|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado de imagem para ufpi** | C:\Users\Intel\Downloads\logo_pmpsm.jpg**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  **PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER** |  |

**IRIS MARY MENESES DO AMARAL**

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NA SEXUALIDADE DE MULHERES**

**TERESINA**

**2017**

**IRIS MARY MENESES DO AMARAL**

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NA SEXUALIDADE DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Luz Parente.

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Atenção Integral à Saúde da Mulher

**TERESINA**

**2017**

**IRIS MARY MENESES DO AMARAL**

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NA SEXUALIDADE DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Dissertação em: 09/08/2017

**BANCA EXAMINADORA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prof. Dr. José Miguel Luz Parente - Orientador**

Departamento de Clínica Geral /Universidade Federal do Piauí

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prof.ª Dr.ª Maria Zélia de Araújo Madeira**

Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prof.ª Dr.ª Carmen Viana Ramos – 2º Examinadora**

Departamento de Mestrado em Saúde da Família /Centro Universitário UNIVOVAFAPI

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Universidade Federal do Piauí

Serviço de Processamento técnico

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

|  |  |
| --- | --- |
|  | Amaral, Iris Mary Meneses do. |
| A485i | Influência das doenças inflamatórias intestinais na sexualidade das mulheres / Iris Mary Meneses do Amaral. – – 2017. |
|  | 70 f. : il. |
|  | Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós- Graduação em Saúde da Mulher, 2017. |
|  | “Orientador : Prof. Dr. José Miguel Luz Parente.” Bibliografia |
|  | 1. Doenças inflamatórias intestinais. 2. Sexualidade. 3. Qualidade de vida. 4. Mulheres. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí. |
|  | CDD 616.3 |

“Paciência e perseverança têm o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem.”

John Quincy Adams

**AGRADECIMENTOS**

As etapas de realização de um mestrado nos exigem muita coragem e determinação para alcançá-las. Muitas são as pessoas que nos ajudam nessa caminhada, mas aqui faço um agradecimento especial àquelas que mais contribuíram para a realização desta pesquisa.

Primeiramente, minha mãe, Rosa Meneses do Amaral, que com seus exemplos de coragem e determinação, ensinou-me a superar os obstáculos que se apresentam no meu cotidiano.

À minha família, pelo apoio; meu marido Jairton Leal e minha filha Bianca Leal, a quem espero servir como exemplo de superação das dificuldades da vida.

À Universidade Federal do Piauí, em nome da Prof.ª Dr.ª Lis Medeiros, pelo empenho em implantar o mestrado profissional em Saúde da Mulher nessa instituição.

Á minha sobrinha Lívia Suelen Moraes Meneses, pelo apoio e orientações prestadas no início desse trabalho.

À minha amiga e companheira de trabalho, Cristiane Ferraz Damasceno Moura Fé, que me incentivou a entrar e a seguir com este projeto.

À Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, em nome do secretário estadual de saúde, Dr. Francisco de Oliveira Costa, pela parceria com a Universidade Federal do Piauí na implantação desse mestrado.

Às companheiras de trabalho da Fundação Hospitalar de Teresina, Fátima Garcez, Jesus Mouzinho e Edna Lima pela compreensão da minha ausência no percurso do mestrado, especialmente na fase de coleta de dados e à Edna também pela colaboração na apreciação do trabalho.

Ao Prof. Dr. José Miguel Luz Parente, por aceitar ser meu orientador e ter conduzido o processo de forma séria, responsável e competente.

Ao Dr. Murilo Moura Lima, médico gastroenterologista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, referência em Doenças Inflamatórias Intestinais, pela acolhida e apoio logístico, especialmente na fase de coleta de dados.

Às Professoras doutoras Carmem Viana Ramos, e Maria Zélia de Araújo Madeira por aceitarem o convite para compor a Banca Examinadora, colaborando para o aprimoramento deste trabalho.

Aos servidores do Hospital Universitário pela acolhida, e em especial à equipe de serviço social, com destaque para Líbia Mafra, Maria Elizabete Gomes do Vale e a secretária Ana Maria da Conceição Sousa; e às atendentes do ambulatório de Gastroenterologia e da UNACON.

Às minhas companheiras da turma do mestrado, pela força e união, características marcantes do nosso grupo, que serviram de incentivo nos momentos difíceis dessa trajetória.

Aos professores do mestrado, pela contribuição na nossa aprendizagem.

À minha cunhada Eline, professora de inglês, pela revisão do trabalho neste idioma.

À Associação de Portadores de Doença de Crohn e Colite Ulcerativa do Norte e Nordeste do Brasil (ACRONN- BR), pela acolhida e ajuda na escolha do tema a ser pesquisado.

À Comissão de avaliação de Projeto de Pesquisa do HU, pelo parecer favorável para realização da pesquisa nesse hospital.

E, por fim, e nem por isso menos importante, às participantes da pesquisa, mulheres com Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn, pela valiosa colaboração por consentirem participar desta pesquisa.

**RESUMO**

**Introdução**: Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são consideradas desordens intestinais crônicas do Trato gastrointestinal (TGI), dentre as quais se destacam a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa. As DII causam repercussões na sexualidade, desencadeando transtornos de disfunções sexuais que afetam a qualidade de vida de seus portadores. **Objetivo**: Analisar a influência das Doenças Inflamatórias Intestinais na sexualidade das mulheres. **Metodologia**: O estudo realizado foi o transversal para examinar as relações existentes entre Disfunção Sexual e DII em pacientes do sexo feminino. Para a análise dos dados foram calculadas estatísticas descritivas, como médias, desvio padrão, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, e frequências para as qualitativas. Para a análise inferencial, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, o teste do Qui-quadrado de Pearson e quando não atendidos os pressupostos deste teste, foi realizado o teste Exato de Fisher. Para as associações com p ≤ 0,20, foi aplicada a regressão logística, tendo como parâmetro binário as DSF (0: ausência da disfunção; 1: presença da disfunção). Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. Foi desenvolvido em um hospital universitário cujas participantes foram mulheres com DII na faixa etária igual ou superior a 18 anos. Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS, versão 18.0. Foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas e frequências para as qualitativas. A pesquisa, em todas as suas etapas, obedeceu ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados**: Foram avaliadas 106 mulheres com DII. As doenças foram mais frequentes em mulheres com idade acima de 40 anos (62,26%); pardas (78,31%); casadas/união estável (66,04%); solteira (23,58%); com ensino fundamental incompleto/Completo (43,39%) e com ensino Médio (43,39%). Das mulheres com DII, 51,89% era acometida com a Retocolite Ulcerativa e o restante com Doença de Crohn. A maioria (91,51%) apresentou algum tipo de problema de Disfunção Sexual. Os transtornos com maior frequência foram o Transtorno do Desejo/Excitação Sexual (TDES) (42,26%) e o do Orgasmo Feminino (TOF) (34,02%). Foi verificada significância estatística entre TOF, TDES e o grau de escolaridade; e entre Disfunção Sexual Induzida por Substâncias/Medicamentos (DSIM), Outras Disfunções Sexuais Especificadas (ODSE) e a renda individual. As mulheres com TDES apresentaram maior facilidade em ter problemas conjugais devido às DII. **Conclusão**: As mulheres acometidas por DII apresentaram Transtornos de Disfunção Sexual, em parte provocada por essas doenças. Os aspectos que mais interferiram com esses transtornos foram o nível de escolaridade e a renda individual. As DII afetaram a qualidade de vida no âmbito da sexualidade.

**Descritores**: Doenças Inflamatórias Intestinais. Sexualidade. Qualidade de vida. Mulheres.

**ABSTRACT**

**Introduction**: Intestinal Inflammatory Diseases (IBD) are considered chronic intestinal disorders of the Tractogastrointestinal (GIT), among which Crohn's Disease and Ulcerative Colitis are highlighted. IBDs cause repercussions on sexuality, triggering disorders of sexual dysfunctions that affect the quality of life of their patients. **Objective:** To analyze the influence of Inflammatory Bowel Diseases on the women sexuality. **Methodology:** Cross-sectional study was carried out to examine the relationship between Sexual Dysfunction and IBD in female patients. For the data analysis, descriptive statistics were calculated, such as means, standard deviation, minimum and maximum for quantitative variables, and frequencies for qualitative variables. For the inferential analysis, the Kolmogorov-Smirnov test, the Pearson chi-square test was used, and when the assumptions of this test were not met, Fisher's exact test was performed. For associations with p ≤ 0.20, the logistic regression was applied, having as a binary parameter the DSF (0: absence of dysfunction, 1: presence of dysfunction). All analyzes were performed at a significance level of 5%.It was developed in a university hospital with women with IBD aged 18 years or older. For statistical analysis, the SPSS program, version 18.0 was used. Descriptive statistics were calculated for quantitative variables and frequencies for qualitative ones. The research, in all its stages, obeyed to what is provided in Resolution 466/2012 of the National Health Council. **Results**: A total of 106 women with IBD were evaluated. The diseases were more frequent in women aged of 40 years (62.26%), years (85.84%), brown women (78.31%); married / stable union (66.04%); single (23.58%); with incomplete / complete elementary school (43.39%) and with high school education (43.39%). Of the women with IBD, 51.89%, were affected with ulcerative colitis and the rest of Crohn's disease. The majority (91.50%) presented some Sexual Dysfunction disorder. The most frequent disorders were Sexual Desire / Excitement Disorder (TDNS) (42.26%) and Female Orgasm Disorder (TOF) (34.02%). Statistical significance was verified between TOF, TDES and the level of schooling; and between Substance / Drug Induced Sexual Dysfunction (DSIM), Other Specified Sexual Dysfunction (ODSE), and individual income. Women with ADHD were more likely to have marital problems due to IBD. **Conclusion**: Women with IBD presented with Sexual Dysfunction Disorders, partly caused by these diseases. The aspects that most interfered with these disorders were the level of schooling and individual income. IBD has affected quality of life in the context of sexuality.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases. Sexuality. Quality of life. Women.

**LISTA DE TABELAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabela 1**. Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2017........................................... | 40 |
| **Tabela 2**. Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização das doenças inflamatórias intestinais dos participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2017.................................. | 41 |
| **Tabela 3.** Distribuição da amostra segundo os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) dos participantes da pesquisa. Teresina - PI, 2017......................................... | 42 |
| **Tabela 4.** Associação entre as variáveis socioeconômicas, as variáveis clínicas e os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) em mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Teresina – PI, 2017................................................. | 43 |
| **Tabela 5**. Associação entre as variáveis da qualidade de vida, da abordagem médica e os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) em mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Teresina – PI, 2017.................................... | 45 |
| **Tabela 6**. Modelo final da regressão binomial segundo as variáveis e os tipos de Disfunção Sexual Feminino (DSF). Teresina – PI, 2017.................................. | 46 |

**LISTA DE SIGLAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **APA -** | American Psychiatric Association (Associação Psiquiátrica Americana) |
| **CAPP -** | Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa |
| **CEP -** | Comitê de Ética em Pesquisa |
| **CID-10-** | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – décima edição |
| **DC -** | Doença de Crohn |
| **DII -** | Doenças Inflamatórias Intestinais |
| **DSF -** | Disfunção Sexual Feminina |
| **DSIM** | Disfunção Sexual Induzida por Substâncias/Medicamentos |
| **DSM -5 -** | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – versão 5 |
| **ODSE** | Outras Disfunções Sexuais Especificadas |
| **OMS -** | Organização Mundial de Saúde |
| **RCU -** | Retocolite Ulcerativa |
| **SUS -** | Sistema Único de Saúde |
| **TCLE -** | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| **TDES -** | Transtorno do Desejo/Excitação Sexual |
| **TDGPP** | Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração |
| **TOF -** | Transtorno do Orgasmo Feminino |
| **UFPI -** | Universidade Federal do Piauí |

**SUMÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 INTRODUÇÃO .....................................................................................................**  1.3 OBJETIVOS.......................................................................................................  **1.3.1 Objetivo Geral.................................................................................................**  **1.3.2 Objetivos Específicos......................................................................................**  **2 REVISÃO DE LITERATURA............................................................................**  2.1 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS – DII.......................................  **2.1.1 Fisiopatogenia.................................................................................................**  **2.1.2 Enfermidade.....................................................................................................**  **2.1.3 Manifestações clínicas.....................................................................................**  **2.1.4 Diagnóstico.....................................................................................................**  **2.1.5 Tratamento.......................................................................................................**  **2.1.6 Epidemiologia.................................................................................................**  2.2 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS E QUALIDADE DE VIDA DE SEUS PORTADORES .......................................................................................  2.3 DISFUNÇÃO SEXUAL.....................................................................................  **2.3.1Transtorno do Orgasmo Feminino ..................................................................**  **2.3.2 Transtorno do Interesse/Excitação sexual......................................................**  **2.3.3Transtorno da Dor Gênito-pelvica/Penetração..............................................**  **2.3.4 Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento...........................**  2.4 MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS......................................... | **14**  **19**  **20**  **20**  **20**  **20**  **20** |
| **21**  22  **23**  **23**  **24**  **25**  **28**  **28**  **29**  **30**  **31**  **31** |
| 3 METODOLOGIA...................................................................................................  3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO ........................................................................  3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO ....................................................................  3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA...............................................................................  3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.............................................  3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.........................................................  3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA ..............................................................................  3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS...................................................................... | **33**  **33**  **33**  **33**  **34**  **34**  **35**  36 |
| **4 RESULTADOS....................................................................................................... 38**  **5 DISCUSSÃO........................................................................................................... 45**  **CONCLUSÃO........................................................................................................... 51**  **REFERÊNCIAS......................................................................................................... 52**  **APÊNDICES............................................................................................................... 58**  **APÊNDICE A Formulário de coleta de dados......................................................... 59**  **APÊNDICE B Termo de compromisso livre esclarecido........................................ 62**  **ANEXO C Ficha de encaminhamento de pacientes com DII com queixa de Transtorno de Disfunção Sexual......................................................................................................... 64**  **ANEXOS....................................................................................................................... 65**  **ANEXO A Autorização da CAAP/HU....................................................................... 66**  **ANEXO B Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.................... 67** | | |  |

**1 INTRODUÇÃO**

A saúde é determinada por fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, assim como o acesso aos bens e serviços essenciais. É dever do Estado o de garantir a saúde, enquanto direito do cidadão, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de ações e serviços realizados por instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta, indireta e das fundações mantidas pelo poder público. (BRASIL, 1988). Entre os serviços e ações prestados pelo SUS está a assistência aos sujeitos com a Doenças Inflamatórias Intestinais.

