

FRANCIELE NORMA MINOTTO

Influência da infecção genital pelo
Papilomavirus humano no ciclo de resposta
sexual feminino

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

Área de Concentração: Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Elsa Aida Gay de Pereyra

SÃO PAULO

2009

FRANCIELE NORMA MINOTTO

Influência da infecção genital pelo
Papilomavirus humano no ciclo de resposta
sexual feminino

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

Área de Concentração: Obstetrícia e Ginecologia
Orientadora: Profa. Dra. Elsa Aida Gay de Pereyra

SÃO PAULO

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Minotto, Franciele Norma

Influência da infecção genital pelo Papilomavirus humano no ciclo de resposta sexual feminino / Franciele Norma Minotto. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Elsa Aida Gay de Pereyra.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Feminino 3.Infecções por papilomavirus
4.Estudos epidemiológicos

USP/FM/SBD-040/09

AGRADECIMENTOS

Sinceramente agradeço:

A minha filha, ANA PAULA PALUDO que sempre esteve ao meu lado, dando-me amor, apoio, compreensão, e todo o restante necessário para que eu pudesse chegar aonde estou hoje.

A minha orientadora, PROFA. DRA. ELSA AIDA GAY DE PEREYRA , que foi peça fundamental na realização desta dissertação, merecendo minha gratidão e afeto pelo apoio e incentivo constantes; além do respeito e admiração pela sua dedicação à profissão e ao ensino.

A todas as participantes da pesquisa, ilustres desconhecidas, que permitiram a intromissão em suas vidas, respondendo a inúmeras perguntas e permitindo um exame por vezes desconfortável, talvez no momento mais difícil de suas vidas.

Finalmente, agradeço a DEUS, por tudo e por todos. Obrigada!

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de ^a L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ELEMENTOS GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

SUMMARY

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	OBJETIVO	08
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	09
3.1	Doença sexualmente transmissível (DST)	09
3.2	Papilomavirus humano e câncer cervical.....	11
3.3	Ciclo sexual feminina	18
3.4	Disfunções sexuais femininas.....	23
3.5	Infecção pelo hpv e sexualidade.....	26
4	MÉTODO.....	34
4.1	Casuística.....	34
4.2	Procedimentos.....	35
5	RESULTADOS.....	38
6	DISCUSSÃO.....	51
7	CONCLUSÕES	62

8 ANEXOS	63
9 REFERÊNCIAS	72

LISTA DE ELEMENTOS GRÁFICOS

Figura 1. Zona de transformação anormal com pontilhado fino entre 8 e 11 horas, correspondendo lesão intra-epitelial de baixo grau (NIC1) à histologia.....	15
Figura 2. Zona de transformação anormal com epitélio acetobranco associado a vasos atípicos, às 6 horas, correspondendo lesão intra-epitelial de alto grau (NIC2) histológica.....	15
Figura 3. Zona de transformação anormal com epitélio acetobranco denso associado a espessamento de orifícios glandulares em lábio anterior, correspondendo lesão intra-epitelial de alto grau (NIC3) histológica.....	16
Figura 4. Condilomas acuminados em vestíbulo à vulvosopia.....	17
Figura 5. Ciclo de Resposta Sexual Feminino ⁷²	22
Tabela 1. Distribuição das participantes segunda a manifestação genital da infecção pelo HPV	38
Tabela 2. Dados demográficos e sociais (idade e escolaridade).....	39
Tabela 3. Distribuição dos dados idade de início da ATS, número de parcerias sexuais e características de comportamento sexual nos grupos pesquisados	41
Tabela 4. Distribuição das variáveis presença de desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e dispareunia segundo os grupos pesquisados após a infecção pelo HPV.(Agora não= modificou após o HPV, não= nem antes, nem agora, sim= antes e agora)	43
Tabela 5. Características do comportamento sexual, prática de sexo anal e objeto de sexo oral, após diagnóstico da infecção genital pelo HPV	49
Gráfico 1. Demonstração gráfica da distribuição de respostas nos grupos LIEBG e LIEAG quanto ao quesito: houve redução no desejo sexual após o diagnóstico da infecção HPV	44
Gráfico 2. Distribuição dos grupos pesquisados quanto às respostas à pergunta: houve redução do desejo sexual após diagnóstico da infecção pelo HPV	45
Gráfico 3. Demonstração gráfica das respostas à pergunta: houve redução no orgasmo	

após diagnóstico da infecção pelo HPV; nos grupos LIEBG e LIEAG.....	46
Gráfico 4. Distribuição dos grupos pesquisados quanto às respostas à pergunta: houve redução do orgasmo após diagnóstico da infecção pelo HPV.....	47
Gráfico 5. Respostas à pergunta: está satisfeita sexualmente após diagnóstico da infecção pelo HPV; segundo os grupos estudados	50

LISTA DE ABREVIATURAS

ATS	Atividade sexual
CDC	Centro de Controle de Doenças
CID 10	Classificação Internacional de Doenças volume 10
DNA	Ácido desoxiribonucléico
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais 4ª edição
DST	Doença sexualmente transmissível
Et al	e outros
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavirus humano
IARC	Agência Internacional para Pesquisa do Câncer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LIEAG	Lesão intra-epitelial de alto grau
LIEBG	Lesão intra-epitelial de baixo grau
NIC 1	Neoplasia intra-epitelial grau 1
NIC 2	Neoplasia intra-epitelial grau 2
NIC 3	Neoplasia intra-epitelial grau 3
NIC	Neoplasia intra-epitelial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Reação de cadeia da polimerase

RESUMO

Minotto FN. Influência da infecção genital pelo Papilomavirus humano no ciclo de resposta sexual feminino.[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 81p.

INTRODUÇÃO: O Papilomavirus humano (HPV) causa a grande maioria dos casos de câncer de colo uterino. Estudos epidemiológicos têm associado parâmetros relacionados à atividade sexual como principais fatores de risco para infecção pelo HPV e câncer de colo uterino. Assim, o diagnóstico de câncer ginecológico e lesões pré-malignas podem ter profundo impacto na sexualidade afetando vários núcleos da identidade feminina. Neste trabalho avaliamos a influência do diagnóstico de infecção genital pelo HPV no comportamento, desejo e excitação sexual além do orgasmo e satisfação sexual. **MÉTODOS:** Estudo observacional, descritivo, transversal, realizado entre março 2005 e novembro de 2006. A população de estudo foi composta por 78 mulheres, entre 18 e 60 anos, portadoras de NIC 1, 2, 3 e condiloma acuminado, matriculadas no Setor de PTGI do Ambulatório da Clínica Ginecológica do Departamento de Ginecologia HCFMUSP. **RESULTADOS:** A média etária foi 32,9 anos (DP 9,5), a escolaridade média em anos foi de 8,9 (DP 3,7). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos LIEBG e LIEAG ($p=0,009$) no quesito escolaridade. Apresentavam vida sexual ativa 82,7% da amostra, a frequência sexual mensal média foi de 7,1 (DP 4,3); 66,7% (28) das pacientes do grupo LIEBG referiu não ter notado redução no desejo assim como 59,4% (19) das pacientes agrupadas no grupo LIEAG. No entanto, 33,3% (14) do grupo LIEBG e 40,6% do grupo LIEAG revelaram ter notado redução no desejo sexual após o diagnóstico da infecção HPV ($p=0,661$); 64,0% (48) das pacientes pesquisadas referiam não ter notado redução na quantidade de orgasmos, enquanto 36,0% (27) referiram redução na quantidade de orgasmos ($p=0,948$). Em relação ao comportamento sexual, 10,4% (8) responderam que após o diagnóstico não mais praticavam sexo anal; assim como 11,7% (9) responderam agora não mais recebem sexo oral; quanto ao uso de condom, 20,3% responderam que após o diagnóstico passaram a fazer uso. Em relação à satisfação sexual, 67,9% (53) das pesquisadas estão satisfeitas sexualmente após o diagnóstico e 32,1% (25) revelam não estarem satisfeitas sexualmente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos LIEBG e LIEAG. **CONCLUSÕES:** Houve influência negativa do diagnóstico da infecção genital pelo HPV em relação à prática de sexo anal e sexo oral; o uso de condom apresentou pequeno incremento. Houve redução no desejo sexual, excitação sexual e sensação de orgasmo, mais acentuada, porém não estatisticamente significativo, entre as portadoras de LIEAG. As participantes portadoras de condiloma acuminado apresentavam-se mais satisfeitas sexualmente, as portadoras de NIC 1 foram as menos satisfeitas sexualmente.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Feminino 3.Infecções por papilomavirus 4.Estudos epidemiológicos

SUMMARY

Minotto FN. Influence of the genital infection for the human Papilomavirus in the feminine cycle sexual. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 81p.

INTRODUCTION: The human Papilomavirus (HPV) cause the great majority of the cases of cervical cancer. Studies epidemiologists have associated parameters related to the sexual activity as one of the main factors of risk for infection for the HPV and cervical cancer. Thus, the diagnosis of gynecological cancer and daily pay-malignant injuries can have deep impact in the sexuality affecting some aspects of the feminine identity. In this work we evaluate the influence of the diagnosis of genital infection for the HPV in the sexual behavior, desire and arousal beyond orgasm and sexual satisfaction. **METHODS:** Observacional, descriptive, transversal study, carried through between March 2005 and November of 2006. The study population was composed for 78 women, between 18 and 60 years, carriers of NIC 1, 2, 3 and genital warts, registered in the Clinic of Gynecology of the Department of Gynecology HCFMUSP. **RESULTS:** The average age was 32,9 years (DP 9,5), the average scholarity in years was of 8,9 (DP 3,7). It had statistical significant difference between groups LIEBG and LIEAG ($p=0,009$) in the question scholarity. They presented active sexual life 82.7% of the sample, the sexual frequency monthly average was of 7,1 (DP 4,3); 66.7% (28) of the patients of group LIEBG related not to have noticed reduction in the sexual desire as well as 59,4% (19) of the patients grouped in group LIEAG. However, 33.3% (14) of group LIEBG and 40.6% of group LIEAG had disclosed to have after noticed reduction in the sexual desire the diagnosis of infection HPV ($p=0,661$); 64.0% (48) of the searched patients related not to have noticed reduction in the amount of orgasm, while 36.0% (27) had related reduction in the amount of orgasm ($p=0,948$). In relation to the sexual behavior, 10.4% (8) had answered that after the diagnosis more did not practise anal sex; as well as 11,7% (9) they had answered now more do not receive oral sex; how much to the use of condom, 20.3% had answered that after the diagnosis had started to make use. In relation to the sexual satisfaction, 67.9% (53) of the searched ones are satisfied sexually after the diagnosis and 32.1% (25) disclose not to be satisfied sexually. It did not have statistical significant difference between groups LIEBG and LIEAG. **CONCLUSIONS:** It had negative influence of the diagnosis of the genital infection for the HPV in relation to the practical one of anal sex and oral sex, the use of condom presented small increment. It had reduction in the sexual desire, arousal and orgasm, more accented, however not statistical significant) enters the LIEAG carriers. The carrying participants of genital warts presented themselves sexually more satisfied, the carriers of NIC 1 had been less satisfied sexually.

Keywords:1. Sexual behavior 2. Feminine 3. Infection for the human Papilomavirus 4. Studies epidemiologists

1. INTRODUÇÃO

O Papilomavirus humano (HPV) causa a grande maioria dos casos de câncer de colo uterino^{1,2}, sendo a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres no mundo¹⁻⁴. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos⁵.

A incidência por câncer de colo uterino torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos⁵.

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais freqüente e no Sudeste (18/100.000) a quarta posição⁵.

Graças aos programas de rastreamento, a incidência e mortalidade por câncer de colo têm apresentado diminuição drástica²⁻⁴. Entretanto, apesar dos benefícios alcançados através da difusão da colpocitologia oncológica no diagnóstico precoce das lesões

precursoras, o câncer de colo uterino ainda é problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil^{6,7}.

Nas últimas duas décadas, o desenvolvimento e o aprimoramento das técnicas de biologia molecular contribuíram de forma decisiva na identificação do HPV como principal agente causal na gênese do processo neoplásico, possibilitando a melhor compreensão da história natural do câncer de colo uterino⁸.

Bosch et al⁹, 2002 em revisão sobre a relação causal entre HPV e câncer cervical observaram que os estudos caso-controle, série de casos e pesquisas acerca da prevalência do HPV tem inequivocamente demonstrado que ácido desoxirribonucléico (DNA) HPV pode ser detectado em 90 – 100% dos casos de câncer cervical.

Após análise de 11 estudos caso-controle envolvendo 1.918 mulheres com câncer de células escamosas do colo uterino e 1.928 controles, MUNÓZ et al¹⁰, 2003 constataram a presença do DNA HPV em 96% dos cânceres do colo uterino e 15% dos controles. Pesquisas demonstram HPV 16 presente em 50% dos cânceres cervicais e HPV 18,31 e 45 em outros 30%⁶⁻¹¹.

A presença de HPV é indispensável mas não suficiente para induzir carcinogênese genital. Outros fatores são importantes à progressão para câncer invasor, como HPV de alto risco, carga viral elevada, infecção persistente, imunossupressão, tabagismo, outras doenças sexualmente transmissíveis e fatores genéticos que impedem a supressão ou eliminação do HPV pelo sistema imunológico¹².

As lesões precursoras e o câncer de colo uterino são afecções que acometem principalmente mulheres adultas, no entanto, tem-se observado aumento do risco de desenvolvimento da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) também em adolescentes com iniciação precoce da atividade sexual¹².

A etapa inicial da patogênese cervical ocorre a partir da inoculação do HPV durante a relação sexual com pessoas infectadas pelo vírus. O HPV é organismo intracelular obrigatório que apresenta tropismo por células metabolicamente ativas. Ao penetrar nas células, o vírus perde seu invólucro protéico e o seu genoma atinge o núcleo da célula hospedeira. O DNA viral pode ser encontrado na forma episomal, em lesões intra-epiteliais de baixo grau (LIEBG), ou integrado ao DNA do hospedeiro, nas lesões de maior gravidade¹³.

De acordo com estudos de IARC (“International Agency for Research on Cancer”), o HPV pode ser dividido em tipos de alto e baixo risco carcinogénico. Os tipos alto risco (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52) associam-se a lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (LIEAG) e câncer invasor, e os tipos de baixo risco (HPV 6, 11, 30, 42, 43, 44) estão principalmente associados com verrugas genitais e LIEBG; sendo raramente encontrados no câncer invasor^{14,15}.

A maioria das infecções pelo HPV apresenta caráter transitório, sendo eliminada, no decurso de 12 meses em média, em até 80% dos casos^{6,16,17}. Desta forma, acredita-se que a infecção persistente pelo HPV favoreça o desenvolvimento de NIC de maior gravidade^{18,19}.

A infecção HPV é eliminada naturalmente pelo sistema imunológico dentro de 12 meses após o contágio, atingindo a cifra de 92% após 2 anos do contágio; é o que afirma Handsfield¹³, 1997; estudando o curso natural das verrugas ano genitais. Ambas as infecções por HPV de baixo e alto risco podem regredir espontaneamente o que sugere que o sistema imune responde aos dois subgrupos virais²⁰.

Ho et al¹⁷, 1998, para compreender melhor a prevalência e a duração da infecção HPV, realizaram testes de biologia molecular em 608 adolescentes, em intervalos de seis meses, durante três anos. Esses autores observaram que a duração média de novas infecções

HPV era oito meses. A persistência do HPV por seis meses ou mais se relacionou com idade, HPV de alto risco e infecção por subtipos diferentes de HPV.

Franco et al ²¹, avaliaram 1.425 mulheres brasileiras em relação á aquisição e eliminação do vírus. Houve 1,3% de novas infecções HPV por mês, com taxa cumulativa de 38% após 18 meses. Apenas 35% permaneceram infectadas após 12 meses. O tempo médio de infecção para tipos oncogênicos foi de 13,5 meses e de 8,2 meses para não-oncogênicos.

Apesar da idade da mulher não influenciar a média de duração da infecção por tipos oncogênicos (13-14 meses), a infecção por tipos não-oncogênicos durou mais (10,2 meses) entre as mulheres mais jovens (com menos de 35 anos) ^{21,22}.

Em pequena minoria, a infecção pelo HPV torna-se persistente levando á neoplasia e câncer genital. Dados epidemiológicos demonstram que os HPV de alto risco contêm seqüências genômicas E6 e E7 com atividade oncogênica e que inibem os genes supressores tumorais. A integração do DNA HPV ao DNA celular ocorre na maioria dos cânceres ^{21,22}.

A melhor compreensão da história natural da NIC tem sido possível devido aos vários estudos epidemiológicos que demonstram as taxas de regressão, persistência e progressão da infecção pelo HPV ^{23,24}.

O risco de progressão de lesão pré-cancerosa cervical para doença invasora aumenta paralelamente com a severidade da lesão²⁵. Considera-se o processo oncogênico como contínuo de alterações progredindo através da NIC 2 e 3 ao carcinoma invasor. Bughardt ²⁶ e Ostor ²⁴, afirmam que, em raras ocasiões o carcinoma pode se originar diretamente da NIC 1.

Enquanto o potencial maligno da NIC 3, considerada precursor imediato do câncer está estabelecido, com taxa de progressão para o câncer de cerca de 30%²⁷, a história natural da LIEBG é mais complexa. Considerando-se esses dados, estudos publicados na literatura têm destacado a importância da coleta periódica da colpocitologia oncológica em mulheres sexualmente ativas, objetivando-se o diagnóstico precoce das lesões pré-neoplásicas e do câncer de colo uterino.

