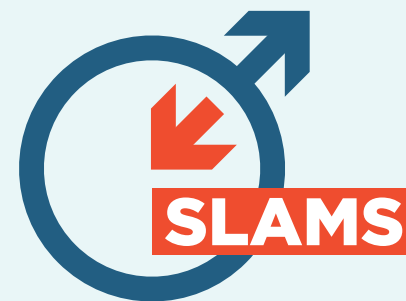


VOL. 02 | MAI-AGO
Nº 02 | 2013

ReLAMs

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



A VISÃO DA MULHER
SOBRE SUA SEXUALIDADE
DURANTE O PROCESSO DE
REPRODUÇÃO ASSISTIDA

TERAPIA FARMACOLÓGICA
DA DISFUNÇÃO SEXUAL NA
MULHER CONTEMPORÂNEA

VIOLÊNCIA OCULTA,
DEPENDÊNCIA E
RELACIONAMENTOS
DESTRUTIVOS: A
MULHER COMO VÍTIMA
DE SUAS ESCOLHAS

PRÁTICAS E SATISFAÇÃO
SEXUAL EM JOVENS
UNIVERSITÁRIOS

VALORIZAÇÃO DOS
UROLOGISTAS E DA
GENITÁLIA EXTERNA
MASCULINA

EDITORIAL

ALEJANDRO CARVAJAL O.

Vivemos uma transformação histórica na medicina sexual contemporânea. Todos os dias encontramos um espaço maior para as publicações, trabalhos, conferências e temas relacionados com as disfunções sexuais, tanto masculina como feminina, que nos estimula mais para trabalhar e ter paixão pelo que fazemos.

O meio de publicação impressa oficial da ISSM – Sociedade Internacional de Medicina Sexual, o Journal of Sexual Medicine, é uma revista com alto fator de impacto (3.552) que posiciona a dentro das revistas médicas mais importantes do momento. Entretanto, a ReLAMS, é uma publicação que permite as possibilidades de expandir o conhecimento na investigação nas diversas disciplinas que envolvem a sexualidade, que antigamente necessitava de espaços próprios.

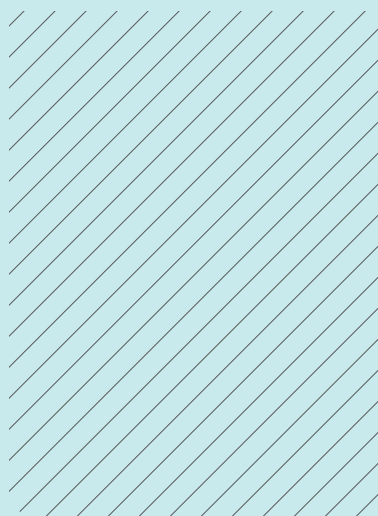
A ReLAMS é nosso espaço para levar, opinar ou replicar informações valiosas relacionadas com temas de nossa cultura sexual. Esse é um convite para participar, discutir ou nutrir nossa publicação, tanto pelos membros como não membros da SLAMS, para que esse meio se converta nessa integração que tanto desejamos e que

não se manifeste apenas de corpo presente nos diversos eventos aos quais participamos. É materializar tantas ideias que escutamos ou percebemos de nossos colegas e que agora, com a ReLAMS, têm um canal de difusão e divulgação efetiva *online*.

Queridos amigos, espero que esse seja um estímulo para muitos aportes e artigos, que estaremos encantados de revisar e retroalimentar, em benefício de uma aprendizagem mútua da medicina sexual latino-americana.

Boa leitura!

Alejandro Carvajal O.



NAVEGAÇÃO EXPRESSA

CLIQUE NA MATÉRIA E VÁ PARA A PÁGINA

EDITORIAL

Alejandro Carvajal O.

ARTIGOS

A visão da mulher sobre sua sexualidade durante o processo de reprodução assistida

Priscilla Bianchini Salomão

Terapia farmacológica da disfunção sexual na mulher contemporânea

María Victoria Bertolino

Violência oculta, dependência e relacionamentos destrutivos: a mulher como vítima de suas escolhas

Margareth de Mello Ferreira dos Reis

Práticas e satisfação sexual em jovens universitários

Adolfo González-Serrano

Valorização dos urologistas e da genitália externa masculina

Carlos Abib Cury

EQUIPE EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsáveis

Alejandro Carvajal O.,
Cila Ankier,
Claudia V. De Andrea,
Fernando Nestor Facio,
Lúcia Pesca

Diretoria SLAMS

Presidente

Sidney Glina

Vice-Presidente

Isbelia Segnini

Tesoureiro

Afif Abdo

Secretário

Adrian Momesso

Os editores não têm responsabilidade pelas informações dos artigos assinados. É permitida a reprodução de parte ou do conteúdo inteiro dessa publicação, desde que a fonte e o autor sejam citados, sem alterar o conteúdo.

Comitê editorial

Eusebio Rubio Auriolles
Gomez Reynaldo
Guillermo Gueglio
Isbelia Segnini,
Julio Ferrer,
Silvia Acosta Flores,
Teresita Blanco

Tradução e Revisão

Cila Ankier
Esmeralda Franco Cardoso
Nuria Mauleón

Webmaster

Bernardo Signori

Diagramação e Projeto Gráfico

Editora Zupi

Contato

Secretaria

Av. Santa Fe 2926 -
piso 3º D
C1425BGR - Buenos Aires
Argentina
tel. +54 11 4822.1350 |
fax. +54 11 4826.2832
relams@slamsnet.org

Sede

Associação
Latinoamericana de
Medicina Sexual - SLAMS
Rua Cincinato Braga, 37, cj.
102 - Bela Vista
São Paulo - SP
tel: 55 11 3515-7902
relams@slamsnet.org



www.zupidesign.com

Instruções aos autores

www.slamsnet.org/relams

ISSN 2317-4927

WWW.SLAMSNET.ORG

A VISÃO DA MULHER SOBRE SUA SEXUALIDADE DURANTE O PROCESSO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

PRISCILLA BIANCHINI SALOMÃO, LUCIA ALVES DA SILVA LARA, JULIANA BENETTI SILVA BORSATTO, ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA, PAULA DE OLIVEIRA MORA

RESUMO

A infertilidade atinge universalmente cerca de 8% a 15% dos casais, tendo como causas diversos fatores femininos e/ou masculinos. A literatura evidencia que esta condição está, frequentemente, associada a elevadas taxas de disfunção sexual tanto feminina quanto masculina. Sendo assim, este estudo visou avaliar a função sexual e a qualidade de vida das pacientes em investigação no Ambulatório de Esterilidade (AEST) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC-FMRP-USP), em São Paulo, e em tratamento para a infertilidade conjugal presentes no Laboratório de Ginecologia e Obstetrícia do HC-FMRP-USP. Esta avaliação consistiu na aplicação de questionários autoaplicáveis (Inventário da

Função Sexual Feminina – IFSF e Escala de Ansiedade e Depressão – HAD-A e D) e entrevistas semiestruturadas, com uma abrangência biopsicossocial. Foram avaliadas quatro mulheres que se encontram em processo de reprodução assistida, seja por sua infertilidade ou de seu cônjuge. Os resultados deste estudo permitiram avançar na temática e trazer conhecimento para orientar os médicos e os próprios casais, sobre a assistência à função sexual como parte essencial do sucesso esperado.

Palavras-chave: sexualidade; infertilidade; reprodução; comportamento sexual.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é definida como a ausência de concepção após um ano de atividade

de sexual regular, sem uso de método contraceptivo (Ferriani e Navarro, 2004).

Dentre as diversas causas de infertilidade feminina estão: os fatores relacionados às más-formações uterinas; lesões miometriais, cervicais, endometriais e trompas uterinas; alterações endócrinas e idiopáticas. Dentre as masculinas estão os fatores endócrinos, imunológicos, infecciosos, cirúrgicos, traumáticos, congênitos e idiopáticos (Ferriani e Navarro, 2004).

A infertilidade pode cursar com uma variedade de sentimentos negativos, tais como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia, vergonha que desencadeia, por vezes, quadros importantes de estresse. Isso pode ter efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal, podendo desestabilizar as relações do homem, da mulher ou do casal com seu entorno social, com impacto negativo na qualidade de vida (Farinati *et al.*, 2006). Muitos casais que passam por essa situação de infertilidade optam pela re-

produção assistida (RA) com vistas à fecundação.

Os casais que escolhem utilizar as técnicas da reprodução assistida por causa do fator feminino, masculino ou misto priorizam a gravidez, apesar dos procedimentos requererem investimento físico, econômico e principalmente emocional.

Além da possibilidade de êxito, a RA é um processo “mecânico” de gestar, que substitui um evento que deveria ser natural e prazeroso por meio do envolvimento espontâneo entre o homem e a mulher (Montagnini *et al.*, 2009). Ademais, a programação do coito, prevista, pode interferir na qualidade da vida sexual do casal (Corrêa, 2001, p.11). Esses são alguns fatores apontados pelos estudos, os quais indicam que um período prolongado de tempo nas tentativas para engravidar, sem obter sucesso, pode desencadear também, um desgaste para a qualidade do relacionamento conjugal e sexual (Chiba *et al.*, 1997 *apud* Gorayeb *et al.*, 2009).

Lilly

Respostas que fazem a diferença.

OBJETIVOS

Investigar o impacto da reprodução assistida, na função sexual da mulher. Avaliar sua qualidade de vida quando inserida no processo da RA. Verificar a autoavaliação das mulheres referente à sua vida sexual no processo da RA.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo descritivo foram alocadas 47 mulheres em tratamento para infertilidade no Serviço de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo - UNAERP, em Ribeirão Preto, cidade do estado de São Paulo.

O contato com as mulheres foi realizado pessoalmente, pela pesquisadora responsável, na sala de espera do ambulatório, por meio do diálogo e da breve apresentação do projeto. Após os esclarecimentos foi feito o convite à mulher, pela mesma pesquisadora, para sua participação voluntária.

Critérios de inclusão: mulheres casadas ou em união estável; diagnóstico de infertilidade primária; parceiros sexualmente ativos. Critérios de exclusão: mulheres que tiveram gravidez anterior ou infertilidade secundária; ter filhos adotivos; analfabetas e aquelas com dificuldades cognitivas devido à dificuldade para responderem sozinhas aos questionários e entenderem as perguntas da entrevista. Foram excluídas 28 e incluídas 19 mulheres.

Dessas, nove não tinham disponibilidade de transporte e horário e seis não compareceram no horário agendado para a entrevista. Quatro mulheres realizaram todos os passos necessários para a conclusão do estudo e apresentaram diagnóstico etiológico compatível para se submeterem ao procedimento de Reprodução Assistida de Alta Complexidade pelo método de injeção intracitoplasmática do espermatozoide (ICSI).

A função sexual e a condição emocional das mulheres foram avaliadas mediante a aplicação de instrumentos psicométricos validados para o Português.

A função sexual foi medida pelo seguinte instrumento:

- *Inventário da Função Sexual Feminina (IFSF)*: autoaplicável, validado para a população brasileira por Leite *et al.* (2007), constituído por 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e para cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtém-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Um escore menor ou igual a 26,55 significa risco para a disfunção sexual (Rosen, 2000; Pacagnella *et al.*, 2009).

O estado emocional quanto à presença de ansiedade e depressão foi medido pela:

- Escala Hospitalar de Ansiedade (HAD-A) e Depressão (HAD-D): versão brasileira (Botega *et al.*, 1995) que consta de 14 questões do tipo múltipla escolha, compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, o escore ≥ 8 é compatível com ansiedade e/ou depressão. O questionário destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; é curto e preenchido rapidamente, ao paciente solicita-se que responda com base em como se sentiu durante a última semana. Os conceitos de depressão (centrada na noção de anedonia) e ansiedade são apresentados em separado.

O sentimento das mulheres perante o processo da RA e sua função sexual foram detectados pela:

- *Entrevista semiestruturada*: as questões eram abertas, com a finalidade de apreender como elas construíram ou desconstruíram suas ideias a respeito da sua sexualidade na vigência do tratamento. Essas mulheres foram estimuladas a se expressar livremente sobre o tema, com o objetivo de analisar seus discursos. Com essa técnica buscou-se, especificamente, descobrir os possíveis conflitos e dificuldades sexuais gerados em consequência da RA. O roteiro da entrevista abordou quatro questões:

- 1) Há quanto tempo você tenta a gravidez pela reprodução assistida?



- 2) Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?
- 3) Como era sua vida sexual antes de você iniciar o tratamento para infertilidade?
- 4) Como está a função sexual do seu parceiro?

A entrevista e os questionários foram aplicados individualmente pela mesma pesquisadora responsável por entrar em contato com as pacientes, em uma sala da Clínica Escola de Psicologia da UNAERP.

Cada mulher passou por um único encontro, momento no qual ela foi entrevistada e respondeu aos questionários. Elas tiveram um tempo adicional para poder questionar livremente sobre seus possíveis anseios e expectativas em relação à sua sexualidade.