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são entidades nosológicas crônicas do Trato gastrointestinal (TGI) de etiologia complexa e multifatorial, incluindo as causas genéticas, imunológicas e ambientais. Os eventos que culminam com o desencadeamento das DII envolvem as células epiteliais no trato gastrointestinal, elementos da microbiota intestinal e resposta imunológica exacerbada do indivíduo (ABDALLA; KALRA; MOSHIREE, 2016). Do grupo das DII, duas enfermidades se comportam de forma muito semelhante: a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). As DII se apresentam alternadamente na forma ativa da doença, na fase inicial ou quando ocorrem recorrência, e forma quiescente ou remissão de atividade, caracterizando controle clínico adequado. (PEARSON, 2004; PORTELA, 2007; MOTA; GOMES; PETUCO, 2016).

Embora as duas entidades possam compartilhar muitas características clínicas e patológicas, elas possuem algumas especificidades próprias (BOUMA; STROBER, 2013). A RCU é um processo inflamatório difuso que atinge a mucosa e submucosa apenas do intestino grosso, comprometendo o reto e o cólon (MOTA; GOMES; PETUCO, 2016; PARENTE et al., 2015). A DC pode ocorrer em qualquer parte do trato digestivo, desde a boca até ao ânus, mas a região ileocecal é a área mais acometida, caracterizando-se pela presença de áreas saudáveis intercaladas com outras inflamadas e, por vezes, formação de abscessos e fístulas. (BSGIBD, 2010),

As Doenças Inflamatórias Intestinais podem evoluir, em longo prazo, com o comprometimento, às vezes, irreversível da estrutura e função gastrointestinal. (BSGIBD, 2010). E podem, também, atingir outros órgãos (MAGRO, 2007; PARENTE et al., 2015). Frequentemente, ocorrem artralgia, espondilite anquilosante, sacroileíte, pioderma gangrenoso, eritema nodoso, psoríase, uveíte e episclerite. Outras manifestações clínicas incluem litíase renal, trombose venosa profunda e vasculite (PEARSON, 2004).

Estudos sobre a epidemiologia das DII demonstraram uma tendência mundial para o aumento da incidência não apenas em países desenvolvidos, em torno de 50 a 70 casos/1.000.000 por ano, mas também em países em desenvolvimento, como ocorre em países da América do Sul. Atribui-se o rápido aumento da prevalência das DII nos países em desenvolvimento ao estilo de vida ocidental atrelada ao fator ambiental da gênese das DII (LEWIS et al., 2004). As DII atingem pessoas de várias classes socioeconômicas, idade, sexo e nacionalidade acometendo especialmente pessoas na faixa etária de 10 a 40 anos. (SOUZA et al., 2011),

As taxas de prevalência, incidência e mortalidade no Brasil ainda são desconhecidas, apesar de relatos regionais descreverem um aumento no número de casos novos da DC, se comparados à RCU (HARNOY et al., 2016). Houve aumento significativo das DII nas regiões sul e sudeste e em todos os estados da região nordeste (QUILICI et al., 2007; PARENTE et al., 2015). Estudo realizado no Piauí, em 2012, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (UFPI), hospital de referência para as DII, mostrou que a idade de início da doença variou de 12 a 82 anos, com predominância nos indivíduos mais jovens, ocorrendo igualmente em ambos os sexos e em indivíduos residentes das áreas urbana e rural (PARENTE et al., 2015).

Por serem crônicas e progressivas, as DII causam repercussões na qualidade de vida de seus portadores nos aspectos social, psicológico e profissional. No início da doença, os pacientes podem apresentar quadros de depressão, ansiedade, isolamento social e problemas de sexualidade, entre eles a redução da atividade sexual (JAHAN, 2012; PEARSON, 2004; MCDERMOTT et al., 2015; PONTES et al., 2004).

A sexualidade do ser humano sofre influências de fatores biológicos, psicológicos, sociais e clínicos, bem como de aspectos interpessoais e intrapessoais, que isolados ou conjugados, podem desenvolver problemas de disfunção sexual (MENDONÇA et al, 2012; KHAJEHEI et al., 2015). Desta forma a sexualidade é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos pilares para a qualidade de vida, constituindo fator importante para a saúde e bem-estar do indivíduo (MARTIN et al., 2016).

A sexualidade apresenta-se por meio de um ciclo de resposta sexual. No modelo de Basson, adotado pela Associação Psiquiátrica Americana que classifica os transtornos mentais e critérios associados, contidos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM 5, a sexualidade normal é apresentada como a constituição de quatro etapas consecutivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO; FLEURY, 2006; KHAJEHEI et al., 2015). Quando ocorre funcionamento insatisfatório de, no mínimo, uma das fases do ciclo da resposta sexual, de forma persistente e causando sofrimento clínico ao indivíduo, caracteriza-se uma situação clínica de disfunção sexual (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). A prevalência da disfunção sexual é relatada em cerca de 50% em pacientes com DII, devendo, portanto, sua triagem ser uma etapa na abordagem terapêutica para a manutenção da saúde das pacientes. (MANTZOURANIS et al, 2015).

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é o termo geral para distúrbios no funcionamento sexual das mulheres. Existem quatro grandes categorias de DSF: (a) transtorno do orgasmo feminino; (b) transtorno do interesse/excitação sexual; (c) transtorno da dor gênito-pélvica/penetração e (d) disfunção sexual induzida por substância/medicamento (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

As taxas de prevalência do transtorno do orgasmo entre as mulheres variam entre 10% a 42%, das quais apenas uma pequena parte refere-se ao sofrimento clínico. Cerca de 10% das mulheres hígidas não têm orgasmo durante suas vidas. A prevalência do transtorno do interesse/excitação sexual varia entre 5% e 14% e o diagnóstico é mais comum entre as mulheres na fase perimenopausa. Em estudos populacionais norte-americanos, 5% das mulheres relatam dificuldade significativa com a excitação sexual. Distúrbios de excitação sexual são comumente associados a outros transtornos, como a dispareunia, que prejudicam o funcionamento sexual normal (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

O transtorno da dor gênito-pelvica/penetração impacta negativamente na qualidade e vida das mulheres e de suas parcerias. No Brasil, 17% das mulheres referem dor durante a relação sexual (ABDO, 2004). A disfunção sexual induzida por substância/medicamento é induzida pelos medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e contraceptivos hormonais, atingindo principalmente o orgasmo. Cerca de 30% das queixas sexuais causadas pelo uso de medicamentos/substância são clinicamente significativas (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Dentre as doenças que contribuem para o desencadeamento das disfunções sexuais, destacam-se as DII. Estudos demonstraram que as DII afetam todos os aspectos da sexualidade, especialmente o orgasmo e o desejo. O desejo e o desempenho sexual em alguns pacientes com DII são provocados pela dor crônica e fadiga, depressão e ansiedade, que afetam as relações entre os casais (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Desta forma, as disfunções sexuais podem estar presentes em um número significativo de portadoras de DII, ocorrendo em até 30% das mulheres com Doença de Crohn segundo Alonso e colaboradores(ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009).

Outros estudos também têm demonstrado que as mulheres com DII têm taxa de disfunção sexual mais alta do que a população geral, provocada principalmente pela dispareunia, problema de lubrificação e infecções vaginais (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Dixon et al. (2015) relataram que até 50% de pacientes do sexo feminino com DII reduzem ou abstêm-se de atividade sexual em decorrência do medo da incontinência fecal, dor abdominal ou dispareunia. A interferência das DII na atividade ou ato sexual, levando inclusive a abstinência sexual, foi relatada por 9% (nove por cento) das mulheres no estudo conduzido por Barros e colaboradores (BARROS, 2016). As pessoas com Doença de Crohn, com implicações perianais e pacientes que se submeteram a cirurgias extensas também têm problemas com sua sexualidade (BARROS, 2016).

Por afetarem a sexualidade, estudos mostram que os próprios pacientes com DII sugerem que durante o diagnóstico das doenças seja informado o impacto dela sobre a intimidade e sexualidade do paciente (CHRISTENSEN, 2014). Porém, um estudo revelou que há dificuldades, tanto por parte da equipe de saúde como pelos pacientes, em discutir os problemas sexuais decorrentes das doenças, seja pelo pouco domínio sobre as disfunções pela equipe de saúde ou por inibição dos pacientes em falar sobre o assunto, dificultando sua abordagem com naturalidade pelas duas partes. (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009).

Faz-se, necessário, portanto, que médicos e pacientes resolvam essa dificuldade, haja vista, que essa abordagem é importante para a identificação de causas de conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Assim, o presente estudo propõe analisar a influência das DII na sexualidade da mulher, não como uma ação isolada, mas como uma ferramenta que possibilite promover melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas dessas enfermidades.

Como as Doenças Inflamatórias Intestinais causam repercussões importantes na qualidade de vida dos seus portadores trazendo alterações nos âmbitos social, psicológico e da sexualidade, a mensuração dos problemas sexuais è, portanto parâmetro importante na avaliação do impacto das DII na qualidade de vida das mulheres portadoras dessas enfermidades.

O intuito deste estudo foi o investigar a influência das Doenças Inflamatórias Intestinais na sexualidade das mulheres, quando propomo-nos a responder se as Doenças Inflamatórias Intestinais contribuíram para o surgimento das disfunções sexuais nas mulheres portadoras dessas enfermidades, afetando a sua qualidade de vida, no aspecto da sexualidade.

E também, devido à escassez de pesquisa nessa temática no Estado do Piauí, fez-se mister a realização desta pesquisa, servindo como um despertar para a realização de novos estudos sobre a problemática a ser abordada, bem como para aprimorar a abordagem clínica ampliada de pacientes com DII com possibilidade de causar repercussões positivas na qualidade de vida das mulheres com essas enfermidades crônicas.

1.3 OBJETIVOS

**1.3.1 Objetivo Geral**

* Analisar a influência das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) na sexualidade das mulheres.

**1.3.2 Objetivos Específicos**

* Caracterizar os aspectos socioeconômicos e clínicos das mulheres com DII.
* Identificar as disfunções sexuais das mulheres com DII
* Analisar a associação entre as disfunções sexuais e os aspectos socioeconômicos e clínicos das mulheres com DII.
* Analisar a qualidade de vida, no aspecto da sexualidade, das mulheres portadoras de DII que apresentam disfunção sexual.
* Caracterizar a abordagem médica, quanto ao aspecto da sexualidade, em mulheres portadoras de DII.

**2 REVISÃO DE LITERATURA**

2.1 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS – DII

**2.1.1 Fisiopatogenia**

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são entidades nosológicas crônicas de etiologia complexa e multifatorial incluindo as causas genéticas, imunológicas e ambientais. Caracterizam-se por comprometer segmentos do trato gastrointestinal (TGI), podendo também atingir outros órgãos. Os eventos que culminam com o desencadeamento das DII envolvem as células epiteliais no TGI, elementos da microbiota intestinal e resposta imunológica exacerbada do indivíduo (MAGRO, 2007; PARENTE et al., 2015). Há evidências de que na etiologia destas Doenças Inflamatórias Intestinais quatro aspectos inter-relacionam-se: 1) Fatores Genéticos; 2) Fatores Imunológicos; 3) Microbiota Intestinal e 4) Fatores Ambientais (MCDERMOTT et al, 2015).

Aparentemente as DII resultam de uma ativação constante da cascata inflamatória em indivíduos geneticamente predispostos, uma vez que há resposta imune inadequada e exagerada da mucosa gastrointestinal aos constituintes normais da microflora do TGI que é, em parte, determinada geneticamente (ABDALLA; KALRA; MOSHIREE, 2016). Isso ocorre, pois o epitélio intestinal representa uma barreira física para a entrada de bactérias; suas células revestidas por receptores de membrana específicos são capazes de distinguir entre bactérias comensais e invasoras, orientando sua destruição e mantendo a homeostasia do sistema imune intestinal (FIOCCHI, 1998; SARTOR, 2006).

A participação de fatores genéticos na etiologia tem sido evidenciada em vários estudos realizados em famílias com vários membros afetados e em gêmeos monozigóticos. Os referidos trabalhos evidenciaram uma taxa de concordância de 50% na DC e 10% na RCU (BSGIBD, 2010). Os fatores imunobiológicos são constatados pela evidência de que ambos pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa possuem ativadas a imunidade inata (macrófagos, neutrófilos) e a adquirida (células T, B), seguidas com a perda de tolerância para bactérias comensais entéricas (DIXON et al., 2015). Na microbiota intestinal a homeostase natural de comunidades microbianas intestinais se altera durante muitas enfermidades, dentre elas as Doenças Inflamatórias Intestinais.