Vários fatores de risco têm sido vinculados à infecção pelo HPV em mulheres. Estudos sugerem que o início precoce da atividade sexual, número de parceiros sexuais, tabagismo, uso de anticoncepcional oral e infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis são fatores de risco para infecção pelo HPV^{9,28,29}.

Estudos epidemiológicos conduzidos nos últimos 30 anos têm associado parâmetros relacionados à atividade sexual como principais fatores de risco para infecção pelo HPV e câncer de colo uterino⁷.

A falta de discussão sobre a importância do comportamento sexual, e a prática sexual específica, é parcialmente devido ao medo da estigmatização do HPV devido sua associação com transmissão sexual³⁰.

Sexualidade está expressa em todas as dimensões da vida, caracteriza-se por ser complexa, dinâmica e construída individual e socialmente; faz referência ao conjunto de fantasias e idéias que compõem o que se designa prazer. Sua vivência sempre esteve rodeada por tabus e mitos, além disso, a experiência sexual tem significados diversos para diferentes mulheres a depender de como se relaciona com seu corpo, desejos, fantasias e medos. Ademais, o que é considerado erótico ou sexual é incorporado através e de acordo com a cultura³¹. Cultura é definida como conjunto de valores, crenças, costumes e símbolos

que são compartilhados por grupo de pessoas e que dão significado à existência dos membros deste grupo³².

Desta maneira, o diagnóstico de câncer ginecológico e lesões pré-malignas podem ter profundo impacto na sexualidade afetando vários núcleos da identidade feminina³³.

O ciclo de resposta sexual foi descrito em fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A fase do desejo é o mais complexo componente do ciclo de resposta sexual³⁴; podendo ser inibida por raiva, excesso de preocupação, imagem corporal e auto-estima abaladas; ou estimulado pelo toque, imagens visuais e fantasias³⁵.

Mulheres portadoras de câncer ginecológico podem ter a fase do desejo alterada por uso de antidepressivos, menopausa induzida por quimioterápicos ou dificuldades com a imagem corporal após cirurgia³³.

A fase de excitação resulta da atividade do sistema parassimpático com adequada estimulação sexual física e somática. A resposta fisiológica desta estimulação é a vasocongestão dos órgãos alvo, causando: dilatação vaginal, aumento do comprimento e diâmetro da vagina, ingurgitamento do clitóris, lábios e útero, lubrificação vaginal, ereção mamilar e elevação dos valores de pressão sangüínea e pulso³⁶.

A fase orgásmica é dependente de sistema nervoso simpático intacto, especialmente nervo pudendo e pélvico. Dependendo da extensão da cirurgia, quando necessária, esses nervos podem ser danificados, prejudicando a habilidade de alcançar o orgasmo³³.

Notoriamente a função sexual feminina é complicada pelos fatores psíquicos, pela influência do sistema neurológico e hormonal, principalmente pela variação mensal nos níveis de estrogênio e progesterona, além das normas socioculturais de aparência e idade³³.

Choque emocional é muitas vezes a primeira reação da mulher após o diagnóstico de infecção pelo HPV³⁷; podendo provocar grande transtorno emocional na paciente e

parceiro. Infidelidade pode ter ocorrido ou não; devido ao longo período de latência, o parceiro sexual pode ter hospedado sem conhecimento uma infecção subclínica adquirida de parceiro sexual prévio há meses ou anos^{38,39}.

Guy⁴⁰, 1993, estudando 454 pacientes com infecção clínica pelo HPV revelou alta porcentagem de pacientes relatando raiva, depressão, isolamento, vergonha e/ou culpa após tomar conhecimento do diagnóstico. Em contrapartida, Reed et al⁴¹, 1999, estudando 265 pacientes, 47 com presença de infecção pelo HPV identificadas por PCR (reação de cadeia da polimerase) e 218 com ausência de infecção pelo HPV, não observaram diferenças relacionadas com frequência da atividade e atitudes sexuais após o diagnóstico da infecção.

Pacientes com infecção clínica pelo HPV ou com exame Papanicolaou alterado tem relatado sentimentos negativos relacionado ao intercurso sexual, assim como real alteração sexual incluindo diminuição do desejo sexual e excitação, além de diminuição da lubrificação vaginal levando a dispareunia^{41,42}.

Além do trauma causado pelo diagnóstico, o tratamento das lesões causadas pelo HPV engloba implicações sexuais, por exemplo, tratamento tópico do condiloma pode resultar em desconforto e sensação de queimação além de conteúdo vaginal amarelado; assim como tratamento cirúrgico pode causar dor pélvica nas primeiras 24 horas e alteração do conteúdo vaginal³³.

Desse modo, a investigação da relação entre infecção genital clínica pelo HPV e comportamento sexual feminino se faz necessária. Conhecer acerca do acometimento psicosssexual da infecção poderá subsidiar tratamento e orientação específicos, futuramente.

2. OBJETIVO

Avaliar, em mulheres após o diagnóstico de infecção genital causada pelo HPV, em suas expressões NIC 1,2 ou 3 e condiloma acuminado:

1. O comportamento sexual;
2. O desejo sexual
3. A excitação sexual
4. O orgasmo
5. A satisfação sexual

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST)

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) englobam uma série de infecções causadas por vírus, fungos, protozoários e bactérias cuja via de transmissão principal é a sexual⁴³.

O termo, DST é usado para caracterizar desordens transmitidas principalmente por contato íntimo. Embora, usualmente envolva intercurso sexual, também pode englobar contato corporal, beijos, contato oral com órgãos genitais femininos, masculinos e região anal, além do contato oral com as mamas e intercurso anal. Várias DSTs podem ser adquiridas por via trans-placentária, pela passagem do feto através do canal de parto e durante a lactação no período neonatal. Os organismos envolvidos estão adaptados ao desenvolvimento do trato genital e estão presentes em secreções corporais e sangue⁴⁴.

As cinco clássicas doenças sexualmente transmissíveis são gonorréia, sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal, no entanto, o número de agentes sexualmente transmissíveis têm expandido para incluir mais de 30 microorganismos. Entre eles, pode-se citar, citomegalovírus, vírus herpes simples tipo 1 e 2, *Chlamydia trachomatis*, estreptococos do grupo B, Poxvírus (molusco contagioso), *Sarcoptes scabiei*, vírus da hepatite, HPV e vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁴⁴.

A prevenção e controle das DSTs são baseados nos cinco conceitos a seguir⁴⁵:

- a) educação e aconselhamento de pessoas apresentando comportamento de risco para adoção de comportamento sexual seguro;
- b) identificação de pessoas infectadas assintomáticas e de sintomáticas encaminhando-as para centros de diagnóstico e tratamento;
- c) diagnóstico efetivo e tratamento de pessoas sintomáticas;
- d) avaliação, tratamento e aconselhamento dos parceiros sexuais;
- e) vacinação pré-exposição.

Os meios para prevenção das DSTs envolvem o uso de condom masculino e/ou feminino. Espermicidas vaginais, esponjas e diafragmas contendo nonoxynol – 9 (N-9) não são efetivos na prevenção da infecção por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ou HIV, também sendo associados às lesões genitais e aumento do risco de transmissão dos agentes infecciosos⁴⁵.

A incidência de algumas DSTs é maior entre adolescentes. Por exemplo, a incidência da infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* é maior entre mulheres de 15 a 19 anos; e adultos jovens têm risco aumentado à infecção por HPV. Dados de vigilância indicam que 9% dos adolescentes que manifestaram infecção pelo vírus da hepatite B tiveram contato sexual com portadores crônicos, com múltiplos parceiros sexuais ou apresentavam orientação homossexual⁴⁵.

O início precoce da vida sexual aumenta os riscos para DST e suas conseqüências, também predispondo a continuação do comportamento de risco⁴⁶⁻⁴⁹. Numerosos parceiros e contracepção inadequada aumentam o risco de gestação indesejável assim como DST. Conseqüências como infertilidade podem ocorrer após a infecção por *Chlamydia trachomatis*^{46,50}, enquanto a infecção pelo HPV pode levar a câncer de colo uterino⁵¹.

Prevenção destas infecções e suas conseqüências devem voltar-se ao fato que comportamento adequado está relacionado ao conhecimento dos riscos ⁵².

Apesar de algumas DSTs causarem sintomas a curto prazo, várias delas podem manifestar-se após longo período e apresentarem uma variedade de disfunções⁵³.

3.2. PAPILOMAVÍRUS HUMANO E CÂNCER CERVICAL

A importância do estudo da infecção pelo HPV vem aumentando em conseqüência de sua alta prevalência, e de sua associação com o desenvolvimento de neoplasia do trato genital inferior. A infecção genital pelo HPV é, atualmente, doença sexualmente transmissível mais comum nos diferentes grupos etários, estima-se que aproximadamente metade das pessoas sexualmente ativas serão infectadas pelo menos uma vez ao longo de suas vidas^{1,2,4,11}. Sua prevalência entre adolescentes e jovens varia de 30% a 60%. Muito embora a infecção pelo HPV desempenhe importante papel carcinogênico, são necessários co-fatores que auxiliem a indução maligna ⁴⁵.

Em recente estimativa constatou-se que a prevalência de DNA HPV em amostra representativa das mulheres de 14 a 59 anos, residentes nos Estados Unidos da América (EUA) foi de 26,8%, com maior prevalência (44,8%) entre as mulheres de 20 a 24 anos. Esta estimativa corresponde a 7,5 milhões de mulheres com infecção HPV nos EUA⁵⁴.

Desde os estudos de Zur Hausen na década de 70 (Prêmio Nobel de Medicina) tem-se observado a relação causal entre a infecção genital pelo HPV e a neoplasia ano genital. Algumas características demonstram a relação entre vírus e neoplasia ano genital, entre elas: podem induzir tumor em animais; infecções por HPV são muito comuns; são infecções de transmissão sexual; algumas lesões benignas causadas por HPV podem

malignizar, principalmente sob a influência de alguns fatores carcinogênicos ou comprometimento do estado imunológico^{51,52}.

Além do citado anteriormente, a incidência de verrugas genitais aumenta mundialmente, sendo estimado que aproximadamente 1% da população sexualmente ativa desenvolverá esta expressão da doença. Verrugas genitais representam a manifestação clínica mais comum da infecção genital pelo HPV⁵⁵.

O HPV pertence à família *Papillomaviridae*. Trata-se de um vírus de DNA extremamente prevalente podendo ser encontrado em muitas espécies de mamíferos e aves, pequeno (8 mil pares de bases nitrogenadas) e circular, é capaz de infectar o epitélio pavimentoso estratificado queratinizado da pele e o epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado do trato genital inferior, da laringe, da região perianal, do ânus e do canal anal do ser humano^{2,4}.

O vírus é capaz de produzir oito proteínas: as proteínas L1 e L2 constituem o capsídeo viral; E1 e E2 são responsáveis pela replicação viral, e E4 permite que o vírus saia da célula infectada; E5, E6 e E7 são proteínas transformadoras, provavelmente as principais responsáveis pelas lesões oncogênicas das células^{56,57}.

Atualmente, mais de 150 genótipos já foram identificados. A genotipagem é baseada na sequência de DNA dos genes L1, E6 e E7, e uma diferença de 10% na sequência de bases é suficiente para definir um novo genótipo². Desta forma, o vírus é subdividido em genótipos de baixo risco (HPV 6 e 11, por exemplo) e de alto risco para câncer (subtipos 16, 18, 31, 33, 35, entre outros)^{2,3,4}. Há 15 genótipos de alto risco, mas os genótipos 16 e 18 são os mais prevalentes, estando presente em cerca de 50% e 20% dos casos de câncer, respectivamente^{2,4}.

A infecção é usualmente assintomática, DNA HPV é detectável no trato genital de aproximadamente 10 a 20% das pessoas entre 15 e 49 anos. Mais de 90% dos casos de verruga genital visível são causados pelo HPV dos tipos 6 e 11, enquanto HPV dos tipos 16 e 18 são fortemente associados com câncer cervical ⁵⁸.

Fatores de risco relacionado à infecção pelo HPV são: início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros (promiscuidade), baixo nível sócio-econômico, tabagismo, sexo feminino (25% das mulheres entre 20 e 29 anos são portadoras do vírus), higiene genital deficiente e uso de método anticoncepcional hormonal oral (provavelmente por menor taxa de uso de métodos contraceptivos de barreira neste grupo). Sabe-se, também, que o uso de método contraceptivo de barreira, como o condom, diminui, mas não elimina o risco de infecção, pois o vírus pode estar presente na pele ⁴.

O vírus infecta principalmente as células basais do epitélio escamoso humano, e utiliza organelas celulares para replicação, ocorrendo após a diferenciação das células, dificultando a ação do sistema imunológico. Apesar disso, a maioria das mulheres infectadas pelo HPV apresenta cura espontânea em menos de dois anos, e estudos mostram que apenas 9% das mulheres infectadas ainda apresentam o vírus depois desse período. Desta forma, acredita-se que estados de imunossupressão e infecção persistente propiciem o aparecimento de lesões malignas ^{2,4,11}.

Infecção por HPV de alto risco, idade, gravidez, vaginose bacteriana e estado civil (marital) têm sido descritos como fatores de risco para progressão ou persistência das lesões intra-epiteliais cervicais^{59,60}. Song et al⁶¹, 2006 observaram que a carga viral HPV foi significativamente associada com progressão ou remissão de displasia leve (LIEBG) não tratada, ou seja, mulheres com alta carga viral tinham treze vezes maior chance de progressão da LIEBG não tratada.

A infecção por partículas virais de baixo risco pode causar verruga vulgar em pele, papilomas oral e laríngeo e condiloma acuminado^{2,4}.

O rastreamento das lesões cervicais e vaginais é feito com exame citológico de raspado cérvico vaginal (com coloração por método de Papanicolaou), e o diagnóstico deve ser confirmado por exame histopatológico (biópsia da lesão, geralmente guiada por colposcopia)^{2,4,11}.

Tanto a citologia quanto a histopatologia podem evidenciar alterações celulares arquiteturais sugestivas do efeito citopático do HPV (tanto de baixo quanto de alto risco), como alterações do núcleo celular (picnose) e coilocitose⁴.

Ambos os exames também podem detectar as atipias celulares causadas por infecção pelo HPV de alto risco. Essas atipias já são lesões pré-invasoras e são consideradas neoplasias intra-epiteliais (antigamente denominadas displasias) cervicais, vaginais, vulvares ou anais (NIC, NIVA, NIV e NIA, respectivamente), e nos casos de lesão cervical podem ser classificadas conforme a extensão epitelial acometida em lesões de baixo grau (tipo 1, Figura 1), ou de alto grau (tipos 2 e 3, Figura 2 e 3 respectivamente)^{2,4}.

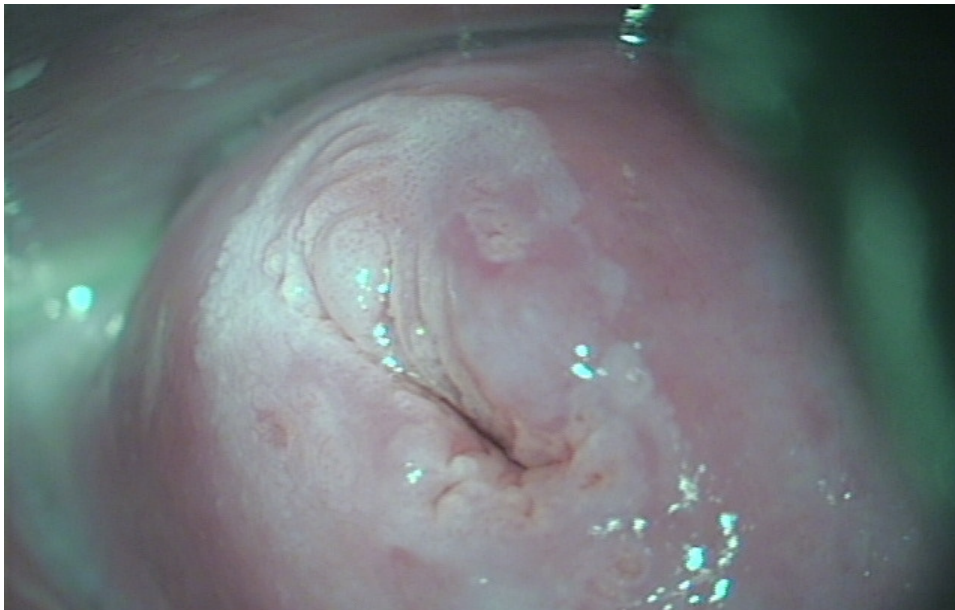


Figura 1. Zona de transformação anormal com pontilhado fino entre 8 e 11 horas, correspondendo lesão intra-epitelial de baixo grau (NIC1) à histologia.

