



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER

ANAÍDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO

**ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO
COMPATÍVEL COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO**

TERESINA

2021

ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO

**ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO
COMPATÍVEL COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Área de concentração: Assistência Integral à Saúde da Mulher

Orientadora: Prof.^a Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes

TERESINA

2021

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do CCS

Pinheiro, Anaide Rosa de Carvalho Nascimento.
P654a Análise da função sexual de pacientes com diagnóstico compatível com
infecção por papilomavirus humano / Anaide Rosa de Carvalho Nascimento
Pinheiro. -- Teresina, 2021.
86 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2021.
Orientação: Prof.^a Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes.
Bibliografia

1. Sexualidade. 2. Disfunção sexual. 3. Papillomaviridae. 4. HPV. 5.
Mulheres. I. Lopes, Ione Maria Ribeiro Soares. II. Título.

CDD 618

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER
Campus Ministro Petronio Portela, Ininga Teresina-PI CEP:64.049-620
E-mail: nuepes@ufpi.edu.br Telefone: 86 3215-5885



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos vinte três dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e um, às quatorze horas e trinta minutos, reuniu-se a banca examinadora de defesa de Dissertação de Mestrado composta pelas professoras: **Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes – Universidade Federal do Piauí (Orientadora/Presidente- participação à distância por webconferência)**, **Profa. Dra. Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes - Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Externo- participação à distância por webconferência)** e **Profa. Dra. Marta Alves Rosal - Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Interno- participação à distância por webconferência)** perante as quais, **Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento Pinheiro** mestranda regularmente matriculada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, defendeu em sessão pública por webconferência, em sala virtual disponibilizada no link RNP (<https://conferenciaweb.rnp.br/webconf/ione-maria-ribeiro-soares-lopes>), para preenchimento do requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde da Mulher com sua Dissertação intitulada **ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO COMPATÍVEL COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO**. A defesa da referida Banca de Dissertação de Mestrado ocorreu, das quatorze horas e trinta minutos às dezesseis horas e trinta minutos, tendo a mestranda sido submetida à arguição, dispondo cada membro da banca do tempo determinado para tal. Finalmente, a Banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar a mestranda **Aprovada** por unanimidade. Eu, Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes, que presidi a Banca de Dissertação, assino a presente Ata, dou fé, em Teresina, vinte e três de agosto do ano de dois mil e vinte e um.



Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes
Universidade Federal do Piauí
(Orientador/Presidente-participação à distância por webconferência)

Prédio "Eloá Ferreira Macedo Nunes"
Campus Universitário Ministro Petronio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí,
Brasil; CEP 64049-550; Telefone: (86) 3215-5885; Internet: nuepes@ufpi.edu.br

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Gustav Jung)

Dedico este trabalho ao Amor:
à minha forma de amar mais profunda e
genuína: meus pais;
ao meu primeiro amor fora de mim: meu
irmão e sua família linda;
ao amor que eu escolhi para mim:
Hermano;
E ao amor incondicional que ressignificou
todos os meus princípios: Gabriel.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é sobre agradecer, mas também sobre aprender a apreciar os bons momentos; saber entender a importância dos pequenos gestos. Sendo assim, muitos devem ser nomeados aqui.

A caminhada foi repleta de desafios, mas em cada um deles, muitas mãos afagando e ajudando a seguir em frente. Todas elas consentidas por Deus, que sempre me dá muito mais do que mereço.

Ao meu amor maior, incondicional e infinito, meu Gabriel, que durante essa jornada, fez-me ressignificar o meu caminhar, deu sentido a tudo isso e ajudou-me, com cada sorriso, a chegar até aqui.

Ao meu marido, Hermano, exemplo de homem, pai e médico, exemplo de amor e dedicação, por sempre segurar a minha mão, não importa qual caminho será trilhado.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim, muito mais do que eu mesma: meu pai, Manoel Nascimento, um exemplo de homem e de paixão pela docência; minha mãe, Célia Maria, a minha eterna rede de apoio para qualquer sonho ou desafio.

Ao meu irmão, Moacy, por mostrar-me a vida de forma mais leve e por me dar de presente Mel e Ben para alegrar mais ainda o meu coração.

À família que ganhei quando casei: D. Roza e Sr. João, e meus cunhados, Pedro e Eduardo, pelo carinho e incentivo, sempre.

Aos meus amigos e familiares, por aplaudirem o meu crescimento, sempre. Aqui, em especial às “meninas superpoderosas”, meu maior legado do mestrado, e por caminharmos juntas e de mãos dadas até o fim. E, ainda, à amiga e profissional Karol Mascarenhas, por mostrar-me que eu sou mais e posso ir muito além.

À minha orientadora, Dra. Ione Lopes, por ser meu guia desde a graduação, estar sempre presente e prestativa, e por continuar sendo exemplo de dedicação e competência na disciplina de Ginecologia da UFPI.

À UFPI, em nome da professora Lis Medeiros, pelo constante empenho em manter um ensino de pós-graduação de qualidade nessa instituição. Agradecimento estendido aos professores do mestrado, pela contribuição na minha aprendizagem; e à secretária do Nuepes, Andreia, pela disponibilidade e amizade, sempre.

Aos servidores do Hospital Universitário (HU-UFPI), em especial, às funcionárias do setor de Saúde da Mulher, pela acolhida e colaboração.

Aos residentes da Ginecologia e alunos da graduação e do internato, em nome de Lorena Kelly e Francisco Augusto, que tanto me ajudaram quanto estimularam na conclusão deste trabalho.

As professoras Marta Rosal e Jussara Valetim, pela disponibilidade de compor a banca examinadora e por serem exemplo de profissionais desde a graduação e, com certeza, responsável por parte da profissional que sou hoje. Minha gratidão as minhas eternas mestras!

E a cada uma das pacientes participantes da pesquisa, que não só responderam a um questionário, mas abriram seus corações, expressando medos e angústias em prol da pesquisa e de um futuro mais acolhedor e resolutivo quanto aos aspectos da sexualidade feminina.