As DII são doenças multifatoriais, mas há definitivamente um papel importante para as bactérias. Disbiose tem sido detectada em ambas as doenças que é mais pronunciada quando a inflamação está ativa. As alterações e modificações das espécies predominantes das bactérias fecais no cólon de pacientes com DII foram demonstrado por muitos grupos. Os fatores ambientais são provavelmente tão importantes como a composição genética do paciente para o risco de Doenças Inflamatórias Intestinais (CHRISTENSEN, 2014). Os estudos têm implicado vários fatores ambientais na patogênese das DII. Estes fatores incluem a infecção, mediante o uso de antibióticos; drogas anti-inflamatórias não-esteroidais (AINES); a dieta e o estresse e o tabagismo, que é fator protetor na RCU, mas fator de risco na DC (BEL et al., 2015).

Pacientes com DII vivenciam dificuldades dietéticas e estresse em sua doença rotineiramente. Aditivos alimentares, tais como alumínio e ferro, tem uma atividade adjuvante bem descrita e estimulam a virulência bacteriana, alterando a permeabilidade da mucosa, o fluxo de sangue na mucosa, dos eletrólitos, da secreção de água e a expressão de citoquinas e de neuropeptídios (HARNOY et al., 2016). O tabagismo é, talvez, o contribuinte ambiental mais bem documentado para DII, mas o seu efeito protetor para RCU e expositor sobre a DC, torna a compreensão difícil. A nicotina, de monóxido de carbono e hipóxia têm sido sugeridas como mediadores dos efeitos do fumo na DII. (SARTOR, 2006)

**2.1.2 Enfermidade**

Na Doença de Crohn as lesões comprometem todas as camadas, da mucosa à serosa, e, apesar de haver envolvimento comumente restrito à porção final do intestino delgado e ao cólon, podem afetar qualquer parte do TGI (BAUMGART et al., 2011). As lesões são do tipo “lesões descontínuas”, segmentadas no TGI, com duas áreas afetadas separadas por uma porção de intestino normal, a qual gera, com a evolução da doença, uma superfície em aspecto de paralelepípedo, denominado “mamelonado” ou “cobblestone” (O’TOOLE, WINTER, FRIEDMAN, 2014).

Na Retocolite Ulcerativa a inflamação é difusa e inespecífica, confinada à mucosa e submucosa da parede do Trato gastrointestinal (TGI), restrita ao cólon e reto, sendo a transição entre tecido acometido e tecido normal nítida e bem demarcada. O comprometimento é contínuo e pode causar desde erosões na mucosa, nas formas leves da doença, até úlceras e comprometimento da camada muscular nas formas mais graves, com presença de pólipos e pseudopólipos inflamatórios em todas as formas da doença (HARNOY et al., 2016).

**2.1.3 Manifestações clínicas**

Ocorrem nas DII manifestações clínicas intestinais e extraintestinais. De maneira geral, ambas as formas das Doenças Inflamatórias Intestinais apresentam-se com quadro de diarreia, associada ou não a sangue nas fezes, dor abdominal e perda de peso, podendo levar a quadros de urgência e incontinência fecal com sua evolução (ZENG et al., 2013). Devido à irritabilidade do reto na RCU, geralmente as evacuações são frequentes, em pequenos volumes e associadas a sangue, porém em pacientes idosos a frequência de espasmos pode levar à constipação. No quadro geral, o paciente pode apresentar febre, mal-estar e dor abdominal, principalmente no quadrante inferior esquerdo, que na maioria dos casos segue curso contínuo e crônico, mas também pode evoluir de forma intermitente crônica, com períodos quiescentes, entre outros, de ataques agudos, que podem durar semanas ou meses (BAUMGART et al., 2011).

A urgência e possível incontinência são sintomas relacionados a casos de envolvimento do cólon e reto, devido à perda de distensibilidade retal, enquanto as fezes com maior volume e sem urgência estão relacionadas a acometimentos do intestino delgado (MARTIN et al., 2016). Outros achados são a ocorrência de úlceras aftoides nos lábios, gengiva e mucosa bucal, o surgimento de massa em quadrante inferior direito do abdome, por espessamento das alças, além de orifícios fistulosos, endurecimento e rubor na região anal. Como achados laboratoriais, além daqueles mencionados na RCU, podem-se encontrar deficiências nutricionais variadas principalmente a diminuição sérica de vitamina B12, devido à má absorção intestinal (HARNOY et al., 2016).

As manifestações extraintestinais das DII podem ser mais problemáticas que as intestinais e acompanham ou não a atividade clínica destas (DIXON et al., 2015). A mais comum delas é a artrite, com dois padrões principais: artrite enteropática, uma forma periférica, e sacroileíte, com ou sem espondilite, uma forma axial da manifestação (MCDERMOTT et al., 2015). As manifestações hepáticas são a esteatose, pericolangite, cirrose e hepatite crônica aguda, além de complicações no trato biliar, como colangite esclerosante primária na RCU e presença de cálculos biliares, mais comuns à DC. Como manifestação cutânea, o pioderma gangrenoso pode aparecer de forma agressiva e trazer problemas sociais e psicológicos ao paciente (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

**2.1.4 Diagnóstico**

O diagnóstico é feito pela junção dos dados clínicos, achados radiológicos e histológicos em biopsias endoscópicas e de peças de ressecção cirúrgica. Porém, não há nenhuma característica que isoladamente feche um diagnóstico de DII específica, além de algumas vezes, apesar da combinação dos achados, não ser possível a determinação precisa de DC ou RCU (ABDALLA; KALRA; MOSHIREE, 2016). Por meio dos exames de imagem podem-se visualizar as lesões e o acometimento do TGI. Utilizam-se para tal fim exames que avaliam o trânsito intestinal, como endoscopia alta e baixa, enteroscopia, cápsula endoscópica, e os exames não invasivos, como o trânsito intestinal, enterografia por tomografia ou ressonância magnética (BSGIBD, 2010). Pode ser utilizada ainda a cápsula endoscópica que é uma câmera em formato de pílula que é engolida pelo paciente. Ela captura imagens do TGI conforme segue o fluxo, e é levada pelo peristaltismo. (BOUMA; STROBER, 2013).

**2.1.5 Tratamento**

O objetivo do tratamento das DII é estabilizar e manter a doença inativa ou silenciosa, mantendo o intestino com a inflamação reduzida ou sem inflamação. O tratamento medicamentoso inclui antibióticos, corticoides, aminossalicilatos, imunossupressores e imunobiológicos. Porém algumas complicações da doença requerem tratamento cirúrgico, sobretudo quando houver formação de abscessos, fístulas ou estenoses (PORTELA, 2007; MOTA; GOMES; PETUCO, 2016).

O tratamento convencional envolve o uso de ácido 5-aminossalicílico (sulfassalazina), corticosteróides, antibióticos e imunossupressores capazes de resolver episódios agudos, mas não evitam recidivas (MCDERMOTT et al., 2015). A sulfassalazina é uma combinação de sulfonamida (sulfapiridina) com um salicilato, cujos efeitos colaterais comuns consistem em distúrbios gastrintestinais como mal-estar e cefaleia, reações cutâneas e leucopenia, má absorção de ácido fólico, que são reversíveis com a interrupção do fármaco (BAUMGART et al., 2011).O tratamento pode também ser mediado por agentes biológicos. Como exemplo clássico cita-se o infliximabe, um anticorpo monoclonal (imunoglobulinaG) que age como antagonista do Fator de necrose tumoral alfa 27 (TNF-α), produto das células imunológicas do hospedeiro (DEWULF et al., 2006).

**2.1.6 Epidemiologia**

Estudos sobre a epidemiologia das DII demonstraram uma tendência mundial para o aumento da incidência não apenas em países desenvolvidos, em torno de 50 a 70 casos/1.000.000 por ano, mas também em países em desenvolvimento, como ocorre em países da América do Sul. Atribui-se o rápido aumentou da prevalência das DII nos países em desenvolvimento ao estilo de vida ocidental atrelada ao fator ambiental da gênese das DII (LEWIS et al., 2004).

A incidência e prevalência da DII são mais elevadas em países com maior desenvolvimento econômico, especialmente nos países do norte da Europa Ocidental, o Canadá, os Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia. Nas últimas décadas, houve também um aumento dessas taxas em países da Europa do Sul e de Leste e, em menor grau, Oriente Médio, África do Norte e alguns países asiáticos. Na América Latina, existem poucos estudos epidemiológicos de DII, embora alguns estudos tenham relatado o crescimento nas frequências de DC e RUC nesta região, apesar da baixa incidência dessas doenças (PARENTE et al., 2015).

Considera-se que as taxas de prevalência, incidência e mortalidade no Brasil ainda são desconhecidas, apesar de relatos regionais descreverem um aumento no número de casos novos da DC, se comparados à RCU (HARNOY et al., 2016). As DII atingem tanto homens como mulheres em proporções semelhantes, sendo a DC presente em maior prevalência nas mulheres. A faixa etária pode variar entre 15 e 30 anos com um segundo pico a partir dos 60 a 80 anos aproximadamente (BAUMGART et al., 2011). No Brasil, estudos epidemiológicos de DII também são muito escassos, apesar do aumento das frequências de visitas ambulatoriais e internações nos principais centros urbanos do Brasil (COSNES et al., 2011).

A incidência das DII no Brasil vem aumentando nas últimas décadas (PARENTE et al., 2015). A região norte é a que apresenta o menor número de internações relacionadas à DII, seguida pelas regiões nordeste, sudeste, sul e centro-oeste. O início da doença é mais prevalente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária (HARNOY et al., 2016).

2.2 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS E QUALIDADE DE VIDA DE SEUS PORTADORES

Os elementos psicológicos e sociológicos das DII como a educação, o emprego, o desenvolvimento social e as relações pessoais, são frequentemente subestimados quando se considera o impacto dessas enfermidades na vida de qualquer paciente (COSNES et al., 2011). O Estresse envolvido no convívio da DII tem sido reconhecido (BAUMGART; SANDBORN, 2007). A tensão aumentada em pacientes com DII tem sido demonstrada pelo aumento de urgência, diarreia, sangramento retal e dor abdominal, sentimentos de isolamento social e depressão crescente (JAHAN, 2012). As DII causam repercussões na qualidade de vida de seus portadores nos aspectos social, psicológico e profissional, podendo no início da doença, os pacientes apresentarem quadros de depressão, ansiedade, isolamento social e redução da atividade sexual (PONTES et al., 2004; PEARSON, 2004; JAHAN, 2012; MCDERMOTT et al., 2015).

A sexualidade é um fator importante para a saúde e o bem-estar do indivíduo, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um dos pilares para a qualidade de vida (MARTIN et al., 2016). É vista como sendo fundamental em todo ciclo de vida de homens e mulheres. Ela engloba as práticas e desejos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde, sendo, portanto entendida dentro de uma construção histórica, cultural e social, e que sofre transformações conforme mudam as relações sociais. (BRASIL, 2007). Ela é constituída ao longo da vida, faz parte da identidade humana e que por ser um fator intrínseco do ser humano o motiva a vivenciar o prazer (MORAES et al., 2012).

A sexualidade sofre influências de fatores biológicos, psicológicos, sociais e clínicos, bem como de aspectos interpessoais e intrapessoais, que isolados ou conjugados, podem desenvolver problemas de disfunção sexual. A sexualidade se dá por meio de um ciclo de resposta sexual. Vários modelos vêm sendo formulados para caracterizá-la e cada um estabelece as fases que a compõem. O modelo de Masters e Johnson explica o ciclo de resposta sexual por quatro fases: excitação, provocada por estímulo sexual interno, como pensamentos e fantasias, e externo, como tato, olfato, audição, gustação e visão. Ela é identificada pela ereção masculina e pela vasocongestão da vagina e da vulva na mulher; platô que caracteriza-se pela continuidade do estímulo que leva ao aumento do nível de tensão sexual; a continuação do estímulo desencadeia a terceira fase que é o orgasmo. E por fim, a quarta fase, a resolução, em que as pessoas retornam às suas condições físicas e emocionais usuais.

Outro modelo foi descrito por Kaplan em 1970 caracterizado por três fases: desejo, excitação e orgasmo (ABDO et al., 2004). Desses dois modelos, surge um terceiro, de Basson, adotado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da associação Psiquiátrica Americana, que definiu a sexualidade normal constituída por quatro etapas consecutivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução o qual acrescenta a influência do cérebro em alterações corporais durante a atividade sexual (ABDO et al., 2006; KHAJEHEI et al., 2015).

O desejo sexual ou a libido é o estado de atenção mental para estímulos eróticos e motivação para responder, que precede ou acompanha o ato sexual. A fase de excitação é caracterizada por vasodilatação da região pélvica e genital, que produz a ereção peniana no homem e a ereção do clitóris, dilatação da vulva e lubrificação genital em mulheres. A fase do orgasmo é caracterizada pela presença de contrações dos músculos lisos e estriada intermitentes dos órgãos genitais, causando contração em homens dos vasos deferentes e dos canais ejaculadores; e nas mulheres contração das paredes vaginais e dos músculos uterinos, e a fase de resolução é definida pelo retorno à linha de base, reduzindo a vasocongestão e produzindo o relaxamento do músculo. É acompanhada por um período refratário, no qual é difícil produzir uma nova resposta sexual. A função sexual, portanto, envolve uma resposta integrada, que afeta todo o organismo (HARNOY et al., 2016; MARTIN et al., 2016).

Estudos revelam que a função sexual dos indivíduos, em todas as fases do ciclo da resposta sexual, sofre influência significativa das doenças inflamatórias intestinais. O desejo e o desempenho sexual em alguns pacientes com DII são alterados pela dor crônica e fadiga, depressão e ansiedade vindo a afetar as relações entre os casais (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Um estudo concluiu que o funcionamento psicossexual é determinado pelo status de relacionamento, percepção da imagem corporal, as preocupações de fertilidade, função erétil, orgasmo, desejo sexual e satisfação sexual (O’TOOLE, WINTER, FRIEDMAN, 2014).