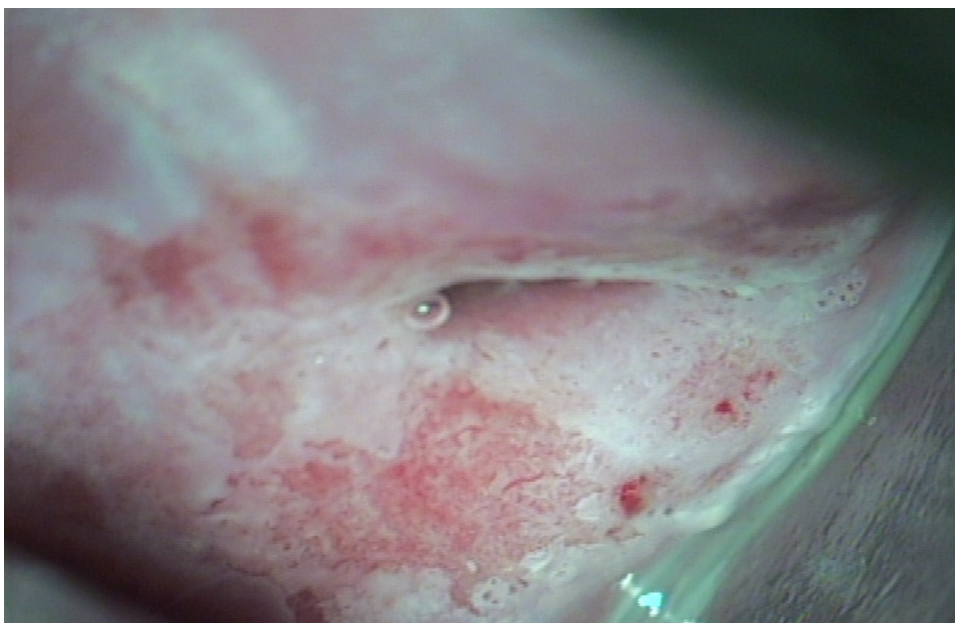


Figura 2. Zona de transformação anormal com epitélio acetobranco associado a vasos atípicos, às 6 horas, correspondendo lesão intra-epitelial de alto grau (NIC2) histológica.

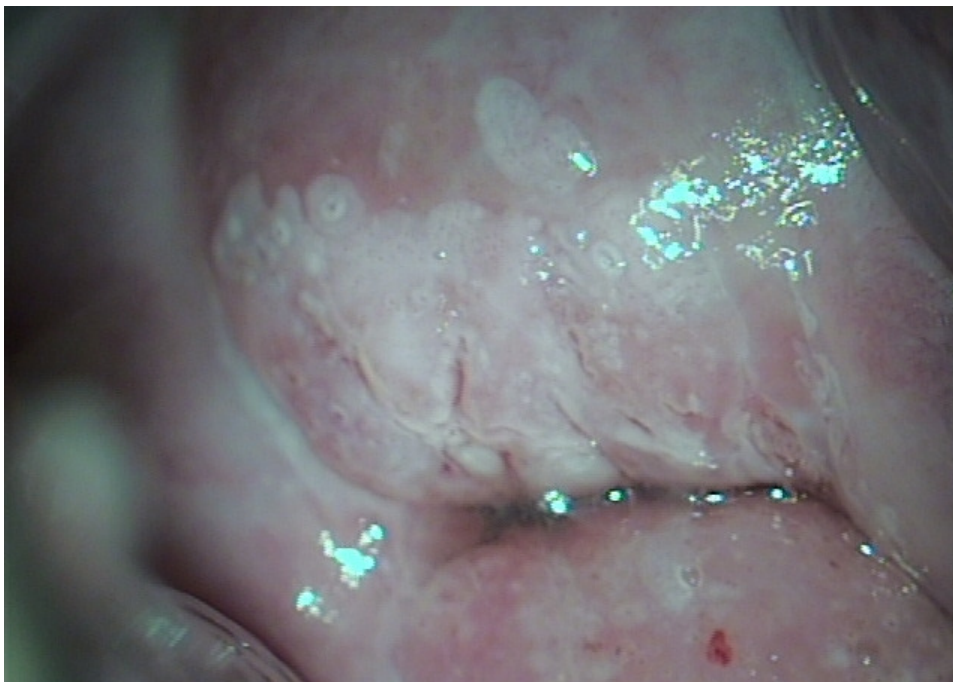


Figura 3. Zona de transformação anormal com epitélio acetobranco denso associado a espessamento de orifícios glandulares em lábio anterior, correspondendo lesão intra-epitelial de alto grau (NIC3) histológica.

A NIC 3 corresponde ao carcinoma *in situ* e evolui para lesão invasora (que ultrapassa a membrana basal) se não adequadamente tratada⁴. Acredita-se que o intervalo de tempo entre a infecção por HPV e o desenvolvimento de NIC 3 seja de 3 a 10 anos^{62,63}, e a evolução desta para carcinoma invasor leva em média 10 anos⁶³. O tipo histológico mais freqüente é o carcinoma epidermóide (85%) e a invasão ocorre por contigüidade⁴.

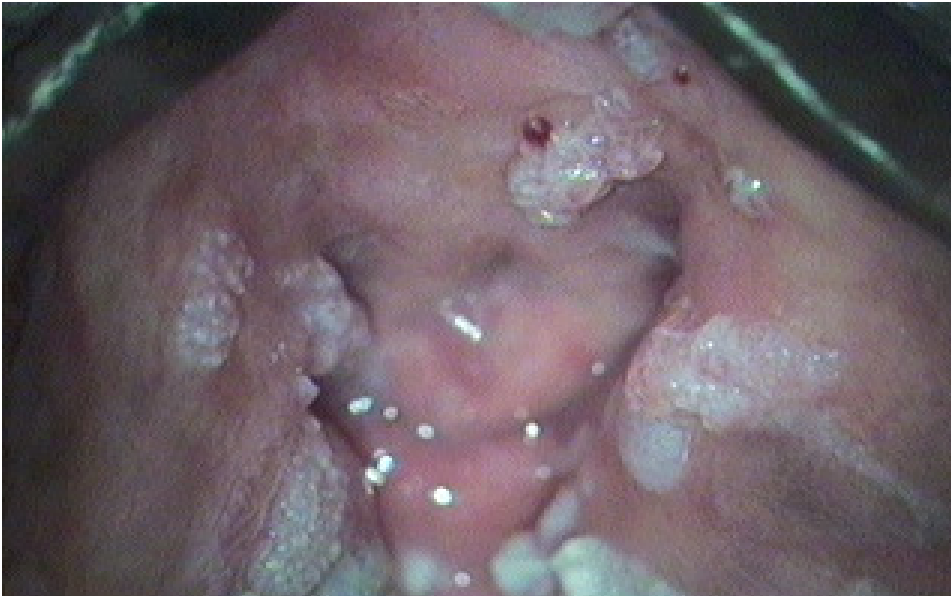


Figura 4. Condilomas acuminados em vestíbulo à vulvosopia.

Estes dados permitem concluir que, em média, são decorridos pelo menos 5 anos entre o surgimento de lesão de baixo grau (NIC 1) e o carcinoma *in situ* (NIC 3), e que para evoluir de NIC 3 para carcinoma invasivo são necessários, em média, 10 anos⁶²⁻⁶⁴.

Verrugas genitais, também conhecidos por condiloma acuminado (Figura 4), podem causar desconforto físico significativo, incluindo inflamação, fissuras, ardência, sangramento e dispareunia; embora tenham comportamento benigno. Assim como em outras DSTs, o tratamento primário prioriza amenizar os sintomas, remover as verrugas e minimizar as seqüelas psicológicas⁵⁷.

O tratamento atual das lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do trato genital inferior resume-se a excisão ou destruição das lesões por diversas técnicas, com eficácia de aproximadamente 90%, porém com morbidade e custos elevados. Além disso, estas modalidades terapêuticas removem as lesões, mas mantêm intactos os tecidos infectados pelo HPV sem lesão aparente, e o índice de recorrência é alto^{2,11,65,66}.

3.3. CICLO SEXUAL FEMININO

A sexualidade é determinada pela anatomia, fisiologia, psicologia e também pela cultura na qual o indivíduo vive, seus relacionamentos interpessoais e suas experiências acumuladas durante a vida. Ela inclui a percepção de ser masculino ou feminino e todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados à gratificação sexual, reprodução e atração entre duas pessoas⁶⁷.

Masters e Johnson, em 1966, introduziram a idéia de um ciclo de resposta sexual humana, baseados em extensas observações laboratoriais. Entretanto, é importante reconhecer que as várias fases do ciclo de resposta são arbitrariamente definidas, nem sempre sendo demarcadas uma da outra, e, pode diferir consideravelmente tanto na mesma pessoa em oportunidades diferentes quanto entre diferentes pessoas⁶⁸.

Os precursores da terapia sexual, Masters e Johnson, não incluíram o desejo sexual e seus transtornos em seus estudos iniciais da sexualidade humana, sendo este conceito introduzido por Kaplan em 1979, definindo o desejo sexual ou sensualidade como necessidade que impele homens e mulheres a procurar, iniciar e/ou responder a estímulo sexual. O desejo sexual é definido como estado motivacional ou impulso gerado no cérebro por processos neurofisiológicos específicos, sendo exatamente igual a outros impulsos e apetites que constituem a sobrevivência individual e das espécies⁶⁹.

Apetite sexual, desejo, impulso e interesse sexual são alguns dos muitos termos utilizados como sinônimos de libido, palavra latina que significa desejo, usada inicialmente por Sigmund Freud em *Três ensaios sobre a sexualidade humana (1905)*, indicando a energia que compõe a parte psíquica do interesse sexual. Posteriormente, a libido foi definida em sentido mais amplo, como a energia psíquica despertada por tudo que é

“apetitoso”, não necessariamente no âmbito sexual. Na literatura mais recente, libido é novamente utilizada com significado de apetite sexual e definição bastante aceita é a seguinte: “estado mental ativado, insatisfeito, de intensidade variável, criado por estímulos externos (via sensorial) e/ou internos (fantasia, memória, cognição), que induzem a sentimento de necessidade ou “a vontade de tomar parte de atividade sexual, geralmente com o objeto de desejo, para satisfazer tal necessidade”⁷⁰.

A excitação, segundo Masters e Johnson, ocorre como resultado da estimulação sexual, a qual pode ser de origem física ou psíquica ⁶⁸.

Na mulher, a excitação sexual é caracterizada pelo aparecimento de lubrificação vaginal, a qual é produzida pela vasocongestão nas paredes da vagina, conduzindo a transudação de líquido. Outras alterações genitais que ocorrem durante a excitação na mulher incluem a expansão dos dois terços internos do canal vaginal, elevação do colo e corpo uterino, e achatamento e elevação dos grandes lábios. O clitóris aumenta em tamanho como resultado da vasocongestão, embora não ocorra ereção verdadeira. A ereção dos mamilos é característica, embora ambos os mamilos possam não alcançar ereção completa simultaneamente. Tardiamente, os padrões venosos na superfície da mama tornam-se mais visíveis e pode haver também aumento no tamanho das mamas ⁶⁸.

Os mecanismos neurofisiológicos específicos do orgasmo não se encontram totalmente compreendidos. Podendo ser postulado que o orgasmo é deflagrado por um arco reflexo neural uma vez o nível limiar orgástico tenha sido atingido ou excedido ⁶⁸.

O orgasmo na mulher é marcado por contrações rítmicas simultâneas do útero, plataforma orgástica (terço externo da vagina) e esfíncter anal, começando a intervalos de 0,8 segundos e a seguir diminuindo em intensidade, duração e regularidade. No entanto, o orgasmo corresponde à resposta corporal total, não apenas localizada na pelve. Padrões de

eletro encefalograma medidos durante o orgasmo mostram alterações significativas na lateralidade hemisférica, bem como alterações nas frequências e tipo de atividade das ondas cerebrais. Contrações de grupos musculares periféricos também foram medidas cuidadosamente, bem como aumento da frequência da respiração e dos batimentos cardíacos ⁶⁸.

Além disso, as mulheres têm o potencial de serem multiorgásticas, isto é, obterem série de respostas orgásticas identificáveis sem cair abaixo do platô de excitação, o que difere do padrão de resposta sexual masculina, onde há um período refratário ⁶⁸.

Este modelo de resposta sexual tradicional indica que fantasias e pensamentos sexuais principiam a excitação, seguida pelo orgasmo. Porém, mulheres identificam várias reações sexuais que são anteriores, além da motivação ou apetite sexual físico ⁷¹.

Mulheres informam a necessidade de maior intimidade emocional, compromisso, compartilhamento, ternura e tolerância, e mostram aos parceiros que eles ou elas têm sido errados (emocional ou corporalmente). Cada reação baseada na intimidade motiva a mulher a encontrar o caminho para tornar-se excitável sexualmente. Esta excitação não é espontânea, mas despertada deliberadamente pela procura do estímulo sexual, incluindo comportamento de (potenciais) parceiros, conversas, música, escrita, visual erótico ou diretamente pela estimulação física ⁷¹.

A mera presença de estímulo sexual não garante excitação. Fatores psicológicos ou biológicos muitas vezes impedem o processo do estímulo até a excitação. Experiência passada negativa, auto-imagem sexual baixa, insegurança (em relação ao controle de natalidade, prevenção de doença sexualmente transmissível ou insegurança emocional), ingenuidade ou emoções negativas em resposta de excitação física (passado de abuso) podem ser relevantes ⁷¹.

Basson⁷², em 2000, descreveu o ciclo de resposta sexual feminino baseado na intimidade, neste, a intimidade emocional motivaria a sexualidade da mulher levando-a a procurar ou ser responsiva ao estímulo sexual, desse modo, fatores psicológicos e biológicos seriam responsáveis pela excitabilidade, levando ao desejo, excitação sexual e à satisfação física e emocional que contribuem aumentando a intimidade emocional, mantendo o ciclo. Este novo modelo afirma que desejo e excitação não são entidades separadas, introduzindo o conceito de excitabilidade e associando intimidade emocional ao ciclo de resposta sexual (Figura 5).

Comportamento sexual refere-se aos tipos de atividades sexuais praticadas pelo indivíduo, inclui: imensa variedade de atividades como beijar e acariciar, penetração vaginal, sexo oral, sexo anal, fantasias, masturbação entre outras⁷³.

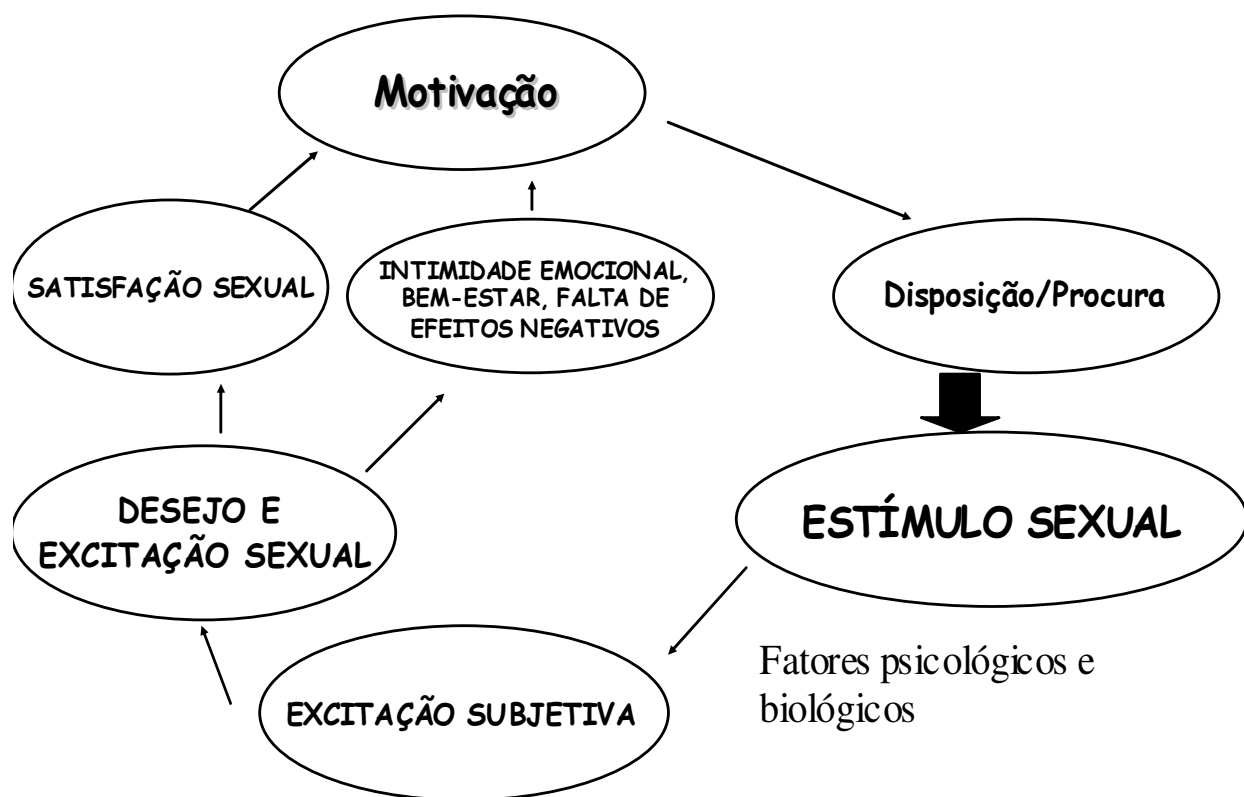


Figura 5. Ciclo de Resposta Sexual Feminino ⁷²

A satisfação sexual é a avaliação global, não ligada somente a comportamentos ou avaliações de aspectos específicos, mas sim ao relacionamento todo. Engloba avaliação cognitiva positiva e individual⁷⁴.

Satisfação sexual é a qualidade ou estado de satisfeito; sensação agradável sentida quando as coisas acontecem conforme desejado⁷⁵.

A intimidade comunicativa, sentimento de ser compreendido pelo companheiro, sendo capaz de efetivamente se comunicar com ele e confiar nele, foi reconhecida como principal indicador da satisfação sexual seguida pela excitação física⁷⁶.