Os dados obtidos durante a entrevista individual foram transcritos e, posteriormente, as informações que mais se destacaram ao redor do tema estudado foram analisadas. Ao fim das sessões verificava-se se havia interesse por parte da mulher em atendimento psicoterapêutico. As que tiveram interesse foram orientadas a procurar a Clínica Escola de Psicologia da UNAERP.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, protocolado sob o nº 323 (apresentado no final do artigo), e todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A caracterização das mulheres em relação às variáveis analisadas é evidenciada na [tabela 1](#).



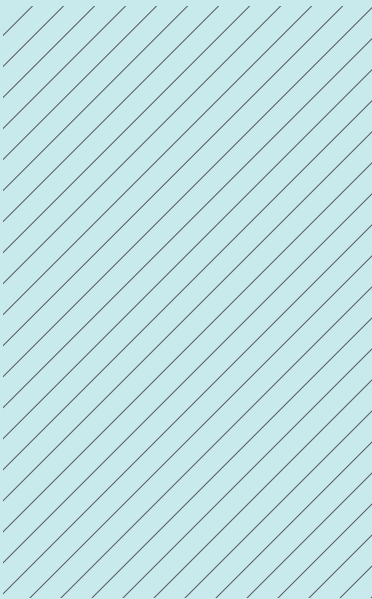
Tabela 1. Características clínicas e antropométricas das quatro mulheres.

Variáveis	Sujeitos			
	1	2	3	4
Idade, em anos	35	40	36	30
Escolaridade	Segundo grau completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Causa da infertilidade	Fator feminino	Fatores femininos e masculinos	Fator feminino	Fator feminino
Renda mensal	R\$ 1.800,00	R\$ 3.300,00	R\$ 5.000,00	R\$ 1.500,00
Escore HAD-A	8	7	4	9
Escore HAD-D	2	6	8	3
Escore IFSF	22,5	20,1	25,9	29,1



Das quatro mulheres, duas preencheram o critério para transtorno de ansiedade e uma atingiu o critério que caracteriza transtorno depressivo. Com respeito à função sexual, três apresentaram escore do IFSF compatível com risco para disfunção sexual enquanto que uma apresentou escore compatível com função sexual normal. Na análise do IFSF por domínios, apenas o escore relativo ao domínio da dor coital foi >5 o que indica que essas pacientes não apresentam dor durante as relações sexuais (Tabela 2). Uma vez que escore ≤5 é risco para disfunção sexual daquele domínio (Gerstenberger *et al.*, 2010).

Para visualizar melhor as respostas obtidas das entrevistas semiestruturadas, realizou-se a categorização demonstrada no quadro 1.



Falar de desempenho pressupõe aceitar que a Sexualidade subentende a representação de um papel (“role”), ou vários papéis em simultâneo: demonstrar a si mesmo a capacidade para seduzir e possuir uma mulher; demonstrar a sua heterossexualidade, exhibir as capacidades erécteis do seu pênis e, nesse sentido, sentir-se “normal” do ponto de vista sexual, etc. (Gindin, 1989; París, 1993; Welzer-Lang, 2008).



Quadro 1. Resultado do questionário semiestruturado das quatro mulheres.

Questões	Sujeitos			
	1	2	3	4
Há quanto tempo você tenta a gravidez pela reprodução assistida?	Primeiro ciclo de fertilização Primeira tentativa	Desde 2010 Terceira tentativa	Desde 2010 Mais de uma tentativa	Desde 2010 Terceira tentativa
Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?	Piorou (péssima)	Piorou (desinteresse)	Piorou (dificuldade)	Normal
Como era sua vida sexual antes de você iniciar o tratamento para infertilidade?	Bastante ativa e normal	Tranquila e normal	Normal	Boa, ativa e normal
Como está a função sexual do seu parceiro?	Certo desinteresse	Cauteloso e cuidadoso	Preocupado com a mulher	Normal



Comentários das mulheres referentes às questões das entrevistas semiestruturadas:

- Participante 1, S: [enquanto responde o IFSF dá muitas risadas] “Vocês vão no foco porque sabem que o tratamento atrapalha isso né? Minha situação sexual tá péssima... ruim... porque não tá tendo quase (risos). [...] Eu não tenho vontade.”
- Participante 2, L: “A gente fica mais desligada... fica mais preocupada com o tratamento, não tem aquela mesma situação do

dia a dia do relacionamento, já fica mais pra um quarto, quinto plano... primeiro é o tratamento! [...] Quando você tá no tratamento você não dá muita atenção pra essas coisas.”

- Participante 3, M: “mudou um pouco depois da minha última cirurgia da endometriose... que eu comecei a ter mais dificuldade de ficar molhada... esse tipo de coisa né... por conta da medicação que eu tomei. O médico até passou gel, um monte de coisa pra gente né.

Tabela 2. Domínios do Índice de Função Sexual Feminina das quatro mulheres.

Sujeito	Domínios					
	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Dor	Total
1	2,4	3,3	3,6	4,4	6	22,5
2	2,4	2,1	3,6	2,4	6	20,1
3	3,6	3,3	4,2	4	6	25,9
4	4,8	4,5	4,2	5,2	6	29,1
Média	3,3	3,3	3,9	4	6	



Mas só assim... mas por conta do tratamento não. Lógico que quando você faz e não dá certo, aí você fica um tempo triste, então não dá pra ter."

• Participante 4, A: *"Pra mim não mudou nada. Bem tranquilo assim... isso não interfere nessa parte sexual. De antes do tratamento é a mesma coisa."*

Questão 3: Como você avalia sua vida sexual durante o processo de tratamento da infertilidade?

• Participante 1, S: *"Na época que eu tentava engravidar normalmente... que eu não sabia do meu problema... fazia até mais do que devia. Daí depois fiquei sabendo do meu problema, daí parece que foi diminuindo, mas não a ponto de desaparecer, como agora, nas últimas épocas do meu ciclo de tratamento. [...] mas era normal."*

• Participante 2, L: *"Nós somos muito tranquilos quanto a isso, os dois são calmos, nenhum dos dois tem aquele fogo sexual, então lidamos bem com isso. [...] Então, continuamos ficando pertinho, companheiros como antes, mais a atividade sexual mesmo que diminuiu."*

• Participante 3, M: *"... eu acho que é normal, tem os dias que um ou o outro não está bem, tem os dias que todo mundo tá quieto, cada um com suas coisas, muito serviço, muita coisa pra pensar... eu acho que é normal. A gente sai, não fica em casa o tempo todo... então eu acho que poderia ser melhor, mas aí eu acho que depende só de mim, porque sou muito fechada, por não conversar."*

• Participante 4, A: *"Ah, é uma vida ativa assim, boa. Uma vida ativa."*

Questão 4: Como está a função sexual do seu parceiro?

• Participante 1, S: *"Acho que ele está igual eu vii (risos)... ele também parece que esquece ou, sei lá, acomodou [...] a vez que ele me procurou deu aquela alergia que eu te falei [devido o medicamento que utilizaram], daí fica meio esquisito né!"*

• Participante 2, L: *"O homem é mais assim, tem aquela coisa mais de necessidade né, mas eu acho que assim, eu entendo que talvez ele tenha mais momentos que tivesse interesse, tudo... mas ele respeita muito, então ele fica muito na dele, vai perguntar, vai dar umas dicas, e aí eu que decido ou não (risos)."*

• Participante 3, M: *"Meu marido acho que ele tem medo de fazer alguma coisa diferente... de inovar alguma coisa e eu não gostar, e de repente ficar meio assim, porque eu sou meio retraída nesse aspecto. Então eu acho que ele faz o que ele acha que tá me agradando, ele não tenta muitas coisas novas porque ele imagina que eu não vou gostar, e talvez não vá gostar mesmo (risos)."*

• Participante 4, A: *"Eu procuro mais ele do que ele a mim, porque ele é muito preocupado com as coisas... então quando falta dinheiro você esquece dele! E às vezes, com algum problema lá no trabalho... também você esquece dele! Eu procuro mais ele do que ele a mim porque ele não consegue separar trabalho e casa. Eu já consigo fazer essa separação... é meu 'desistres', é na hora do ato sexual, ele já não. Quando ele tá*

estressado ele não tem jeito." Não houve nenhuma relação com o processo de reprodução assistida em si.

Temas livres verbalizados individualmente pelas mulheres:

• As três participantes que relataram piora na função sexual afirmaram que isso ocorreu após iniciarem o tratamento para infertilidade.

• Todas relacionaram o mau funcionamento sexual com o uso dos medicamentos e, individualmente, todas relacionaram algum outro fator precipitante.



• A participante 1 mencionou ficar com receio de fazer o ultrassom depois de ter tido relação sexual (vergonha do médico).

• A participante 2 disse que a falta de interesse sexual é devida, principalmente, ao estado psicológico porque fica preocupada e concentrada no tratamento.

• A participante 3 relacionou com a cirurgia da endometriose.

• No que diz respeito à expectativa frente ao tratamento, todas relataram estar otimistas e com muita expectativa de sucesso na primeira tentativa.

• As três que não obtiveram êxito com tratamentos prévios, demonstraram uma diminuição gradual da esperança de obter sucesso na RA.

• Outro aspecto que surgiu durante a entrevista foi o assunto da adoção. Todas as pacientes veem a adoção como uma alternativa ao fracasso da RA.

Todas referiram a autocobrança como a mais significativa nessa situação, o que gerou efeitos como o da paciente 2 que disse ficar muito nervosa, por mais que tente se controlar, o nervosismo e a ansiedade tomam conta dela, chega até sentir dores na barriga. O marido também pressiona para fazer as tentativas o quanto antes, e ela diz que esse 'sonho' de ter o filho fica permeando a cabeça, mas infelizmente tem de ser realista. A paciente 3 também comentou sobre o fato de não gostar de lidar com perdas e

ser muito competitiva, o que aumenta sua autocobrança.

Nas questões familiares, citadas por todas as mulheres, envolvendo pais, irmãos e outros parentes, duas delas (participantes 1 e 3) não se sentem tão apoiadas pela família pela falta de liberdade tanto para conversar, quanto para contar sobre o tratamento, já as outras duas (participantes 2 e 4) sentiram que podiam contar com a família.

Nesse sentido de expor o tratamento para outras pessoas, as participantes 2 e 3 disseram que preferiram se preservar e não contar sobre o processo às outras pessoas (amigos e conhecidos), pois assim não precisariam dar satisfações caso não desse certo, até mesmo pela dificuldade emocional que estariam passando. As outras duas não trouxeram essa questão durante a entrevista.

O diálogo entre o casal apareceu como um fator importante. Duas (participantes 1 e 4) demonstraram ter um bom diálogo com o cônjuge, com facilidade para falar sobre o assunto da RA. Já as outras duas (participantes 2 e 3) relataram certa dificuldade para conversar com o marido, a primeira por receio de brigas, e a segunda por se dizer muito “fechada”.

Três participantes (pacientes 1, 2 e 4) disseram ter momentos a dois com o cônjuge, como ler um livro, assistir televisão, sair para jantar e passear. A paciente 4 relatou que ela e o parceiro vão para a sacada todo fim de tarde para conversar e colocarem os “pingos nos is”, ela acredita que

isso seja consequência da amizade que sempre existiu entre o casal. Já a paciente 3 referiu que fazem algumas coisas juntos, mas como o diálogo não é bom acabaram tendo dificuldades.

A questão do incômodo pela presença de mulheres grávidas ou com bebês e crianças foi citada por duas participantes, que mostraram aversão a esses tipos de convívio, evitando encontros. A paciente 1 disse sentir raiva quando vê mulher grávida ou com crianças, assim como aquelas pobres com um monte de filhos. A paciente 2 referiu não gostar de encontrar com colegas, pois muitos têm filhos e ela disse não gostar de ver tudo isso, não queria esse ‘mundo’.

Por fim, três participantes citaram outras influências do tratamento para infertilidade. A paciente 1 trouxe que, além de ter influência no relacionamento sexual, ela não deixou de fazer nada que gostava, a não ser a bebida alcoólica que gostava de beber de vez em quando, e agora não pode mais. A paciente 2 disse que pelo fato de o marido também ter problema de infertilidade, ele se sente incapaz, muitas vezes não vê sentido em ter relações sexuais pois “não vai adiantar nada”. E a paciente 4 também citou a questão da bebida alcoólica (no caso a cerveja) que não pode mais tomar, além da influência do tratamento em seu trabalho, pois teve de abrir mão do ‘emprego dos sonhos’ pela empresa ser fora de Ribeirão e ela estar com o plano de ter filho.



RESULTADOS

A RA é um procedimento potencialmente desgastante para os casais tanto pela técnica muitas vezes invasiva, quanto pela expectativa de sucesso na primeira tentativa, com vistas a diminuir ao longo dos ciclos em que não se obtém sucesso. O estudo de Mahlstedt *et al.* (1987) ilustra esta situação ao evidenciar que, no início do tratamento, 56% dos sujeitos diziam que repetiriam o protocolo caso não conseguissem engravidar, mas ao final do processo de tratamento, apenas 37% continuavam com a intenção de repeti-lo, o que sugere o desgaste e a pressão emocional vivenciados pelos casais (Jacob, 2000).