Alguns estudos têm demonstrado que as mulheres com DII têm taxa de disfunção sexual mais alta do que a população geral provocada principalmente pela dispareunia, problema de lubrificação e infecções vaginais (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Em 1987 um estudo concluiu que 30% das mulheres com Doença de Crohn tinham disfunções sexuais e outros estudos demonstraram que as doenças inflamatórias afetam todos os aspectos da sexualidade, mais especialmente o orgasmo e o desejo (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009).

Dixon e colaboradores (2015) relataram que até 50 % dos pacientes do sexo feminino com DII reduzem ou abstêm-se de atividade sexual por causa de seu medo de incontinência fecal, dor abdominal ou dispareunia. As pessoas com Doença de Crohn com implicações perianal, e pacientes que se submeteram à cirurgia extensiva também tem problemas com sua sexualidade (BARROS, 2016).

Como as DII afetam a sexualidade, estudos mostram que os próprios pacientes sugerem que durante o diagnóstico da doença seja informado o impacto dela sobre a intimidade e sexualidade do paciente (CHRISTENSEN, 2014). Porém um estudo revelou que há dificuldades tanto por parte dos profissionais como do paciente, em discutir os problemas sexuais decorrentes da doença, por domínio sobre as disfunções pela equipe de saúde ou por inibição em falar sobre o assunto, dificultando sua abordagem com naturalidade pelas duas partes. Faz-se, portanto, necessário que médicos e pacientes resolvam essa dificuldade, haja vista que essa abordagem é importante para a identificação de causas de conflitos psíquicos e relacionais, e/ou quadros psiquiátricos (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009).

2.3 DISFUNÇÃO SEXUAL

Quando uma das fases do ciclo da resposta sexual, de forma persistente, não funciona satisfatoriamente, acontece a disfunção sexual. A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é o termo geral para distúrbios no funcionamento sexual das mulheres A definição de disfunção sexual feminina evoluiu, nos últimos 15 anos, refletindo o conceito de que o princípio da resposta sexual feminina é composto por uma variedade de domínios e categorias (KHAJEHEI et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde classifica as disfunções em distúrbios do desejo sexual, transtorno de excitação sexual, disfunção orgásmica e desordem de dor. De acordo com o CID-10, disfunção sexual é a falta ou perda de desejo sexual, aversão sexual e falta de prazer sexual, falta de resposta genital, disfunção orgásmica, vaginismo anorgásmica, dispareunia, impulso sexual excessivo, outra disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica, e disfunção sexual inespecífica, não causada pelo distúrbio orgânico ou doença (MENDONÇA et al, 2012; KHAJEHEI et al., 2015).

De acordo com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, da Associação Psiquiátrica Americana, as disfunções sexuais são um grupo de transtornos heterogêneos tipicamente caracterizados por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa para responder sexualmente ou de sentir prazer sexual (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Existem quatro grandes categorias de DSF, de acordo com o DSM 5: 1) Transtorno do Orgasmo Feminino; 2) Transtorno do Interesse/Excitação sexual; 3) Transtorno da Dor Genéto-Pélvica/Penetração e 4) Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento (DSM 5, 2014).

**2.3.1Transtorno do Orgasmo Feminino**

Esse transtorno se caracteriza pela presença do retardo ou infrequência acentuados ou ausência do orgasmo ou pelas sensações orgásmicas com intensidade muito reduzida. Esses sintomas devem persistir por um período mínimo de seis meses e causar sofrimento clínico significativo no indivíduo. Os sintomas devem ser vivenciados em quase todas ou em todas as ocasiões de atividade sexual além de não puder ser a Disfunção Sexual explicada por fatores como problemas no relacionamento ou estresse. Esse transtorno pode ser provocado por problemas relacionados ao interesse e excitação sexual. Os fatores de risco para essa disfunção são dos tipos temperamentais, ambientais, e genéticos e fisiológicos nesses últimos incluídos condições médicas e uso de medicamentos (DSM 5, 2014).

Distúrbios do orgasmo são relatados entre 3-6% da população. Estes distúrbios incluem tanto transtorno orgásmico principal entre as mulheres que nunca tiveram a capacidade de atingir o orgasmo sozinha ou durante a atividade sexual com o parceiro, e distúrbios orgásmicos secundários, que envolve um atraso persistente ou ausência de orgasmo após a excitação normal. Perturbação do orgasmo secundário é comumente associado com desordem do desejo sexual hipoativo- HSDD e tem muitos dos mesmos fatores atenuantes, incluindo a contribuição psicossocial, saúde geral, e/ou certos medicamentos (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

As taxas de prevalência do transtorno do orgasmo entre as mulheres são influenciadas por fatores como idade, cultura, duração e gravidade dos sintomas, variando entre 10 a 42%, deste total apenas uma pequena parte refere sofrimento clínico. Cerca de 10% das mulheres não têm orgasmo durante suas vidas (DSM 5, 2014).

**2.3.2 Transtorno do Interesse/Excitação sexual**

É o distúrbio do desejo sexual mais comum e é definida como uma ausência ou redução significativa do interesse ou da excitação sexual. Seis são os sintomas que caracterizam o desinteresse ou ausência da excitação sexual, sendo necessária a ocorrência de no mínimo três deles para caracterizar o transtorno. São eles: 1) ausência ou redução do interesse pela atividade sexual; 2) ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais /eróticas; 3) nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente ausência de receptividade ás tentativas de iniciativa feitas pelo parceiro; 4) ausência ou redução na excitação /prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou em todos os encontros sexuais; 5) ausência ou redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer indicações sexuais ou eróticas, internas ou externas; 6) ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

No mínimo três desses sintomas devem ocorrer, persistir por um período mínimo de seis meses e causar sofrimento clínico significativo no indivíduo, além de poder a disfunção sexual não poder ser melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de conflitos decorrentes de estresse, efeito de alguma substância/medicamento, outra condição médica e principalmente por insatisfação no relacionamento. Portanto deve o contexto interpessoal ser considerado para sua avaliação. O baixo desejo sexual e de excitação sexual estão associadas a ansiedade, depressão e Doenças Inflamatórias Intestinais (DSM 5, 2014).

Pela definição do DSM 5, a prevalência para esse transtorno é desconhecida, mas o DSM IV e a CID 10 relatam que ela varia em relação á idade, ambiente cultural, duração dos sintomas e presença de sofrimento. Os fatores de risco para esse transtorno são dos tipos temperamentais, ambientais e genéticos e fisiológicos, nesses últimos incluídos condições médicas como a diabetes e fatores genéticos. A prevalência desse transtorno varia entre 5-14% e o diagnóstico é mais comum entre as mulheres na fase perimenopausa. Em estudos populacionais norte-americanos, 5% das mulheres relatam dificuldade significativa com a excitação sexual. Distúrbios de excitação sexual são comumente associados a outros transtornos como dispareunia que prejudicam o funcionamento sexual normal (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

**2.3.3Transtorno da Dor Gênito-pelvica/Penetração**

Esse transtorno se caracteriza pela ocorrência de dificuldade de penetração vaginal no momento do coito, dor vulvovaginal ou pélvica, medo ou ansiedade de sentir essa dor antes ou durante a penetração e, tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa ou a relação sexual. Um ou mais desses sintomas devem ocorrer, persistir por um período mínimo de seis meses e causar sofrimento clínico significativo no indivíduo além de não poder a Disfunção Sexual ser melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou causada por problemas no relacionamento, pelo uso de alguma substância ou a outra condição médica (DSM, 2014).

O transtorno da dor gênito-pelvica/penetração impacta negativamente na qualidade e vida das mulheres e de suas parcerias. No Brasil, 17% das mulheres referem dor durante a relação sexual (BRASIL, 2013). Os fatores de risco para essa disfunção são dos tipos ambientais e genéticos e fisiológicos, nesses últimos incluídos infecções vaginais. Não existe a prevalência para esse transtorno. Porém 15% das mulheres norte-americanas declaram sentir dor durante a relação conjugal (DSM 5, 2014).

**2.3.4 Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento**

Essa disfunção se caracteriza por uma perturbação clinica significativa na função sexual provocada pela intoxicação ou abstinência de alguma substância ou após a exposição a um medicamento que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. Dependendo da substância envolvida, a disfunção pode envolver prejuízo do desejo, da excitação, do orgasmo ou dor sexual. A disfunção é considerada plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina). Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância apenas quando os sintomas sexuais excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação e quando são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. A experiência clínica atual sugere vigorosamente que uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é habitualmente generalizada (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

2.4 MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Orientações sobre o diagnóstico e tratamento, baseada em evidências, de disfunção sexual feminina são limitados. De acordo com Zeng e colaboradores (2013), é importante o rastreio para a disfunção sexual utilizando um contexto psicossocial que avalia experiências tanto do parceiro sexual quanto do paciente. Uma história médica e psicossocial abrangente deve ser realizada, incluindo experiências com abuso sexual, depressão, abuso de substâncias e o grau de sofrimento associado com experiências sexuais (HARNOY et al, 2016).

A prevalência da disfunção sexual é relatada em cerca de 50% em pacientes com DII, devendo, portanto, sua triagem ser uma parte que colabore para a manutenção da saúde. Embora não exista um sistema de rastreio validado específico para DII, Mantzouranis propõe algumas questões específicas que ajudam a identificar a doença e a orientar sobre seu tratamento. Ele sugere sejam identificados sentimentos dos pacientes referentes a sintomas como medo de passagem das fezes durante a relação sexual, relações sexuais dolorosas (dispareunia), constrangimento devido à dispositivos (usado para drenar um seio / fístula / abcesso), inibição devido ao estoma e constrangimento na resolução destas questões com o parceiro e/ou provedor de cuidados de saúde. (MANTZOURANIS et al, 2015)

Baseado nessas respostas, o profissional de saúde pode intervir de acordo com os possíveis fatores de risco envolvidos. Além dessa abordagem pelo profissional especialista, o trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental, pois é esta relação saudável que favorece diversos olhares sobre as questões trazidas pelo paciente possibilitando a identificação das necessidades dos pacientes inclusive sobre os aspectos emocionais, sexuais e o impacto que as DII trazem para sua vida pessoal (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

No tratamento das disfunções sexuais se faz necessário o controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais assim como as dificuldades com o parceiro, mas também medidas específicas para cada caso, devendo cada mulher ser abordada de forma individualizada pelo profissional. Inicialmente devem ser adotadas terapias não farmacológicas e a psicossexual, devendo o medicamento ser utilizado quando a disfunção for causada por uma condição médica (LARA et.al, 2008; KHAJEHEI et al., 2015).

**3 METODOLOGIA**

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, para examinar as relações existentes entre Disfunção Sexual e DII em pacientes do sexo feminino.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI), que é referência na assistência aos pacientes com DII. Este hospital está situado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, bairro Ininga em Teresina e possui 190 leitos ativos distribuídos ente as clínicas médicas e cirúrgicas, dos quais 10 são destinados à Unidade do Sistema Digestivo. No ambulatório, existem horários específicos para atendimento de pacientes com DII em todos os dias da semana. Desde outubro de 2012, quando da inauguração do ambulatório do HU-UFPI, a novembro de 2015, foram atendidas 206 mulheres com DII. A coleta de dados do presente estudo foi realizada no período de setembro a dezembro de 2016.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa incluiu apenas mulheres com DII atendidas no HU-UFPI. Para o cálculo da amostra mínima necessária para o desenvolvimento deste estudo, considerou-se a determinação do tamanho da amostra com base na estimativa da proporção populacional:

Onde N é o tamanho da população (total cadastrada no HU-UFPI, de outubro de 2012 a novembro de 2015), p é a proporção populacional de indivíduos pertencentes à categoria a ser estudada (considerou-se a proporção de 30%, com base na literatura), Z é o valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (igual a 1,96) e E é o erro máximo de estimativa (significância de 5%). Assim, o tamanho mínimo da amostra estimado foi 126 participantes. Porém, de acordo com os dados cadastrais do hospital, 30% das pacientes desistiram de dar segmento ao tratamento, por motivo de morte ou desistência de acompanhamento médico, diminuindo, portanto, a população estudada e a amostra calculada inicialmente. Assim o tamanho da amostra foi reduzido para 106 pacientes.

Pelos critérios de inclusão, participaram da amostra as mulheres com DII atendidas por meio de consulta no ambulatório do HU-UFPI com idade igual ou superior a 18 anos que consentiram participar do estudo. Foram excluídas mulheres com alguma limitação física ou psicológica como problemas na fala, deficiência ou transtorno psiquiátrico que interferisse na compreensão das questões pesquisadas.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas, utilizando-se um formulário organizado pela pesquisadora, com perguntas fechadas e estruturadas contendo três partes: caracterização socioeconômica, caracterização das Doenças Infamatórias Intestinais, características das disfunções sexuais (APÊNDICE A).

Os dados sobre as disfunções sexuais foram elaborados com base nos critérios para classificação desses transtornos, definidos pela Associação Americana de Psiquiatria- APA-, contidos no Manual Diagnóstico e Estatístico (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Esta classificação foi escolhida por ser a mais atual para os transtornos e critérios para estabelecimento de diagnósticos de transtornos mentais, incluindo as disfunções sexuais, cujas classificações são harmonizadas com as da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, nona edição (CID-9) e CID 10. O DSM 5 vem sendo utilizado como recurso essencial para formação de estudantes, profissionais e pesquisadores da área.

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

As mulheres do HU-UFPI foram convidadas a participar do estudo após seu atendimento no ambulatório nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira, no período de setembro a dezembro de 2016.

No dia da entrevista, era fornecida pelo chefe do Ambulatório de Gastroenterologia do HU- UFPI a relação de mulheres com consulta agendada. A entrevista para preenchimento dos formulários foi realizada em local onde a privacidade foi assegurada.