3.4. DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

As disfunções sexuais fazem parte dos transtornos da sexualidade, assim como o transtorno de preferência sexual e de identidade de gênero⁷⁷.

Transtorno de preferência sexual caracteriza-se por impulso, fantasia ou prática sexual incomum ou bizarra, afetando cerca de 1% da população e sendo mais freqüente em homens que em mulheres⁷⁷.

Transtornos de identidade de gênero são manifestados por sensação de impropriedade em relação ao próprio sexo biológico; caracterizam-se pelo desejo irredutível de pertencer, de ser tratado e reconhecido como membro do sexo oposto. Sendo acompanhada de desconforto ou sofrimento⁷⁷.

O advento de novas terapias para as disfunções sexuais masculinas tem conduzido a atenção para os mesmos problemas em mulheres. Recente estudo demonstrou que 42% das mulheres com queixa sexual solicitam ajuda do seu ginecologista⁷⁸.

Estudo realizado na Inglaterra, observou que 53,8% das mulheres manifestavam pelo menos um problema sexual no período de um mês a dois anos anteriores a pesquisa. Estudo maior encontrou que disfunções sexuais ocorriam mais frequentemente em mulheres (prevalência de 43%) comparada aos homens (31%)⁷⁸.

Diminuição da libido foi a queixa mais comum (51%), seguido por desordem da excitação (33%) e dispareunia (16%). Disfunções sexuais foram mais freqüentes em mulheres jovens (18-39 anos), com educação primária, solteiras e de saúde emocional e física deficiente. Experiência negativa em relacionamentos anteriores foi apontada como fator prognóstico na qualidade de vida sexual⁷⁸.

Disfunção sexual feminina é um problema multifatorial e multidimensional combinando determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais, de prevalência progressivamente maior, afetando 20% a 50% das mulheres. Aproximadamente 20% delas relatam dificuldade na lubrificação e 20% não obtém prazer com o sexo. Disfunção sexual tem impacto na qualidade de vida e no relacionamento interpessoal ⁷¹.

A classificação nosológica e diagnóstico variam entre diferentes sistemas diagnósticos. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua décima edição (CID-10) a definição de disfunção sexual inclui “as várias formas nas quais o indivíduo é incapaz de participar de um relacionamento sexual como ele (a) desejariam”. A resposta sexual é processo psicossomático; ou seja, processo psicológico e somático estariam frequentemente envolvidos nas causas da disfunção sexual ⁷⁹.

Desejo sexual hipoativo corresponde, segundo a classificação CID-10, falta ou perda de desejo sexual, onde a perda de desejo é o problema principal e não secundário a outra dificuldade sexual, como disfunção erétil ou dispareunia ⁷⁹.

Na aversão sexual ou falta de prazer sexual, a possibilidade de interação sexual produz medo e ansiedade, sendo tal atividade evitada (aversão sexual). Em outros casos, resposta sexual fisiológica e orgasmo podem ser experimentados, no entanto não a sensação de prazer (ausência de prazer sexual), denominando-se anedonia sexual ⁷⁹.

Na classificação CID-10, outra disfunção sexual citada é a insuficiência da resposta genital, englobando desordem de excitação sexual feminina e disfunção erétil masculina. Na mulher, o principal sinal desta disfunção é “vagina seca” ou falha na lubrificação vaginal ⁷⁹.

Disfunção orgástica é definida como ausência de orgasmo ou atraso acentuado deste, incluindo neste grupo o orgasmo inibido masculino e/ou feminino e anorgasmia psicogênica⁷⁹.

Ejaculação rápida é outra desordem orgástica, caracterizada pela inabilidade de controlar suficientemente a ejaculação para ambos os parceiros aproveitarem a interação sexual⁷⁹.

Vaginismo não-orgânico ou psicogênico é definido como espasmo da musculatura pélvica que envolve a vagina, causando oclusão do intróito vaginal, desta maneira, a entrada do pênis é impossível ou dolorosa⁷⁹.

No Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, na quarta edição (DSM-IV-TR), disfunções são categorizadas em eixos de desordens. As síndromes são correlacionadas com a resposta sexual, a qual é dividida em desejo, excitação e orgasmo. A característica essencial das disfunções sexuais seria a inibição de uma ou mais fases, incluindo distúrbio da sensação subjetiva de prazer ou desejo ou ainda, distúrbio na experiência ou performance objetiva. Estes distúrbios correriam sozinhos ou combinados⁸⁰.

Disfunções sexuais são diagnosticadas somente quando ocorrem na maior parte do tempo do estado clínico. Podendo ser classificadas como primária ou adquirida, generalizada ou situacional e devido a fatores psicológicos, fatores fisiológicos ou combinação de fatores. Atribuição a causa de condição médica geral, uso de substância ou efeito adverso de medicação também pode ser realizado⁸⁰.

Conforme o DSM-IV-TR os distúrbios na fase do desejo seriam: desordem do desejo sexual hipoativo, desordem de aversão sexual, desordem do desejo sexual hipoativo devido

a condição médica geral (homem ou mulher), disfunção sexual induzida por substâncias com desejo debilitado ⁸⁰.

Associado a fase de excitação seriam: desordem da excitação sexual feminina, disfunção erétil masculina, disfunção erétil masculina devido a condição médica geral, dispareunia devido a condição médica geral (homem e mulher), disfunção sexual induzida por substância com excitação debilitada ⁸⁰.

Desordem orgástica feminina, desordem orgástica masculina, ejaculação rápida, outras disfunções sexuais devido a condição médica geral (homem e mulher), disfunção sexual induzida por substância com orgasmo debilitado, seriam as alterações que ocorrem na fase do orgasmo ⁸⁰.

Em vários casos, a disfunção sexual pode ser diagnosticada em conjunto com outras desordens psiquiátricas e em outros casos, apresentar-se somente como um dos sinais e sintomas de doença psiquiátrica. Disfunções sexuais são freqüentemente associadas com desordens mentais como depressão, ansiedade, desordem de personalidade e esquizofrenia ⁶⁷.

A disfunção sexual pode ser sintoma de problemas biológicos, conflitos intrapsíquicos, dificuldades interpessoais ou combinação destes fatores ⁶⁷.

3.5. INFECÇÃO PELO HPV E SEXUALIDADE

A sexualidade é influenciada por diversos fatores ⁷³:

- ✓ Família: responsável por parte significativa da compreensão geral da sexualidade, como também pelos valores, convicções e expectativas em relação às diversas formas de expressão da sexualidade.

- ✓ Religião: convicções punitivas sobre sexualidade são passadas por grande parte das instituições religiosas.
- ✓ Mídia: influência importante na sexualidade das mulheres, não apenas apresentando padrões de beleza, mas também criando expectativas envolvendo sexo e casamento.
- ✓ Eventos diários, trabalho e relações sociais
- ✓ Experiência pessoal: violência contra mulheres de todas as idades é altamente prevalente. Incesto, estupro, crimes ou violência íntima (mental, física e/ou sexual) podem ter efeitos permanentes na sexualidade.

Descreve-se que o ato sexual é uma atividade sensorial na qual predominam as sensações auditivas, olfativas e táteis à estimulação das zonas erógenas através de carícias, toques, beijos, abraços, produzindo estimulação dos receptores sensitivos somatoestésicos. Órgãos sensoriais transmitem informações básicas que se misturam com o emocional e as mensagens afetivas contribuem para a estruturação da identidade sexual e da auto-estima para percepção pessoal de ser objeto de desejo⁷⁰.

Em revisão recente sobre disfunção sexual, Basson⁸¹, refere que fatores biológicos e psicológicos influenciam negativamente a sexualidade. Cita-se entre os fatores psicológicos o relacionamento emocional com o parceiro no cotidiano e na relação sexual, considerados fortes fatores prognósticos relacionados ao sexo.

Gracia et al⁸², 2004, observaram que a sexualidade feminina é altamente dependente de fatores psicológicos.

Linnehan et al⁸³, afirmaram que perda do desejo para atividade sexual é a mais comum disfunção sexual feminina, e de difícil tratamento.

Muitas pesquisas em relação ao desejo sexual estão em andamento, no entanto nada está claro até o momento. Certas condições médicas afetam o desejo sexual, por exemplo, a depressão reduz drasticamente o desejo assim como o stress e a fadiga ⁸³.

Desordens ginecológicas que resultam em dor na relação sexual, ou problemas de saúde que afetam anatomia sexual, sistema vascular, sistema neurológico e/ou endócrino devem ser consideradas como causa de desejo sexual hipoativo ⁸³.

Muitas vezes é difícil separar as causas orgânicas das variáveis psicogênicas que ocorrem na mulher nas diferentes fases da vida. Além disso, deve-se observar a importância dos diferentes papéis desempenhados pela mulher em sua vida cotidiana e conhecer a prioridade de cada um deles ⁸³.

A maioria das mulheres tem vários papéis sociais: profissional, esposa, mãe, filha, amiga e amante. Este último, parece perder força quando a demanda de outro aumenta. Quando a mulher encontra seu primeiro parceiro, ela tem poucos daqueles papéis, pode ser apenas trabalhadora e filha, por exemplo. Com o passar dos anos vai adquirindo outros papéis, como esposa e mãe. Para a maioria das mulheres parece que à medida que a responsabilidade aumenta, a importância do papel de amante diminui ⁸³.

Fatores psicológicos que influenciam na sexualidade mais claramente definidos na literatura incluem entidades comuns não sexuais como distúrbios sexuais, experiência passada negativa, vergonha, culpa, insegurança (emocional, física ou sexual), medo de gravidez indesejada, medo de comprovação da infertilidade ou medo de adquirir doença sexualmente transmissível ⁸⁴.

Dificuldades psicosexuais incluem efeitos relacionados com o diagnóstico da infecção sexualmente transmitida e mudanças provocadas no desenvolvimento da

intimidade. Sentimentos como vergonha, culpa e baixa auto-estima estão relacionados com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível⁸⁴.

Estudo relacionando fatores psicológicos da infecção genital pelo vírus herpes simples descrevia depressão, angústia, sofrimento, raiva, diminuição da auto-estima e ódio direcionada a pessoa que causou a infecção⁸⁵.

Infecção genital pelo HPV é doença sexualmente transmitida presente em grande proporção de mulheres jovens. Além dos aspectos biológicos e médicos da infecção, incluindo tratamentos prolongados e dolorosos, sintomas recorrentes, ausência de cura definitiva e potencial transformação maligna, o HPV também resulta em seqüelas emocionais e psicosssexuais significativas⁸².

Ao ser informada do diagnóstico de DST, doença cuja necessidade de tratamento existe, não sendo garantida a cura definitiva, e observando-se potencial de transformação maligna (câncer), a paciente demonstra choque por ter adquirido uma doença sexualmente transmitida, confusão em relação ao tratamento e medo em relação ao câncer e convívio com a doença indefinidamente⁸².

Mulheres infectadas pelo HPV e/ou com exame Papanicolaou alterado relatam sentimentos negativos em relação ao intercurso sexual, incluindo diminuição do desejo e excitação sexual, sendo a diminuição da lubrificação vaginal responsável por dispareunia 42,44.

Poucos estudos exploram as disfunções sexuais associadas às infecções pelo HPV em estádios pré-neoplásicos como lesões intra-epiteliais de baixo e alto grau. Estudos envolvendo pacientes portadoras de lesões neoplásicas submetidas a tratamentos como cirurgia intracavitária, radioterapia ou quimioterapia observam que tanto o diagnóstico de

câncer como sua terapia afetaram fisicamente, psicologicamente e socialmente a capacidade da paciente manter a saúde sexual⁸⁶.

Campion et al⁸⁷, estudaram o trauma psicossocial da citologia oncológica (exame de Papanicolaou) anormal em 105 mulheres, subdividindo-as em três grupos, o grupo 1 composto de 30 mulheres com citologia oncológica anormal, sendo 5 apresentando NIC 1, 7 NIC 2 e 18 com NIC 3; o grupo 2 composto por 50 mulheres parceiras sexuais de homens com condiloma acuminado, sendo elas subdivididas em grupo 2a composto por 26 mulheres com infecção HPV confirmada histologicamente ou NIC 1 associado à infecção HPV e grupo 2b composto por 24 mulheres parceiras sexuais de homens com condiloma acuminado, mas com citologia oncológica e colposcopia normais; e grupo 3 composto por 25 mulheres parceiras sexuais de homens com diagnóstico de uretrite não-específica, com citologia oncológica e colposcopia normais.

Nesta amostra, demonstraram que mulheres com citologia oncológica anormal não mostraram diferenças no comportamento e atitudes sexuais nos 6 meses anteriores ao diagnóstico comparadas com o grupo controle, entretanto, após o exame colposcópico, biópsia da zona de transformação cervical atípica e vaporização a laser da lesão pré-invasiva comprovada histologicamente, ocorreram significativas mudanças direcionadas às atitudes sexuais e aos parceiros, assim como no comportamento e resposta sexual⁸⁷.

Golzio et al⁸⁸, pesquisaram aspectos psicossociais e sexuais de mulheres com condilomatose genital, utilizando questionário composto de 125 questões, auto-aplicável e anônimo, finalizado com 249 questionários, demonstraram que o grupo de mulheres pesquisadas com condilomatose genital não apresentou diferença em relação ao grupo controle nos aspectos econômico, social, cultural, habilidade e comportamento sexual. No

entanto, os resultados demonstraram um particular, consciente e inconsciente conflito, o qual expresso por meio de reação e comportamento inter-relacional contraditórios.

Filiberti et al⁴⁴, estudaram os aspectos psicológicos da infecção genital pelo HPV em 49 mulheres subdivididas em três grupos conforme o tratamento utilizado, grupo 1 tratadas com laser CO₂, grupo 2 tratadas com Interferon- α intramuscular e grupo 3 tratadas com laser CO₂ e Interferon- α intramuscular; o instrumento de estudo tratava-se de questionário avaliando sexualidade e reações que poderiam influenciar esta após o tratamento; além de dois testes de personalidade para avaliar depressão e ansiedade. Os dados coletados revelaram que a doença pode levar a perda do desejo sexual ou na transformação da sexualidade em uma experiência desagradável, criando um sofrimento emocional potencial.

Zarcone et al⁸⁹, estudaram as conseqüências psicológicas da infecção sintomática do HPV em 40 pacientes entre 19 e 37 anos, com diagnóstico de HPV pela citologia oncológica, exame colposcópico, histopatológico e hibridização in vitro, 20 pacientes receberam o tratamento com laser CO₂ associada com Interferon- α intramuscular, 20 pacientes restantes receberam tratamento com Interferon- α intramuscular e tópico, como instrumento de estudo utilizaram questionário para avaliação da auto-estima e da vida sexual após o diagnóstico do HPV, além da escala de MADRS para avaliação de síndrome ansioso-depressiva; concluíram que infecção HPV promove problemas com a sexualidade além de medo hipocondríaco.

Clarke et al⁹⁰, pesquisaram através de questionário 837 indivíduos escolhidos através da revista HPV News, 454 questionários foram respondidos completamente e reenviados, tal questionário interrogava sobre o impacto do HPV no momento do diagnóstico e nos últimos 12 meses, se aplicável. Em relação ao impacto do HPV no comportamento sexual e

nos relacionamentos sexuais, 86% das pesquisadas referiram que o diagnóstico da infecção afetou a habilidade de aproximar-se de um novo parceiro, 73% referiram menor espontaneidade na atividade sexual e 72% menor frequência sexual. Após 12 meses do diagnóstico da infecção 71% dos pesquisados referiram que a infecção ainda afetava a habilidade de aproximar-se de um novo parceiro. Neste estudo, a infecção pelo HPV foi considerada como causa de revolta emocional e ansiedade para muitos, afetando adversamente a auto-imagem e criando a percepção de alienação e estigmatização. Além disso, dois terços ou mais das pesquisadas experimentaram depressão, isolamento ou vergonha e medo da rejeição.

Saúde sexual é conceituada como o acesso a sexualidade fundamentada no conhecimento, consciência pessoal e auto-aceitação. Envolvendo a habilidade de ter intimidade com o parceiro, comunicando expressamente suas necessidades e desejos. Incluindo também sentimento de auto-estima, atratividade pessoal e competência, assim como consciência da susceptibilidade para disfunção sexual, doença sexualmente transmissível, violência sexual e coerção⁹¹.

O câncer e o simples diagnóstico de DST podem causar depressão e ansiedade, devido ao medo da morte, medo da mutilação ou perda da função. Depressão e ansiedade, por sua vez, podem interferir no desejo sexual, excitação e orgasmo. Além disso, o diagnóstico e tratamento para o câncer também atrapalham os relacionamentos sociais e o lazer, resultando na diminuição da intimidade e alterando o auto-conceito sexual e a identidade de gênero⁸⁶.

O conhecimento que o HPV é um vírus transmitido sexualmente podendo levar ao câncer, persistindo mesmo após a erradicação da lesão cria potencialmente um trauma psicosexual significativo podendo afetar as atividades diárias e comportamento sexual das

mulheres com esta infecção. Estudos de mulheres com diferentes anormalidades genitais relacionadas ao HPV, assim como DST, exame Papanicolaou alterado, câncer cervical e condiloma acuminado (visível), sugerem que mudanças emocionais e psicosexuais adversas podem ocorrer^{42,87,90,92-96}.

Sexualidade é mais do que habilidade de ter intercurso sexual; para a maioria das mulheres, sexualidade inclui sentimento sobre aparência corporal, feminilidade, habilidade de gerar e criar filhos e habilidade para demonstrar sua feminilidade. Sexualidade feminina integra aspectos da personalidade, além de componentes emocional, intelectual e sociocultural^{97,98}.