PINHEIRO, Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento. **Avaliação da função sexual em pacientes com diagnóstico compatível com infecção Papiloma Vírus Humano.** 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais frequentes em todo o mundo. Afeta principalmente mulheres jovens e sexualmente ativas. Embora apenas a infecção genital por HPV não se apresente, a princípio, como uma ameaça a vida, é fator de grande relevância, uma vez que pode acarretar problemas emocionais, físicos, sexuais e sociais para mulher. **OBJETIVO:** Comparar a função sexual e a atitude em relação à sexualidade de mulheres diagnosticadas com infecção pelo HPV com controles saudáveis. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional e analítico realizado no ambulatório da Unidade de Atendimento à Saúde da Mulher de um hospital de ensino universitário, no período de fevereiro a outubro de 2019. Foi analisada uma amostra de 101 pacientes, que foram divididas em 02 grupos: GRUPO 1- mulheres com diagnóstico de infecção por HPV (n=44); GRUPO 2- mulheres saudáveis (n=65). Os dados foram coletados, através de questionário autoaplicável, subdividido em duas partes: dados gerais (clínicos, sociodemográficos, econômicos e hábitos de vida) e Índice de Função Sexual- IFSF. A aplicação do formulário foi guiada por um procedimento operacional padrão (POP). Os dados foram submetidos a processo de digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel, exportados e analisados no *software* R versão 3.6.3. **RESULTADOS:** Observou-se que a maioria das participantes do estudo eram jovens, com média entre 29-34 anos de idade, com parceria fixa, ensino médio completo e que se autodeclaravam negras, provenientes principalmente da zona urbana de Teresina. Observou-se a existência de associação entre a percepção do relacionamento conjugal e a presença de disfunção sexual ($p < 0,001$), mas que não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos e a presença de disfunção sexual ($p = 0,112$). Houve alterações em todos os domínios da resposta sexual feminina dos dois grupos, mas com diferença estatisticamente significativa apenas para o domínio do orgasmo para as mulheres com infecção pelo HPV ($p = 0,002$). **CONCLUSÃO:** Embora a chance de uma mulher portadora da infecção pelo HPV ter disfunção sexual não diferir da chance de uma paciente sem a infecção, o diagnóstico de HPV pode interferir negativamente na qualidade de vida sexual das mulheres, principalmente na fase do orgasmo.

DESCRITORES: Sexualidade. Disfunção sexual. Papillomaviridae. HPV. Mulheres.

ABSTRACT

SEXUAL FUNCTION ANALYSIS IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS COMPATIBLE WITH HUMAN PAPILLOMA VIRUS INFECTION.

INTRODUCTION: The infection by Human papillomavirus (HPV) is one of the most frequent sexually transmitted infections in all the world. It mainly affects sexually active young women. In spite of only the genital HPV infection doesn't present itself, firstly, as a threat to life, this is a factor of great relevance, since it can cause emotional, physical and social problems for woman. **OBJECTIVE:** Comparing sexual function and attitude in relation to sexuality in diagnosed women with HPV infection with healthy controls. **METHODOLOGY:** it was done a transversal, observational and analytical study realized in the clinic of the Women's Health Care Unit of a university teaching hospital, from February to October 2019. It was analyzed a sample of 101 patients, which was divided into 2 groups: GROUP 1- diagnosed women with HPV infection (n = 44); GROUP 2- healthy women (n = 65). Through a self-administered questionnaire, data were collected and divided into two parts: general data (clinical, sociodemographic, economic and life habits in general) and Female Sexual Function Index - FSFI. The questionnaire application was guided by a standard operating procedure (SOP). The data were submitted to a typing process, using Microsoft Excel spreadsheets and later exported and analyzed using software R version 3.6.3. **RESULTS:** It was noticed that the majority of the study participants were young, with an average between 29-34 years old, with a fixed partner, complete high school and who declared themselves black, came mainly from the urban area of Teresina. It was observed an association between the perception of the marital relationship and the presence of sexual dysfunction ($p < 0.001$), but there was no statistically significant association between the groups and the presence of sexual dysfunction ($p\text{-value} = 0.112$). There were alterations in all domains of female sexual response in both groups, but with a statistically significant difference only for the domain of orgasm for women with HPV infection ($p = 0.002$). **CONCLUSION:** The chance of a woman with HPV infection to have sexual dysfunction doesn't discern from the chance of a patient without the infection. If so, the diagnosis of HPV can negatively intervene with the quality of sexual life of women, but it isn't the only factor that can influence it.

Keywords: Sexuality. Sexual Dysfunction. Papillomaviridae. HPV. Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escores dos domínios do FSFI – Teresina-PI (2021).....	33
Tabela 2 -	Distribuição das pacientes com HPV e controles segundo variáveis socioeconômicas – Teresina/PI (2021).....	35
Tabela 3 -	Distribuição das pacientes com HPV e controle segundo variáveis clínicas-ginecológicas – Teresina/PI – (2021).....	36
Tabela 4 -	Comparação sobre percepção do relacionamento sexual conjugal entre pacientes com HPV e grupo controle – Teresina/PI (2021).....	36
Tabela 5 -	Presença de disfunção sexual segundo a percepção do relacionamento conjugal – Teresina/PI (2021).....	37
Tabela 6 -	Presença de disfunção sexual segundo o grupo – Teresina/PI (2021).....	38
Tabela 7 -	Comparações dos escores de disfunção sexual nos grupos HPV e controle de acordo com os domínios do FSFI- Teresina/ PI (2021)	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Composição da amostra – Teresina/PI (2021).....	31
Figura 2 - Proporção de mulheres com disfunção sexual nos grupos com HPV e controle, a partir do escore total do IFSF– Teresina/PI (2020).....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATA	Ácido Tricloroacético
ACH	Anticoncepcionais Combinados Hormonais
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FSFI	FSFI <i>Female Sexual Function Index</i>
HPV	Papilomavírus Humano
HSDD	<i>Hypoactive Sexual Desire Disorder</i> ou Transtorno Desejo Sexual Hipoativo
HU-UFPI	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDGPP	Transtorno de dor Gêrito Pélvica/Penetração
UASM	Unidade de Atendimento à Saúde da Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Papilomavírus Humano (HPV)	16
3.1.1	Epidemiologia	17
3.1.2	Manifestações clínicas.....	18
3.1.3	Diagnóstico.....	19
3.1.4	Tratamento.....	20
3.2	Resposta sexual feminina	21
3.3	Disfunções sexuais	21
3.3.1	Transtorno interesse/excitação.....	22
3.3.2	Transtorno do orgasmo feminino.....	24
3.3.3	Transtorno da dor gênito-pélvica.....	24
3.4	Manejo clínico das disfunções sexuais	26
3.5	Disfunções sexuais e HPV	27
4	MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Local e período do estudo	29
4.3	População e amostra	29
4.3.1	CrITÉRIOS de inclusão.....	29
4.3.2	CrITÉRIOS de exclusão.....	30
4.4	Operacionalização do estudo	31
4.4.1	Questionário de caracterização da amostra.....	32
4.4.2	Questionário de avaliação da função sexual.....	32
4.5	Procedimentos para análise dos dados	33
4.6	Aspectos éticos	34
5	RESULTADOS	35
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	43