Antes do início da entrevista, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, enfatizando a garantia do sigilo, bem como o direito de desistir a qualquer momento do estudo, se assim fosse o desejo da pesquisada. Na sequência, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os formulários foram aplicados pela pesquisadora.

Antes do período da coleta de dados, foi realizado o pré-teste com 10 mulheres da população a ser estudada, com vistas a avaliar a compreensibilidade dos instrumentos e a presença de todas as possibilidades de respostas. O formulário passou por modificações para inclusão de dados necessários para complementação de informações sobre as disfunções sexuais.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Microsoft Excel, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no software IBM® SPSS®, versão 18.0, e foram calculadas estatísticas descritivas, como médias, desvio padrão, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, e frequências para as qualitativas. A variável dependente foi Disfunção Sexual e as independestes foram caracterização socioeconômica, caracterização das doenças inflamatórias intestinais e características das disfunções sexuais.

As variáveis independentes socioeconômicas foram: procedência (Teresina, outros municípios do Piauí, outros estados – rural e urbana), cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena), estado civil (solteira, casada/união estável, separada/divorciada/viúva) escolaridade (não-alfabetizada, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo, pós-graduação), atividade remunerada (sim – renda mensal individual e renda mensal familiar, não).

As variáveis para caracterização das doenças inflamatórias intestinais foram: tipo de DII (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa), tempo da doença (anos/meses), fase ativa da doença (sim/não), uso de bolsa de colostomia (sim/não), envolvimento perianal (sim/não), cirurgia consequente de DII (sim/não)

E para identificação das características das disfunções sexuais foram utilizadas as seguintes variáveis: vida sexual atualmente (sim/não), sem vida sexual atualmente (nunca teve, parou por motivos não relacionados à DII, parou após os sintomas/diagnóstico da DII), se tem ou teve vida sexual, identificou problema de DSF (sim/não), tipos de DSF (TOF, TDES, TDGPP, DSIM, ODS), associação da DSF à DII (sim/não), problema de relacionamento com o parceiro influenciado por DSF (sim/não), problema de relacionamento afeta a qualidade de vida no âmbito da sexualidade (sim/não), médico da DI discute de DS (sim/não), considera importante discussão pelo médico (sim/não), acredita que médico da DII deve encaminhar paciente para especialista em sexualidade (sim/não).

Para a análise inferencial, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade das distribuições de variáveis quantitativas. As variáveis foram dicotomizadas para a realização do teste do Qui-quadrado de Pearson para a verificação de associação entre as variáveis independentes e os tipos de disfunções sexuais femininas, e quando não atendidos os pressupostos deste teste, foi realizado o teste Exato de Fisher. Para as associações com p ≤ 0,20, foi aplicada a regressão logística, tendo como parâmetro binário as DSF (0: ausência da disfunção; 1: presença da disfunção). Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. Para verificação de associações com as variáveis quantitativas, a dicotomização ocorreu através do valor da mediana das variáveis.

Neste estudo, para o diagnóstico de disfunção sexual, foram considerados os critérios estabelecidos pelo DSM 5, 2014. Desse modo, “transtorno do orgasmo feminino”, “transtorno do desejo/excitação sexual feminino”, “transtorno da dor gênito-pélvica/penetração” e “disfunção sexual induzida por substância/medicamento” foram considerados presentes com periodicidade a partir de seis meses para as três primeiras e três meses para a última, e relato de algum nível de sofrimento em decorrência do problema. Para “outra disfunção sexual especificada”, foi considerado outro tipo de disfunção que não as já especificadas e o relato de sofrimento.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa, em todas as suas etapas, obedeceu ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

As pacientes foram informadas e convidadas a participar de forma esclarecida, voluntária e gratuita e foi solicitada a elas a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). O projeto foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa- CAPP/HU para devida autorização do estudo, carta de aprovação nº 39/2015 (ANEXO A) e, posteriormente, ao CEP da UFPI que avaliou e aprovou sob o parecer número 1.635. 133 (ANEXO B).

**4 RESULTADOS**

Da população pesquisada, cuja amostra foi de 106 mulheres com DII, foi excluída uma paciente em cumprimento aos critérios definidos.

Na Tabela 1 encontra-se a caracterização socioeconômica das mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais que foram pesquisadas.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização socioeconômica das participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | **N** | **%** |
| **Idade** |  |  |
| ≤ 20 | 5 | 4,72 |
| 21 a 30 anos | 10 | 9,45 |
| 31 a 40 anos | 25 | 23,58 |
| 41 a 50 anos | 24 | 22,64 |
| > 50 anos | 42 | 39,62 |
| **Procedência** |  |  |
| Teresina | 54 | 50,94 |
| Outros municípios | 48 | 45,28 |
| Outros estados | 4 | 3,78 |
| **Zona de procedência** |  |  |
| Urbana | 87 | 82,07 |
| Rural | 19 | 17,93 |
| **Cor da pele** |  |  |
| Branca | 16 | 15,09 |
| Preta | 7 | 6,60 |
| Parda | 83 | 78,31 |
| **Estado civil** |  |  |
| Solteira | 25 | 23,58 |
| Casada/União estável | 70 | 66,04 |
| Separada/Divorciada | 10 | 9,43 |
| Viúva | 1 | 0,95 |
| **Escolaridade** |  |  |
| Não alfabetizada | 3 | 2,83 |
| Ensino fundamental incompleto | 33 | 31,13 |
| Ensino fundamental completo | 13 | 12,26 |
| Ensino médio completo | 46 | 43,39 |
| Ensino superior completo | 6 | 5,66 |
| Pós-graduação | 5 | 4,73 |
| **Atividade remunerada** |  |  |
| Sim | 75 | 70,75 |
| Não | 31 | 29,25 |
| **Renda individual** |  |  |
| ≤ 1 salário mínimo | 86 | 81,13 |
| > 1 salário mínimo | 20 | 18,87 |
| **Renda familiar** |  |  |
| ≤ 1 salário mínimo | 39 | 36,79 |
| > 1 salário mínimo | 67 | 63,21 |

Na Tabela 1 os dados revelam que as mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais tinham, em sua maioria, idade acima de 40 anos, 62,26%; eram procedentes de Teresina 50,9%; e de outros municípios do Piauí, 45,28%. Autodenominaram-se de cor parda, 78,31%, e quanto ao estado civil, 66,04 % eram casadas/união estável e 23,58% solteiras. Sobre a escolaridade, a maior parte, 43,39%, concluiu o ensino médio e 31,13% o ensino fundamental incompleto. A prevalência maior era de mulheres, 70,75%, que exercia alguma atividade remunerada percebendo renda mensal individual menor ou igual a um (1) salário mínimo, 81,13%, e renda familiar maior que o salário mínimo, 63,21%.

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização clínica das Doenças Inflamatórias Intestinais das mulheres com DII sujeitos da pesquisa.

**Tabela 2.** Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização das doenças inflamatórias das participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | **N** | **%** |
| **Doença inflamatória intestinal** |  |  |
| Doença de Crohn | 51 | 48,11 |
| Retocolite ulcerativa | 55 | 51,89 |
| **Tempo de acometimento** |  |  |
| >1 a 05 anos | 41 | 38,68 |
| 06 a 10 anos | 37 | 34,91 |
| 11 a 15 anos | 19 | 17,92 |
| 16 a 20 anos 6 5,66  21 a 25 2 1,89  26 a 30 1 0,94  **Envolvimento perianal** | | |
| Sim | 42 | 39,62 |
| Não | 64 | 60,38 |
| **Realizou cirurgia consequente** |  |  |
| Sim | 21 | 19,81 |
| Não | 85 | 80,19 |
| **Está na fase aguda** |  |  |
| Sim | 18 | 16,98 |
| Não | 88 | 83,02 |
| **Uso de bolsa de colostomia** |  |  |
| Sim | 3 | 2,83 |
| Não | 103 | 97,17 |
|  |  |  |

Na Tabela 2 os dados revelam que, das mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais, 51,89%, era acometida com a Retocolite Ulcerativa e o restante; 48,11% com Doença de Crohn. Acerca do tempo de acometimento da doença, a maioria, 73,59 tinha entre menos de um ano a10 anos; a maioria não teve envolvimento perianal e não realizou cirurgia consequente à complicação de DII, 83,19%. No momento da pesquisa, a expressiva maioria, 83,02%, não se encontrava na fase ativa da doença e 97,17% relatou não usar bolsa de colostomia.

Das mulheres que tiveram vida sexual, 91,51% identificaram algum problema de disfunção sexual. Destas, 53,77% atribuíram esses problemas às DII. O percentual dos tipos de Transtorno de Disfunção Sexual que acometeram as mulheres pesquisadas encontra-se apresentado na tabela 3. Parte das mulheres referiu mais de um transtorno.

**Tabela 3.** Distribuição da amostra segundo os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) das participantes da pesquisa. Teresina - PI, 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DSF** | **N** | **%** |
| TDES | 41 | 42,26 |
| TOF | 33 | 34,02 |
| TDGPP | 22 | 17,60 |
| DSISM | 19 | 15,20 |
| ODSE | 13 | 10,40 |

Legenda: TDES: Transtorno do desejo/excitação sexual feminino TOF: Transtorno do orgasmo feminino; TDGPP: Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração; DSISM: Disfunção sexual induzida por substância/medicamento; ODSE: Outra disfunção sexual especificada

O transtorno com maior frequência, 42,26%, foi o Transtorno do Desejo/Excitação Sexual (TDES), seguido, com 34,02%, do Transtorno do Orgasmo Feminino (TOF). O Transtorno da Dor Gênito-pélvica Penetração (TDGPP) foi sentido por 17,60% das mulheres; enquanto 15,2% relatam ter tido Disfunção Sexual Induzida por Substância/ Medicamento (DSISM). Outra Disfunção Sexual Especificada ( ODES) foi relatada por 10,40% das mulheres sujeitos da pesquisa

Na Tabela 4 encontra-se a associação entre as variáveis socioeconômicas e clínicas das doenças inflamatórias intestinais, que apresentaram p ≤ 0,20, pré-requisito para compor o modelo final da regressão binomial deste estudo, retratado na Tabela 6.

**Tabela 4.** Associação entre as variáveis socioeconômicas, as variáveis clínicas e os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) em mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Teresina – PI, 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | | **TIPOS DAS DSF** | | | | | | | | | | | | |
| **Variáveis socioeconômicas** | N | | SIM | | % | | NÃO | | % | | OR | | p | |
| Escolaridade | | **TOF** | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ Ensino fundamental | | 44 | | 21 | | 21,65 | | 23 | | 23,71 | |  | |  | |
| > Ensino fundamental | | 53 | | 12 | | 12,37 | | 41 | | 42,27 | | 0,32 | | 0,02 | |
| Renda individual | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ≤ 1 salário mínimo | | 77 | | 31 | | 31,96 | | 46 | | 47,42 | |  | |  | |
| > 1 salário mínimo | | 20 | | 2 | | 2,06 | | 18 | | 18,56 | | 6,07 | | 0,19 | |
| Renda familiar | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ≤ 1 salário mínimo | | 37 | | 17 | | 17,53 | | 20 | | 20,62 | |  | |  | |
| > 1 salário mínimo | | 60 | | 16 | | 16,49 | | 44 | | 45,36 | | 0,43 | | 0,12 | |
| Idade | | **TDES** | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 48 anos | | 48 | | 16 | | 16,49 | | 32 | | 32,99 | |  | |  | |
| > 48 anos | | 49 | | 25 | | 25,77 | | 24 | | 24,74 | | 0,48 | | 0,13 | |
| Escolaridade | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ≤ Ensino fundamental | | 44 | | 26 | | 26,80 | | 18 | | 18,56 | |  | |  | |
| > Ensino fundamental | | 53 | | 15 | | 15,46 | | 38 | | 39,18 | | 0,27 | | <0,01 | |
| Atividade remunerada | | **DSISM** | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | 71 | | 10 | | 10,31 | | 61 | | 62,89 | |  | |  | |
| Não | | 26 | | 9 | | 9,28 | | 17 | | 17,53 | | 3,23 | | 0,15 | |
| Estado civil | | **ODSE** | | | | | | | | | | | | | |
| Casada/União estável | | 68 | | 11 | | 11,34 | | 57 | | 58,76 | |  | |  | |
| Não casadas | | 29 | | 2 | | 2,06 | | 27 | | 27,84 | | 0,38 | | 0,17 | |
| Atividade remunerada | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Sim | | 71 | | 12 | | 12,37 | | 59 | | 60,82 | |  | |  | |
| Não | | 26 | | 1 | | 1,03 | | 25 | | 25,77 | | 0,20 | | 0,08 | |
| Renda individual | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ≤ 1 salário mínimo | | 77 | | 7 | | 7,22 | | 70 | | 72,16 | |  | |  | |
| > 1 salário mínimo | | 20 | | 6 | | 6,19 | | 14 | | 14,43 | | 4,29 | | <0,01 | |
| Renda familiar | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ≤ 1 salário mínimo | | 37 | | 2 | | 2,06 | | 35 | | 36,08 | |  | |  | |
| > 1 salário mínimo | | 60 | | 11 | | 11,34 | | 49 | | 50,52 | | 3,93 | | 0,14 | |
| **Variáveis clínicas da DII** | N | | SIM | | % | | NÃO | | % | | OR | | P | |
| Está na fase aguda | | **TOF** | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | | 17 | | 9 | | 9,28 | | 8 | | 8,25 | |  | |  | |
| Não | | 80 | | 24 | | 24,74 | | 56 | | 57,73 | | 0,38 | | 0,15 | |
| Doença inflamatória intestinal | | **TDES** | | | | | | | | | | | | | |
| Doença de Crohn | | 47 | | 11 | | 11,34 | | 36 | | 37,11 | |  | |  | |
| Retocolite ulcerativa | | 50 | | 30 | | 30,93 | | 20 | | 20,62 | | 4,91 | | 0,02 | |

Na Tabela 4 os dados mostram que as pacientes que relataram ter o transtorno do orgasmo feminino (TOF) tinham, em sua maioria, grau de escolaridade de até o ensino fundamental (21,65%), renda individual de até um salário mínimo (31,96%) e em relação à renda familiar, os percentuais foram iguais para até um salário mínimo e maior do que um salário mínimo (17,53%). Apenas a associação do grau de escolaridade com TOF foi significativa (p = 0,02).