Desta forma, consideramos que a influência das diferentes expressões da infecção genital pelo HPV no comportamento sexual feminino necessitam de pesquisa, assim como os diferentes tipos de conduta frente às alterações provocadas.

4. MÉTODO

Trabalho desenvolvido no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior do Ambulatório da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), de março de 2005 a novembro de 2006.

4.1.Casuística

A população de estudo foi composta por 78 mulheres portadoras de NIC 1, 2 , 3 e condiloma acuminado, matriculadas no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Ginecologia HCFMUSP.

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) foram analisados e aprovados pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesp, em sessão 14/06/2006, Protocolo n° 531/05 (ANEXO B).

4.1.1.Critérios de inclusão

- ✓ Idade entre 18 e 60 anos;

- ✓ Expressão genital da infecção HPV: condiloma acuminado em vulva, lesão intra-epitelial cervical de baixo grau (NIC 1) e alto grau (NIC 2 e 3), diagnosticada pelos exames colposcópico, colpocitológico ou anatomopatológico;
- ✓ Concordância, por escrito, do termo de consentimento pós-informado do protocolo de pesquisa (ANEXO A).

4.1.2. Critérios de exclusão

- ✓ Analfabetas;
- ✓ Doenças psiquiátricas prévias em tratamento ou não;
- ✓ Usuárias de medicamento que podem interferir no ciclo da resposta sexual, como antidepressivos e anti-hipertensivos.

4.2. Procedimentos

Estudo observacional, descritivo, transversal.

Pacientes que cumpriam os critérios de inclusão, após diagnóstico de LIEBG e explicação dos fatos, eram convidadas a responder o instrumento de avaliação. Naquelas portadoras de LIEAG, o instrumento de avaliação foi aplicado imediatamente após o tratamento (cirurgia de alta frequência), realizada na consulta subsequente ao diagnóstico.

4.2.1. Instrumento de avaliação (ANEXO C)

Trata-se de questionário elaborado, inicialmente, por ABDO et al, em 2000⁹⁹, e modificado para atender ao objetivo deste estudo. Destina-se a obter informações relacionadas ao comportamento sexual após o diagnóstico da infecção genital pelo HPV. Consideraram-se perguntas que refletiam o comportamento, a função e a satisfação sexual.

Este instrumento possibilita avaliar os dados demográficos; antecedentes pessoais; antecedentes gineco-obstétricos; antecedentes sexuais e atividade sexual atual, com ênfase na satisfação sexual, fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo), frequência sexual, prática de masturbação e avaliação da presença de práticas sexuais menos habituais.

O instrumento de estudo foi pré-testado em um grupo piloto composto de 10 mulheres antes de ser aplicado na população total do estudo, verificando assim o cumprimento dos objetivos do mesmo.

4.2.2. Variáveis Estudadas

- ✓ Antecedentes sexuais – idade do início da atividade sexual (ATS); número total de parcerias sexuais.
- ✓ Informação sobre o HPV e sobre seu meio de transmissão
- ✓ Prática de sexo oral
- ✓ Prática de sexo anal
- ✓ Prática de masturbação
- ✓ Atividade sexual atual – desejo sexual, excitação, orgasmo e frequência sexual
- ✓ Dispareunia – dor na relação sexual
- ✓ Satisfação sexual

4.2.3. Análise Estatística

Para a computação e a análise dos dados foi empregado o software Microsoft Excel 2003[®].

O método estatístico utilizado empregou estatística descritiva, comparação de médias por análise da variância fatorial (ANOVA) e *post-hoc* pelo método LSD (“Least Square Difference”) e comparação de proporções em tabelas de contingência pelo teste do X^2 (qui-quadrado) ou teste exato.

5. RESULTADOS

Responderam ao questionário 78 pacientes, no entanto, em determinadas variáveis houve perda de parcela experimental, razão pela qual o número total de observações poderá ser inferior a 78 em algumas questões.

As pacientes foram divididas em dois grupos, segundo os níveis de expressão da doença relacionada à infecção genital pelo HPV em : LIEBG e LIEAG.

No grupo LIEBG as participantes foram subdivididas em portadoras de condiloma acuminado e NIC 1. O grupo LIEAG foi composto por pacientes com NIC 2 ou 3.

A distribuição das participantes está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das participantes segunda a manifestação genital da infecção pelo HPV.

	Nº participantes	Porcentagem (%)
LIEBG	43	55,1
Condiloma Acuminado	22	28,2
NIC 1	21	26,9
LIEAG	35	44,9
TOTAL	78	100,0

Em relação aos dados demográficos e sociais observa-se que a média etária foi semelhante entre os grupos. A distribuição da média etária e da escolaridade estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2. Dados demográficos e sociais (idade e escolaridade).

	LIEBG	NIC 1	LIEAG	TOTAL
	Condiloma Acuminado	NIC 1		
Média etária	33,6 (DP 9,7)	30,6 (DP 10,5)	33,7 (DP 8,7)	32,9 (DP 9,5)
Escolaridade (anos)	10,1 (DP 3,2)	10,3 (DP 4,0)	7,4 (DP 3,4)	8,9 (DP 3,7)

As idades não diferiram significativamente entre os grupos ($p=0,449$); além disso, foram semelhantes entre eles ($p=0,731$), pois, ambos apresentaram proporção semelhante de mulheres na pós-menopausa.

A variável escolaridade mostrou diferença significativa entre os grupos ($p=0,009$), uma vez que o grupo LIEAG possui menor tempo de escolaridade em relação aos grupos NIC 1 ($p=0,010$) e condiloma acuminado ($p=0,010$), não havendo, porém diferenças entre os últimos dois grupos ($p=0,854$).

Antecedentes sexuais como idade de início da ATS, número de parcerias sexuais até o momento da pesquisa e comportamento sexual como prática de sexo oral, sexo anal e masturbação podem ser observados na Tabela 3. Não houve diferença significativa entre as variáveis: idade de início da ATS ($p=0,460$), pratica sexo oral ($p=0,247$), pratica sexo anal ($p=0,454$) e pratica masturbação ($p=0,254$). A variável número de parceiros sexuais até o

momento da pesquisa não revelou diferença significativa entre os grupos ($p=0,513$), em parte pela variabilidade observada em cada grupo ($p=0,017$).

Quanto à atividade sexual atual, 13 (17,3%) das pacientes relatava vida sexual inativa no momento da pesquisa e 62 (82,7%) apresentavam vida sexualmente ativa. Não houve diferença significativa entre os grupos considerando a variável vida sexual ativa ($p=0,135$). Em relação à frequência sexual mensal, a média foi de 7,1 (DP 4,3), com grande variabilidade entre os grupos. A média de frequência sexual mensal no grupo condiloma acuminado foi de 7,6 (DP 3,5), no NIC 1 de 5,5 (DP 4,6) e no LIEAG de 7,7 (DP 4,5). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,238$), considerando-se a frequência sexual, em parte pela variabilidade detectada em cada grupo ($p=0,017$).

Tabela 3. Distribuição dos dados idade de início da ATS, número de parcerias sexuais e características de comportamento sexual nos grupos pesquisados.

	LIEBG		LIEAG	TOTAL
	Condiloma Acuminado	NIC 1		
Início ATS (anos)	19,0 (DP 3,7)	18,4 (DP 3,8)	17,8 (DP 3,1)	18,4 (DP 3,5)
Nº de parcerias sexuais (média)	4,1 (DP 5,4)	2,8 (DP 1,5)	3,6 (DP 3,0)	3,5 (DP 3,6)
Pratica sexo oral				
Sim	8 (36,4%)	8 (40,0%)	7 (20,6%)	23 (30,3%)
Não	14 (63,6%)	12 (60,0%)	27 (79,4%)	53 (69,7%)
Pratica sexo anal				
Sim	4 (18,2%)	5 (25,0%)	4 (11,8%)	13 (17,1%)
Não	18 (81,8%)	15 (75,0%)	30 (88,2%)	63 (82,9%)
Pratica masturbação				
Sim	6 (27,3%)	8 (38,1%)	5 (17,2%)	19 (26,4%)
Não	16 (72,7%)	13 (61,9%)	24 (82,8%)	53 (73,6%)

Ao serem inquiridas, via questionário, se haviam obtido informações acerca do HPV e suas apresentações clínicas, 39,5% (30) referiram não terem informações a este respeito, no entanto, 60,5% (46) relatavam ter informações sobre o HPV. Quando analisamos esta informação nos grupos percebemos que 52,9% (18) das pacientes portadoras de LIEAG não possuíam informações sobre o HPV, em comparação a 28,6% (12) das com LIEBG. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,087$), muito embora o valor de p indique que haveria tendência à significância, talvez não detectada em decorrência do tamanho da amostra dos grupos NIC 1 e condiloma acuminado. Quando

reunidos no grupo LIEBG, observou-se diferença significativa na distribuição da resposta ($p=0,031$).

Ao contrário desta última variável, referindo-se agora à informação sobre o meio de transmissão do HPV, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,201$). Quanto a este quesito, 28,6% (12) do grupo LIEBG e 44,1% (15) do grupo LIEAG referiram não ter conhecimento sobre o meio de transmissão do vírus.

Averiguando-se a resposta sexual: presença de desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e dispareunia após a infecção pelo HPV, obteve-se os resultados demonstrados na Tabela 4. As variáveis “não” significavam nem antes do HPV nem depois; “sim” significando antes e depois, agora não, ou seja, após o HPV houve modificação e no caso da dispareunia, agora sim significando presença da mesma somente após a infecção pelo HPV.

Tabela 4. Distribuição das variáveis presença de desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e dispareunia segundo os grupos pesquisados após a infecção pelo HPV.

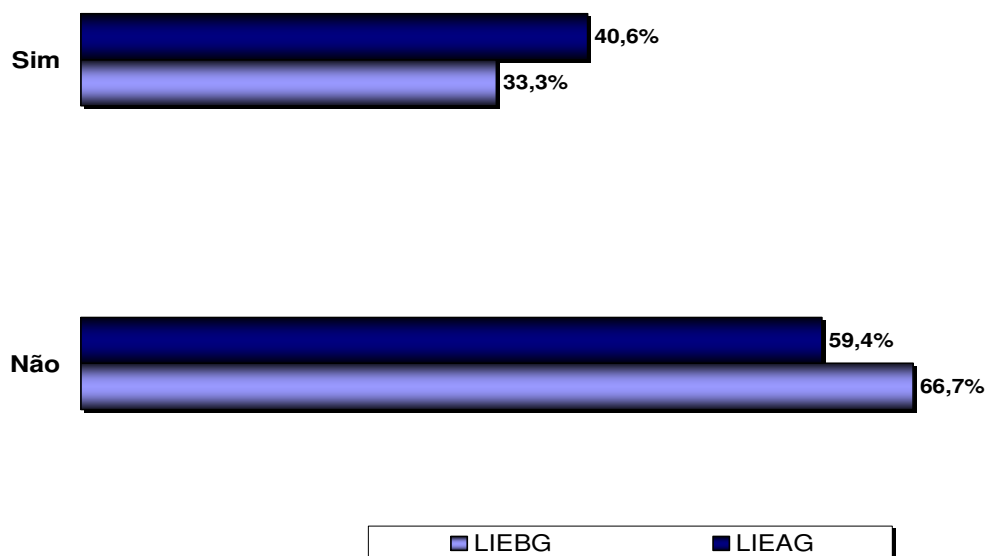
(Agora não= modificou após o HPV, não= nem antes, nem agora, sim= antes e agora)

Presença de:	LIEBG		LIEAG	TOTAL
	Condiloma Acuminado	NIC 1		
Desejo Sexual				
Sim	16 (72,7%)	14 (66,7%)	22 (62,9%)	52 (66,7%)
Agora não	2 (9,1%)	5 (23,8%)	7 (20,0%)	14 (17,9%)
Não	4 (18,2%)	2 (9,5%)	6 (17,1%)	12 (15,4%)
Excitação Sexual				
Sim	16 (72,7%)	15 (78,9%)	25 (73,5%)	56 (74,7%)
Agora não	2 (9,1%)	1 (5,3%)	5 (14,7%)	8 (10,7%)
Não	4 (18,2%)	3 (15,8%)	4 (11,8%)	11 (14,7%)
Orgasmo				
Sim	13 (59,1%)	16 (80,0%)	23 (67,6%)	52 (68,4%)
Agora não	3 (13,6%)	2 (10,0%)	3 (8,8%)	8 (10,5%)
Não	6 (27,3%)	2 (10,0%)	8 (23,5%)	16 (21,1%)
Dispareunia				
Sim	6 (27,3%)	10 (47,6%)	13 (37,1%)	29 (37,2%)
Agora não	1 (4,5%)	1 (4,8%)	3 (8,6%)	5 (6,4%)
Agora sim	1 (4,5%)	1 (4,8%)	4 (11,4%)	6 (7,7%)
Não	14 (63,6%)	9 (42,9%)	15 (42,9%)	38 (48,7%)

Não houve diferença significativa entre as variáveis presença de desejo sexual ($p=0,682$), excitação sexual ($p=0,817$), orgasmo ($p=0,620$) e dispareunia ($p=0,648$).

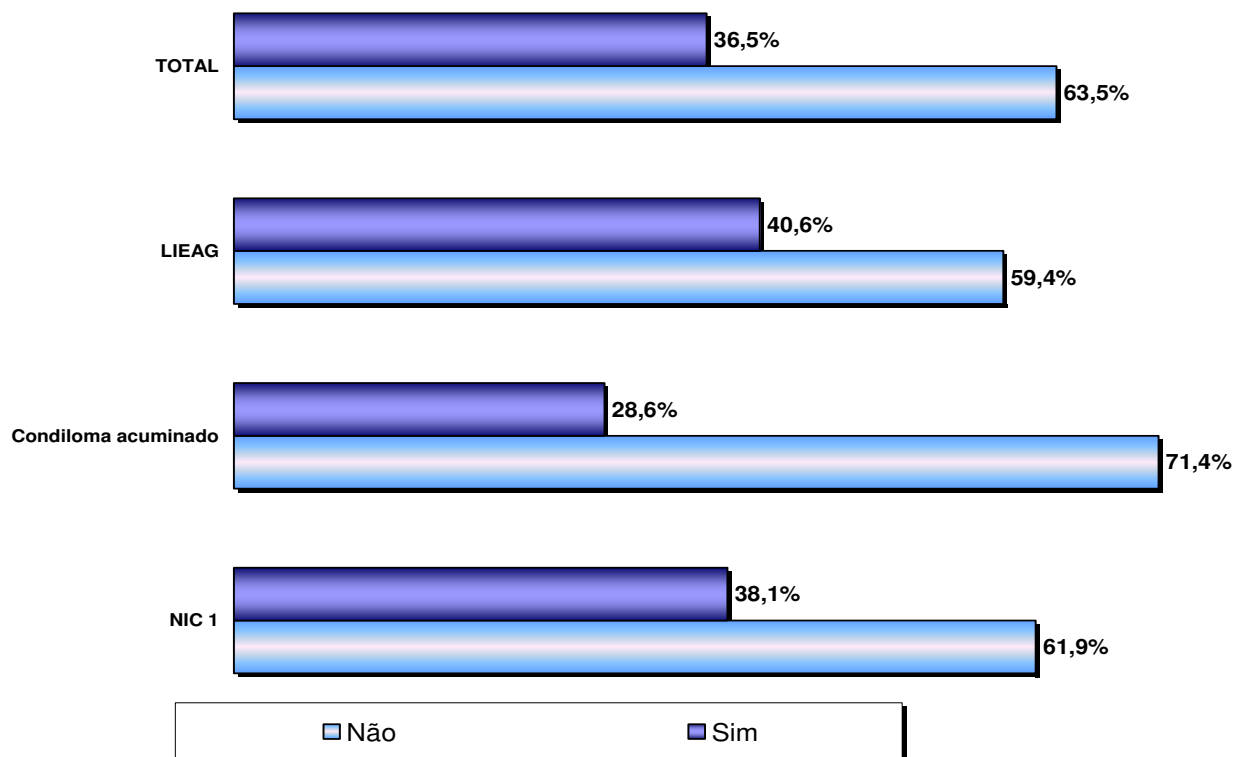
Avaliando o comportamento sexual das pacientes após o diagnóstico da infecção HPV, perguntado, via questionário, se após o diagnóstico houve redução no desejo sexual; 66,7% (28) das pacientes do grupo LIEBG referiram não ter notado redução no desejo, assim como 59,4% (19) das pacientes agrupadas no grupo LIEAG. No entanto, 33,3% (14) do grupo LIEBG e 40,6% do grupo LIEAG, como demonstrado no Gráfico 1, revelaram ter apresentado redução no desejo sexual após o diagnóstico da infecção pelo HPV ($p=0,661$).

Gráfico 1. Demonstração gráfica da distribuição de respostas nos grupos LIEBG e LIEAG quanto ao quesito: houve redução no desejo sexual após o diagnóstico da infecção HPV.