Os dados obtidos nesse trabalho alertam para a possibilidade de alterações, tanto do humor quanto das dificuldades sexuais entre casais inférteis, representadas por disfunções sexuais da mulher e de seu parceiro aparentemente independente de quem seja o portador da infertilidade. É secular o conhecimento sobre a dinâmica existente entre ansiedade e medo para configurar culpa e depressão, fatores esses conhecidos na literatura como associados às disfunções sexuais (Viscott, 1982). A análise das falas das mulheres parece mostrar que a desordem de humor ocorre em paralelo com a forma como cada uma

lida com o diagnóstico da infertilidade e com o processo de RA.

Isso reporta aos resultados de Viscott (1982) que alerta para a possibilidade de sentimentos negativos serem convertidos em resultados positivos caso a pessoa encontre uma forma positiva de lidar com eles, quase sempre associada a um modelo profissional de apoio psicológico com a finalidade de nortear essas pacientes para que possam fazer uma apreciação dos seus próprios sentimentos frente ao cotidiano delas. Essa autoavaliação possibilita o autoconhecimento, o que determina as formas como cada uma lida com a situação vivida.

A participante 4 foi a única, dentre as entrevistadas, a não apresentar risco para a disfunção sexual no questionário IFSF. Em contrapartida, essa paciente obteve escore compatível com ansiedade. Não se pode afirmar que esse quadro foi resultante da condição de infertilidade, porque pode ser um traço pessoal que não interfere com sua função sexual, embora, estudos mais recentes tenham demonstrado que a ansiedade é uma condição que pode coexistir com a disfunção sexual na mulher (Burri *et al.*, 2012).

Identificou-se aqui também a diminuição da esperança de gravidez a cada tentativa infrutífera com possível reflexo no estado de humor dessas pacientes. Outro aspecto que parece influenciar o estado psíquico é a idade, uma vez que três têm acima de 35 anos idade considerada limítrofe a partir da qual problemas adicionais podem interferir no potencial repro-

utivo (Meden-Vrtovec, 2004). Isso pode gerar um conflito interno aqui representado na fala da paciente 2 de 40 anos: *“...fui descobrir meu problema com 37, 38 anos, daí a gente viu que meu marido também tinha problema né [...] mas se eu soubesse disso antes, com certeza eu teria tentado já...sabendo que de repente ia ter algum problema, tratamento, já teria feito, porque as chances são melhores”*. Assim como a paciente 4, de 30 anos, demonstra em sua fala a preocupação maior com a vida profissional conciliada com o desejo de ser mãe: *“...essa semana eu abri mão de um emprego dos meus sonhos e ganhar bem mais para trabalhar num lugar que eu tava almeçando já fazia um ano... em função da empresa ser fora de Ribeirão e eu estar com esse plano de ter filho. Então assim, pra mim isso foi difícil, eu ter que abrir mão das minhas coisas...abrir mão de ir trabalhar num lugar que eu sempre quis, tudo... por causa do tratamento!”*.

CONCLUSÃO

De acordo com a autoavaliação, a maioria das mulheres desse estudo consideraram que houve piora da vida sexual relacionada à infertilidade.



REFERÊNCIAS

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública [online]. 1995;29:355-63.

Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. J Sex Med. 2012;9(7):1887-96.

Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. Gynecol Obstet Invest. 1997;43(3):171-7. *apud* Gorayeb *et al.*, 2009.

Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas — limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.363-70.

Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. Estud Psicol (Campinas). 2006;23(4):433-9.

Ferriani RA, Navarro PAAS. Protocolos de condutas em infertilidade conjugal. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2004. p.27-48.

Gikovate F. O homem, a mulher e o casamento. In: Gaiarsa JA, Azevedo MM, Gaudêncio P, Costa M, Da Costa RP, Lipp MN, Fagundes MCF, Da Silva RT, Dos Santos AG, Gikovate F, Maroni JB, Marra ES. Vida a Dois. São Paulo: Mandarin, 1996. p.127-50.

Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, Sand M. Sexual desire and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2010;7(9):3096-103.

Gorayeb R, Borari ACT, Gomes ACR, Romão APMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de infertilidade. *Estud Psicol (Campinas)*. 2009;26(3):287-96.

Jacob LS. Stress e ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2000.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [online] 2007;29(8):396-401.

Mahlstedt P, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the *in vitro* fertilization embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf*. 1987;4:232-36.

Meden-Vrtovec H. Ovarian aging and infertility. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(1):5-8.

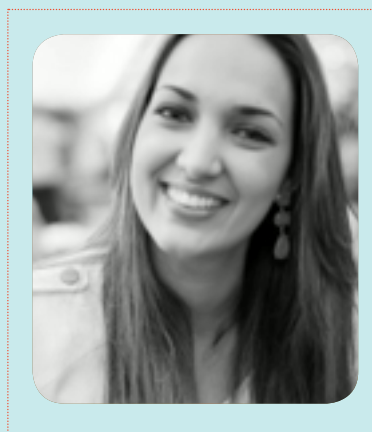
Montagnini MH, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*. *Estud psicol (Campinas)*. 2009;26(4):475-81.

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva: *Ginecologista e Obstetra; Mestre e Doutora; Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.*

Paula de Oliveira Mora: *Psicóloga e Doutora; Professora de Psicologia da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.*
E-mail: luciaalvess@yahoo.com.br



Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Priscilla Bianchini Salomão: *Psicóloga; Mestranda pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

Lucia Alves da Silva Lara: *Ginecologista e Obstetra; Mestre e Doutora; Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil.*

Juliana Benetti Silva Borsatto: *Psicóloga clínica; Especialista em Sexualidade pelo ProSex da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. SP, Brasil.*



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

Ribeirão Preto, 05 de maio de 2011.


Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Prezada Professora,

O projeto intitulado “Função sexual de mulheres que se encontram em tratamento para infertilidade”, protocolado sob nº 323, de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Informamos que o projeto foi APROVADO no dia 05/05/2011 para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

VIOLÊNCIA OCULTA, DEPENDÊNCIA E RELACIONAMENTOS DESTRUTIVOS: A MULHER COMO VÍTIMA DE SUAS ESCOLHAS

MARGARETH DE MELLO FERREIRA DOS REIS

RESUMO

Configura violência contra mulher qualquer ação baseada no gênero que lhe cause sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclui ofensas e humilhações. É o que diz a lei brasileira. Porém, muitas mulheres não se reconhecem como vítimas desse tipo de violência e não a denunciam. Perpetuam relacionamentos disfuncionais e repetem escolhas por homens abusadores ou com problemas como vícios, recusa ao trabalho e outros. Este artigo analisa essas situações, e mostra como a violência verbal, por não deixar marcas visíveis, favorece a instalação de relacionamentos de dependência emocional e a realização de más escolhas repetidas. O processo terapêutico pode ajudar a quebrar esse ciclo vicioso.

Palavras-chave: mulheres maltratadas; delitos sexuais; violência doméstica

VIOLÊNCIA VERBAL: SEM MARCAS VISÍVEIS

No Brasil, em 7 de agosto de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.340, conhecida como Maria da Penha, “que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (Brasil, 2010).

No artigo 5 consta que “Para os efeitos desta, Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. E no artigo 6 encontramos que “constitui uma das formas de violação dos direitos humanos”.

O capítulo II, artigo 7, dispõe sobre as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

“... a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal...”

...a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação...

... a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força...

... a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria...”

Com todas essas medidas, era de se esperar que aumentassem as punições àqueles que violentassem as mulheres nos quesitos

dispostos na lei. No entanto, isso não aconteceu.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA divulgou, para a imprensa brasileira, o surpreendente resultado da pesquisa sobre homicídios cometidos contra a mulher por conflito de gênero: não teve impacto no número de mortes por violência contra a mulher (Garcia *et al.*, 2013).

A taxa de mortalidade por 100 mil mulheres no período de 2001 a 2006 era de 5,28, e a média caiu somente para 5,22 no período após 2006 (quando a lei entrou em vigor) sem diferença significativa. No entanto, esse estudo do IPEA tratou somente desta consequência final da violência contra a mulher, que é a morte, enquanto o conceito de violência, como pode ser visto na Lei, abrange uma ampla gama de atos, que apenas passam pela agressão física, mas se iniciam na violência verbal e emocional.

Esse tipo de violência é mais comum do que imaginamos e não deixa marcas na pele: ela é praticada de maneira silenciosa, às vezes só por olhares, gestos ou “piadas”, aparentemente inofensivas em relação à vítima, palavras que ridicularizam, acusam, cobram ou colocam a

Lilly

Respostas que fazem a diferença.

mulher em situações públicas de exposição negativa da sua imagem, e que, se não deixam sinais físicos, produzem cicatrizes profundas na alma.

Justamente por não provocar danos físicos ou incapacitantes, a violência verbal contra a mulher nem sempre é identificada como tal pela própria vítima, que suporta as agressões por muito tempo, sem conseguir traduzir o próprio desconforto em palavras ou ter forças ou recursos emocionais para denunciar seu agressor ou para procurar ajuda.

ENFRAQUECER PARA DOMINAR: A RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Comentários como “está na hora de perder alguns quilos” ou “você faz tudo errado!” podem parecer inofensivos, entretanto, são uma forma de violência psicológica. O período em que suporta as agressões verbais e emocionais sem compreendê-las como tal e sem reagir ajuda a perpetuar um ciclo crescente de violência, que pode chegar ao extremo denunciado na pesquisa do IPEA, ou, paralelamente, perpetuar escolhas por relacionamentos inadequados, como explicaremos adiante. Para entender como esse sistema de violência verbal esconde relacionamentos destrutivos e de dependência emocional, é preciso examinar por que o homem agride a mulher.

Enfraquecer a vítima, inferiorizá-la, fragilizá-la são estratégias (muitas vezes até inconscientes) das quais o agressor se utiliza para poder se sentir superior e necessário na vida da mulher, desse modo ele planta a semente da dependência. Para ambos, vítima e agressor, fica escancarada a condição de reduzida autoestima: se por um lado ela não reconhece que pode viver sem ser humilhada, por outro, o agressor a cobre de crítica e expõe seus defeitos como forma de se sentir superior ao diminuí-la. Ironicamente, a elevada capacidade dela de suportar as frustrações funciona como complemento perfeito à baixíssima capacidade dele de tolerar frustrações: no fundo, ele também tem baixa autoestima.

Ao destruir a autoestima da vítima, o agressor torna difícil para ela identificar que se tornou refém, assim, o ciclo vicioso fica perpetuado. Não raro, a vítima adoece psiquicamente em consequência da ambiguidade de sentimentos que experimenta: ora por ser tratada como fraca e incompetente, ora como alguém que é amada incondicionalmente, “apesar de seus defeitos”. Ela acredita que a sua felicidade depende de alguém, tende a não se valorizar e a aceitar qualquer tipo de relação para preencher suas carências afetivas. A relação de dependência (emocional, e não econômica) se consolida.

Há grande dificuldade de muitas vítimas para perceber o momento em que essa dominação passou a reger o relacionamento a dois. A agressão oculta mostra um sentimento de posse do homem sobre a mulher, que pro-

cura fazer de tudo para afastá-la do convívio com os outros, como se a companheira fosse propriedade exclusiva dele. Dessa forma, ao afastá-la da visão de outras pessoas, seus comportamentos abusivos e os sintomas de que as coisas não vão bem não são percebidos. Assim, nem ela pede socorro, nem a ajuda pode ser oferecida de fora.

A MÁ ESCOLHA REPETIDA

Se não conseguem nem reconhecer a violência verbal e emocional como violência, as vítimas, sempre, tendem a se sentir atraídas e a fazer escolhas por relacionamentos complicados. Ao não perceber o potencial destrutivo de uma pessoa ou de uma relação, as vítimas aceitam manter o relacionamento e nunca tomam a iniciativa de se afastar. Quando a história termina por qualquer outro motivo, fazem a segunda, terceira, quarta escolha iguaizinhas à primeira. Essas são mulheres sempre vistas ao lado de homens “complicados”: viciados, que não gostam de trabalhar, abusadores, agressivos. Entre tantas outras opções mais saudáveis, elas escolhem repetir e repetir.

Muitas mulheres se sentem incapazes de se separar desse tipo de homem por não quererem aceitar que erraram em sua escolha. Outras encaram o casamento como um sacrifício necessário, obrigatório. Há ainda entre elas, aquelas que acreditam que é melhor estar mal acompanhadas do que só.

Muitas vezes, elas vêm de famílias em que os mesmos conflitos faziam parte do seu cotidiano e, assim, repetem essas situações nos envolvimento atuais, como se não existissem outras saídas. Mesmo que inconscientemente, essas interpretações dos acontecimentos da vida pessoal motivam as escolhas de parceria amorosa. Qualquer uma dessas condições revela, de novo, a falta de autoconfiança feminina para fazer uma mudança da posição de reagente para a de agente da própria história.

Sempre é tempo de rever as escolhas. O primeiro passo para livrar-se de uma relação destrutiva é reconhecer o problema e decidir dar um fim à situação. O processo terapêutico pode ajudar a vítima a entrar em contato com os próprios sentimentos e motivações que a levam a se manter constantemente em relações disfuncionais, a eliminar idealizações sobre o outro e sobre si mesma.





REFERÊNCIAS

Brasil. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados: Câmara; 2010. (Série ação parlamentar: n.422). p.11-5.

Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf. Acessado em 2013



Margareth de Mello Ferreira dos Reis: *Psicóloga; Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Mestre em Educação, Arte e História da Cultura pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; Especialista em Sexualidade Humana pela Sociedade Brasileira de Estudos da Sexualidade Humana (SBRASH)/Faculdade de Medicina do ABC (FMABC); Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual no Instituto H. Ellis; Psicóloga colaboradora no Ambulatório da Unidade de Medicina Sexual da Disciplina de Urologia da FMABC e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação lato sensu da FMABC, São Paulo, Brasil.*

E-mail: margarethreis@uol.com.br

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DISFUNÇÃO SEXUAL NA MULHER CONTEMPORÂNEA

MARÍA VICTORIA BERTOLINO

RESUMO

Introdução: A disfunção sexual feminina é uma entidade multidimensional e multifatorial, tanto em sua gênese quanto em sua manutenção. Todo indivíduo tem direito a uma sexualidade saudável. Apesar de limitações diferentes, há avanços na área da farmacoterapia da disfunção sexual feminina. **Objetivo:** Realizar uma mini revisão do tema. **Material e método:** Revisão bibliográfica com opinião pessoal. **Resultado:** Existem enfoques terapêuticos diferentes, pouco aprovados, a maioria em investigação. São incluídos comentários sobre hormonioterapia, terapia vasoativa, terapia da dor, psicotrópicos e terapias em desenvolvimento. **Comentários finais:** A terapia farmacológica para a disfunção sexual feminina é relativamente nova. Existem poucas drogas aprovadas e várias linhas de investigação. Cabe lembrar que os fatores biológicos não incluem a importância da história de vida e os aspectos emocionais do indivíduo, todavia, a terapia farmacológica poderia possibilitar uma abordagem mais completa. Conhecer

e favorecer as investigações científicas em relação à sexualidade feminina, de modo interdisciplinar, é uma forma de contribuir para a qualidade da atenção nesse aspecto.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina; tratamento farmacológico; hormonioterapia; terapia vasoativa; novas drogas.

INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é uma entidade multidimensional e multifatorial (fatores bio-psico-sociais), tanto em sua gênese como em sua manutenção. O impacto que gera na qualidade de vida do indivíduo e sua parceira é inegável, assim como é a existência da disfunção (Bertolino e Bechara, 2006).

Três conceitos são importantes antes de qualquer tratamento:

- primeiro, não prejudicar;
- segundo, corrigir as alterações associadas à DSF;
- terceiro, tratar de acordo com as normas da eficácia clínica e da segurança farmacológica, unindo a melhor evidência científica, a experiência profissional e as expectativas da paciente.

Os tratamentos para a DSF podem ser farmacológicos ou psicossociais (terapia sexual, psicoterapia, terapia de casal, educação e fisioterapia). Na prática clínica abordo a disfunção de forma integral, incluo o parceiro, quando necessário. Neste artigo farei referência ao tratamento farmacológico, uma área relativamente nova, cujos vários aspectos ainda estão em investigação. Na maioria dos países existe um arsenal vasto de drogas não aprovadas e poucas aprovadas (Fooladi e Davis, 2012). Há limitações financeiras e de desenhos dos estudos. Dada a complexidade da sexualidade feminina e sua disfunção, não é fácil encontrar um “endpoint” claro para extrair conclusões válidas e clinicamente relevantes. Além disso, na maior parte das vezes, é difícil chegar a um diagnóstico etiológico preciso, sobretudo de causa exclusivamente orgânica ou psicológica.

Estas são algumas das restrições da FDA (Food and Drugs Administration) com respei-

to à aprovação das drogas para o tratamento da DSF (FDA, 2013):

- eficácia e segurança para cada fase alterada;
- diagnóstico de DSF confiável;
- exclusão de fatores confusos;
- avaliação do número de atividades bem sucedidas e satisfatórias, não a angústia;
- novos instrumentos para medição;
- os achados serão válidos se forem clinicamente significativos.

De modo didático abordarei sucintamente alguns dos seguintes tratamentos: hormonioterapia, drogas vasoativas, terapia psicotrópica, terapia específica para a dor e drogas em investigação.

HORMÔNIOS

A evidência do papel dos hormônios na DSF é controversa. Embora a relação não seja linear (Basson *et al.*, 2005; Burger e Papalia, 2006), estudos diversos

Lilly

Respostas que fazem a diferença.

em animais e humanos avaliaram algum papel nas fases de desejo e excitação (Guay, 2001; Park *et al.*, 2001; Guay e Jacobson, 2002; Traish *et al.*, 2002; Bolour e Braunstein, 2005). Quando correspondente, o tratamento hormonal deve ser adequadamente indicado e monitorizado. São poucas as drogas aprovadas para a DSF: estrogênios locais aprovados para atrofia vulvovaginal e dispareunia e adesivos de testosterona para o desejo sexual hipoativo (DSH) em mulheres com menopausa cirúrgica. Toda a terapêutica com drogas não aprovadas deve ser realizada dentro de protocolos de investigação com controle estrito dos critérios de inclusão/exclusão e relato de eventos adversos (EAs).

ESTROGÊNIO-TERAPIA

Existem formulações sistêmicas (oral, injetável, adesivos, géis) e locais (creme, óvulos). Se fosse necessário para tratar sintomas do climatério associados à DSF, seria possível administrar o esteroide sistêmico (a menor dose no menor tempo) com precaução para com a mama e o endométrio. Lembrar-se que para todo tratamento com estrogênio na mulher não histerectomizada deve-se contrapor um com progesterona. A terapia estrogênica poderia estimular a síntese do hormônio transportador de esteroides sexuais e diminuir a testosterona livre. Nas pacientes histerectomizadas, não é necessário adicionar a progesterona já que não há risco de câncer endometrial. A terapia local para a disfunção da excitação e a dispareunia é a única aprovada.

ANDROGÊNIOTERAPIA

Em comprimidos, injeções, adesivos, cremes ou géis. A metil-testosterona (oral) não está aprovada e sua aplicação, em pesquisa, deveria ser limitada devido à possibilidade de toxicidade hepática. Os preparados locais com testosterona, também não aprovados, são utilizados para estimular o crescimento do pelo pubiano e aumentar o tamanho do clítoris. As injeções intramusculares (de depósito), comercializadas para os homens, embora não devesse, são utilizadas em mulheres, assim como os géis de testosterona. O LibiGel apresentou os requisitos para conseguir sua aprovação pela FDA (NDA – New Drug Application). Trata-se de um gel de aplicação tópica, de dose baixa (300 µg), indicado para a mulher após a menopausa com DSH (BioSante, 2012). Há poucos anos, na Europa (EMA – European Medicines Agency), foram aprovados os adesivos de testosterona 300mcg/dia. Os estudos que avaliaram o papel da testosterona transdérmica na função sexual mostraram melhora na satisfação com a atividade sexual e diminuição da angústia. Os eventos adversos foram leves e relacionados à irritação local do adesivo (Davis *et al.*, 2006; Kingsberg, 2007). Outros EAs são acne, hirsutismo, clitoromegalia, retenção hídrica e alteração lipídica até um perfil aterogênico. Porém, a FDA observa que faltam estudos de segurança a longo prazo (eventos cardiovasculares e mamários).

TIBOLONA

A tibolona é um fármaco cujos metabólitos têm atividade estrogênica, progesterônica e androgênica. Tem sido utilizada por anos para o tratamento dos sintomas associados à menopausa. Deve-se tomar algumas precauções no caso de pacientes com risco de ACV (acidente cerebrovascular), tromboembolismo, tumores estrógeno dependentes, hipertensão, hepatopatia, diabetes, colelitíase, enxaqueca, lupus eritematoso sistêmico e icterícia. Os EAs mais frequentes incluem metrorragia, aumento de peso (18%), hipertensão (10%), hipersensibilidade mamária (4,6%), trombose (4,6%) e cefaleia (5%). Uygur *et al.* (2005) observaram que a tibolona 2,5 mg comparada com os estrógenos/acetato de medroxiprogesterona melhorou o desejo, a frequência do coito e a secura vaginal. O estudo LISA (Livial International Study in Sexual Arousal Disorders) comparou a tibolona vs E2/NETA (estradiol (E2)/noretisterona) e observou maior pontuação na escala da função sexual feminina (FSFI – Female Sexual Function Index) em pacientes após a menopausa com DSF que receberam tibolona, possivelmente pelas ações estrogênicas e androgênicas (Davis, 2002; Nijland *et al.*, 2008).



DEHIDROEPIANDROSTERONA

Em diversos países, a dehidroepiandrosterona (DHEA), denominada como o “hormônio da juventude”, é vendida sem receita médica, como suplemento dietético, em grande escala. É conhecida por sua ação suplementar em pacientes com insuficiência adrenal, entretanto, em mulheres euadrenais, sua ação é controversa. Está relacionada à melhora das funções cognitivas, sexuais e o bem-estar em geral. Segundo explicação teórica, ela surgiria da conversão da DHEA em esteroides sexuais, mesmo que recentemente tenha sido sugerida uma ação provável sobre o eNOS (óxido nítrico sintase endotelial). Vários estudos epidemiológicos avaliam seu uso na população idosa (Mortola e Yen, 1990; Berr *et al.*, 1996; Morales *et al.*, 1998; Gleit *et al.*, 2004). Spark (2002) demonstrou que a administração oral de 50 mg/dia de DHEA aumentou, na mulher ou no homem, a produção de andrógenos. Essa diferença de gênero foi estudada por Bloch *et al.* (2013) que compararam a administração de 100mg/dia de DHEA em 27 mulheres após a menopausa vs homens, ambos com DSH, e observaram que o efeito benéfico só se manifestou nas mulheres. Naquelas com insuficiência adrenal, a administração de DHEA aumentou as fantasias sexuais e a sensação de bem-estar geral e em quem tinha mais de 70 anos, a satisfação sexual e a libido (Spark, 2002). Em 2007, a Cochrane publicou uma revisão sobre a segurança (a não eficácia sobre a sexualidade) e

concluiu que ela era bem tolerada, sem eventos adversos significativos, embora se deveria avaliar sua segurança a longo prazo (Huppert e van Niekerk, 2007). Estudos fase 3 avaliam o uso de óvulos intravaginais de DHEA (Labrie *et al.*, 2009).

DROGAS VASOATIVAS (SILDENAFILA, TADALAFILA, VARDENAFILA)

A sildenafil é um fármaco facilitador da resposta vascular do músculo erétil. O estímulo sexual induz à liberação de óxido nítrico (ON), esse estimula a enzima guanilato ciclase que converte a GTP em GMPc, mediador final da resposta de relaxamento muscular cavernoso. O GMPc se degrada pela enzima fosfodiesterase 5 (PDE5). A sildenafil, vardenafil e tadalafil bloqueiam essa enzima para provocar o acúmulo de GMPc a fim de facilitar e manter o relaxamento muscular (Park *et al.*, 1998). No clítoris, nas glândulas de Skene e na vagina existe PDE5 (D'Amati *et al.*, 2002). Em um estudo randomizado, duplo-cego, cruzado e controlado com placebo, Bechara *et al.* (2002) estudaram oito pacientes com disfunção da excitação e do orgasmo. Observaram melhora subjetiva nas sensações clitorianas e maior índice de satisfação global logo após a administração de 100mg de sildenafil. Outros estudos demonstraram eficácia similar na DSF associada à histerectomia (Berman *et al.*, 2000), ou disfunção da

excitação (Berman *et al.*, 2001, 2003). Os estudos com vardenafil e tadalafil em mulheres são anedóticos. Uma revisão recente chegou à conclusão de que a falta de eficácia dessas drogas seria atribuível às diferenças de gênero (Chivers e Rosen, 2010). Um estudo mais recente, realizado com animais, demonstrou que o sistema AMPc/PDE4 tem um papel funcional tão importante como o ON/GMPc/PDE5 na resposta neurovascular da fêmea, já que a inibição da PDE4 com rolipram induziu maior resposta vascular do que com a sildenafil (Castiglione *et al.*, 2013).

DISPOSITIVO A VÁCUO

O EROS CTD®, único aprovado pela FDA, demonstrou sua eficácia ao melhorar a satisfação de mulheres com DSF (Billups *et al.*, 2001; Billups, 2002) e tem um lugar particular para pacientes irradiadas por câncer cervical. Munarriz *et al.* (2003) observaram um aumento significativo do diâmetro clitoridiano e nos parâmetros vasculares.

GEL DE PROSTAGLANDINA PGE1 (ALPROSTADIL)

A PGE1 é uma droga vasoativa que atuaria na melhora da tumescência genital e na sensibilidade aferente (Bechara *et al.*, 2001). A avaliação da resposta vascular clitoridiana com Doppler (VPS – velocidade pico sistólica e VFD – velocidade de fim de diástole) em 18 mulheres pré e pós-aplicação de



alprostadil mostrou diferenças significativas. Todas referiram tumescência labial e clitoridiana (Becher *et al.*, 2001). Bechara *et al.* (2003) avaliaram pacientes com falta de lubrificação ou anorgasmia (menor VPS e VFD basal). Esses índices melhoraram depois da aplicação tópica de alprostadil. No estudo de Goldstein *et al.* (2012), a aplicação tópica de gel de alprostadil a 0,4% melhorou o FSFI.