A respeito do transtorno do desejo/excitação sexual feminino (TDES), 25,77% tinha idade maior do que 48 anos e 16,49% tinham idade de até os 48 anos, grau de escolaridade de 26,80% de até o ensino fundamental e 15,46% grau de escolaridade maior do que o ensino fundamental. Esta variável foi a única que apresentou diferença significativa estatística entre as médias (p < 0,01), ou seja, a maioria que não apresentava o TDES retratava grau escolar maior do que o ensino fundamental.

Para a disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos (DSISM), do total de 19 pacientes com tal distúrbio, 10,31% desenvolvia alguma atividade remunerada e 9,28% não desempenhava atividade remunerada Quanto às outras disfunções sexuais especificadas (ODSE), o perfil da entrevistada foi casada/em união estável (11,34%), desenvolvia atividade remunerada (12,37%) e a renda familiar era maior do que um salário mínimo (11,34%). Somente a variável de renda individual, com 7,22% para menor ou igual a um salário mínimo e 6,19% para maior que um salário mínimo, apresentou diferença estatística significativa entre as médias (p < 0,01).

Os dados mostram que as pacientes que relataram ter ensino médio ou grau de escolaridade superior apresentaram em 12,37% TOF e em 15,46% TDES, com OR de 0,32 e 0,27, respectivamente, logo portar maior grau de escolaridade foi fator protetor para o Transtorno do Orgasmo Feminino (TOF) e para o transtorno do Desejo/Excitação Sexual Feminino (TDES), pois ambas apresentaram OR menor que 1, e Intervalos de Confianças de 95% menores que 1 também (IC95% = 0,23; 0,93 e IC95% = 0,19; 0,87, respectivamente). Ratifica-se que foram observadas diferenças significativas estatísticas nestas referidas variáveis (p< 0,01) pelo teste do qui-quadrado( tabela 4).

Acerca das variáveis clínicas das Doenças Inflamatórias Intestinais, a maioria que era acometida pelo TOF não estava na fase aguda da doença (24,74%), e a maioria que tinha TDES, padecia de Retocolite Ulcerativa (30,96%), dando-se como fator de risco, pois apresentou OR de 4,91 (IC95% = 0,39; 0,96), com p significativo, igual a 2%, pelo teste do qui-quadrado.

A Tabela 5 trata da associação entre as variáveis do estudo que abordaram a temática sobre a qualidade de vida e a abordagem médica, em relação aos tipos de disfunções sexuais femininos que apresentaram p ≤ 0,20.

**Tabela 5.** Associação entre as variáveis da qualidade de vida, da abordagem médica e os tipos de Disfunção Sexual Feminina (DSF) em mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Teresina – PI, 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | | **TIPOS DE DSF** | | | | | | | |
| **Variáveis quanto à qualidade de vida** | |  | | | | | | | |
| **TOF** | | | | | | | | | |
| Problemas de relacionamento com o parceiro devido às DII | N | | SIM | % | NÃO | % | OR | P |
| Sim | 42 | | 19 | 19,59 | 23 | 23,71 |  |  |
| Não | 55 | | 14 | 14,43 | 41 | 42,27 | 0,40 | 0,1 |
| Os problemas de relacionamento contribuem negativamente para a qualidade da vida sexual |  | |  |  |  |  |  |  |
| Sim | 39 | | 19 | 19,59 | 20 | 20,62 |  |  |
| Não | 3 | | 0 | 0,00 | 3 | 3,09 | 0 | 0,1 |
| **TDES** | | | | | | | | | |
| Problemas de relacionamento com o parceiro devido às DII | N | | SIM | % | NÃO | % | OR | P |
| Sim | 42 | | 25 | 25,77 | 17 | 17,53 |  |  |
| Não | 55 | | 16 | 16,49 | 39 | 40,21 | 0,28 | 0,05 |
| **Variáveis quanto à abordagem médica** |  | |  |  |  |  |  |  |
| **TDES** | | | | | | | | | |
| O médico deve encaminhar as pacientes com problemas de disfunção sexual à especialistas | N | | SIM | % | NÃO | % | OR | P |
| Sim | 80 | | 29 | 29,90 | 51 | 52,58 |  |  |
| Não | 17 | | 12 | 12,37 | 5 | 5,15 | 4,22 | 0,13 |
| **TDGPP** | | | | | | | | | |
| O médico informa sobre os problemas de disfunção sexual | N | | SIM | % | NÃO | % | OR | P |
| Sim | 15 | | 7 | 7,22 | 8 | 8,25 |  |  |
| Não | 82 | | 15 | 15,46 | 67 | 69,07 | 3,91 | 0,12 |

Legenda: TOF: Transtorno do orgasmo feminino; TDES: Transtorno do desejo/excitação sexual feminino; TDGPP: Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração; OR: Odds Ration.\*valores de p para o teste do qui-quadrado e do teste exato de Fisher.

Na Tabela 5 os dados mostram que das 42 mulheres acometidas pelo TOF, 19,59% sofriam com problemas de relacionamento com o parceiro como consequência da DII e tais problemas contribuíram, de forma negativa, na qualidade da vida sexual. Para as 42 mulheres que sofriam do TDES, 25,77% tinham problemas de relacionamento devido a DII.

Quanto à abordagem médica, aproximadamente 30% das mulheres que tinham TDES assinalaram que o médico deveria encaminhar as pacientes com problemas de disfunção sexual a outros especialistas e 15,46% das acometidas pelo transtorno da Dor Gênito-Pélvico/Penetração (TDGPP) afirmaram que o médico não informou a elas sobre os problemas de disfunção sexual.

De todas essas variáveis, foi possível constatar que as pacientes que foram acometidas pelo transtorno do Desejo/Excitação Sexual Feminino (TDES) apresentaram maior facilidade em ter problemas conjugais devido a DII, pois a mulher que não tinha problemas de relacionamento com o parceiro devido a DII teve a razão de chances em desenvolver o TDES de 0,28. Esta variável apresentou associação significativa (p = 0,05).

Ainda considerando os resultados dos questionários, após a análise de regressão binomial ou logística, apenas a variável de problemas no relacionamento com o parceiro da paciente apresentou relação significativa ( p ≤ 0,04 (Tabela 6). O resultado da análise mostrou que não ter problemas conjugais devido às DII foi fator protetor para o desenvolvimento do TOF (OR = 0,41). Esta razão foi confirmada pelo p igual a 4% e pelo intervalo de confiança, que excluiu valor nulo (IC95% = 0,16; 0,94).

**Tabela 6**. Modelo final da regressão binomial segundo as variáveis e os tipos de Disfunção Sexual Feminino (DSF). Teresina – PI, 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIÁVEL** | **TOF** | | | | | | |  |
| Problemas de relacionamento com o parceiro devido às DII | N | SIM | % | NÃO | % | OR | p | IC 95% |
| Sim | 42 | 19 | 19,59 | 23 | 23,71 |  |  |  |
| Não | 55 | 14 | 14,43 | 41 | 42,27 | 0,41 | 0,04 | 0,16; 0,94 |

Legenda: TOF: Transtorno do orgasmo feminino; OR: Odds Ration; IC: Intervalo de confiança.

\*valores de p para regressão logística

**5 DISCUSSÃO**

As Disfunções Sexuais Femininas (DSF) são transtornos mentais que afetam a qualidade de vida no âmbito da sexualidade. São, em parte, ocasionadas pelas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Nesse estudo algum tipo de DSF foi relatado pela maioria das mulheres. No Piauí, um estudo realizado por Parente et al, (2015) mostrou a prevalência maior da DII na faixa etária da população entre 10 a 40 anos, no início da doença. Da mesma forma, a prevalência encontrada no estudo de Castro (PINTO, 2008), predominou nestas faixas etárias. Os estudos de O’toole, Winter, Friedman (2014) também mostraram o resultado mais prevalente entre 15 e 40 anos. No presente estudo, mais da metade das pacientes encontrava-se com a idade entre 31 a maior de 50 anos Isso se explica porque nesta pesquisa foi indicada a idade atual das pacientes e não aquela do início da doença, justificando a idade mais jovem nos estudos acima citados. Tanto neste estudo como nos demais citados, a prevalência se dá numa faixa etária em que as pessoas se encontram numa fase sexual ativa, dado que torna o estudo desta temática relevante.

Nesse estudo foi maior a prevalência das doenças em mulheres que se autorreferiram de cor parda, superior ao encontrado no estudo de Souza (2011), em que a maioria (48,5%), se autorreferia também parda, porém, em uma percentagem bem menor. Sobre o nível de escolaridade, dados do presente estudo mostraram que a maioria das mulheres tinha ensino médio concluído e ensino fundamental incompleto. No estudo de Pontes (2004), a maioria apresentou-se com nível de escolaridade de até o primeiro grau, resultado próximo ao do presente estudo que apresentou significância, enquanto no estudo da ABDO (2004), a maioria tinha instrução universitária. A escolaridade, portanto, pode ser muito variável, dependendo da população estudada, se apresentando ora como fator de risco, ora como fator protetor. È, portanto, um dado relevante devendo sempre ser considerado.

Das mulheres pesquisadas, a maioria exercia alguma atividade remunerada, percebendo renda mensal individual menor ou igual a um salário mínimo, e renda familiar maior que o salário mínimo. O estudo de Barros (2016) mostrou que as mulheres com condição econômica menor, em relação ao grupo controle, apresentavam maior prevalência das DII, corroborando com o estudo em pauta. Porém, de acordo com as Diretrizes de Prática da Organização Mundial de Gastroenterologia, a Doença de Crohn, geralmente é mais prevalente nas classes econômicas mais altas (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE, 2015). É possível se inferir pelos resultados dos estudos que as condições de vida como alimentação, higiene e conforto, que dependem da condição econômica, interferem no acometimento e nos tipos de DII.

# De acordo com os dados desse estudo, das mulheres com Doenças Inflamatórias Intestinais, a maioria era acometida com a Retocolite Ulcerativa (RCU), em concordância com outros estudos que mostraram que a incidência da RCU, na população é maior que a da Doença de Crohn (SOUZA, 2011). Porém, outros estudos mostraram que, nas mulheres, a prevalência da DC era maior que a RCU (BAUMGART et al., 2011; CAMBUI, 2015). Destaca-se, no entanto, que a diferença entre a quantidade de mulheres com RCU em relação à DC, nesse estudo, foi bem pequena, de 3,78%.

No presente estudo, a maioria das mulheres com DII apresentou algum tipo de transtorno de Disfunção Sexual. Destas, cerca de mais da metade atribuiu os transtornos às DII. A prevalência de DS foi relatada por cerca da metade das pacientes com DII, mostrando a influência destas doenças sobre o transtorno. Outros estudos mostraram que os pacientes com DII apresentaram redução de atividade sexual (PEARSON, 2004). O estudo de Barros (2016) mostrou que da população de mulheres com DII estudada, a maioria tinha algum transtorno de disfunção sexual, no qual 49% das mulheres tinham pelo menos uma disfunção sexual e 9% relataram ser as DII a causa para o aparecimento das disfunções sexuais (BARROS, 2016). Esses resultados são bem próximos ao que foi encontrado nesse estudo. Da mesma forma, o estudo conduzido por Alonso revelou que 30% das mulheres com DC tinham disfunções sexuais (ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009). Todos esses resultados são importantes, pois revelam haver relação entre DII e Disfunção sexual.

Outros achados na literatura revelaram que a DSF se apresentava em torno de 40% e 45% das mulheres em geral; e, em mulheres entre 40 e 60 anos de idade, a prevalência foi de 35,9%, sendo as doenças crônicas um dos fatores que provocavam a disfunção sexual. (VALADARES et al., 2008; LARA, 2008). O estudo de Pearson (2004) revelou que metade das pacientes do sexo feminino, em relação ao total estudado por ele, absteve-se ou reduziu a atividade sexual por medo de incontinência fecal, dor abdominal ou dispaurenia. Essas são algumas das condições clínicas das doenças inflamatórias intestinais, que assim podem justificar a elevada taxa de DSF nas mulheres por elas acometidas (ZENG et.al, 2013).

Dos transtornos de Disfunção Sexual, relatados pelas mulheres no presente estudo, a maior frequência apresentada foi o Transtorno do Desejo/Excitação Sexual- TDES. Outros estudos mostraram também frequências próximas ao estudo em pauta (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014; BALLONE, 2004). As pequenas diferenças entre esses estudos e os resultados dessa pesquisa talvez possam ser justificadas pelo fato da libido das mulheres sofrer influência de fatores sociais, econômicos, culturais, nível educacional, idade e religião (MENDONÇA 2012; JAHAN, 2012). Outro fator, que pode contribuir é o tipo de relacionamento conjugal.