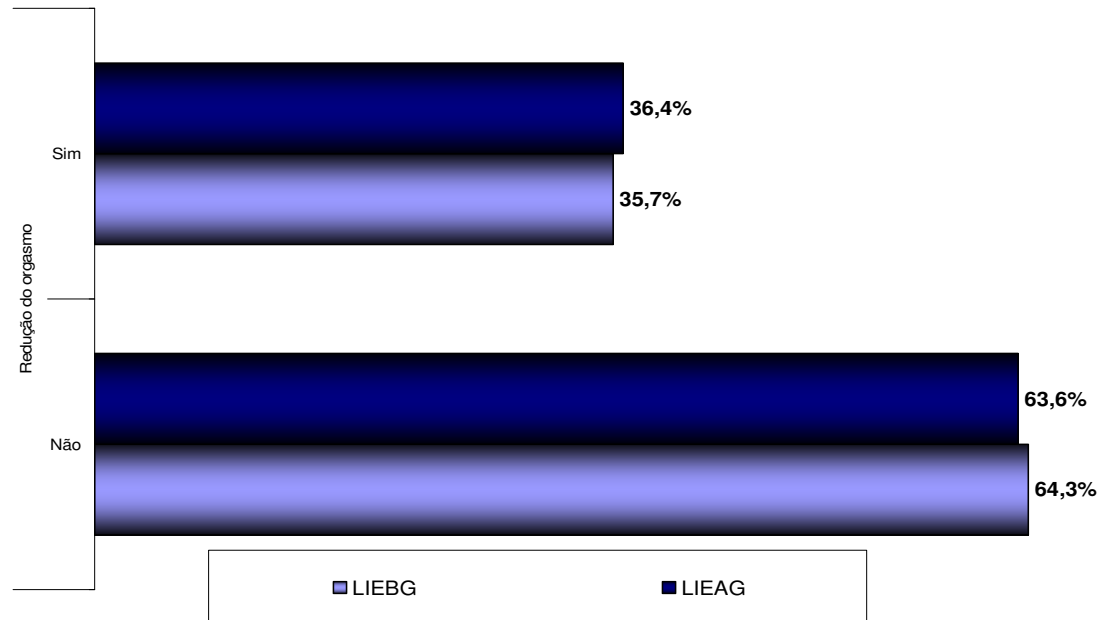
Levando-se em consideração o total da amostra, 36,5% (27) das pacientes pesquisadas revelaram ter percebido redução no desejo sexual após o diagnóstico da infecção (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos grupos pesquisados quanto às respostas à pergunta: houve redução do desejo sexual após o diagnóstico da infecção pelo HPV.



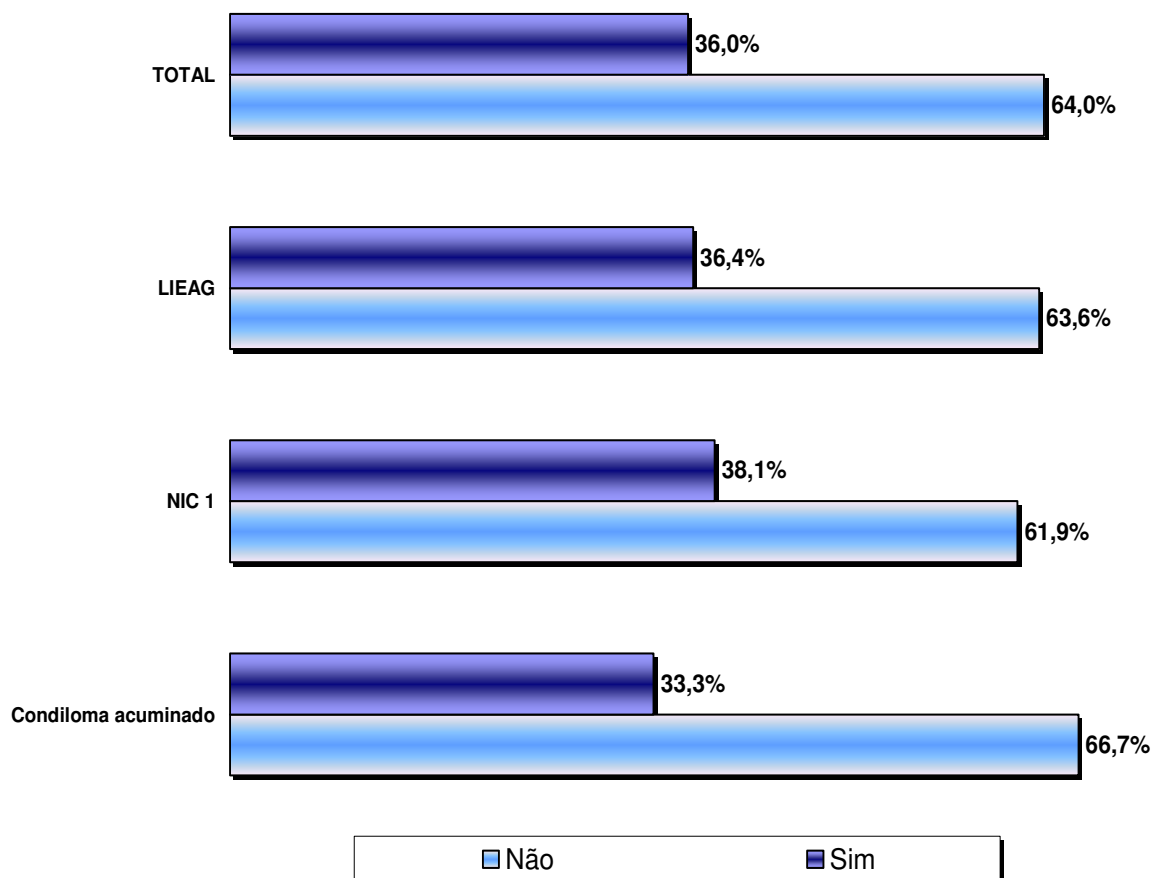
Perguntando-se sobre a redução do orgasmo após a infecção pelo HPV, observamos que 64,0% (48) das pacientes pesquisadas referiam não ter notado redução na quantidade de orgasmos, enquanto 36,0% (27) anotaram redução na quantidade de orgasmos ($p=0,948$), como demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Demonstração gráfica das respostas à pergunta: houve redução no orgasmo após diagnóstico da infecção pelo HPV; nos grupos LIEBG e LIEAG.



Subdividindo-se o grupo LIEBG em condiloma acuminado e NIC 1, percebemos a distribuição mostrada no Gráfico 4.

Gráfico 4. Distribuição dos grupos pesquisados quanto às respostas à pergunta: houve redução do orgasmo após o diagnóstico da infecção pelo HPV.



Questionando-se sobre a prática de sexo anal após o diagnóstico da infecção genital pelo HPV, 10,4% (8) responderam que agora não, ou seja, após o diagnóstico não mais praticavam sexo anal; 76,6% (59) responderam não, ou seja, nem antes nem depois do diagnóstico e 13% (10) responderam sim, ou seja, antes e após o diagnóstico praticavam

sexo anal, como podemos observar na Tabela 5. Não houve diferença significativa neste quesito ($p=206$).

Respondendo à pergunta: recebe sexo oral após o diagnóstico da infecção genital pelo HPV, 11,7% (9) responderam agora não; 41,5% (32) referiam não (nem antes, nem depois) e 46,8% (36) responderam sim (antes e agora), como demonstra a Tabela 5. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,509$).

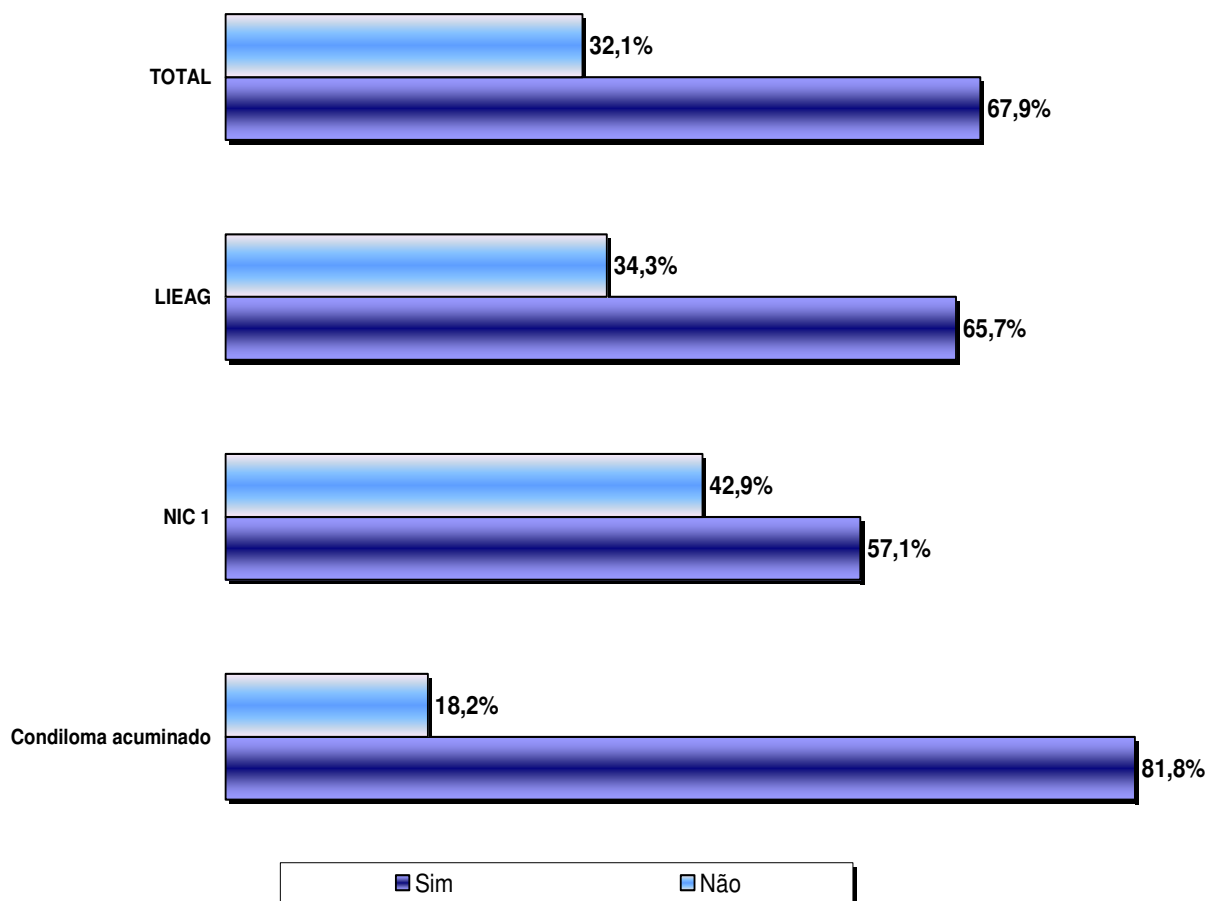
Considerando-se o quesito: faz uso de preservativo masculino durante as relações sexuais após a infecção pelo HPV, observou-se que 40,3% da amostra responderam não usar preservativos (nem antes, nem agora), como pode-se observar na Tabela 5. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,269$).

Tabela 5. Características do comportamento sexual, prática de sexo anal, objeto de sexo oral e uso de preservativo masculino (condom), após o diagnóstico da infecção genital pelo HPV.

	LIEBG		LIEAG	TOTAL
	Condiloma Acuminado	NIC 1		
Pratica sexo anal				
Sim	3 (13,6%)	5 (23,8%)	2 (5,9%)	10 (13,0%)
Agora não	1 (4,5%)	4 (19,1%)	3 (8,8%)	8 (10,4%)
Não	18 (81,8%)	12 (57,1%)	29 (85,3%)	59 (76,6%)
Recebe sexo oral				
Sim	11 (50,0%)	12 (57,1%)	13 (38,2%)	36 (46,8%)
Agora não	2 (9,1%)	3 (14,3%)	4 (11,8%)	9 (11,7%)
Não	9 (40,9%)	6 (28,6%)	17 (50,0%)	32 (41,5%)
Condom				
Sim	7(31,8%)	8 (38,1%)	6 (17,6%)	21 (27,3%)
Agora sim	6 (27,3%)	3 (14,3%)	7 (20,6%)	16 (20,3%)
Às vezes	0 (0,0%)	1 (4,8%)	1 (2,9%)	2 (2,6%)
Agora não	4 (18,2%)	1 (4,8%)	2 (5,9%)	7 (9,1%)
Não	5 (22,7%)	8 (38,1%)	18 (52,9%)	31 (40,3%)

Em relação à satisfação sexual, verificamos que 67,9% (53) das pesquisadas estão satisfeitas sexualmente e 32,1% (25) revelaram não estar satisfeita sexualmente (Gráfico 5). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,207$).

Gráfico 5. Respostas à pergunta: está satisfeita sexualmente após o diagnóstico da infecção pelo HPV, segundo os grupos estudados.



6. DISCUSSÃO

A sexualidade e relacionamentos íntimos são fundamentais para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis como a infecção pelo HPV. Neste contexto, desejo e atração, poder e coerção, amor e afetividade, identidade e auto-estima podem influenciar e ser influenciados pelos comportamentos de risco.

A função sexual pode ser afetada por stress de qualquer espécie, por desordens emocionais e por falta de conhecimento sexual⁶⁷.

Grande parte das pesquisas tem focado as conseqüências físicas das DSTs, no entanto, seqüelas psicológicas e psicosexuais também podem ocorrer; apesar da dificuldade em medir quantitativamente essas variáveis, as mesmas devem ser avaliadas. Indivíduos infectados podem experimentar aumento de sentimentos de raiva, depressão, isolamento, rejeição e culpa; pesquisas também indicam que DSTs podem ter um efeito negativo em longo prazo no prazer sexual; indivíduos infectados podem experimentar o seguinte: “completa ou parcial pausa na atividade sexual”, total ou parcial perda de interesse sexual”, “vida sexual mais inibida e menos espontânea”, ou ansiedade relacionada ao sexo⁵³.

Estudo explorando o impacto psicosexual do HPV relatou que este diagnóstico “pode ter repercussões em diferentes esferas da vida” como, por exemplo, saúde física e sexual, além de influenciar relações sociais e interpessoais⁵³.

Relatos de mulheres acometidas pela infecção HPV por vezes são mesclados de culpa, raiva e frustração, com ou sem alto índice de escolaridade, as emoções apresentam-se mescladas com clarões de racionalidade, no entanto, por vezes, o trauma já está instalado.

Observamos, neste estudo, apesar do pequeno número de pesquisadas, diferença estatisticamente significativa no quesito escolaridade, ou seja, pacientes portadoras de LIEAG apresentavam menor tempo de estudo em relação às portadoras de LIEBG. Tal fato não surpreende visto que a precária condição sócio-econômica é tida como fator de risco para câncer de colo uterino, como demonstrado por Ault⁴, 2006.

Além disso, a diferença estatisticamente significativa entre os grupos LIEAG e LIEBG no que se refere à informação sobre o HPV e suas conseqüências; faz-nos pensar que o conhecimento acerca do vírus precursor da segunda maior causa de morte feminina ainda é escasso; quando o assunto é o meio de transmissão do HPV não houve diferença significativa, porém, apesar de estar informada sobre o meio de transmissão do HPV, a taxa de utilização de condom em todas as relações pode ser considerada ínfima (27,3%), mesmo após a manifestação clínica da infecção pelo HPV (20,3%).

Dados epidemiológicos obtidos através do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), coordenado por Abdo¹⁰⁰ em 2004; pesquisando-se 7.022 brasileiros, dos quais 45,4% eram mulheres e 54,6% homens e a idade média das mulheres foi 36,78 anos (DP=+/- 13,77); demonstraram que 4,9% dos indivíduos (sendo 7,7% das mulheres e 2,5% dos homens) não tinham vida sexual. Quando o assunto é falar sobre sexo, 51,1% das mulheres e 63,5% dos homens sentem-se à vontade. A média de idade na primeira relação sexual das mulheres foi de 19,3 anos, notando-se que as mais velhas tiveram iniciação sexual tardia, o que elevou a média da amostra.

Quando pesquisado sobre relacionamento extraconjugal ou fora de um relacionamento estável, 25,7% das mulheres revelaram estar tendo ou já ter tido, assim como 50,6% dos homens pesquisados. Sobre frequência do uso de preservativos pelas mulheres, relataram que usam em todas as relações sexuais 28,4% das mulheres entre 18 e 25 anos, 40,2% entre 26 e 40 anos; 62,5% entre 41 e 60 anos e 78,6% das acima de 60 anos. Usavam “às vezes” 32,6% das mulheres entre 18 e 25 anos, 28,6% entre 26 e 40 anos; 16,5% entre 41 e 60 anos e 7,9% entre as acima de 60 anos. Não usavam 39,0% das mulheres entre 18 e 25 anos, 31,2% entre 26 e 40 anos, 21,0% entre 41 e 60 anos e 13,6% entre as acima de 60 anos. Concluiu-se nesse estudo que a frequência do uso de preservativo era inversamente proporcional à idade¹⁰⁰. Não observamos tais correlações no presente estudo, as portadoras de LIEAG eram as que menos usavam o preservativo, tanto antes como após a infecção HPV, perfazendo 52,9% de não usuárias, ademais, eram as com menor escolaridade e menor conhecimento sobre a transmissão do HPV.

Vários estudos têm demonstrado associação entre comportamento sexual seguro e atitudes sexuais; aceitação e conforto com a própria sexualidade são associados ao maior uso de condom¹⁰¹.

Mesmo não havendo diferença significativa entre os grupos, 44,1% das portadoras de LIEAG não conheciam o meio de transmissão, contra 28,6% das portadoras de LIEBG, taxas elevadas tendo em vista o empenho das campanhas de prevenção.