PSICOTRÓPICO BUPROPION

É um antidepressivo, inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina, sem os efeitos desfavoráveis sobre a resposta sexual que possuem os antidepressivos do tipo tricíclicos ou inibidores da recaptação de serotonina (IRSS). Safarinejad (2011) avalia agregar bupropion 150mg/*bid*/12 semanas em pacientes com DSF associada aos

IRSS e conclui que essa combinação melhorou o desejo e a lubrificação. Apesar de haver sido demonstrada sua eficácia em pacientes não depressivas com DSH, o bupropion não está aprovado para essa entidade (Segraves *et al.*, 2001).

TERAPIAS ESPECÍFICAS DA DOR

Esta é uma área muito interessante, na qual encontramos fatores orgânicos para tratar: candidíase recorrente, tricomoniase, herpes, endometriose, cicatrizes retraídas, bloqueio do nervo pudendo, líquen escleroatrofíco, e etc. A dor deve ser interpretada dentro do conceito de “dor total” (emocional, espiritual, física e social). O foco do tratamento inclui piso pelviano, mucosa e sistema nervoso. Os tratamentos vão desde medidas higiênico-dietéticas até antiepilépticos para dores neuropáticas (gabapentina, pregabalina,

carbamacepina), antidepressivos (amitriptilina), antibióticos, hormônios, lubrificantes, imunomoduladores, fisioterapia, *biofeedback*, entre outras. Todos esses tratamentos merecem um artigo a parte.

EM INVESTIGAÇÃO: Drogas Duais

A patogênese da DSH poderia dever-se a um mecanismo dual, um sistema cerebral pouco sensível a estímulos sexuais ou a um aumento da atividade inibitória. Há alguns anos, investigadores da mesma equipe que desenvolveu a combinação de drogas Lybrido/s publicaram que a testosterona sublingual aumentou a sensibilidade do sistema nervoso central a estímulos sexuais, embora esse efeito podia depender do estado motivacional da mulher. Se ela era propensa à inibição sexual, poderia fortalecer o mecanismo inibitório (Tuiten *et al.*, 2002; van Honk *et al.*, 2004; van Rooij *et al.*, 2012). Em um segundo estudo desenvolveram uma segunda hipótese na qual a ação de um agonista do receptor de 5-hidroxitriptamina (5-HT₁) poderia reduzir a mencionada inibição mediada pelo córtex pré-frontal. Já vimos que a ação dos inibidores de PDE5 requer o estímulo sexual prévio no cérebro. Assim, a combinação andrógeno+inibidor de PDE5 poderia favorecer a resposta sexual. Desta forma surgem Lybrido (testosterona + inibidor de PDE5) (Poels *et al.*, 2013) e Lybridos (testosterona + agonista 5-HT₁ – buspirona) (Bloemers *et al.*, 2013). O

primeiro seria utilizado em mulheres com DSH, possivelmente secundário à hipossensibilidade central a estímulos sexuais, e o segundo estaria indicado para mulheres com aumento da inibição sexual (van Rooij *et al.*, 2013).

Flibanserina

A flibanserina, um agonista 5-HT_{1A}, antagonista 5-HT_{2A}, com alguma ação sobre os receptores DA₄, inicialmente, foi investigada como antidepressivo. A hipótese de um papel sobre a área do desejo sexual se fundamenta na modulação em áreas seletivas do cérebro, do sistema estimulatório (norepinefrina, dopamina) e do inibitório (serotonina) da resposta sexual feminina (Marazziti *et al.*, 2002). A flibanserina modularia o tono serotoninérgico-dopaminérgico favorecendo o equilíbrio até chegar a uma resposta sexual positiva (Allers *et al.*, 2010). Os estudos BOUQUET incluíram mais de 5.000 mulheres em pré-menopausa com DSH e, no lado europeu, a flibanserina 100mg/dia melhorou o número de eventos sexuais satisfatórios; o FDA não a aprovou (FDA, 2010). A Boehringer descontinuou os estudos, todavia, em 2013, a Sprout Pharmaceutical solicitou a aprovação depois do estudo de Katz *et al.* (2013) o qual demonstrou que a flibanserina melhorava o desejo sexual e diminuía a angústia relacionada à disfunção.

Apomorfina

A apomorfina, agonista dopaminérgico investigado para a disfunção da excitação, era comercializado via oral/sublingual, contudo, em alguns países foi descontinuada. Nunca foi aprovada para a disfunção sexual feminina. Os resultados não são concludentes. Um estudo randomizado, cruzado, com 24 mulheres em pré-menopausa com anorgasmia, avaliou a resposta objetiva (doppler clitorídeo) e subjetiva pré e pós-apomorfina vs placebo. Observou-se melhora na VPS (velocidade pico sistólica) e na lubrificação com apomorfina (Bechara *et al.*, 2004).

Outros

Bremelanotide (agonista MSH, PT-141), ocitocina, agonistas VIP (peptídeo intestinal vasoativo), doadores de óxido nítrico.

COMENTÁRIOS FINAIS

O tratamento farmacológico da disfunção sexual feminina é relativamente “jovem” e a maior parte se encontra em fase de investigação. Avanços nos determinantes da sexualidade feminina e sua disfunção abriam portas para a investigação de fármacos mais orientados à etiologia. Entretanto, há várias considerações a serem feitas:

- a DSF é complexa e multifatorial;
- em algumas DSFs a etiologia orgânica é mais clara que em outras. Porém, os aspectos

emocionais devem ser avaliados antes do início de qualquer tratamento farmacológico;

- ter precaução ao extrapolar os dados de estudos pré-clínicos (animais, .) ou assumir teorias de modelos utilizados para os homens;
- registrar nossas observações para orientar estudos de investigação;
- abordar o parceiro, quando necessário, trás um valor substancial.

Lembrar que a disfunção sexual feminina tem alta prevalência e gera aflição em um indivíduo que tem direito a gozar da saúde sexual.

O Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável do Ministério da Saúde da República Argentina diz:

“...Direito à Saúde compreende a Saúde Sexual, que inclui a possibilidade de desenvolver uma vida sexual gratificante e sem coerção... Baseia-se na autonomia de todas as pessoas para escolher individual e livremente...”

Promove-se o “Conselho” em Saúde Sexual e Reprodutiva nos serviços de saúde pública de todo o país... acesso gratuito ao atendimento de qualidade que contribua à autonomia e à tomada de decisões na questão da saúde sexual e reprodutiva.”

Conhecer e favorecer as investigações científicas em sexualidade feminina, de forma interdisciplinar, é uma maneira de contribuir para a qualidade da atenção nesse aspecto.



REFERÊNCIAS

- Allers KA, Dremencov E, Ceci A, Flik G, Ferger B, Cremers TI, Ittrich C, Sommer B. Acute and repeated flibanserin administration in female rats modulates monoamines differentially across brain areas: a microdialysis study. *J Sex Med.* 2010;7(5):1757-67.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
- Bechara A, Bertolino MV, Casabé A, Fredotovich N. A double-blind randomized placebo control study comparing the objective and subjective changes in female sexual response using sublingual apomorphine. *J Sex Med.* 2004;1(2):209-14.
- Bechara A, Bertolino MV, Casabé A, Munarriz R, Goldstein I, Morin A, Secin F, Literat B, Pesaresi M, Fredotovich N. Duplex Doppler ultrasound assessment of clitoral hemodynamics after topical administration of alprostadil in women with arousal and orgasmic disorders. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(Suppl 1):1-10.
- Bechara A, Casabé A, Becher E, Chéliz G, Fredotovich N. Cambios hemodinámicos clitorídeos luego de la aplicación tópica de alprostadil. *Rev Arg Urol.* 2001;66:102.
- Bechara A, Casabé A, Bertolino M, Literat B, Secín F, Pesaresi M, Fredotovich N. Eficacia y seguridad del sildenafil en mujeres con disfunción sexual. *Rev Arg Urol.* 2002;67(2):86.
- Becher EF, Bechara A, Casabe A. Clitoral hemodynamic changes after a topical application of alprostadil. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):405-10.
- Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, Cantey-Kiserb J. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):411-20.
- Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S, The Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol.* 2003;170(6, Part 1):2333-8.
- Berman LA, Berman JR, Padwa R, Goldstein I. Hysterectomy and sexual dysfunction: effects of sildenafil in a clinical setting. *J Urol.* 2000;Meeting AUA A853:192.
- Berr C, Lafont S, Debuire B, Dartigues JF, Baulieu EE. Relationships of DHEAs in the elderly with functional, psychological and mental status, and short-term mortality: a French community-based study. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1996;93(23):13410-5.
- Bertolino V, Bechara AJ. Female sexual dysfunction: a tale of two sides. *J Sex Med.* 2006;3(2):375.
- Billups K. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. *World J Urol.* 2002;20:137-41.
- Billups KL, Berman L, Berman J, Metz ME, Glennon ME, Goldstein I. A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):435-41.
- BioSante Pharmaceuticals. BioSante Pharmaceuticals announces positive LibiGel phase III safety data review and decision to conclude the safety study. Lincolnshire, IL: BioSante Pharmaceuticals. [press release], fev 9, 2012.
- Bloch M, Meiboom H, Zaig I, Schreiber S, Abramov L. The use of dehydroepiandrosterone in the treatment of hypoactive sexual desire disorder: A report of gender differences. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(8):910-8.
- Bloemers J, van Rooij K, Poels S, Goldstein I, Everaerd W, Koppeschaar H, Chivers M, Gerritsen J, van Ham D, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 1): integrating the "dual control model" into differential drug treatments for hypoactive sexual desire disorder and female sexual arousal disorder. *J Sex Med.* 2013;10(3):791-809.
- Bolour S, Braunstein G. Testosterone therapy in women: a review. *Int J Imp Res.* 2005;17(5):399-408.
- Burger HG, Papalia MA. A clinical update on female androgen insufficiency-testosterone testing and treatment in women presenting with low sexual desire. *Sex Health.* 2006;3(2):73-8.
- Castiglione F, Bergamini A, Russo A, La Croce G, Castagna G, Colciago G, Salonia A, Rigatti P, Montorsi F, Hedlund P. Inhibition of phosphodiesterase 4 enhances clitoral and vaginal blood flow responses to dorsal clitoral nerve stimulation or PGE1 in anesthetized female rats. *J Sex Med.* 2013;10(4):939-50.
- Chivers ML, Rosen RC. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and female sexual response: faulty protocols or paradigms? *J Sex Med.* 2010;7(2 Pt 2):858-72.

D'Amati G, di Gioia CR, Bologna M, Giordano D, Giorgi M, Dolci S, Jannini EA. Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. *Urology*. 2002;60(1):191-5.

Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause*, New York. 2002;9(3):162-70.

Davis SR, van der Mooren MJ, van Lunsen RH, Lopes P, Ribot C, Ribot J, Rees M, Moufarege A, Rodenberg C, Buch A, Purdie DW. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*, New York. 2006;13(3):387-96.

FDA. Flibanserin. NDA 22-526. Division of Reproductive and Urologic Products. Office of New Drugs. Center for Drug Evaluation and Research. Food and Drug Administration. 20 maio 2010. Acessado em 2013. Disponível em: <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/ReproductiveHealthDrugsAdvisoryCommittee/UCM215437.pdf>.

FDA. Guidance for Industry. Female Sexual Dysfunction: Clinical development of drug products for treatment. Draft guidance. United States Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research, Rockville, MD 2000. Acessado em 2013. Disponível em: <http://www.fda.gov/cder/guidance/3312dft.htm>.

Fooladi E, Davis SR. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(15):2131-42.

Glei DA, Goldman N, Weinstein M, Liu IW. Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and health: does the relationship differ by sex? *Exp Gerontol*. 2004;39(3):321-31.

Goldstein I, Bassam D, Frank D, Hachicha M, Fernando Y, Schupp J. Results of a phase 3 clinical trial for female sexual arousal disorder (FSAD) with Femprox, a topical alprostadil 0.4% cream with a novel transdermal delivery technology. *J Sex Med*. 2012;9(suppl 1):22.

Guay AT, Jacobson J. Decreased free testosterone and Dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAs) levels in women with decreased libido. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(Suppl 1):129-42.

Guay AT. Advances in the management of androgen deficiency in women. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 2001;1(4):32-38.

Huppert FA, van Niekerk JK. WITHDRAWN: DHEA supplementation for cognitive function. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18; (2): CD000304.

Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M Jr, Sand M. BEGONIA trial investigators. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*. 2013;10(7):1807-15.

Kingsberg S. Testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2007;4(Suppl 3):227-34.

Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L, Gomez JL, Girard G, Baron M, Ayotte N, Moreau M, Dubé R, Côté I, Labrie C, Lavoie L, Berger L, Gilbert L, Martel C, Balser J. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*. 2009;16(5):923-31.

Marazziti D, Palego L, Giromella A, Mazzoni MR, Borsini F, Mayer N, Naccarato AG, Lucacchini A, Cassano GB. Region-dependent effects of flibanserin and buspirone on adenylyl cyclase activity in the human brain. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002;5(2):131-40.