O Transtorno do Orgasmo Feminino – TOF- se apresentou em vários estudos como o mais prevalente entre as mulheres (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). No presente estudo, no entanto, foi o segundo mais prevalente corroborando com o estudo de Ferreira e colaboradores (2007) e o de Lara (2008) o qual mostrou uma prevalência, 30%, aproximada à do estudo em pauta. Dos transtornos, esse talvez, seja o de maior grau de dificuldade em ser avaliado pelas mulheres pelo caráter subjetivo dessa fase do ciclo sexual, o que pode justificar as diferenças nos estudos. Dos outros transtornos, nesse estudo, o da Dor Gênito-Pélvica Penetração foi sentido por 17,60%, prevalência aproximada com a encontrada no Manual de Medicina Sexual, ou seja, variação de 12 a 15%, em mulheres sexualmente ativas (BARROS, FIGUEIREDO, 2014). A Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento foi sentida por 15,2% das mulheres, enquanto outra Disfunção Sexual Especificada foi relatada por 10,40% das mulheres sujeitos da pesquisa.

Um dos objetivos desse estudo foi o de analisar a relação entre a DSF e as variáveis econômicas. Destas, apresentou associação significativa o grau de escolaridade, tanto para o TOF como para o TDES, os resultados do presente estudo mostraram que portar maior grau de escolaridade foi fator protetor para ambos os transtornos. Outros estudos também apontaram uma relação positiva entre essas variáveis, mostrando uma prevalência maior de DSF em mulheres apenas com ensino fundamental e menor em mulheres com ensino superior (ABDO et al, 2004; 2005; SAFARINEJAD, 2006; CAYAN et al., 2007). Mas há estudos que mostram não haver diferenças significativas entre a DSF e o grau de escolaridade, uma vez que a prevalência entre as mulheres apenas com o ensino fundamental, com ensino médio e com ensino superior foi de, respectivamente 30,2%, 24,2% e 13, 4% (PINTO, 2008). Apesar desse resultado, acredita-se haver associação entre essas variáveis, haja vista que quanto maior a escolaridade maior a chance da paciente em procurar terapias para os transtornos.

Para a Disfunção Sexual Induzida por Substâncias/Medicamentos (DSISM) e Outra Disfunção Sexual Especificada (ODSE), somente a variável de renda individual, para menor ou igual a um salário mínimo e para maior que um salário mínimo, apresentou diferenças estatísticas significativas (p < 0,01). Não há consenso na literatura sobre a associação entre nível econômico e disfunção sexual. Todavia, um estudo realizado com mulheres americanas mostrou que o risco de disfunção sexual era mais prevalente em mulheres com baixo poder econômico, corroborando os resultados do presente estudo (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999); enquanto outros, apresentaram uma associação inversa (KADRI MCHICHI, MCHAKRA, 2002; NAZARETH, BOYTON, KING, 2003).

# O Transtorno da Dor Gênito-pélvica- Penetração foi sentido por uma quantidade semelhante tanto com mulheres em estudo dos Estados Unidos (LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999; ZENG, 2013), como no estudo de Brasil (BRASIL, ABDO, 2016), em concordância com os valores encontrados no presente estudo. O transtorno que menos atingiu as mulheres do estudo foi o da Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento. Além desses quatro tipos de DSF citadas, 10,40% das mulheres, relatam ter outra Disfunção Sexual Especificada.

Analisar a relação entre a DSF e as variáveis clínicas das mulheres com DII foi outro objetivo desse estudo. A maioria que era acometida pelo TOF não estava na fase aguda da doença. Resultado semelhante foi encontrado por Barros (2016), cuja maioria das pacientes se encontrava em fase de remissão da doença. Talvez essa condição clínica possa ser explicada, tanto no estudo dessa autora como no estudo em pauta, pelo fato das pacientes estarem em atendimento ambulatorial.

No presente estudo, um percentual significativo das mulheres que relataram TDES padecia de Retocolite Ulcerativa. O estudo de Barros (2016), diferente do presente estudo, mostrou não haver associação entre DSF e o tipo de DII. Embora não haja associação com um tipo específico de DII, não deixa de ser relevante a relação entre DSF e DII.

Outra associação analisada foi entre as variáveis da qualidade de vida, da abordagem médica e os tipos de disfunções sexuais. No estudo de Barros, 9% das mulheres com DII relataram que a doença tem uma grande interferência na vida sexual. A Disfunção Sexual Feminina atinge de 20 a 40% das mulheres com grande impacto na qualidade de vida e nos relacionamentos (ZENG, 2013). No estudo em pauta, a maioria das mulheres relatou algum tipo de disfunção sexual, com maiores prevalências TDES e TOF.

Das mulheres acometidas pelo TOF e das acometidas pelo TDES, ambas sofriam com problemas de relacionamento com o parceiro como consequência da DII. Esses problemas contribuíam de forma negativa para a qualidade da vida sexual. As mulheres com TDES apresentaram maior facilidade para ter problemas conjugais, pois a mulher que antes não tinha problemas de relacionamento com o parceiro, quando acometida pela DII passou a té-lo. Tais achados mostram o que a literatura afirma sobre a importância da saúde sexual para a manutenção das relações afetivas e como parte da saúde global e bem estar do indivíduo (STUDD, 2007; LARA, 2008; MULHALL et al, 2008)

No presente estudo esse dado foi verificado pela análise de regressão binomial ou logística que mostrou haver relação significativa das Doenças Inflamatórias Intestinais e problemas no relacionamento com o parceiro, pois quem não tinha problemas conjugais devido às DII foi fator protetor para o desenvolvimento do TOF.

A relação entre disfunções sexuais e interação sexual entre casais foi demonstrado no estudo de Kilmann, em 1991, apresentando uma maior incidência de disfunção sexual nos casais insatisfeitos sexualmente, reforçando, portanto, a interferência das disfunções nas relações conjugais e dessas com as DII. ( PECHORRO ET. AL., 2009). Outro estudo mostrou que o sucesso do relacionamento conjugal pode ser extremamente dependente da satisfação sexual do casal. (TOZO et al., 2007). O aspecto da sexualidade, e a sua relação com as DII, devem, portanto ser um aspecto avaliado durante a abordagem médica de forma a contribuir para a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da mulher.

No presente estudo, quanto à abordagem médica para diagnóstico das disfunções sexuais em mulheres com DII, um percentual significativo das mulheres que tinham TDES, assinalou que o médico deve encaminhar as pacientes com problemas de disfunção sexual a especialistas e um percentual menor das acometidas pelo transtorno da dor gênito-pélvico/penetração (TDGPP) afirmaram que o médico não informou a paciente sobre os problemas de disfunção sexual. Essa postura por parte da equipe de saúde poderia ser revista, considerando o grande percentual de mulheres ( 60%), que revelou que a atividade sexual era importante para a sua estabilidade física e emocional (BARROS, FIGUEIREDO, 2014).

Embora a literatura mostre a importância do diagnóstico das disfunções sexuais, haja vista, a interferência desses transtornos na qualidade de vida, além de estarem geralmente associadas a questões de saúde (ABDO, 2004), estudos mostram que menos de 10% dos médicos abordam sobre as queixas sexuais de suas pacientes pelo pouco domínio e habilidade em tratar a sexualidade e as disfunções sexuais (ABDO, 2004; LARA, 2008; ALONSO; ROMÁN; MIQUEL, 2009; ZENG, 2013). Outro fator que dificulta o diagnóstico é a falta de iniciativa da maioria das mulheres em falar sobre suas dificuldades sexuais, por inibição (ABDO, 2004; LARA, 2008).

# No entanto, esses problemas devem ser contornados considerando que a literatura mostra que problemas sexuais de qualquer natureza ocorrem em 50% dos casais que têm vida sexual ativa. Outro dado a ser considerado é o de que pacientes com DII têm quase todos os aspectos da sexualidade feminina prejudicados (TIMMER et al., 2008).

6 **CONCLUSÃO**

A pesquisa ora apresentada cujo objetivo foi o de analisar a influência das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) na sexualidade das mulheres acometidas dessas enfermidades mostrou que a maioria dos Transtornos de Disfunção Sexual apresentados por elas foram, em parte, provocados por essas enfermidades causando nessas pacientes impacto negativo no estado geral de saúde e na qualidade de vida, no aspecto da sexualidade.

Esta pesquisa se constitui, portanto, num instrumento para qualificação da equipe de saúde do hospital de referência em DII. Para tanto, sugere-se a divulgação de seus resultados para profissionais e pacientes e o encaminhamento para outros profissionais para segmento do cuidado.

Com vistas a contribuir para o encaminhamento das pacientes entre os profissionais da equipe multiprofissional - gastroenterologista, assistente social, psicólogo e psiquiatra -, disponibilizamos, em anexo, uma ficha de encaminhamento médico (Ficha para encaminhamento de pacientes com DII com queixa de transtorno de disfunção sexual) como sugestão para ser adotada pelo Hospital.

Espera-se, ainda, que a pesquisa possa contribuir para a realização de novos estudos para aprofundamento da problemática estudada, dada a sua relevância.

**REFERÊNCIAS**

ABDALLA, S. M.; KALRA, G.; MOSHIREE, B. Motility Evaluation in the Patient with Inflammatory Bowel Disease. **Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.**, v. 26, n. 4, p. 719-38. 2016.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 33, n. 3, p. 162-7. 2006.

ABDO, C.H. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). **Int J Impot Res**. v.16, n.2, p160-166; 2004.

ABDO, C.H. et al. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population. **Sao Paulo Med J**. v.123, n.1, p.11-14, 2005.

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. psiquiatr. clín**. v.33, n.3, 2006.

ALONSO, E. C.; ROMÁN, A. L. S.; MIQUEL, D. B. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la función sexual. **Gastroenterol Hepatol.**, v. 32, supl. 2, p. 50-4. 2009.

# AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistcal manual of mental disorders. 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82. 2014.

BALLONE, G.J. **Disfunção sexual feminina – frigidez**. 17/12/2004. <Disponível em: http://virtualpsy.locaweb.com.br/ ?art=91&sec=23>. Acesso em 15 de maio de 2017

BARROS, F., FIGUEIREDO, R**. Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar**. Lisboa: HSJ, Consultores, 2014.

# BARROS, J. R. Sexualidade e Doenças Inflamatórias Intestinais, 2016, 122 f. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista de Medicina (UNESP), Botucatu, 2016.

BAUMGART, D. C. et al. Around the world: comparing the epidemiology, diagnosis, and treatment: proceedings of the World Digestive Health Day 2010-Inflammatory Bowel Disease Task Force meeting. **Inflamm Bowel Dis.**, v. 17, n. 2, p. 639-44. 2011.

# BAUMGART, D. C.; SANDBORN, W. J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. Lancet., v. 369, n. 9573, p. 1641-57. 2007.

BEL, L. G. et al. Sexual Dysfunctions in Men and Women with Inflammatory Bowel Disease: The Influence of IBD-Related Clinical Factors and Depression on Sexual Function. **J. Sex. Med.**,v. 12, n. 7, p. 1557–67. 2015.

BOUMA, G.; STROBER, W. The immunological and genetic basis of inflammatory bowel disease. **Nat. Rev. Immunol.**, v. 3, n. 7, p. 521-33. 2013.

BRASIL, A.P.A., ABDO, C.H.N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Diagn Tratamento**. v.21, n.2, p.89-92, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 jun, 2013.

BRAZILIAN STUDY GROUP OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES (BSGIBD). Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. **Arq. Gastroenterol.**, v. 47, n. 3, p. 313-25. 2010.

BURNS, Nancy; GROVE, Susan. **The Practice of Nursing Reserch:** conduct, critique & utilization. 5.ed. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005.

CAMBUI, Y. R. S.; NATALI, M. R. M. Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.**, v. 17, n. 3, p. 116-19. 2015.

CAYAN, S et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. **Urol Int**. v.72, n.1; p 52-57; 2004.

CHRISTENSEN, B. Inflammatory Bowel Disease and Sexual Dysfunction. **Gastroenterol. Hepatol.**, v. 10, n. 1, p. 53-5. 2014.

COSNES, J. et al**.** Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases**.** Gastroenterology. **v.140, n.6, p.1785-1794,** 2011**.**

DEWULF, N. L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v. 42, n. 4, p. 575-84. 2006.

DIXON, L. J. et al. Combinatorial Effects of Diet and Genetics on Inflammatory Bowel Disease Pathogenesis. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 21, n. 4, p. 912-22. 2015.

FERREIRA, A.LC.; G, SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v.7, n.2, p.143-50, 2007.

FIOCCHI, C. Inflammatory Bowel Disease: Etiology and Pathogenesis. **Gastroenterol.**, v. 115, n. 1, p. 182–205. 1998.

# HARNOY, Y. et al. Sexuality and fertility outcomes after hand sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis. J. Surg. Res., v. 200, n. 1, p. 66-72. 2016.

JAHAN, M.S. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. **J Obstet Gynaecol Res**. v.38, n.1, p.329-335, 2012.

KADRI, N., MCHICHI, K.H., MCHAKRA, TAHIRI, S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. **Arch Womens Ment Health**. v.5,n. 2, p.59-63; 2002.

KHAJEHEI, M. et al. An update on sexual function and dysfunction in women. **Arch. Womens Ment. Health.,** v. 18, n. 3, p. 423-33. 2015.

LARA, L. A. S. et al . Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 6, p. 312-21. 2008.

LAUMANN, E.O, PAIK, A., ROSEN, R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**. v.281, n.6, p.537-544, 1999.

MAGRO, F. Reflexões sobre Etiopatogenia. **Cad. Form. Gastrenterol.**, v. 14, n. 1, p. 78-80. 2007.

MANTZOURANIS, G. et al. Inflammatory Bowel Disease and Sexual Function in Male and Female Patients: An Update on Evidence in the Past Ten Years. **J. Crohn's Colitis**, v. 1, n. 9, p. 1160-8. 2015.

MARTIN, J. et al. Fertility and Contraception in Women with Inflammatory Bowel Disease.[**Gastroenterol. Hepatol. (N Y)**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865770/)**.**, v. 12, n. 2, p. 101–109. 2016.