Quanto ao comportamento sexual feminino, as pesquisadas no EVSB, relataram fazer parte do ato sexual feminino o beijo (89,8%), abraços (82,1%), penetração vaginal (80,7%), sexo oral (62,4%), masturbação mútua (44,5%), sexo anal (15,0%), penetração em outros orifícios (6,7%) e outras práticas como uso de acessórios, dança erótica, strip-tease (3,4%). Concluiu-se que 19,3% das participantes não praticam o ato sexual “completo” (pois não

incluíram a penetração vaginal entre os componentes do ato sexual) ou preferiam outro tipo de penetração. Os principais medos das mulheres em relação à prática do sexo foram: não satisfazer o parceiro (45,4%), contaminar-se com DST (44,0%), gravidez indesejada (41,9%), não conseguir chegar ao orgasmo (32,5%), não sentir-se excitada (20,2%), temer que o parceiro ejacule muito rápido (19,4%), não saber fazer algo (13,6%), não ser aceita pelo parceiro (11,1%), não conseguir repetir a relação sexual (7,2%) e temor de o parceiro perder a ereção (4,3%)¹⁰⁰. Observamos que o medo de contaminar-se por alguma DST foi o segundo maior medo proporcionalmente, comprovada esta infecção notamos no presente estudo que a relação com a sexualidade torna-se mais conturbada e menos espontânea, podendo ocasionar danos mais profundos que os físicos.

Apesar de termos poucas informações científicas acerca do impacto psicosssexual da infecção clínica pelo HPV, alguns estudos afirmam que a infecção HPV em suas formas clínicas promove impacto negativo na qualidade de vida, revelando que a doença pode levar a perda de desejo sexual ou transformação da sexualidade em experiência desagradável⁴⁴.

Analisando as variáveis relacionadas à função sexual, 23,8% das portadoras de NIC 1 referiram não apresentar desejo sexual após a manifestação clínica da infecção HPV, assim como 20% das portadoras de LIEAG; proporção menor (9,1%) observada entre as portadoras de condiloma acuminado. A falta de diferença significativa não exclui a importância do fato, sabemos que a atividade sexual influencia a qualidade de vida de maneira que a consequência da infecção HPV supera o fator biológico, influenciando o desejo sexual em considerável número das pesquisadas. O tempo de duração dessa influência é algo a ser pesquisado em trabalhos com longo seguimento.

Reed et al ⁴¹, 1999 examinaram o impacto do diagnóstico da infecção cervical pelo HPV no comportamento sexual de mulheres infectadas comparando-as com não-infectadas, testando a hipótese que mulheres com baixa prevalência de DST, mas com infecção cervical pelo HPV poderiam relatar maiores mudanças psicosssexuais após o diagnóstico que aquelas sem o diagnóstico, no entanto, não houve diferença significativa entre os grupos quando analisados a frequência sexual e pensamentos ou emoções relacionados à atividade sexual.

Confrontando as respostas prestadas às questões: presença de desejo sexual e houve redução no desejo sexual após a infecção HPV; observamos que proporção maior de mulheres relatavam redução de desejo sexual após a infecção HPV, sendo 33,3% no grupo LIEBG e 40,6% no LIEAG, ou seja, mesmo permanecendo com desejo sexual após a infecção, perceberam que o desejo diminuiu (36,5% do total da amostra), o que já é, por si só, efeito negativo da infecção HPV, mesmo não sendo observada diferença significativa entre os grupos.

A excitação sexual apresentou maior índice de alteração após infecção HPV entre as portadoras de LIEAG (14,7%) e menor efeito nas portadoras de NIC 1 (5,3%), provavelmente relacionando-se ao tratamento da LIEAG.

Persson et al⁹⁶, 1993 observaram que mulheres com verrugas ano genitais clinicamente aparentes relatavam mais sintomas físicos como dor local, sensibilidade local e descarga vaginal; sentiam menos prazer e foram menos produtivas socialmente que os controles, antes e após o tratamento; demonstraram ainda, significativa ansiedade em relação ao risco de câncer e cura.

Na população estudada, ausência de orgasmo antes e após a infecção HPV foi de 21,1%, com maior proporção entre as portadoras de condiloma acuminado, e menor nas

portadoras de NIC 1, observa-se que a infecção HPV levou à ausência de orgasmo em 13,6% das pacientes com condiloma acuminado (maior proporção), acometendo negativamente 10,5% da população total. À luz dos conhecimentos relacionados ao orgasmo, mesmo não havendo diferença entre os grupos, as proporções assustam, pois considerando aquelas que após a infecção HPV não usufruem de orgasmo e as que mesmo antes já não o usufruíam, a cifra chega a 31,6% (ou seja, 1 em cada 3 mulheres não alcançavam o orgasmo em suas relações sexuais). O quadro se agrava quando analisamos as respostas dadas à pergunta: houve redução no orgasmo após o diagnóstico da infecção HPV; 36% das pesquisadas responderam sim, mesmo que aquelas que não apresentavam orgasmo após a infecção responderam que houve redução no orgasmo, ainda há uma porcentagem que apesar de continuar usufruindo do orgasmo, o faz em menor quantidade que antes da infecção HPV.

Filiberti et al⁴⁴, 1993, revelaram 57% de pacientes relatando piora nas condições sexuais após o tratamento para infecção HPV, sendo que 9/28 pacientes encerraram a vida sexual após o tratamento. Neste estudo, as principais razões às mudanças sexuais foram: a própria doença, medo de doenças sexualmente transmissíveis, dispareunia e uso obrigatório de condom. Além disso, 16% das pesquisadas relataram piora no relacionamento emocional com o parceiro e 4/28 pesquisadas terminaram o relacionamento após a descoberta da doença. Fora isso, 25% delas apresentavam score patológico de ansiedade e 31% de depressão. Neste estudo, 57% revelavam piora na vida sexual após a doença e seu tratamento.

Outro fato notório entre as pesquisadas é a presença de dispareunia em 37,2% delas, mesmo antes da infecção HPV, “aparecendo” após a infecção HPV em 7,7% da população

total, e, mais uma vez, em maior proporção entre as portadoras de LIEAG, provavelmente pelo mesmo motivo da diminuição na excitação (lubrificação), o tratamento da lesão.

Naquele estudo epidemiológico de Abdo¹⁰⁰, 28,5% das mulheres referiram apresentar “alguma” dificuldade sexual, aquelas que responderam ter dificuldades sexuais referiram prejuízo (repercussão) no amor-próprio, auto-estima (39,2%); no relacionamento geral com o (a) parceiro (a) (39,2%); no trabalho (12,8%); no lazer (6,4%) e no relacionamento com os filhos (5,7%). Apenas 23,3% não alegaram qualquer tipo de repercussão da dificuldade sexual em outras áreas. Entre as dificuldades sexuais citadas, 8,2% referiram inibição do desejo (chegando à proporção de 15,2% entre as mulheres de 51 a 60 anos), 17,8% dispareunia, 26,6% dificuldade de excitação (sendo mais pronunciada entre as mulheres acima de 60 anos, 38,1%) e 26,2% dificuldade de atingir o orgasmo. A frequência total de disfunções sexuais em mulheres (inibição do desejo, inibição da excitação sexual, anorgasmia e dispareunia) foi de 50,9%.

Considerando as características de comportamento sexual, 69,7% revelavam praticar sexo oral, não acontecendo tal prática em 30,3% das pesquisadas. Observando as respostas da pergunta: recebe sexo oral; 41,5% relataram não receber mesmo antes da infecção HPV e 11,7% relatavam não receber sexo oral após a infecção HPV. Apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, o que chama atenção é que as portadoras de LIEAG apresentavam maior proporção de não recebimento de sexo oral, elas também são as que apresentaram menor nível de escolaridade. Cabe aqui a dúvida em relação à causa/efeito da falta de recebimento de sexo oral entre as pesquisadas portadoras de LIEAG.

Pesquisando a prática de sexo anal, 82,9% das pesquisadas relatou não ser adepta de tal modalidade de comportamento, quando perguntado sobre sexo anal após a infecção HPV, 76,6% das pesquisadas afirmaram não praticá-lo mesmo antes da infecção, mas

10,4% referiam que não o praticavam apenas após a infecção HPV (agora não), assim, podemos insinuar que a infecção HPV pode ter afetado a espontaneidade do comportamento sexual, relacionada ao sexo anal, em pelo menos 10,4% das pesquisadas, sendo maior a influência negativa entre as portadoras de NIC 1, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Masturbação era praticada por 26,4% das pesquisadas, com índice menor entre as portadoras de LIEAG (17,2%), cabendo novamente a dúvida causa/efeito, tal efeito relaciona-se a menor escolaridade ou a gravidade da lesão? Pergunta essa a ser abordada em futuras análises.

Clarke⁹⁰, 1996 observou em pesquisa onde mulheres retornaram o questionário veiculado pela revista HPV News relatavam insatisfação com as estratégias de comunicação usada pelos profissionais de saúde que diagnosticaram sua infecção HPV, citando falhas no fornecimento de informações acerca dos problemas emocionais que envolvem a infecção HPV. Além disso, 72% das respondedoras revelavam sentirem-se menos atraentes sexualmente devido sua infecção HPV no momento do diagnóstico, sendo 47% permanecendo com essa sensação um ano após o diagnóstico. Os achados da pesquisa demonstraram que a infecção HPV afetou a vida sexual das portadoras, sendo mais de dois terços (2/3) das respondedoras disseram que diminuíram o contato sexual, aproximadamente três quartos (3/4) sentiam menor espontaneidade sexual e tinham intercurso sexual menos freqüente em relação ao período antes do conhecimento da infecção.

Finalmente, 67,9% das pesquisadas considera-se satisfeita sexualmente, mas 32,1% não declaravam satisfação sexual; apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos, observamos que as pacientes portadoras de condiloma acuminado eram a que

relatavam maior índice de satisfação sexual (81,8%), no entanto, as portadoras de NIC 1 relatavam a maior insatisfação sexual (42,9%), fato interessante tendo em vista que ambas são consideradas LIEBG.

Lerman et al⁹³, estudando as modificações psicosexuais associadas com citologia anormal (HPV-relacionada) num grupo de 224 mulheres primeiramente negras, jovens (menores de 25 anos) e com baixo nível sócio-econômico; concluíram que as diferenças nas características psicosexuais foram mais pronunciadas naquelas que recusavam o seguimento com colposcopia comparada com aquelas que aceitaram a colposcopia. Aquelas que declinaram a colposcopia mostravam elevado medo do câncer, ansiedade generalizada, debilidade nas atividades cotidianas, diminuição do interesse sexual e perturbação do sono. Nas que realizaram colposcopia as características modificadas foram: debilidade nas atividades cotidianas e perturbação do sono.

Curiosamente, o sexo é considerado tão importante quanto ter fonte de renda segura para 40,7% das mulheres pesquisadas no EVSB, respirar para 31,2% delas e tirar férias todos os anos para 25,8. Não tendo qualquer importância para 2,3% das mulheres participantes¹⁰⁰.

Observaram naquele estudo que menos de 50% da amostra feminina apresentava satisfação sexual de grau intenso e muito intenso (40,7% e 46,8% respectivamente, entre mulheres de 26 e 40 anos). A respeito do que mais contribui para o bom desempenho e satisfação sexual, 68,2% das mulheres referiram atração física, 66,5% tempo suficiente e tranqüilidade, 70,6% intimidade com o(a) parceiro(a), 70,5% ambiente apropriado; 77,2% relacionamento com afeto ou sentimento; 55,3% interesse do(a) parceiro(a) e 40,1% relacionamento com “compromisso”¹⁰⁰. Assim, depreendemos que a baixa auto-estima provocada pela manifestação de DST contribui à insatisfação sexual.

Pesquisando o papel do médico como provedor de informações sobre sexo, Adbo¹⁰⁰ no EVSB observou que as mulheres procuravam informações sobre o assunto em livros e revistas (77,9%), com o(a) parceira (62,2%), com o médico (58,0%), com amigos(as) (51,3%), pela TV (38,6%), pela internet (27,2%), com familiares (21,7%), pelo rádio (21,5%), com psicoterapeuta ou psicólogo (17,3%), com padre, pastor, rabino, sacerdote ou freira (3,3%), através de telefone de utilidade pública (2,9%), com farmacêutico (2,5%) e 14,6% delas não se informavam sobre sexo. Desta forma, percebemos que o papel do médico não se encerra no tratamento de doenças (DST, no caso em estudo), encontra funções informativas e educacionais quando deparamo-nos com o assunto sexo e sexualidade.

A comunicação entre médico-paciente encontra papel fundamental aos cuidados de saúde, apresentando várias finalidades, dentre elas: criação de bom relacionamento interpessoal entre médico e paciente, troca de informações e tratamento baseado na decisão de ambos (médico e paciente)¹⁰². Perguntas chaves para boa comunicação entre médico e paciente deveriam incluir elucidação das dúvidas e interesses do paciente, informando e discutindo as várias opções de tratamento dando suporte e conhecimento técnico sobre assuntos relacionados às conseqüências, tanto da própria doença como do tratamento escolhido¹⁰³.

Apesar dos profissionais de saúde estarem cientes da alta prevalência das disfunções sexuais, infreqüente mente iniciam discussão sobre problemas sexuais com suas pacientes¹⁰³. Vários fatores contribuem para este déficit no diálogo sobre sexualidade incluindo conhecimento limitado sobre o tópico, desconforto com o assunto saúde sexual feminina e desinteresse em relação às opções de tratamento disponíveis¹⁰⁴.

Desta forma, reconhece-se a necessidade de educação e treinamento continuado para profissionais de saúde, objetivando melhorar a habilidade nesta área tornando-a útil à relação médico-paciente¹⁰⁴. Estudos identificaram a falta de tempo, falta de conhecimento, atitudes sobre a própria sexualidade e falta de disponibilidade ao paciente como principais barreiras para efetivo diálogo médico-paciente sobre disfunções sexuais¹⁰⁵. Entretanto, mulheres estão propensas a discutir sexualidade com médicos que se mostram interessados, confortáveis e informados sobre disfunção sexual feminina¹⁰⁶.

Assim, o presente estudo sinaliza o papel do médico ginecologista não apenas no tratamento das conseqüências físicas das DSTs, mas também na discussão, informação, investigação e tratamento das disfunções sexuais ou psicosexuais advindas de tais afecções clínicas.

7. CONCLUSÕES

1. Entre as pesquisadas houve influência negativa da infecção clínica genital pelo HPV em relação à prática de sexo anal e oral; quanto ao uso de condom houve pequeno incremento;
2. Houve redução no desejo sexual em 36,5% das pesquisadas, a qual foi mais pronunciada entre as portadoras de LIEAG (40,6%);
3. Houve redução na lubrificação vaginal em 10,7% das pesquisadas, sendo mais pronunciada nas com LIEAG (14,7%);
4. Houve redução na sensação de orgasmo entre 36,0% das pesquisadas, que foi discretamente mais pronunciada entre as com LIEAG (36,4%) do que nas com LIEBG (35,7%);
5. Referiram-se como satisfeitas sexualmente 67,9% das pesquisadas, sendo mais prevalente esta satisfação entre as portadoras de condiloma acuminado (81,8%) e menos nas com NIC 1 (57,1%).



ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:..... CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.....)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Resposta sexual feminina após infecção genital pelo Papilomavirus humano

1. PESQUISADOR: Franciele Norma Minotto

CARGO/FUNÇÃO: Pós-graduação INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL nº 114.122

UNIDADE DO HCFMUSP: .Disciplina de Ginecologia HCFMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO
MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : aproximadamente 12 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa – A senhora foi admitida neste ambulatório para acompanhamento ginecológico. O objetivo deste termo é pedir sua permissão para usarmos informações a respeito de suas condições clínicas, como por exemplo, a presença de infecção pelo HPV (papilomavírus humano, que é um dos fatores responsável pelo câncer de colo uterino e verrugas genitais) e informações prestadas no questionário

ANEXO B




APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 14.06.06, **APROVOU** Protocolo de Pesquisa nº 531/05 intitulado: "Infecção genital clínica pelo papilomavírus humano e modificação na resposta sexual feminina." apresentado pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Dra. Elsa Aínda Gay de Pereira
Pesquisador(a) Executante: Francielle Norma Minotto

CAPPesq, 14 de Junho de 2006


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Antecedentes Ginecológicos/Obstétricos

Idade da 1ª menstruação:

Está na Menopausa: Sim Não

Em uso de hormônio? Sim Não

Em uso de Anticoncepcional? Sim Não

Quantas Gestações? Abortos: Provocado: Espontâneo:

Parto Normal: Cesárea: Fórcepe:

Antecedentes Sexuais

Idade da 1ª relação sexual:

Idade da parceria na época:

Quantas parcerias sexuais teve durante a vida?

Já teve doença sexualmente transmissível? Sim Não Qual(is):

Tem relação sexual com:

Homem Mulher Ambos os sexos

Não sente atração sexual por nenhum sexo

Tem coito (relação) (se necessário assinalar mais de uma resposta):

Vaginal Oral Anal

Se Masturba? Sim Não

Frequência masturbatória:

1x/sem 2x/sem 3x/sem mais de 3x/sem

1x/cada 15 dias 1x/mês menos de 1x/mês não se masturba

Obtém orgasmo (goza) com a masturbação? Sim Não

Sente-se atraente para os homens?
pensei Sim Não Nunca

Você se acha bonita,interessante?
pensei Sim Não Nunca

Você se acha atraente sexualmente?
pensei Sim Não Nunca

Tem vida sexual ativa (tem relação sexual)? Sim Não

Qual a frequência sexual?