Morales AJ, Haubrich RH, Hwang JY, Asakura H, Yen SS. The effect of six months treatment with a 100 mg daily dose of dehydroepiandrosterone (DHEA) on circulating sex steroids, body composition and muscle strength in age-advanced men and women. *Clin Endocrinol*, Oxford. 1998;49(84):421-32.

Mortola JF, Yen SS. The effects of DHEA on endocrine-metabolic parameters in postmenopausal women. *JCEM*. 1990;71(3):696-704.

Munarriz R, Maitland S, Garcia SP, Talakoub L, Goldstein I. A prospective duplex Doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS therapy. *J Sex Marital Ther*. 2003;29(Suppl 1):85-94.

Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S, Norman RJ, Mulder RJ, Davis SR. LISA study investigators Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sex Med*. 2008;5(3):646-56.

Park K, Moreland RB, Goldstein I, Atala A, Traish A. Sildenafil inhibits phosphodiesterase type 5 in human clitoral corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Commun*. 1998;249(3):612-7.

Park K, Ahn K, Lee S, Ryu S, Park Y, Azadzoi KM. Decreased circulating levels of estrogen alter vaginal and clitoral blood flow and structure in the rabbit. *Int J Imp Res*. 2001;13:116-24.

Poels S, Bloemers J, van Rooij K, Goldstein I, Gerritsen J, van Ham D, van Mameren F, Chivers M, Everaerd W, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 2): testosterone combined with a PDE5 inhibitor increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and a low sensitive system for sexual cues. *J Sex Med.* 2013;10(3):810-23.

Safarinejad MR. Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in menstruating women: a double-blind, placebo-controlled and randomized study. *J Psychopharmacol.* 2011;25(3):370-8.

Segraves RT, Kavoussi R, Ascher JÁ, Batey SR, Croft H, Bolden-Watson C, Metz A. Bupropion Sustained Release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *J Sex Mar Ther.* 2001;27:303-16.

Spark RF. DHEA: a spingboard hormona for female sexuality. *Fert Steril.* 2002;77(4): S19-25.

Traish AM, Kim N, Min K, Munárriz R, Goldstein I. Androgens in female genital sexual arousal function: a biochemical perspective. *J Sex Marital Therapy.* 2002;28(Suppl 1): 233-44.

Tuiten A, van Honk J, Verbaten R, Laan E, Everaerd W, Stam H. Can sublingual testosterone increase subjective and physiological measures of laboratory-induced sexual arousal? *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(5):465-6.

Uygur D, Yesildaglar N, Erkaya S. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and continuous combined conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate. *Gynecol Endocrinol.* 2005;20(4):209-12.

van Honk J, Schutter DJ, Hermans EJ, Putman P, Tuiten A, Koppeschaar H. Testosterone shifts the balance between sensitivity for punishment and reward in healthy young women. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(7):937-43.

van Rooij K, Bloemers J, de Leede L, Goldstein I, Lentjes E, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Pharmacokinetics of three doses of sublingual testosterone in healthy premenopausal women. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37(6):773-81.

van Rooij K, Poels S, Bloemers J, Goldstein I, Gerritsen J, van Ham D, van Mameren F, Chivers M, Everaerd W, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 3): testosterone combined with a Serotonin1A receptor agonist increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and dysfunctional activation of sexual inhibitory mechanisms. *J Sex Med.* 2013;10(3):824-37.



María Victoria Bertolino: Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestre em Saúde Reprodutiva da Universidade de Edimburgo; Coordenadora da Área de Saúde Sexual e Reprodutiva do Centro de Investigações em Saúde Populacional (CISAP), Área de Saúde Sexual e Qualidade de Vida do Hospital Durand, Unidade Docente Hospitalar da Universidade de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: mbertolino@intramed.net



PRÁTICAS E SATISFAÇÃO SEXUAL EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS

ADOLFO GONZÁLEZ-SERRANO, MARÍA TERESA HURTADO DE MENDOZA ZABALGOITIA

RESUMO

Objetivo: Conhecer as práticas sexuais dos jovens, sua satisfação sexual e correlacionar algumas práticas com o grau de satisfação sexual. **Desenho:** Estudo transversal, de observação, descritivo, realizado com estudantes universitários mexicanos. Foram coletadas informações sobre sua vida sexual, a qualidade de sua vida sexual e aplicado o Índice de Satisfação Sexual de Hudson. Realizou-se a análise das variáveis por meio de estatísticas descritivas e prova do qui quadrado. **Resultados:** Participaram 335 estudantes. A média de início de vida sexual foi de 16,9 anos. A média de parceiros sexuais foi de 2,59. O método anticonceptivo mais utilizado foi o preservativo masculino, 57,6%; e 20,3% não utiliza método algum. E 23,9% resultou ter algum grau de insatisfação na relação sexual. Não existiu uma relação significativa entre o

método anticonceptivo utilizado e a pontuação do ISS ($\chi^2 = 12,67$, $p = 0,124$). Há uma maior proporção de mulheres com algum grau de insatisfação ($\chi^2 = 4,379$, $p = 0,036$). **Conclusões:** Existe insatisfação sexual entre os jovens. Não há uma cobertura total no uso de métodos anticonceptivos. São poucos os estudos mexicanos que se dedicam à avaliação qualitativa da saúde sexual dos jovens.

Palavras-chave: práticas sexuais; satisfação sexual; jovens, México.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva dos jovens representa um dos temas de maior importância e interesse nos campos da investigação e da política de sistemas de saúde. Habitualmente, a preocupação principal dos programas de saúde sexual se concentra na prevenção de infecções se-

xualmente transmissíveis e de gravidezes não desejadas, no entanto, a conceitualização da saúde sexual vai mais além dessa forma tradicional de perceber e abordar esse tema.

Se entendermos que as práticas sexuais são o resultado da interação de fatores biológicos, pessoais, sociais e institucionais, então o estudo e o desenvolvimento de políticas dirigidas a modificar essas práticas deverá considerar uma visão global da matéria para gerar uma nova metodologia e avaliação da situação da saúde sexual e reprodutiva dos jovens (Juárez e Gayet, 2005).

Infelizmente, são poucos os estudos que se dedicaram a essa nova metodologia de avaliação da saúde sexual dos jovens. No México existe informação disponível sobre as práticas sexuais deles, no entanto, não existem estudos dedicados a avaliar de forma qualitativa a vida sexual dessa população.

Parte fundamental dessa avaliação qualitativa é o grau de satisfação que os jovens têm com relação à sua vida sexual, se bem que falar de satisfação sexual denota termos que possuem significados diversos para as pessoas e está

definida segundo suas experiências vividas e o atributo que se lhes dá na conotação subjetiva individual.

Para diversos autores, o significado de satisfação sexual é diferente e eles o relacionam diretamente com as experiências dos integrantes de um casal. Em um estudo mexicano realizado em 2004 sobre o significado da satisfação sexual, investigou-se a atribuição subjetiva dada a tal termo por parte de homens e mulheres. Foram citadas várias definições de satisfação sexual e assinalaram que esta envolve diversas dimensões do indivíduo, que é um termo multifatorial dependente de determinadas condutas próprias do casal, que se relaciona com a flexibilidade de papéis dentro da mesma e com a congruência entre os papéis ideais e atuais na relação e que o fator psicológico do prazer sexual é produto da cultura e do meio espacial e temporal onde a pessoa se desenvolveu (Valdés-Rodríguez et al., 2004).

Então, se se analisar que o prazer da sexualidade está determinado por fatores biopsicossociais, então, deve-se entender a sexualidade

Lilly

Respostas que fazem a diferença.

como a construção social de um impulso biológico, que, além disso, é multidimensional e dinâmica. Pelo exposto, a experiência individual na sexualidade está determinada pela biologia, pelos papéis de gênero e pelas relações de poder, exemplificados assim na existência de fatores tais como a idade e a condição social e econômica. Todavia, a influência social mais profunda exercida sobre a sexualidade de uma pessoa se estabelece por meio dos papéis de gênero pré-estabelecidos, as normas e os valores sociais que determinam o poder relativo, as responsabilidades e as condutas de homens e mulheres (Campell, 1995).

Para os homens, o papel histórico é a conquista sexual, como uma forma de provar sua própria masculinidade. Os homens são estimulados a pensar em primeiro lugar em seu desempenho sexual, assim o prazer sexual das mulheres é valorizado como prova do desempenho masculino. Para as mulheres, o papel estabelecido é a passividade na atividade sexual, portanto, elas não são orientadas para tomar decisões com respeito à escolha de seus parceiros sexuais, nem para que negociem com seus companheiros o momento e a natureza da atividade sexual, nem para que se protejam de uma gravidez indesejada ou de infecções de transmissão sexual (Santow, 1995).

Desta perspectiva, os papéis de gênero que se reforçam mutuamente, têm consequências especialmente negativas para as práticas sexuais satisfatórias e a saúde

de sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

Na investigação Durex 2007 sobre a satisfação sexual no mundo, se descreveu o bem-estar sexual como o equilíbrio entre fatores físicos, emocionais e sociológicos, relacionado com a proteção e o cuidado da saúde sexual tanto individual como do casal.

Em nossa pesquisa foi pontuado que o sexo é divertido, agradável e sumamente importante para três de cada cinco pessoas no mundo e se encontrou de forma contrária que muitos de nós pensaríamos, que o México é o segundo país com maior satisfação sexual, com 63% das pessoas satisfeitas e o segundo país com menos insatisfação, com um total de 10%. Desse total, foi relatado que 60% dos homens estão satisfeitos, uma porcentagem relativamente menor do que a das mulheres que está em 66% (Encuesta Durex, 2007).

Quanto às práticas sexuais dos jovens, existe informação disponível, na qual podemos destacar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006), na qual, 14,4% dos adolescentes do país referem ter tido relações sexuais; e existe um aumento considerável conforme aumenta a idade, pois dos 12 aos 15 anos, 2% dos adolescentes relatam ter iniciado sua vida sexual, enquanto que no grupo de 16 a 19 anos, são 29,6% aqueles que referem já tê-la iniciado.

Do total de adolescentes que tiveram relações sexuais, observa-se que a porcentagem de utilização de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual é mais alta entre os homens. De fato, 63,5% deles declarou ter utilizado preservativo, cerca de 8% indicou o uso de métodos hormonais e 29% não utilizou nenhum método. Entre as mulheres a utilização relatada foi menor: somente 38% das adolescentes mencionou que seu parceiro usou preservativo e 56,6% declarou não haver utilizado métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006).

Na Investigação de Saúde Sexual e Reprodutiva do Instituto da Juventude do Distrito Federal do México (INJUVE-DF), realizada em 2007, 52,1% dos entrevistados iniciaram sua vida sexual entre os 16 e 20 anos, seguido de 41,7% na faixa entre 12 e 15 anos de idade.

Da população sexualmente ativa, 94% reconheceu saber de algum método anticoncepcional e a mesma porcentagem considerou importante utilizar algum método anticonceptivo durante as relações sexuais, mesmo que apenas 50,1% utilize algum método, enquanto que 13,1% o faz ocasionalmente e 36% menciona não fazê-lo (INJUVE-DF, 2007).

Por meio desses dados, podemos dar-nos conta que existe uma boa cobertura informativa sobre os diversos métodos anticoncepcionais, se bem

que uma porcentagem considerável de jovens menciona não utilizá-los sistematicamente durante suas relações sexuais. Essa lacuna entre conhecimento e utilização nos obriga a procurar as respostas para esse fenômeno.

Apesar de que os métodos de prevenção da gravidez e das enfermidades sexualmente transmissíveis estejam desenhados para serem usados durante a relação sexual, é surpreendente dar-nos conta que pouco se sabe sobre como esses métodos afetam o prazer e o funcionamento sexual, em particular, no caso das mulheres (Philpott *et al.*, 2006).

Foram realizados estudos qualitativos sobre a experiência sexual da mulher com o uso de preservativos masculinos, foi encontrado que aquelas mulheres que sentiam que o preservativo diminuía seu prazer sexual, eram menos requisitadas para usá-los em comparação àquelas que não relataram redução alguma em seu prazer sexual com seu uso (Higgins e Hirsch, 2008).

Existe evidência sobre os determinantes das práticas sexuais sobre a satisfação sexual e pessoal, todavia, pouco se sabe sobre essa situação na população jovem. Os diversos estudos que têm sido realizados sobre satisfação sexual têm sido orientados, em sua maioria, à população adulta ou casada (Hurlbert *et al.*, 1993; Beutel *et al.*, 2002; Colson *et al.*, 2006).

Existe um estudo realizado na Espanha no qual tentaram

aproximar-se aos hábitos, às preferências e à satisfação sexual de uma amostra de jovens universitários. A partir dos resultados obtidos foi concluído que a idade da primeira relação sexual tende a diminuir e as pessoas com parceria estável têm maior frequência de relações sexuais. Tanto os homens quanto as mulheres se mostraram satisfeitos com sua vida sexual e informaram elevada frequência de orgasmos em suas relações sexuais (Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

O objetivo de nosso estudo foi conhecer as práticas e preferências sexuais de uma amostra de jovens universitários, conhecer seu grau de satisfação com sua vida sexual e correlacionar algumas práticas, como o uso de anticoncepcionais, com o grau de satisfação sexual.