MCDERMOTT, E. et al. Body Image Dissatisfaction: Clinical Features, and Psychosocial. Disability in Inflammatory Bowel Disease. **Inflamm. Bowel. Dis.**, v. 21, n. 2, p.353–60. 2015.

MENDONÇA, C. R. et al. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **FEMINA**, v. 40, n. 2, p. 195-202. 2012.

MORAES, S. P; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 1, p. 48-52. 2012.

MORENO-JIMÉNEZ, B. et al. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **J. Psychossom. Res.**, v. 62, n. 1, p. 39-46. 2007.

MOTA, M. S.; GOMES, G. C.; PETUCO, V. M. Repercussions in the living process of people with stomas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 1-8. 2016.

MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. **J Sex Med**. v.5, n.4, p,788-735, 2008.

NAZARETH, I., BOYTON, P., KING, M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. **BMJ**. v.3217, n.7412, p.423-429, 2003.

O’TOOLE, A.; WINTER, D.; FRIEDMAN, S. Review article: the psychosexual impact of inflammatory bowel disease in male patients. **Aliment. Pharmacol. Ther.**, v. 39, p. 1085-1094. 2014.

PARENTE, J.M.L. et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. [**World J. Gastroenterol**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306164/)**.**, v. 21, n. 4, p. 1197-206. 2015.

PEARSON, C. Inflammatory bowel disease. **Clin. Adv. NT.**,v. 100, n. 9, p. 86-90. 2004.

PECHORRO, Pedro; DINIZ, António; VIEIRA, Rui. Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. **Aná. Psicológica**,  Lisboa ,  v. 27, n. 1, p. 99-108,  mar.  2009 .

PINTO, M.A. A Biologia Molecular das Doenças Inflamatórias Intestinais. **RevBrasColoproct**. v.28, n.1, p.119-123, 2008.

PONTES, R. M. A. et al. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 137-43. 2004.

PORTELA, F. Terapêutica Médica das Doenças Inflamatórias Intestinais. **Cad. Form. Gastrenterol.**, n. 1 v. 14, p 84-87. 2007.

QUILICI, F. A. et al. **Guia prático Doença Inflamatória Intestinal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SAFARINEJAD, M.R. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. **Int J Impot Res**. v.18, n.4, p.382-395, 2006.

SANDBORN, W. J. et al. Adalimumab induction therapy for Crohn disease previously treated with infliximab: a randomized trial. **Ann. Intern. Med.**, v. 146, n. 12, p. 829-38. 2007.

SARTOR, R. B. Mechanisms of Disease: pathogenesis of Crohn’s disease and ulcerative colitis. **Nature Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 3, n. 7, p. 390-407. 2006.

SOUZA, M. M. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 480-4. 2011.

STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. **Gynecol Endocrinol**. v.23, n.12, p.673-81, 2007.

TIMMER, A. et al. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. **BMC Gastroenterol**. v.8, n;45, 2008.

TOZO, I, M et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e

do diagnóstico pelo ginecologista. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo;** P. 94-99- 53. 2007.

VALADARES, A.L.R. et al. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. **Clinics**. v.63, n.6, 2008.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. **Doença inflamatória intestinal**. 2015.

ZENG, Z. et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong Province, China: A prospective population-based study. **J. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 28, p. 1148–53. 2013.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A**

**Formulário de coleta de dados**

**Influência das disfunções sexuais na sexualidade de mulheres com doenças inflamatórias intestinais**

**Dados de identificação e controle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº do formulário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Data de aplicação:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |

**Caracterização socioeconômica**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ | **Estado civil:** |
|  | ( ) Solteira |
| **Procedência:** | ( ) Casada/União estável |
| ( ) Teresina | ( ) Separada/Divorciada |
| [ ] Rural [ ] Urbana | ( ) Viúva |
| ( ) Outros municípios do Piauí |  |
| [ ] Rural [ ] Urbana | **Escolaridade (em anos de estudo):** |
| ( ) Outros estados | ( ) Não alfabetizada |
| [ ] Rural [ ] Urbana | ( ) Ensino fundamental incompleto |
|  | ( ) Ensino fundamental completo |
| **Cor/raça:** | ( ) Ensino médio completo |
| ( ) Branca | ( ) Ensino superior completo |
| ( ) Preta | ( ) Pós-graduação |
| ( ) Parda |  |
| ( ) Amarela | **Atividade remunerada:** |
| ( ) Indígena | ( ) Sim. Renda mensal individual (R$): \_\_\_\_\_\_ |
|  | Renda mensal familiar (R$): \_\_\_\_\_\_ |
|  | ( ) Não |

**Caracterização da doença inflamatória**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doença inflamatória intestinal:** | **Está em fase ativa da doença?** |
| ( ) Doença de Crohn | ( ) Sim |
| ( ) Retocolite ulcerativa | ( ) Não |
|  |  |
| **Há quanto tempo tem a doença?** | **Usa bolsa de colostomia?** |
| \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses | ( ) Sim |
|  | ( ) Não |
| **A DII teve envolvimento perianal?** |  |
| ( ) Sim |  |
| ( ) Não |  |
|  |  |
| **Realizou cirurgia em decorrência da DII?** |  |
| ( ) Sim |  |
| ( ) Não |  |

**Características das disfunções sexuais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Você tem vida sexual atualmente?** |  | **Se não tem vida sexual atualmente:** |
| ( ) Sim |  | ( ) Nunca teve |
| ( ) Não |  | ( ) Parou por motivos não relacionados à DII |
|  |  | ( ) Parou após os sintomas/diagnóstico da DII |

**Se tem ou teve vida sexual, identificou algum problema de disfunção sexual?**

( ) Sim

( ) Não

**Em caso afirmativo, qual tipo de problema? (classificação da Associação Psiquiátrica Americana- 2013)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(1) Transtorno do Orgasmo Feminino** (ausência de orgasmo ou redução da intensidade das sensações do orgasmo) | | |
| ( ) Sim: | **Qual a periodicidade?** | **O quanto esse problema lhe causa sofrimento?** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Nada |
|  | ( ) Menos de 6 meses | ( ) Muito pouco |
|  | ( ) A partir de 6 meses | ( ) Moderadamente |
|  |  | ( ) Muito |
|  |  | ( ) Bastante |
| ( ) Não |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(2) Transtorno do desejo/excitação sexual** **feminino** (falta ou redução significativa do interesse sexual/excitação manifestado por pelo menos três desses sintomas) | | | | |
| ( ) Sim: | Ausência ou redução no interesse pela atividade sexual | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | Ausência ou redução de pensamentos eróticos e fantasias | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | Desinteresse em iniciar ou responder a uma atividade sexual | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | Ausência ou redução de excitação/prazer sexual durante a atividade sexual | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | Ausência ou redução de excitação sexual decorrentes aos estímulos externos | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | Ausência ou redução de sensações durante a atividade sexual nos órgãos genitais ou não genitais | | ( ) Sim | ( ) Não |
|  | **Qual a periodicidade?** | **O quanto esse problema lhe causa sofrimento?** | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Nada | | |
|  | ( ) Menos de 6 meses | ( ) Muito pouco | | |
|  | ( ) A partir de 6 meses | ( ) Moderadamente | | |
|  |  | ( ) Muito | | |
|  |  | ( ) Bastante | | |
| ( ) Não |  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(3) Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração** (dificuldade persistente de dor durante a penetração vaginal no momento do coito, dor vulvovaginal ou pélvica durante a relação sexual ou tentativa de penetração vaginal, medo ou ansiedade em sentir dor vulvovaginal ou pélvica antes ou durante a penetração vaginal e enrijecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a penetração vaginal) | | |
| ( ) Sim: | **Qual a periodicidade?** | **O quanto esse problema lhe causa sofrimento?** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Nada |
|  | ( ) Menos de 6 meses | ( ) Muito pouco |
|  | ( ) A partir de 6 meses | ( ) Moderadamente |
|  |  | ( ) Muito |
|  |  | ( ) Bastante |
| ( ) Não |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(4) Disfunção sexual induzida por substância/medicamento** (ocorrência de uma disfunção sexual durante ou logo após intoxicação por alguma substância ou retirada ou após a exposição a uma medicação) | | |
| ( ) Sim: | **Qual a periodicidade?** | **O quanto esse problema lhe causa sofrimento?** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Nada |
|  |  | ( ) Muito pouco |
|  |  | ( ) Moderadamente |
|  |  | ( ) Muito |
|  |  | ( ) Bastante |
| ( ) Não |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(5) Outra disfunção sexual especificada** (são as disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer disfunção sexual específica, porém, é possível comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para uma disfunção sexual especificada) | | |
| ( ) Sim: | **Qual(is) o(s) sintoma(s)?** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | **O quanto esse problema lhe causa sofrimento?** |
|  |  | ( ) Nada |
|  |  | ( ) Muito pouco |
|  |  | ( ) Moderadamente |
|  |  | ( ) Muito |
|  |  | ( ) Bastante |
| ( ) Não |  |  |

**Você associa esse(s) problema(s) à sua DII?**

( ) Sim

( ) Não

**Você tem problemas de relacionamento com seu parceiro, influenciados pelo problema de disfunção sexual?**

( ) Sim

( ) Não

**O problema de relacionamento com seu parceiro contribui de forma negativa para a sua qualidade de vida no âmbito da sexualidade?**

( ) Sim

( ) Não

**O seu médico (especialista da DII) discute com você problemas de disfunção sexual?**

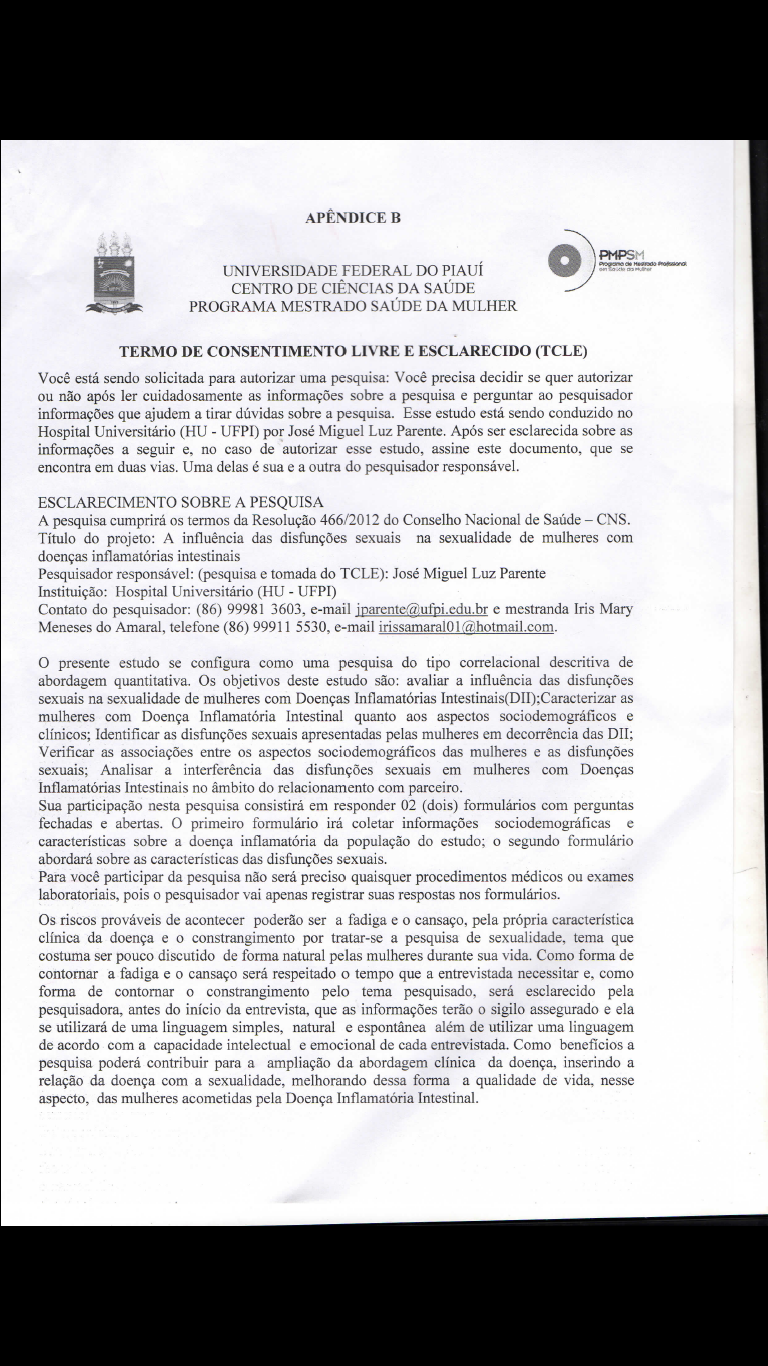
( ) Sim

( ) Não

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Você considera importante que seu médico (especialista da DII) discuta sobre o problema com pacientes?** |  | **Você acredita que seu médico (especialista da DII) deva encaminhar as paicentes para um especialista em problemas de sexualidade?** |
|  |
|  |
| ( ) Sim |  | ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ( ) Não |  | ( ) Não |

**APÊNDICE B**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



****

**APÊNDICE C**



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**FICHA PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM DII COM QUEIXA DE TRANSTORNO DE DISFUNÇÃO SEXUAL**

**IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COR:\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_CARTÃO DO SUS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO**

Da: Gastroenterologia

Para: Serviço Social ( ) Psicologia ( ) ( ) Psiquiatra

**JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO**

**Queixa principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_História clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissional Responsável (assinatura e carimbo)

**ANEXOS**

**ANEXO A**

**AUTORIZAÇÃO DA CAAP/HU**

****

**ANEXO B**

**Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**