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	53
	ANEXOS.....	66
	PRODUTO DA DISSERTAÇÃO	74

1 INTRODUÇÃO

Durante mais de um século e meio, estudiosos procuraram, sem sucesso, determinar o agente causador do câncer de colo de útero. Somente no fim dos anos 70 do século XX, Harald Zur Hausen conseguiu caracterizar, a partir de suas pesquisas, o Papilomavirus Humano (HPV) como elemento essencial na gênese dessa patologia, tornando-se, por esse motivo, o vencedor do Prêmio Nobel de Medicina, em 2009 (CARVALHO, 2012).

Estudos atuais evidenciam que o HPV apresenta extensa disseminação mundial e é o principal agente etiológico infeccioso associado à ocorrência de câncer de colo de útero, além de manter associação com outros cânceres – fato que coloca a infecção por esse vírus como um grave problema de saúde pública (BAPTISTA, 2019).

A propósito, estudos epidemiológicos conduzidos nos últimos trinta anos associam parâmetros relacionados à atividade sexual como principais fatores de risco para infecção por HPV e, conseqüentemente, câncer de colo uterino (MINOTTO, 2009).

No entanto, observa-se a ausência de discussões atinentes à importância do comportamento sexual e da prática sexual específica na história natural da infecção por HPV. Isso acontece, parcialmente, devido ao medo da estigmatização e da associação com a transmissão sexual desencadear alterações psicossociais (MINOTO, 2009).

Embora apenas a infecção genital por HPV não se apresente, em princípio, como ameaça à vida da paciente, é fator de grande relevância, uma vez que pode acarretar problemas emocionais, físicos, sexuais e sociais para essas mulheres. Nessa lógica, a sexualidade do indivíduo torna-se um dos aspectos de mais fácil alteração diante do diagnóstico de infecção por HPV, por ser uma infecção de transmissão essencialmente sexual e levar a paciente a apresentar alteração em alguma das fases do ciclo de resposta sexual diante desse diagnóstico (CARUSO, 2019).

Deveras, o diagnóstico de lesões pré-malignas ou mesmo de câncer de colo de útero, bem como a infecção pelo vírus causador (HPV) podem ter profundo impacto na sexualidade, interferindo em vários aspectos da identidade sexual feminina (TOZO, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Comparar a função sexual e a atitude em relação à sexualidade de mulheres com diagnóstico compatível com infecção por HPV, com pacientes controles sem a doença.

2.2 Específicos

- Caracterizar os aspectos socioeconômicos e clínicos/ginecológicos das participantes da pesquisa atendidas no Setor de Saúde da Mulher de um Hospital Universitário;
- Comparar a percepção do relacionamento sexual conjugal entre pacientes com HPV e pacientes controles;
- Analisar a associação da presença de disfunção sexual com a percepção do relacionamento sexual conjugal nas pacientes do estudo;
- Comparar as diferenças na função sexual entre mulheres com diagnóstico compatível com infecção por HPV e controles sem a doença, a partir de escores de função sexual (IFSF)
- Identificar os domínios da função sexual afetados nas pacientes do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Papilomavírus Humano (HPV)

O HPV é membro da família *Papovaviridae* e infecta o epitélio de alguns animais, a exemplo de répteis, pássaros e mamíferos, incluindo o ser humano. O vírus é relativamente pequeno, não envelopado, medindo em torno de 55nm, e o genoma, uma molécula com DNA duplo, dotada de cerca de 8000 bases pareadas, localizadas no núcleo das células infectadas (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Com base nas diferenças das sequências genômicas do L1 – o gene que codifica a principal proteína do capsídeo –, mais de 190 tipos de HPV tiveram sua identificação mediante análise molecular, sendo que aproximadamente 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos são associados ao carcinoma do colo uterino (BURLAMAQUI *et al.*, 2017).

O vírus HPV pode infectar as células do epitélio basal da pele ou dos tecidos, e categorizam-se como cutâneos ou mucosos. Aqueles são epidermotrópicos e infectam principalmente a pele das mãos e dos pés, manifestando-se pela formação de verrugas; já o tipo mucoso infecta o revestimento da boca, da garganta, do trato respiratório ou do epitélio anogenital, e externa-se por meio de condilomas planos e acuminados (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

A transmissão viral anogenital ocorre, preferencialmente, por via sexual sem proteção, permitindo, por intermédio de microabrasões, a penetração do vírus na camada profunda do tecido epitelial (ABREU *et al.*, 2018), o que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital (SEPULVEDA, 2014).

Nessa perspectiva, homens e mulheres participam da cadeia epidemiológica de infecção como portadores assintomáticos, transmissores e vítimas da infecção (SEPULVEDA-CARRILLO; GOLDENBERG, 2014).

A população de maior risco para a aquisição desse vírus constitui-se por mulheres de início precoce na atividade sexual, com múltiplos parceiros sexuais, além de tabagistas, multíparas ou imunossuprimidas (NOVAK, 2014).

Dessa forma, concebe-se que o início da vida sexual precoce, associada ao número de parceiros e/ou parceiras promíscuas, também são fatores que aumentam o risco de adquirir a infecção por mais de um tipo de HPV (MARTINS, 2014).

3.1.1 Epidemiologia

A infecção por HPV é uma das IST's mais frequentes no mundo. Estima-se que cerca de 15% de todos os casos de câncer em humanos sejam causados por infecções virais, sendo que 5% podem ser atribuídos a infecções pelo HPV (BANSAL, 2016).