Por sua vez, este trabalho estabelecerá um precedente para que outras instituições analisem com detalhes a saúde sexual dos jovens e considerem elaborar normas e programas integrais de saúde dirigidos às necessidades específicas dessa população.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, realizado com os estudantes de medicina dos primeiros anos do curso da Faculdade de Estudos Superiores Iztacala, da Universidade Nacional Autônoma do México (FES Iztacala-UNAM), durante os ci-

clos 2012-1 e 2012-2. Coletou-se informações sobre a vida sexual dos participantes:

- sobre a atividade sexual: se haviam tido relações sexuais, a idade do início da vida sexual e o número de parcerias sexuais durante a vida;
- sobre seus hábitos: uso de anticoncepcionais, sexo do companheiro sexual, tempo de relação em parceria, frequência de relações sexuais, lugar onde habitualmente têm as relações sexuais, quem toma a iniciativa, uso de material pornográfico, masturbação e práticas sexuais diferentes ao coito vaginal;
- sobre seu nível de satisfação sexual: percepção deles mesmos sobre a qualidade de sua vida sexual e a satisfação sexual avaliada mediante o índice de Satisfação Sexual (ISS).

O ISS tem dois pontos de corte. O primeiro é a pontuação de 30; pontuação abaixo desse valor indica que não existe problema clinicamente significativo nessa área. Pontuação acima de 30 sugere a existência de um problema clinicamente significativo. O segundo ponto é 70. Acima desse valor, quase sempre, indica que o indivíduo está experimentando estresse severo nessa área. Existem estudos que têm investido em tais pontuações para obter medida de satisfação sexual, no lugar de medir a insatisfação sexual que determina o instrumento original (Santos Iglesias *et al.*, 2009).

Os critérios de inclusão foram: ser estudantes de medicina inscritos nos primeiros

dois anos de curso na FES Iztacala-UNAM, que desejassem participar do estudo e que tivessem iniciado sua vida sexual com coito.

Para a coleta das informações foi elaborado um questionário especificamente para esse estudo com os elementos antes descritos, foram realizadas sessões dentro das classes dos alunos da Clínica Universitária de Saúde Integral para a aplicação dos questionários e, simultaneamente, do ISS.

Depois da coleta das informações, foi criada uma base de dados com o programa SPSS v.19.0, os quais foram analisados.

Em primeiro lugar foi feita análise descritiva dos dados, posteriormente foram realizadas diversas comparações de médias e proporções em função do tipo de

variável: do sexo, número de parcerias sexuais, se tinham parceiros estáveis ou não no momento do estudo (definida como uma relação de mais de seis meses), práticas sexuais. As diversas variáveis foram correlacionadas à pontuação do ISS.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 335 alunos, dos quais 134 eram homens (40%) e 201 mulheres (60%) com idades entre 18 e 27 anos (média de 19,5 anos). Dos jovens pesquisados, 82,53% se situaram nas idades compreendidas entre 18 e 20 anos.

A média de início de vida sexual ativa foi de 16,9 anos, a média por sexo foi de 16,57 anos para os homens e 17,18 para as mulheres (*Tabela 1*).

Tabela 1. Início da vida sexual ativa e comparação de médias por sexo.

Idade de início das relações sexuais	Sexo do pesquisado				TOTAL
	Homens		Mulheres		
	Número	%	Número	%	
12	3	2,2	0	0,0	
13	0	0,0	3	1,5	
15	22	16,4	12	6,0	
16	40	29,9	46	22,9	
17	39	29,1	49	24,4	
18	21	15,7	66	32,8	
19	6	4,5	22	10,9	
20	3	2,2	3	1,5	
TOTAL	134	100,0	201	100,0	335
Média	16,57		17,18		16,94
Desvio Padrão	1,373		1,257		1,337

Quanto ao número de parcerias, encontramos faixas de 1 até 15, 88,08% teve entre 1 e 4 parceiros sexuais durante a vida, o maior grupo foi o de uma parceria sexual, correspondente a 43,88%. A média de parceiros sexuais se situou em 2,59, para homens em 3 e para mulheres em 2.

Em relação à frequência de gênero sexual da parceria durante as relações sexuais, a maior parte dos jovens tem contato tipo heterossexual (Tabela 2).

Os métodos anticoncepcionais mais utilizados foram: o preservativo masculino 57,6%, os hormonais 19,5% (desses o mais usado foi a pílula diária, 8,7%) e, por fim, 20,3% indicaram que não empregavam nenhum método. Entre homens e mulheres, o método mais utilizado foi o preservativo masculino com 79,1% e 43,3% para cada grupo.

A relação do método anticoncepcional mais utilizado com respeito à pontuação do ISS, foi analisada de forma individual e não foi encontrada relação significativa para esse fenômeno ($\chi^2 = 12,67$, $p = 0,124$).

Também se buscou a existência de uma relação entre a combinação de métodos anticoncepcionais (preservativo masculino+hormonal, só o preservativo, nenhum método, outros) e tampouco foram encontradas diferenças significativas entre essas combinações e a pontuação do ISS ($\chi^2 = 2,929$, $p = 0,403$).

Tabela 2. Sexo da parceria na relação sexual, comparação entre homens e mulheres.

Sexo da parceria na relação sexual	Sexo do pesquisado			
	Homem		Mulher	
	Número	%	Número	%
Só com mulheres	125	93,3	6	3,0
Mais frequente com mulheres e ocasionalmente com homens	6	4,5	0	0,0
Igual com homens que com mulheres	0	0,0	0	0,0
Bastante ativa e normal	0	0,0	6	3,0
Só com homens	3	2,2	189	94,0
TOTAL	134	100,0	201	100,0

No que se refere à frequência de relações sexuais, não houve diferenças significativas entre esses grupos ($\chi^2 = 3,163$, $p = 0,531$) (Tabela 3).

Quanto à frequência das relações sexuais por gênero, a proporção de homens e mulheres que têm relações sexuais entre 1 a 6 vezes ao mês é muito semelhante: 76,1% vs 81,1% ($\chi^2 = 0,170$, $p = 0,68$). A diferença está no aumento da frequência para mais de 7 vezes ao mês, nes-

se grupo estão os homens, com 23,8%, e as mulheres com 18,9% ($\chi^2 = 13,41$, $p = 0,001$). Em geral, podemos assumir que os homens têm relações sexuais com mais frequência do que as mulheres ($\chi^2 = 15,24$, $p = 0,004$).

O lugar preferido pelos jovens para ter relações sexuais foi a casa da parceria (33,7%), a casa do pesquisado (29,35%), seguidos dos hotéis (23,9%).

Tabela 3. Frequência de relações sexuais com respeito ao tempo de relacionamento do casal.

Frequência de relações sexuais	Seu relacionamento de casal, atual é			
	menos de 6 meses		mais de 6 meses	
	Número	%	Número	%
Com qual frequência você tem relações sexuais?				
1-3 ao mês	58	49,2	112	51,6
4-6 ao mês	33	28,0	62	28,6
7-10 ao mês	13	11,0	16	7,4
11-15 ao mês	8	6,8	21	9,7
mais de 16 ao mês	6	5,1	6	2,8
TOTAL	118	100,0	217	100,0

O momento de tomar a iniciativa, 78% respondeu tomar a iniciativa de forma habitual, os homens tomam-na mais frequentemente 88,8% contra 71,1% das mulheres que o fazem de modo similar ($\chi^2 = 22,5$, $p = 0,000$).

Ao analisar as diversas práticas sexuais encontramos que uma porcentagem muito baixa realiza sexo oral, 59,4% respondeu que não realiza nunca ou quase nunca.

Daqueles que o praticam, os homens o realizam mais frequentemente do que as mulheres 51,4% vs 33,4% ($\chi^2 = 17,19$, $p = 0,002$).

O sexo oral-anal e o sexo oral são práticas muito pouco utilizadas entre os jovens universitários, uma vez que 95,3% disse não praticar nunca e somente 5,4% sim.

O uso de pornografia tampouco resultou muito comum entre os entrevistados, 88,3% nunca a consome ou quase nunca. A porcentagem de quem a consome foi menor entre as mulheres do que entre os homens, 9% vs 15,6%.

Resultados similares foram obtidos ao se referirem à masturbação, 22,3% dos homens a praticam frequentemente contra 15,4% das mulheres.

Quanto à autoqualificação da qualidade de sua vida sexual, 78,5% a considerou como excelente ou boa e 21,5% regular, má ou péssima. Esses dados coincidem com os resultados obtidos

com o ISS, uma vez que 23,9% teve algum grau de insatisfação na relação sexual.

Analisando as pontuações do ISS entre os homens e as mulheres encontramos que existe maior proporção de mulheres com algum grau de insatisfação na relação sexual ($\chi^2 = 4,379$, $p = 0,036$) (*Tabela 4*).

DISCUSSÃO

O início da vida sexual ativa, em nosso estudo, teve como média 16,94 anos, no entanto, a Pesquisa de Saúde Sexual e Reprodutiva do INJUVE-DF relata uma média de 18,5 anos, com a qual, se pode afirmar que a idade atual de início da vida sexual tende a diminuir e isso coincide com os diversos estudos nacionais e internacionais (ENSAR, 2003); Welte, 2005; INJUVE-DF, 2007; Hawes *et al.*, 2010; Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

Ao se comparar a frequência de relações sexuais, no mundo, 55% dos jovens de 16 a 19 anos têm sexo semanalmente, em nosso estudo observamos uma frequência menor, de 49,4%. De acordo com a Primeira Enquete Nacional Sobre Sexo 2004 (PENSS), no México, a média semanal das relações sexuais nos jovens de 18 a 29 anos é de 7,3 vezes ao mês, enquanto que em nosso estudo foi de 1 a 3 vezes ao mês. Também foi descrito que os homens têm mais relações sexuais que as mulheres, dado que coincide com o observado em

nosso trabalho (Consulta Mitofsky, 2004; Encuesta Durex, 2007).

Por fim, tanto em nosso estudo como na Enquete Durex 1007, a periodicidade das relações sexuais incidiu diretamente em sentir-se sexualmente satisfeito, uma vez que 92,1% daqueles que têm relações sexuais semanalmente estão satisfeitos, em comparação com 60,6% daqueles que não as têm.

A percepção dos entrevistados com relação à qualidade de sua vida sexual é muito parecida com o encontrado na PENSS, na qual 76,9% dos mexicanos indicou que se sente muito satisfeito com sua vida sexual e a porcentagem correspondente em nossos jovens foi de 78,5%. Por outro lado, encontramos diferenças com tal pesquisa, uma vez que nessa foram encontradas diferenças quanto aos gêneros, há diferença de 18,5% entre os homens sobre as mulheres e, nós, encontramos uma desvantagem dos homens em relação às mulheres de 2,8% (Welte, 2005).

Para objetivar a satisfação sexual dos jovens, foram analisados os resultados do ISS. Observamos que são os homens que relatam maior grau de satisfação sexual sobre as mulheres e que existem diferenças significativas entre esses grupos. De forma contrária, tanto Navarro-Bravo *et al.* (2010) como Santos Iglesias *et al.* (2009) não encontraram diferenças significativas entre as pontuações de homens e mulheres, provavelmente isso se deva a que nós categorizamos os resultados em dois grupos, satisfeitos e insatisfeitos, e não analisamos as médias das qualificações obtidas por ambos os grupos.

Encontramos algumas diferenças quanto à utilização dos métodos anticoncepcionais em relação aos outros estudos. O INJUVE-DF (2007), indica que o método mais utilizado pelos jovens foi o preservativo masculino, entretanto, a proporção encontrada por nós foi menor (81,7% vs 57,6%). A mesma situação se apresentou com relação ao uso de anticoncepcionais hormonais (29% vs 19,5%).

Ao comparar os diversos tipos de anticoncepcionais utilizados pelos jovens com a pontuação do ISS não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos (satisfeitos e insatisfeitos).

Alguns estudos buscaram encontrar a relação entre a qualidade da vida sexual com o uso de alguns anticoncepcionais. Nos Estados Unidos foi realizada uma análise sobre o estudo do bem-estar e da saúde sexual das mulheres e os achados desse estudo sugerem que o método anticoncepcional utilizado pode influir no prazer sexual feminino. Quando as mulheres do estudo foram questionadas sobre o efeito do método anticoncepcional usado e o prazer de sua vida sexual, as mulheres que usaram preservativos foram significativamente mais propensas a relatar baixo prazer sexual. No entanto, aquelas que utilizaram preservativos com anticoncepcionais hormonais relataram uma pontuação mais alta de satisfação sexual (Higgins *et al.*, 2008).

Em outros estudos também foi encontrado que as mulheres mais estimuladas a utilizar o preservativo masculino são aquelas que não relatam nenhuma redução em seu prazer sexual com o uso deste (Higgins e Hirsch, 2008).

Esses resultados, provavelmente, possam explicar o fato de que somente 43,3% das mulheres de nosso estudo utilizem o preservativo masculino e 21,4% delas não

Tabela 4. Resultados globais do ISS com relação ao gênero.

