	2	3	0,720701
2	3	2	0,732978
1	3	3	0,763859
3	2	3	1,169684
3	3	2	1,182585
2	3	3	1,21509
3	3	3	1,697717