Atualmente, aproximadamente 20 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo HPV. Presume-se que de 50 a 75% dos homens e mulheres sexualmente ativos entrem em contato com um ou mais tipos de HPV em algum momento de suas vidas. Então, aos 50 anos, 80% das mulheres terão adquirido infecção genital pelo HPV (SEPULVEDA, 2014).

Estima-se que quase 100% dos casos de câncer cervical estejam relacionados à infecção por HPV, ocorrendo em percentual menor em outros locais: 85% de ânus; 40% de vulva; 70% de vagina e 50% de pênis; 35% de orofaringe; 10% de laringe; e 23% de boca (ABREU *et al.*, 2018).

Em países desenvolvidos, 1-2% das mulheres sexualmente ativas entre 16 e 45 anos estão infectadas, sendo que 4% têm uma forma subclínica da doença e 15% são portadoras saudáveis. A vulnerabilidade máxima estabelece-se entre 16 e 25 anos. As mortes causadas por câncer de colo do útero decorrentes da infecção pelo HPV possuem maior incidência em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde o HPV caracteriza-se como um grave problema de saúde pública (CARUSO, 2019).

A prevalência geral estimada de HPV no Brasil é de 54,6 %, estando o HPV de alto risco para o desenvolvimento de câncer presente em 38,4% dos participantes. No que tange à divisão por regiões, a prevalência de HPV mostra-se maior na Região Nordeste, com 58,09%; no Centro-Oeste chega a 56,46%; na Norte, o índice é de 53,54%; e na Sudeste, 49,92%; por seu turno, a Região Sul alcança 49,68%. Em Teresina, essa taxa aproxima-se da prevalência geral, atingindo 54,3% (WENDLAND *et al.*, 2017).

A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea em um período aproximado de 24 meses. Entre os homens, a preponderância permanece constante nas diversas faixas etárias (BAPTISTA, 2019).

Não obstante, mulheres que realizam o exame ginecológico preventivo regularmente têm chance bastante reduzida de desenvolver um carcinoma de colo do útero, pois em condições normais, o tempo de evolução entre o contato com o HPV e o desenvolvimento de tal câncer dura, em média, dez anos (BAPTISTA, 2019).

3.1.2 Manifestações clínicas

Na acepção de Carvalho (2012), o HPV manifesta-se sob três formas distintas, quais sejam: latente, subclínica e clínica. A apresentação latente é assintomática, podendo estar presente no indivíduo durante toda a sua vida sem externar sinais ou sintomas ou, só muito mais tarde, apresentar condilomas ou alterações celulares no colo do útero. Na apresentação subclínica, as microlesões por HPV têm seu diagnóstico por meio de exame de Papanicolau e/ou colposcopia com biópsia. Já a apresentação clínica caracteriza-se pela presença de lesão exofítica, evidenciada pela presença de verrugas genitais ou condilomas acuminados.

As verrugas são as manifestações clínicas mais comuns e características da infecção por HPV. Trata-se de tumores induzidos por vírus pleomórficos que acometem diversas localizações, principalmente a pele de extremidades, mucosa, pele genital, mucosas oral e laríngea (LETO *et al.*, 2011).

Podem apresentar-se com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosa ou hiperpigmentada, e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se à “couve-flor”, e as menores apresentam-se com aspecto de pápula, placa ou filiformes, resultantes, em geral, da infecção por tipos não-oncogênicos (ALMEIDA, 2012).

As localizações mais frequentes são a vulva, o períneo, a região perianal, a vagina e o colo do útero. Menos comumente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntiva, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e da localização anatômica, as lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (BRASIL, 2013).

O período de incubação do HPV varia de um a seis meses, iniciando-se com uma pápula rosácea ou branca de pequeno tamanho, que cresce com disposição filiforme e aspecto de couve-flor. Em outros casos, manifestam-se por hemorragia, prurido, odor, exsudação e mal-estar local. Quando existe dor, deve-se suspeitar da

presença de lesão concomitante, a exemplo de úlceras, infecções e malignidades (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

As infecções cervicais por HPV são, em sua maioria, autolimitadas, regredindo espontaneamente entre 12 e 30 meses, mesmo quando causadas por genótipos de alto risco, como é o caso do HPV16 e HPV18. Mulheres com infecção persistente por HPV podem progredir para Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) em uma taxa de 8-28% (ERICKSON, 2013).

3.1.3 Diagnóstico

O HPV não cresce em meio de cultura convencional, e os métodos diagnósticos sorológicos apresentam precisão limitada. Isso posto, para o diagnóstico laboratorial da infecção, especialmente na apresentação subclínica, faz-se uso da histopatologia das lesões ou da detecção do DNA viral em células infectadas. Nesse contexto, as técnicas de hibridização e reação de Polimerização em Cadeia (PCR) são métodos adotados para a detecção do HPV (LETO *et al.*, 2011).

Sendo assim, devido às suas limitações, existem métodos mais precisos e sensíveis para a detecção do HPV, como os testes baseados na identificação do DNA viral, que são foco de interesse de muitos estudiosos e dão enorme contribuição aos estudos epidemiológicos e clínicos. Assim, a utilização da técnica de PCR no diagnóstico molecular de HPV mostra-se altamente sensível na identificação do DNA viral existente nos mais diversos materiais clínicos, bem como na resolução de dúvidas originadas durante o diagnóstico cito-colposcópico-histopatológico, e não apenas de lesões pré-neoplásicas, mas também nas infecções latentes ou subclínicas associadas a esse agente viral (BRINGHENTI *et al.*, 2010; SANTOS, 2015).

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico e pode ser confirmado pela realização de biópsia, seguido de estudo histopatológico (BRASIL, 2015). Já das lesões precursoras e invasivas do câncer de colo do útero é feito por meio da associação de três métodos propedêuticos: citologia, colposcopia e histopatológico (CRUMP, 2015). A paciente com laudo citológico alterado é referenciada, a depender do grau de comprometimento, para a colposcopia, pois o método de rastreamento continua sendo a citologia oncológica (INCA, 2016).

3.1.4 Tratamento

Os tratamentos disponíveis não se voltam para o HPV em si, pois não existem tratamentos para o vírus que alterem a história natural da doença. Dessa forma, os tratamentos direcionam-se aos precursores do câncer associado ao HPV ou outras lesões relacionadas ao vírus (OMS, 2013).