1x/sem 2x/sem 3x/sem mais de 3x/sem

1x/cada 15 dias 1x/mês menos de 1x/mês

- Conversa sobre sexo com seu parceiro? Sim Não Nunca
 Conversa abertamente com seu parceiro? Sim Não

Motivo da consulta

- Você sabe o que é DST (doença sexualmente transmissível)? Sim Não
 Você sabe como prevenir(evitar) este tipo de doença? Sim Não
 Você sabe o que é HPV (papilomavírus humano)? Sim Não
 Você sabe qual o meio de transmissão (como pegar) do HPV? Sim Não

Qual o motivo da sua consulta (se necessário assinalar mais de uma resposta):

- Papanicolaou alterado Infecção por HPV Condilomas genitais
 (verrugas)
 Cauterização Cirurgia do colo de útero (conização) HIV
 Câncer de colo do útero NIC 1 NIC 2 NIC 3
 Outro Qual?

O que mudou no relacionamento sexual após este diagnóstico/problema:

Tem desejo sexual?

- Sim Não Antes sim, agora não Nem antes, nem agora

Redução, perda do desejo devido ao seu problema?

- Sim Não Há quanto tempo? anos/meses

Você toma iniciativa para o coito (ato sexual)?

- Sim Não Antes sim, agora não Nem antes, nem
 agora

Há quanto tempo não toma mais iniciativa?

Por quê?

Sente desejo em alguma outra situação diferente da habitual?

- Sim Não

Você tem fantasias sexuais?

- Sim Não Antes sim, agora não Nem antes, nem agora

Houve redução nas fantasias sexuais?

- Sim Não Tempo:

Houve perda das fantasias sexuais?

- Sim Não Tempo:

Houve aumento das fantasias sexuais?

Sim Não

Falta de desejo/fantasia sexual causa sofrimento para você?

Sim Não

Fica excitada (lubrificada) sexualmente?

Sim Não Antes sim, agora não Nem antes, nem agora

Sente dor na relação sexual?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Sente dor na penetração do pênis na vagina?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Tem sangramento na relação sexual?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Tem orgasmo (goza) no coito (relação sexual)?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Houve redução na frequência de orgasmo (gozo, prazer)?

Sim Não

Tem vários orgasmos (gozos) no mesmo coito (relação sexual)?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Como se sente após o coito (relação sexual)?

Satisfeita Insatisfeita Indiferente

Sua parceria sexual usa preservativo (camisinha)?

Sim, em todas as relações Não, nunca usa

Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Você usa ou já usou preservativo feminino (camisinha feminina)?

Sim, sempre uso Algumas vezes uso/usei Não, nunca uso/usei

Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Você tem aversão (nojo) a sexo?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Como se sente em relação ao seu corpo:

Satisfeita Insatisfeita Indiferente

Evita ficar nua na frente de outras pessoas?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Evita ficar nua na frente do parceiro?

Sim Não Antes não, agora sim Antes sim, agora não

Olha sua genitália (sexo)?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Gosta do que vê na sua genitália (gosta de ver como sua genitália é)?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Você toca seus genitais?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Parou de tocar seus genitais após seu problema?

Sim Não Por quê?

Sente-se desejada?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Ama sua parceria sexual?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Você recebe sexo oral de sua parceria sexual?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Tem orgasmo (goza) recebendo sexo oral?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Você **não** recebe sexo oral, por quê?

Motivos religiosos Acha feio Tem nojo

Vergonha do parceiro Acha sujo Outro, qual?

Tem sexo anal?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

tem orgasmo (goza) com sexo anal?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Você **não** tem sexo anal, por quê?

Tentou e doeu Motivos religiosos Acha feio

Tem nojo Vergonha do marido Acha sujo

Acha que pode se machucar Outro, qual?

Você finge ter prazer (orgasmo)?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Por que finge?

Para acabar logo a relação para agradá-lo para não perdê-lo

Outro motivo Qual?

Como finge orgasmo (prazer)?

geme abraça mais forte o parceiro movimentos

Outro, qual?

Sua parceria sexual é infiel?

Sim Não

A infidelidade de sua parceria sexual é:

Suspeita Comprovada Há quanto tempo?

Você é infiel?

Sim Não Antes sim, agora não Antes não, agora sim

Está traindo no momento?

Sim Não Há quanto tempo?

Você está satisfeita sexualmente?

Sim Não

RESPOSTAS PESSOAIS OPCIONAIS

O que o seu problema/diagnóstico (relacionado a sua consulta na colposcopia) modificou na sua relação sexual e sua satisfação sexual?

O que você deseja mudar na sua vida sexual?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM. Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189:12-19.
2. Mahdavi A, Monk BJ. Vaccines against Human Papillomavirus and cervical cancer: promises and challenges. *Oncologist* 2005;10:528-538.
3. Mandic A, Vujkov T. Human papillomavirus vaccine as a new way of preventing cervical cancer: a dream or the future? *Ann Oncol* 2004;15:197-200.
4. Ault KA. Epidemiology and natural history of Human Papillomavirus infections in the female genital tract. *Infect Dis Obst Gyn* 2006;1-5.
5. Câncer do Colo do Útero. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2008 de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007: 94p Acessado em outubro de 2008. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2008.
6. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, Schiffman MH, Moreno V, Kurman R, Shah KV. International Biological Study On Cervical Cancer Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Nat. Cancer Inst* 1995; 87:796-802.

7. Franco EL, Duarte – Franco E, Ferenczy A. Cervical câncer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavírus infection. *CMAJ* 2001; 164: 1017-32.
8. Bosch FX, Muñoz N. The viral etiology of cervical cancer, *Virus Res* 2002;89:183-190.
9. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244–265.
10. Muñoz N, Bosch FX, De Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, Snijders PJ, Meijer CJ. Epidemiologic classification of human papillomavírus types associated With cervical cancer . *N. Engl. J. Med* 2003;348: 518-27.
11. Lowy DR, Schiller JT. Prophylactic Human Papillomavirus vaccines. *J Clin Invest* 2006; 116:1167-1173.
12. Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GYF, Burk RD. The interval between menarche and age of first sexual intercourse as a risk factor for subsequent hpv infection in adolescent and young adult women. *J. Pediatr* 2002;141: 718-23.
13. Handsfield H.H. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am. J. Med* 1997;102: 16-20.
14. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman RJ. Human papillomavírus infection of cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstet Gynecol* 1992; 79:328-37.

15. Richart RM, Masood S, Syrjanen K, Vassilakos P, Kaufman RH, Meisels A, Olszewski WT, Sakamoto A, Stoler MH, Vooijs GP, Wilbur DC. Human papillomavirus IAC Task Force Summary. *Acta Cytol* 1998; 42:50-8.
16. Evander M, Edlund K, Gustafsson A, Jonsson M, Karlsson R, Rylander E, Wadell G. Human papillomavirus infection is transient in young women: A population-based cohort study. *J Infect Dis* 1995;171:1026-30.
17. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998; 338:423-8.
18. Koustki L, Holmes K, Critchlow C. A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *N Engl Med* 1992; 327:1272-8.
19. Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, et al. Human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *J Pediatr* 1998; 132:277-84.
20. Coleman N, Birley HD, Renton AM, Hamma NF, Ryaik BK, Byrne M, Taylor-Robinson D, Stanley MA. Immunological events in Regressing genital warts. *Am J Clin Pathol*, 1994; 102:768-74.
21. Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP, Prado JM, Rousseau MC, Désy M, Rohan T.E. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dis* 1999; 180:1415-23.
22. Southern S, Herrington C. Molecular events in uterine cervical Cancer. *Sex Transm Dis* 1998; 74:101-9.

23. Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mild cervical dysplasia During long-term follow-up. *Obstet* 1986;67:665-9.
24. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:186-92.
25. Syrjanen, K. Natural history of low grade SIL lesions. In: Monsonego J ,ed. Screening of cervical cancer for whom, why and how? Paris, EUROGIN 1994. P.10-7.
26. Burghardt E, Ostor AC. Site and origin of squamous cervical cancer. A histomorphologic study. *Obstet Gynecol* 1983;62:117-9.
27. Mcindoe WA, Mclean MR, Jones RN, Mullins PR. The invasive potential of carcinoma-in situ of the cervix. *Obstet Gynecol* 1984; 64:451-8.
28. Moscicki, AB, Winkler B, Irwin CE, Schachter J. Differences in biologic maturation, sexual behaviour, and sexually transmitted disease between adolescents with and without cervical intraepithelial neoplasia. *J Pediatr* 1989; 115:487-93.
29. Shew ML, Fortenberry JD, Miles P, Amortegui AJ. Interval between menarche and first sexual intercourse, related to risk of human papillomavirus infection. *J Pediatr* 1994; 125:661-6.
30. Fernandez-Esquer ME, Ross MW, Torres I. The importance of psychosocial factors in the prevention of HPV infection and cervical cancer. *International Journal of STD & AIDS* 2000;11(11):701-13.
31. Vilela WV, Arrilha M. Sexualidade, gênero e direitos reprodutivos. In: Elza Berquó. Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003: 95-145.

32. Herdenson D, Sampsel C, Maynes F, Oakley D. Toward culturally sensitive research in multicultural society. *Health Care Women Intern* 1992; 13:339-50.
33. Wilmoth, MC. Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *JOGNN* 2000; 29(4):413-21.
34. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. *Psychiatric Clinics of North America* 1995;18:7-23.
35. Reinisch JM. The Kinsey Institute new report on sex: What you must know to be sexually literate. New York: St. Martin's Press, 1990.
36. Bullock BL, Rosendahl PP. Normal and altered female reproductive function. In B. L. Bullock & P. P. Rosendahl (Eds.), *Pathophysiology: Adaptations and alterations in function* (3rd ed.) (pp. 1125-40). Glenview IL: Little, Brown and Company, 1995.
37. Linnehan MJ, Groce NE. Counseling and educational interventions for women with genital human papillomavirus. *Aids Patient Care and STDs* 2000; 14(8):439-45.
38. Beutner K. Human papillomavirus and human disease. *Am J Med* 1999;102:9-14.
39. Barrasso R, De Brux J, Croissant O, Orth G. High prevalence of papillomavirus-associated penile intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med* 1987;317:916-23.
40. Guy H. Survey shows how we live with HPV. *HPV News* 1993;3:1, 4-8.
41. Reed BD, Ruffin MT, Gorenflo DW, Zazove P. The psychosexual impact of human papillomavirus cervical infections. *The Journal of Family Practice* 1999; 48(2):110-16.

42. Andersen BL. Sexual functioning complications in women with gynecologic cancer. Outcomes and directions for prevention. *Cancer* 1987; 60:2123-8.
43. Naud PSV, Júnior EB, Matos JC, Fedrizzi EN, Chaves EM. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Tratado de Ginecologia Febrasgo, Vol 1, Revinter, 2001.
44. Filiberti A, Tamburini M, Stefanon B, et al. Psychological aspects of genital human papillomavirus infection: A preliminary report. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14:145-52.
45. Ainbinder SW, Ramin SM. Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infections. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9th Edition , McGraw-Hill, 2003.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. *MMWR* 2002;51(No. RR-6).
47. Westrom L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138: 880-92.
48. Greenberg J, Magder L, Aral S. Age at first coitus. A marker for risky sexual behavior in women. *Sex Transm Dis* 1992;19:331-4.
49. Bosch FX, Munoz N, DeSanjose I, et al. Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. *Int J Cancer* 1992;52:750-8.
50. Lidegaard O, Helm P. Pelvic inflammatory disease: the influence of contraceptive, sexual and social life events. *Contraception* 1990;41:475-83.
51. Miettinen A, Heinonen PH, Teisala K, et al. Serologic evidence for the role of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma hominis in

- the etiology of tubal factor infertility and ectopic pregnancy. *Sex Transm Dis* 1990;17:10-4.
52. Zur Hausen H. Intracellular surveillance of persisting viral infections. Human genital cancer results from deficient cellular control of papilloma virus gene expression. *Lancet* 1986; ii:489-91.
53. Genuis SJ, Genuis SK. Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191: 1103-12.
54. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA* 2007; 297:813-19.
55. Raymond M. Critical appraisal of commonly used treatment for genital warts. *International Journal of STD & AIDS* 2004; 15: 357-64.
56. Goldstone SE, Winkler B, Ufford LJ, et al. High prevalence of anal squamous intraepithelial lesions and squamous-cell carcinoma in men who have sex with men as seen in a surgical practice. *Dis Colon Rectum* 2001;44:690-98.
57. Jansen KU, Shaw AR. Human Papillomavirus vaccines and prevention of cervical cancer. *Annu Rev Med* 2002;2:342-50.
58. Andersson-Ellstrom A, Forssman L, Milsom, I. The relationship between knowledge about sexually transmitted diseases and actual sexual behaviour in a group of teenage girls. *Genitourin Med* 1996;72:32-36.
59. Dalstein V, Riethmuller P, Pretet JL et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal french cohort study. *Int J Cancer* 2003; 106:396-403.

60. Ho Gy, Burk RD, Klein S et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk for persistent cervical smears. *Sex Transm Dis* 1999; 22:296-302.
61. Song S-H, Lee J-K, Oh M-J et al. Risk factors for the progression or persistence of untreated mild dysplasia of the uterine cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16:1608-13.
62. Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, et al. Development and duration of human Papillomavirus lesions, after initial infection. *J Infect Dis* 2005;191(5):731-8.
63. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, et al. The elevated 10-year risk of precancer and cancer in women with human Papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(14):1072-9.
64. Baron BA, Richart RM. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma. II. Estimates of the transition time from dysplasia to carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst* 1970;45:1025-34.
65. Bosch FX, Schiffman M, Solomon D. Future direction in epidemiologic and preventive research on human Papillomaviruses and cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;31:131.
66. Bell MC, Alvarez RD. Chemoprevention and vaccines: a review of the nonsurgical option for the treatment of cervical dysplasia. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15:4-12.
67. Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. *Manual de Medicina Sexual*. Editora Manole. São Paulo, 1982. 640p.

68. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive text book of Psychiatry. Ed 7. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2000.
69. Kaplan HS. Transtornos do Desejo Sexual – Regulação Disfuncional da Motivação Sexual. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1999. 3001 p.
70. Graziottin A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas* 2000; 34: 9-16.
71. Basson, R. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2001; 98:350-353.
72. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urology* 2000; 163: 888-93.
73. Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obst Gynecol* 2002; 45(4): 1089-98.
74. Wachelke JFR, Andrade LA, Cruz RM, Faggiani RB, Natividade JC. Medida da satisfação em relacionamento de casal. *PsicoUSF*. 2004; 9(1). ISSN 1413-8271 versão impressa.
75. MICHAELIS: minidicionário escolar da língua portuguesa – São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000. – (Dicionário Michaelis).
76. Hernandez JÁ, Oliveira IMB. Os componentes do amor e da satisfação. *Psicol Cienc prof* 2003; 21(3): 58-69.
77. Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. Lemos. São Paulo, 2000.
78. Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2005;60(3): 196-205.

79. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
80. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, four edition, text revision [DSM-IV-TR]. Washington: the Association; 2000.
81. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172(10): 1327-33.
82. Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Liu L, Hollander L, Nelson DB. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause* 2004; 11(2): 144-150.
83. Linnehan MJ, Groce NE. Counseling and Educational Interventions for women with genital human papillomavirus. *Aids patient care and Stds* 2000; 14(8): 439-45.
84. Basson R. Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause* 2004; 11(6):709-13.
85. Mindel A, Marks C. Psychological symptoms associated with genital herpes virus infections. *CNS Drugs* 2005; 19(4): 303-12.
86. Bruner DW, Boyd CPLSW. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing* 1999; 22(6): 438-47.
87. Campion MJ, Brown JR, McCance DJ, et al. Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95:175-81.

88. Golzio F, Gilardi EM, Vialetto P, Remotti G. Indagine psico-sociale e sessuologica in donne portatrici di condilomatosi florida genitale. *Ann Ost Gin Med Perin* 1991; CXII: 286-310
89. Zarcone R, Bellini P, Carfora E, Longo M, Tartaglia E, Monarca M, Vullo G. Conseguenze psicologiche in donne con infezione sintomatica da HPV. *Minerva Ginecol* 1998; 50:235-7.
90. Clarke P. The psychosocial impact of human papillomavirus infection: implications for health care providers. *Int J STD AIDS* 1996; 7:197-200.
91. Robinson BE, Bockting WO, Simon Rosser BR, Miner M, Coleman E. The sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research* 2002; 17(1): 43-57.
92. Slatford K, Currie C. Prevalence of psychosexual problems in patients attending a genitourinary clinic. *Br J Vener Dis* 1984; 60:398-401.
93. Lerman C, Miller SM, Scarborough R, Hanjani P, Nolte S, Smith D. Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:658-62.
94. Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989; 63:204-12.
95. Andersen BL, Lachenbruch PA, Anderson B, deProse C. Sexual dysfunction and signs of gynecologic cancer. *Cancer* 1986; 57:1880-6.
96. Persson G, Dahlof LG, Krantz I. Physical and psychological effects of anogenital warts on female patients. *Sex Transm Dis* 1993; 20:10-3.
97. Sheehy G. *New passages: Mapping your life across time*. New York: Random House, 1995.

98. Wilmoth MC. The middle years: Women, sexuality, and the self. *JOGNN* 1996; 25(7):615-21.
99. Abdo CHN, Moreira JR, Fitipaldi JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. *RBM* 2000;57:1329-35.
100. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Editora Bregantini; 2004.
101. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40(7): 903-18.
102. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325:697-700.
103. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? *J Sex Med* 2006; 3: 639-45.
104. Herson L, Hart KA, Gordon MJ, Rintala DH. Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabil Nurs* 1999; 24(4): 148-151.
105. Nusbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:117-122.