Sexo da parceira na relação sexual	Sexo do entrevistado			
	Homem		Mulher	
	Número	%	Número	%
Pontuação total				
insatisfação	24	17,9	56	27,9
satisfação	110	82,1	145	72,1
TOTAL	134	100,0	201	100,0

utilizem nenhum método anticoncepcivo. Assim mesmo, apoia a ideia da “erotização da segurança”. Exemplo disso é que muitas participantes do estudo de Higgins *et al.* (2008) manifestaram não sentirem-se totalmente livres no campo da sexualidade a menos que um método apropriado contra a concepção e a transmissão de enfermidades fossem utilizados.

Por outro lado, existem também estudos que, como o nosso, não observaram diferenças nas pontuações de satisfação sexual com o método anticoncepcivo de preferência (Hsiao e Sung, 2003; Ozgoli, 2005).

Ao falar de práticas sexuais, observamos que ainda 75% dos companheiros dos entrevistados e 78% dos entrevistados responderam que eles gostam de fazer coisas diferentes durante a relação sexual, somente 40,6% disse ter sexo oral, 5,4% sexo oral-anal e 4,7% sexo anal. Se bem que as porcentagens variem com respeito àquelas encontradas na literatura, coincidimos em que o sexo anal é a prática menos realizada por homens e mulheres durante as relações sexuais (Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

Provavelmente isso tenha a ver com que 66,5% dos homens e 35,4% das mulheres, no México, pensa que o sexo oral é normal, o que demonstra em nosso estudo proporções muito similares a estas: 51,4% vs 33,4% (Consulta Mitofsky, 2004).

A partir dos dados obtidos, consideramos importante realizar esse tipo de análise na população mexicana e preferencialmente na população jovem, porque se determinou que os maiores níveis de insatisfação se encontraram naqueles indivíduos com ideias mais conservadoras, que lhes dão pouca importância à sexualidade, que faltam de assertividade e que utilizam técnicas sexuais limitadas (Haavio-Mannil e Kontul, 1997).

O valor dessa classe de estudos consiste em abordar de forma distinta o tema da sexualidade, o qual estabelece modificações enquanto à construção de programas, políticas e ações orientadas ao estudo e à abordagem de temas como esse. Ao abarcar os distintos aspectos relevantes da saúde sexual dos jovens, permite aos desenhistas de políticas de saúde sexual implementar novas metodologias para o estabelecimento de ações preventivas de saúde sexual com o objetivo de evadir os obstáculos e aproveitar as oportunidades para que tais políticas consigam melhorar a saúde sexual dos jovens.

Como limitantes dessa investigação colocamos a singularidade de que os estudos sobre a sexualidade sempre enfocam a possibilidade de vieses de desejabilidade social nos participantes no momento de responder aos instrumentos.

Propomos realizar esses tipos de investigações em diversos tipos de populações

universitárias para obter dados mais amplos e poder assim estabelecer um panorama mais verídico dos dados aqui expostos.

CONCLUSÕES

É primordial estudar o comportamento sexual dos jovens com a finalidade de identificar e reconhecer suas práticas e preferências sexuais, conhecer se estão satisfeitos com a forma como exercem sua sexualidade e estabelecer avaliação objetiva de tais fenômenos.

Existe tendência a iniciar a vida sexual mais cedo, o uso dos métodos anticoncepcivos ainda não têm cobertura total e os jovens têm práticas sexuais limitadas, esses fatos conduzem a pensar que se deve gerar uma nova metodologia de ava-

liação sobre a situação da saúde sexual e reprodutiva dos jovens para estabelecer ações preventivas de saúde mais eficazes dirigidas a essa população.



REFERÊNCIAS

- Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brähler E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men—results from a German representative community study. *Andrologia*. 2002;34:22–8.
- Campell C. Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Soc Sci Med*. 1995;41:197-210.

Colson M-H, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Original research—couples' sexual dysfunction: sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med*. 2006;3:121–31.

Consulta Mitofsky. Primera Encuesta Nacional Sobre Sexo. México, 2004. Disponible en: <http://www.consulta.com.mx>.

Encuesta Durex sobre Bienestar Sexual GSWWS 2007/2008. [Internet] Estados Unidos: Durex, International Investigation; 2007 [Acessado en 10 de setembro de 2011] Disponible en: <http://www.durex.com/ESES/SEXUALLIFESTYLE/SEXUALWELLBEINGSURVEY/pages/default.aspx>

ENSAR. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (2003). Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM. México.

Haavio-Mannil E, Kontul O. Correlates of Increased Sexual Satisfaction. *Arch Sex Behav*. 1997;26(4):399–419.

Hawes ZC, Wellings K, Stephenson J. First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. *J Sex Res*. 2010;47(2):137–52.

Higgins JA, Hirsch JS. Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *Am J Public Health*. 2008;98(10):1803–13.

Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. *Sex Health*. 2008;5(4):321–30.

Hsiao YC, Sung SH. Married women's satisfaction with their choice of contraception. *J Nurs Res*. 2003;11(2):119–28.

Hurlbert DF, Apt C, Rabehl SM. Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(2):154–65.

INJUVE-DF. Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva [Internet] México: Instituto de la Juventud del Distrito Federal; 2007 [Acessado en 13 de setembro de 2011] Disponible en: <http://www.jovenes.df.gob.mx/bibliodocs/02informacion/encuestasaludsexu%20mayo.pdf>.

Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*. 2005;45:177–219.

Navarro-Bravo B, Ros-Segura L, Latorre-Postigo JM, Escribano-Villafruela JC, López-Honrubia V, Romero-Marchante M. Hábitos, pre-

ferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Rev Clin Med Fam*. 2010;3(3):150–7.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Ozgoli G, Sayadian N, Mahyar A, Alavi Majd H. Investigating the changes in sexual function of sterilized women in those referring to selected hospitals of Tehran in 2004. *J Fertil Infertil*. 2005;6(3):275–82.

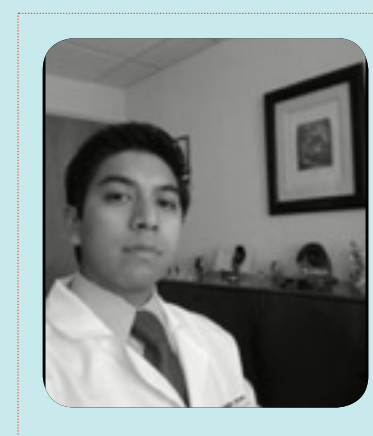
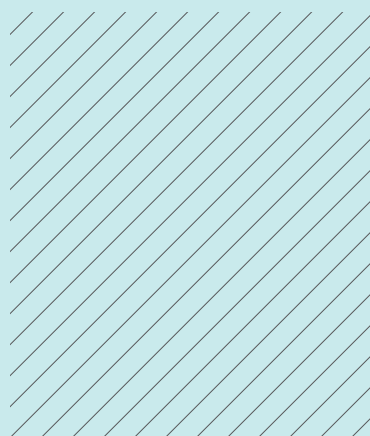
Philpott A, Knerr W, Maher D. Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. *Lancet*. 2006;368(9551):2028–31.

Santos Iglesias P, Sierra JC, García M, Martínez A, Sánchez A, Tapia MI. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *Int J Psych Psychol Ther*. 2009;9(2):259–73.

Santow G. Social roles and physical health: the case of female disadvantage in poor countries. *Soc Sci Med*. 1995;40:147–61.

Valdés Rodríguez MP, Sapién-López JS, Córdoba-Basurto DI. Significados de Satisfacción Sexual en hombres y mujeres de la Zona Metropolitana. *Psicol Ciencia Soc*. 2004;6(1):34–48.

Welti CC. Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*. 2005; 45: 143–176.



Adolfo González-Serrano: Médico generalista, Serviço de Urologia, Hospital Ángeles del Pedregal. Distrito Federal, México.

María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgaitia: Terapeuta sexual pela Associação Mexicana para a Saúde Sexual; Sócia Afiliada da Associação Psiquiátrica Mexicana; Membro da Associação Mexicana para a Saúde Sexual; Chefe do Programa de Sexualidade Iztacala, Faculdade de Estudos Superiores Iztacala, Universidade Nacional Autônoma do México. Estado do México, México.
E-mail: adgs9_27@hotmail.com

VALORIZAÇÃO DOS UROLOGISTAS E DA GENITÁLIA EXTERNA MASCULINA

CARLOS ABIB CURY

RESUMO

Algumas considerações sobre os cuidados que as mulheres têm com suas genitálias, as cirurgias, os profissionais e serviços especializados. E a proposta para os homens.

Palavras-chave: genitália masculina; pênis; terminologia; cirurgia estética

As cirurgias estéticas íntimas entraram definitivamente na vaidade das preferências das cirurgias nas mulheres.

Nos Estados Unidos são feitas em média 1.500.000 cirurgias e no Reino Unido 1.200.000, um crescimento surpreendente que aumenta ano a ano.

As barreiras naturais ligadas ao preconceito e aos tabus em relação ao sexo foram quebradas uma a uma a partir da segunda metade do século XX com a introdução da pílula anticoncepcional.

Naquela época, o sexo “proibido”, “escandaloso”, “vergonhoso” não podia pertencer ao diário das moças de família ou “moças da sociedade”. Esse sexo prazeroso per-

tencia somente às prostitutas que tinham o seu uso exclusivo e assim durante décadas os homens exerciam o **sexo reprodutivo em casa** e o **sexo recreativo com as prostitutas** e frequentemente, devido à “qualidade”, os homens largavam suas esposas recatadas e criadas no regime de virgindade e, portanto, inexperientes nas diversas possibilidades da recreação, para ficarem com as prostitutas em cujo leito nupcial eram soberanas.

À medida que o tempo passou esse abismo entre as duas categorias de mulheres, esposas e prostitutas deixou de existir, mudaram as relações humanas e os costumes, as prostitutas deixaram este nome para traz, surgiu a categoria de “garotas de programa”.

As “garotas de programa” evoluíram também, são mulheres malhadas, que fazem dieta, que frequentam academias, salões de beleza e se tornam objeto de desejo do homem moderno.

Por outro lado, as esposas vão para o casamento já com uma vida sexual em andamento, na qual vivem

maritalmente com seu futuro marido e as diferenças sexuais são ajustadas antes do matrimônio.

Os meios de comunicação: internet, redes sociais, jornais e revistas, cinema melhoraram a sexualidade em todos os aspectos, e assim, técnicas sexuais e variações são debatidas em vários artigos e programas de televisão, em vários horários da programação, sem restrições.

O sexo oral tornou-se uma rotina na vida dos casais, sendo assim, o homem e a mulher acabaram compartilhando da beleza e dos defeitos da genitália externa.

A mulher mais preocupada assumiu a dianteira em relação ao homem ao cuidar da sua genitália como se fora seu rosto, e dos pelos pubianos como se fora seu cabelo.

A depilação da genitália passou a contar com cabeleireiros especializados no

corte, combinam a genitália com o fio dental. Dessa forma, surgiu um campo novo para tatuagens, os pelos foram substituídos por imagens de aves, símbolos e expressões. Para o caso de algum arrependimento, surge a figura do dermatologista para removê-las.

Hoje as mulheres procuram seus ginecologistas e cirurgiões plásticos para as cirurgias íntimas dos grandes lábios, pequenos lábios, retirada do capuz clitoriano e o uso do preenchimento da genitália com custo que varia de 2.000 a 6.000 dólares.

As genitálias femininas hoje, também são submetidas ao clareamento com substâncias químicas.

Todo esse campo novo na medicina deu margem ao aparecimento da Sociedade Brasileira de Ginecologia Estética e, como consequência, para atender à demanda, aumentaram consideravelmente a quantidade e os ti-

Lilly

Respostas que fazem a diferença.

pos de equipamentos médicos e laboratoriais.

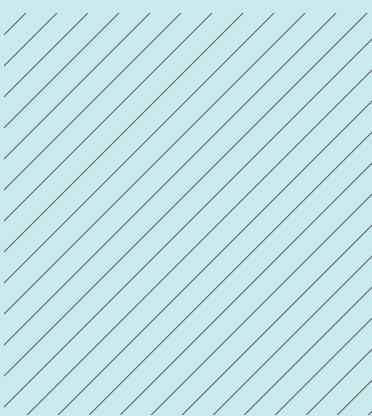
No campo da genitália externa masculina, é preciso valorizar o Urologista.

Urge renovar a cultura urológica. Por exemplo, encontrar novos termos, mais agradáveis, em substituição a “fimose”, “escroto”, “saco escrotal”, que soam mal ao ouvido, são desvalorizados e assustam os pacientes e suas parcerias.

Nesse novo olhar, as cirurgias da genitália masculina

deverão ser apresentadas como cirurgias íntimas, assim como na ginecologia.

Expressões como “rejuvenescimento peniano”, “cirurgia plástica do pênis”, “harmonização da genitália masculina”, “reconstrução peniana”, “estética peniana” e da genitália masculina devem entrar no vocabulário urológico, só assim poderemos valorizar os procedimentos que já executamos, mas que nós mesmos, os desvalorizamos.



Carlos Abib Cury: Chefe da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; Presidente da Comissão de Cirurgia Estética e Transgêneros da Sociedade Brasileira de Urologia; Responsável pelo Serviço de Transgenitalização do Hospital de Base da FAMERP; Fellow em Urologia da Miami University, USA. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.
E-mail: carlcury@terra.com.br

HUMOR

MÚSICA SEXY