O objetivo principal do tratamento das lesões clínicas anogenitais induzidas por HPV é a remoção de lesões. Para tanto, deve ser individualizado, considerando tamanho, morfologia, número e local da lesão. Ademais, deve-se avaliar o perfil imunológico dos indivíduos. Outros fatores a serem reputados no momento da decisão terapêutica dizem respeito à preferência do paciente, aos custos, à disponibilidade de recursos, à conveniência, aos efeitos adversos e à experiência do profissional de saúde (INCA, 2016).

Para mais, o tratamento busca amenizar a carga psicológica decorrente do estigma social, melhorar o aspecto estético do paciente e diminuir a transmissibilidade da infecção, que parece ser mais significativa na presença das verrugas (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde do Brasil aponta como tratamento para as lesões clínicas oriundas do vírus a *Podofilina* de 6 ou 10-25% (solução), que possui ação antimitótica, mas é contraindicada na gestação; o *Ácido Tricloroacético (ATA)* a 80-90% (solução), agente cáustico que promove a destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico; a *5-Fluoracil* a 5%, indicada para tratamento domiciliar e que não deve ser utilizada para lesões vaginais, dado o risco de queimaduras extensas; a *eletrocauterização*, que exige equipamento específico e anestesia local; a *crioterapia*, que promove a destruição térmica, eliminando as verrugas por citólise térmica; e a *exérese cirúrgica*, apropriada para o tratamento de poucas lesões, quando se deseja exame histopatológico do espécime (BRASIL, 2015).

Figueiredo *et al.* (2013) relata, além dos tratamentos supracitados, o *Cidofovir*, um agente antiviral de amplo espectro que inibe a polimerase do DNA viral; o *imiquiremode*, agente imunomodulador sintético pertencente à classe das aminoquinolinas, com atividade antitumoral e antiviral; e o *interferon*, que se liga a receptores específicos nas membranas celulares e exibe seus efeitos aumentando a capacidade dos macrófagos para destruir células tumorais, vírus, bactérias e reforçar a atividade citotóxica dos linfócitos T.

Somando-se a tais opções, propõem-se as vacinas profiláticas visando à redução e prevenção substancial das verrugas genitais, da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e do câncer cervical, sobretudo em indivíduos não expostos aos vírus (SQUIQUERA, 2006 apud FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

3.2 Resposta sexual feminina

Os problemas sexuais em mulheres são altamente prevalentes e estão frequentemente associados a desconforto pessoal e piora na qualidade de vida (LIMA, 2010). No entanto, o estudo da sexualidade humana só passou a ser reconhecido e incrementado a partir da década de 1960, cujo embasamento científico se origina com os trabalhos pioneiros de Henry H. Ellis (1859-1939) e Sigmund Freud (1856-1936) que, na época, receberam críticas e censuras (FONSECA, 2008).

O estudo sobre o ciclo da resposta sexual humana só se iniciou em 1966, com Masters e Johnson, posteriormente modificado por Kaplan, representando a base para a atual classificação da disfunção sexual feminina (LIMA, 2010).

Nesse sentido, Basson, em 2001, apresentou uma nova alternativa à resposta sexual feminina, considerando a sequência do modelo tradicional tetrafásico aplicável apenas às mulheres no início de seu relacionamento sexual, enfatizando que elas valorizam mais a intimidade do que, propriamente, a estimulação sexual física. A propósito, muitas delas iniciam o ato sexual com neutralidade, sem suficiente entusiasmo e interesse, desejando apenas aproximação física e carinho, e quando isso ocorre, experimentam satisfação emocional, tornando-se disponível e desperta para o sexo (TOZO, 2007).

O desenvolvimento psicosexual, as atitudes psicológicas para com a sexualidade e as atitudes frente ao próprio parceiro estão diretamente relacionados, afetando a fisiologia da resposta sexual humana (FONSECA, 2008).

3.3 Disfunções sexuais

Em conformidade com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) (2014), define-se como resposta sexual saudável o conjunto de quatro etapas sucessivas, a saber: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A resposta sexual representa, pois, uma verdadeira experiência psicofisiológica.

Conceitua-se disfunção sexual como o comprometimento por meio de bloqueio ou inibição em qualquer das fases do ciclo de resposta sexual. A definição de disfunção sexual evoluiu muito nos últimos 15 anos, e reflete o conceito de que o princípio da resposta sexual se compõe por uma variedade de domínios e categorias. As causas determinantes desses distúrbios podem ligar-se à própria estrutura orgânica do indivíduo ou a influências psicoculturais que mutilem ou distorçam a funcionalidade sexual (BASSON, 2000; KHAJEHEI *et al.*, 2015).

As disfunções sexuais femininas têm alta prevalência entre os transtornos de sexualidade, acometendo cerca de 20% a 40% das mulheres com idade de 18 a 59 anos (TOZO, 2018).

Os principais fatores de risco para as disfunções sexuais em mulheres podem dividir-se em físicos, psicológicos, psicossociais e sociodemográficos (ABDO, 2006). Genericamente, as disfunções sexuais de ordem psicossocial acometem especialmente mulheres jovens, enquanto as orgânicas atingem em maior número aquelas acima de quarenta anos. Dentre os fatores sociodemográficos, salientam-se idade e baixa escolaridade (ABDO, 2004; POLIZER, 2009).

As disfunções sexuais femininas derivam-se da falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, comprometendo uma ou mais fases desse processo. Isso posto, concebe-se que atingem altos índices em qualquer população, sendo o desejo sexual hipoativo e a dificuldade para o orgasmo as queixas mais comuns. Em estudo realizado com 2.835 indivíduos maiores de 18 anos, com a finalidade de estudar o comportamento sexual brasileiro, constatou-se que as principais queixas eram a falta de desejo sexual (para 34,6% dos indivíduos); dificuldades de orgasmo (para 29,3%); e dor durante a relação sexual (para 21,1%) (ABDO, 2006).

3.3.1 Transtorno interesse/excitação

A falta de interesse na prática sexual tem referência nos estudos de Fleury e Abdo (2018) como um dos maiores desafios no tratamento de disfunções sexuais. A triagem, o diagnóstico e o gerenciamento do Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) e a pesquisa sobre a doença mostram-se desafiadores, devido à sua complexidade biopsicossocial e à falta de consenso sobre as medidas relevantes (DEROGATIS, 2020).

Destarte, deve-se levar o contexto interpessoal em conta nas avaliações do transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Tendo isso em vista, uma “discrepância de desejo” em que a mulher sente menos interesse para a atividade sexual que o seu parceiro não é suficiente para o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Os sintomas dessa alteração incluem falta ou perda de motivação para participar de atividade sexual, em virtude de desejo espontâneo ausente ou diminuído, desejo sexual em resposta a estímulos eróticos ou estimulação, ou capacidade de manter desejo/interesse por atividade sexual por, pelo menos, seis meses, com um sofrimento associado (JOFFE, 2020).

Trata-se da queixa mais comum em mulheres em relacionamentos de longa duração. Segundo Colson *et al.* (2006 apud Lara *et al.*, 2008), embora na idade adulta, metade de homens e mulheres com parcerias refiram pensar em sexo com frequência, na grande maioria das vezes, é necessário que haja um estímulo para instigar o engajamento para o ato sexual entre o casal.

No entendimento de Goldestein *et al.* (2018), transtornos de desejo afetam significativamente a qualidade de vida das mulheres e podem ser efetivamente gerenciado pelos profissionais de saúde, mediante avaliações apropriadas e tratamentos individualizados (DEROGATES, 2020).

O tratamento segue um modelo biopsicossocial e é guiado pela história e avaliação dos sintomas. Nessa direção, a terapia sexual tem sido o tratamento padrão, embora se perceba uma escassez de estudos que avaliem a eficácia, exceto a terapia comportamental cognitiva baseada na atenção plena. A bupropiona e o buspirone podem ser considerados tratamentos *off label*, apesar dos dados limitados de segurança e eficácia. As mulheres na menopausa com desejo sexual hipoativo podem se beneficiar do tratamento com testosterona também *off label*, conforme evidenciado por vários ensaios clínicos que relatam alguma eficácia e segurança em curto prazo (GOLDESTEIN, 2020).

Atualmente, a flibanserina é o único medicamento aprovado pela FDA para tratar mulheres na pré-menopausa com desejo sexual hipoativo (JOFFE, 2020).

Hipotetiza-se, então, que todas essas terapias alteram os caminhos inibitórios e excitatórios centrais. Em conclusão, o HSDD afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres e pode ser efetivamente gerenciado pelos profissionais de

saúde, a partir de avaliações apropriadas e tratamentos individualizados (GOLDESTEIN, 2020).

3.3.2 Transtorno do orgasmo feminino

O transtorno do orgasmo feminino ocorre quando a paciente apresenta retardo acentuado, infreqüência acentuada ou ausência de orgasmo, ou, ainda, intensidade muito reduzida de sensações orgásmicas em quase todas ou todas as vivências sexuais (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Sobre essa questão, em um estudo que avaliou o comportamento sexual do brasileiro, Abdo (2006) concluiu que 28% das pacientes nunca ou raramente tinham orgasmos nas relações sexuais, enquanto 62% já fingiram orgasmos em algum momento da vida.

De acordo com Basson (2013), mulheres com esse transtorno muitas vezes têm dificuldade em renunciar ao controle em circunstâncias não sexuais. Fatores contextuais, fatores psicológicos, distúrbios físicos e drogas podem contribuir para o distúrbio orgásmico, como também a falta de conhecimento sobre a função sexual.

As questões psicológicas e comportamentais podem constituir fator desencadeante dessa desordem e incluem elementos como: família e outros fatores de desenvolvimento e experiência; exercício; traços de personalidade; apego; psicopatologia; função de relacionamento íntimo; especificidades de comportamentos sexuais; foco mental durante a atividade sexual; especificidades da educação sexual; e características do parceiro, incluindo a função sexual deste (BRODY, 2017).

Como tratamentos indicados para reverter essa disfunção, tem-se as autoestimulações e psicoterapias, levando em consideração a individualização de cada caso (BASSON, 2013).

3.3.3 Transtorno da dor gênito-pélvica

O Transtorno da Dor Gênito-Pélvica/Penetração (TDGPP) refere-se a quatro dimensões de sintomas comórbidos comuns, quais sejam: dificuldade para ter relações sexuais; dor gênito-pélvica; medo de dor ou de penetração vaginal; e tensão dos músculos do assoalho pélvico. É possível estabelecer um diagnóstico com base

em uma dificuldade acentuada em apenas uma dimensão de sintomas (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Os TDGPP classificam-se segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e englobam o que anteriormente eram classificados como *dispareunia* e *vaginismo*. A primeira caracteriza-se por dor genital associada ao intercurso sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso. Já o vaginismo revela-se por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos pélvicos adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há tentativa da penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo ginecológico (ARAUJO, 2017).

A dor no ato sexual pode dividir-se em superficial e profunda. A primeira ocorre na entrada do canal vaginal, enquanto a outra envolve o baixo abdômen e os órgãos pélvicos (SFORCIN; BANKOVA, 2011 apud FLEURY; ABDO, 2013).

Esse transtorno frequentemente se associa a outras disfunções sexuais, particularmente desejo e interesse sexual reduzidos. Mesmo quando mulheres com o transtorno relatam interesse ou motivação sexual, com frequência, há um comportamento evitativo de situações e de oportunidades sexuais. Evitar exames ginecológicos, a despeito de recomendações médicas é, igualmente, uma atitude frequente (SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

No entanto, Fleury e Abdo (2013) afirmam que há tendência, entre muitas mulheres que sofrem de dor genital, a tolerar o desconforto sexual por meses ou anos sem procurar ajuda, acreditando estar atendendo às necessidades do parceiro.

A dor pélvica pode ter impacto negativo na saúde mental e física de uma mulher, bem como na imagem corporal, nas relações com parceiros e nos esforços para engravidar. Pode levar ou associar-se a outras disfunções sexuais, incluindo diminuição da libido, redução da excitação e distúrbio de orgasmo (SEEHUSEN *et al.*, 2014).

Destaca-se a importância de que se individualize a conduta terapêutica, pois depende dos achados da avaliação, bem como dos fatores que predisõem à dor durante a relação sexual (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

Nessa lógica, sugerem-se medidas como: psicoeducação; terapia cognitivo comportamental; técnicas específicas de terapia sexual; técnicas de autorrelaxamento e diminuição da ansiedade; dessensibilização vulvo-vagina; orientações para o coito/penetração; além da prescrição de medicações analgésicas e emprego de outros

recursos de fisioterapia pélvica – a exemplo de terapia manual; eletrofototerapia; *biofeedback*. Trata-se de ferramentas que podem ser utilizadas, individualmente, mas preferencialmente, em conjunto, enquanto medidas terapêuticas (ARAUJO, 2019).

3.4 Manejo clínico das disfunções sexuais

As dificuldades de desempenho e satisfação sexual da mulher constituem um relevante problema de saúde pública, acometendo grande parte da população e prejudicando a sua qualidade de vida (LIMA, 2010).

Não obstante, o conhecimento atual a respeito do comportamento sexual feminino e sobre em que proporção fatores de natureza biopsicossocioculturais se mesclam é insuficiente, chegando, por vezes, a compreender verdadeiros tabus dos profissionais de saúde frente ao tema, já que grande parte desses profissionais não dispõem de preparação para lidar com tais situações (RUFINO, 2014).

De acordo com Zeng e colaboradores (2013), é oportuno o rastreio para a disfunção sexual, mediante um contexto psicossocial que avalie experiências tanto inerentes à parceria sexual quanto à paciente.

Isso posto, pode-se realizar a avaliação da função sexual por métodos objetivos e subjetivos. Os objetivos, como medição fisiológica da tumescência e rigidez peniana do fluxo sanguíneo vaginal/clitoridiano e ressonância magnética pélvica, são métodos não padronizados com resultados não reprodutíveis e só têm importância em estudos e pesquisas; logo, não contam com aplicação na prática clínica (LIMA, 2010).

Os métodos subjetivos baseiam-se em questionários, agenda diária ou registro de eventos sexuais, e demonstram elevado grau de credibilidade e validade. Os questionários desempenham um grande papel na avaliação das mulheres com disfunção sexual e foram, ao longo da história, amplamente utilizados em estudos acerca do comportamento sexual (COSTA, 2015).

Um desses questionários é a escala do Quociente Sexual versão feminina (QS-F), um instrumento de fácil manuseio e com linguagem acessível que leva em conta vários domínios da função sexual da mulher, permitindo identificar disfunções específicas do desejo, da excitação, do orgasmo, assim como dispareunia ou vaginismo (ABDO, 2009).

Outro questionário empregado é o *Female Sexual Function Index* (FSFI), um instrumento breve, de fácil compreensão e aplicação, além de cumprir com todos os

requisitos propostos para o protocolo de validação internacional (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

Contudo, eles não foram desenvolvidos como instrumento diagnóstico, mas no sentido de propiciar avaliações de caráter populacional e/ou facilitar a consulta médica propriamente dita. Com isso, são amplamente utilizados e recomendados na pesquisa da disfunção sexual feminina por serem relativamente de baixo custo e não intimidativos (LIMA, 2010).

No tratamento das disfunções sexuais, é meritório o controle dos sintomas somáticos, psíquicos e locais, tal como as dificuldades com o parceiro, lembrando que cada paciente deve ser avaliada e tratada de forma individualizada. Nesse contexto, o tratamento medicamentoso não consiste na primeira escolha, devendo-se priorizar a adoção de terapias não farmacológicas e psicosssexual (LARA *et al.*, 2008; KHAJEHEI *et al.*, 2015).

Afora a intervenção do profissional especialista, faz-se necessário um trabalho em equipe multidisciplinar, facultando diferentes olhares sobre a queixa da paciente. Todavia, estudos apontam para a necessidade de mudança na oferta de educação sexual nas escolas brasileiras, em que a literatura mostra uma abordagem deficiente nos projetos pedagógicos do curso de medicina quanto à sexualidade humana.

3.5 Disfunções sexuais e HPV

Poucos estudos são efetivados no sentido de analisar o impacto do diagnóstico de HPV na vida sexual das pacientes. Os existentes na literatura sugerem que há um impacto negativo do HPV no psicológico e na vida sexual das mulheres acometidas por essa IST (MARKOVIC-DENIC, 2018).

Uma vez que a infecção afeta principalmente a vulva e colo do útero, a mulher pode sentir vergonha e menos feminina, da mesma forma que o potencial oncogênico do HPV pode aumentar o medo e a ansiedade. Outrossim, os testes e as consultas repetidos, entre outros tratamentos por vezes invasivos e dolorosos podem interferir igualmente, contribuindo para um senso de vulnerabilidade e diminuição da sexualidade (CARUSO, 2019).

Sendo assim, a análise de todos esses aspectos justifica a necessidade de investigar a função sexual das mulheres, particularmente em situações peculiares, como nos casos de infecção por HPV, o que poderia interferir no tocante à satisfação

sexual dessas pacientes e, como consequência, influenciar negativamente em sua qualidade de vida sexual e global.

Portanto, em face da possibilidade de relação entre o diagnóstico de HPV e a função sexual, desenvolve-se este estudo, a fim de responder à questão: *existe impacto do diagnóstico de HPV na vida sexual das mulheres acometidas por vírus?*

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo transversal, observacional e analítico.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório da Unidade de Atendimento à Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (UASM – HU UFPI), no período de fevereiro a outubro de 2019.

A escolha teve sua motivação ancorada no fato de ser hospital de alta complexidade, de grande porte e centro de referência para a formação de recursos humanos, além de desenvolvimento de pesquisa na área da saúde.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres atendidas na UASM – HU UFPI. Para a composição do número mínimo de participantes do estudo, a amostragem foi não probabilística, por conveniência, de acordo com a demanda de atendimentos dos ambulatórios por procura espontânea das pacientes na UASM da instituição no período do estudo.

A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o diagnóstico ou não de infecção por HPV e que atendessem aos critérios de inclusão.

4.3.1 Critérios de inclusão

Para os dois grupos, consideraram-se como critérios de inclusão mulheres a partir de 18 anos, em fase reprodutiva, com fluxos menstruais regulares e sexualmente ativas nas últimas quatro semanas.

No Grupo 1, foram incluídas mulheres cujo diagnóstico de HPV se deu por intermédio de citologia positiva (lesão intraepitelial de baixo grau e lesão intraepitelial de alto grau) ou da concordância diagnóstica citológica e histológica (citologia ou

colposcopia/vulvoscopia e histologia positivos), em acompanhamento na UASM do HU-UFPI.

Para o Grupo 2 (controle), foram selecionadas mulheres sem manifestações clínicas relacionadas a infecção por HPV e com citologia negativa.

4.3.2 Critérios de exclusão

Mulheres:

- Com citologias e/ou colposcopias insatisfatórias;
- Na pós-menopausa (amenorreia de, pelo menos, 12 meses);
- Sob uso atual ou nos últimos três meses de medicação antidepressiva ou método anticoncepcional hormonal;
- Com diagnóstico de transtornos psiquiátricos, doenças mentais ou neurológicas, com algum *déficit* cognitivo que interferisse na compreensão das questões pesquisadas;
- Com história de câncer ou de morbidade importante, com prejuízo potencial na qualidade de vida, a exemplo de insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou distúrbios osteomioarticulares graves e incapacitantes.

Sabe-se que os anticoncepcionais hormonais (ACH), lançados no mercado desde a década de 1960, são fármacos destinados a prevenir a concepção, e cerca de 60% das mulheres em idade reprodutiva fazem o uso deles. No Brasil, essa taxa chega a 70% (IBGE, 2013). Outra classe de medicação amplamente utilizada pelas mulheres brasileiras são os antidepressivos. Sabe-se que ambas as classes de drogas podem interferir diretamente em alguma das fases do ciclo de resposta sexual feminina e, por esse motivo, seu uso pelas pacientes as excluíram do estudo (ONU, 2019).

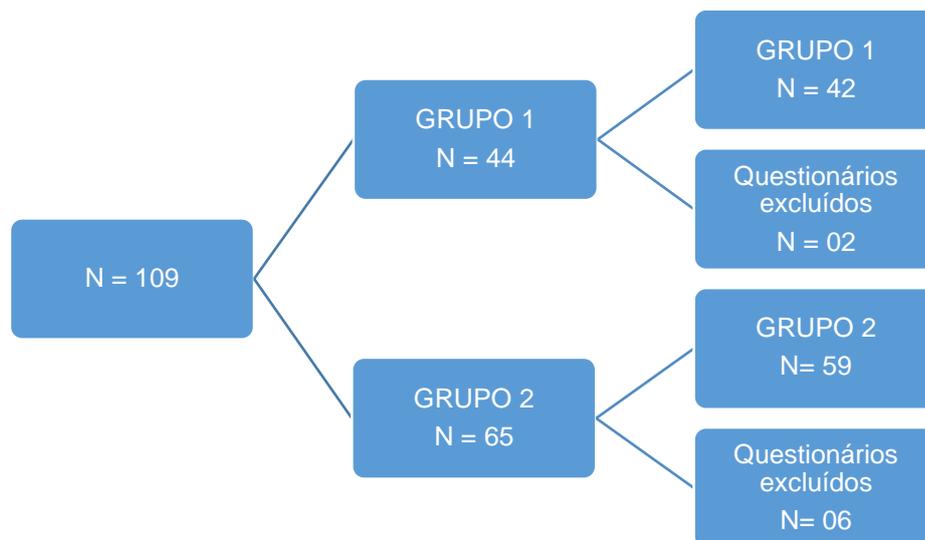
Esse fato implicou diretamente no tamanho da amostra, pois embora o número de atendimentos fosse alto na UASM – HU UFPI, grande parte dessas mulheres não se enquadravam nos critérios para participar da pesquisa.

Sendo assim, valida-se a necessidade de enfatizar que em estudos com população menor de 200 participantes, não há necessidade de cálculo amostral, porque reduz mais ainda o tamanho da amostra (POCOCK, 1989).

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra passou a ter 109 mulheres, sendo divididas em dois grupos, a partir da análise dos exames de citologia, vulvoscopia, colposcopia e histologia realizados no último ano (a partir da data da coleta): Grupo 1- mulheres com diagnóstico compatível com infecção por HPV (n= 44); Grupo 2 (Controle)- mulheres sem diagnóstico compatível com infecção por HPV (n= 65).

Durante a tabulação dos dados, excluíram-se da pesquisa os questionários que não foram totalmente ou adequadamente preenchidos (2 do Grupo 1 e 4 do Grupo 2), totalizando uma amostra (N) de 101 participantes, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Composição da amostra – Teresina/PI (2021)



Fonte: elaborado pela autora (2021)

4.4 Operacionalização do estudo

A coleta de dados do estudo foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2019. As informações de interesse à pesquisa foram obtidas no momento que as participantes estavam aguardando consulta na UASM do HU-UFPI. Assim, mulheres que atenderam aos critérios de inclusão receberam convite a participar do estudo, sendo devidamente informadas quanto aos procedimentos, à justificativa e à relevância da participação.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Os dados foram coletados através de um questionário autoaplicável, subdividido em duas partes: dados gerais (clínicos, sociodemográficos, econômicos e hábitos de vida) e IFSF.

A aplicação do formulário guiou-se por um procedimento operacional padrão (POP) (Apêndice C), constando o passo a passo para a realização do procedimento de coleta de dados e com explicações antecipadas sobre os termos adotados nos questionários, uniformizando, assim, as informações.

4.4.1 Questionário de caracterização da amostra

Elaborou-se um questionário estruturado para caracterização da amostra-para os dois grupos (Apêndice A), contendo as variáveis: idade; procedência; cor/ raça; parceria fixa; escolaridade; renda familiar; paridade e satisfação com a parceria.

4.4.2 Questionário de avaliação da função sexual

Para avaliar a função sexual das pacientes sexualmente ativas, adotou-se um questionário traduzido para o português e adaptado culturalmente, o qual é considerado válido para a avaliação da resposta sexual das mulheres brasileiras (THIEL *et al.*, 2008).

Trata-se do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), que é um questionário breve, de fácil compreensão e aplicação, além de cumprir com todos os requisitos propostos para o protocolo de validação internacional (Apêndice A) (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

O FSFI é um instrumento que leva em conta vários domínios da função sexual da mulher e propõe-se a avaliar a resposta sexual feminina a partir de seis domínios: desejo sexual; excitação sexual; lubrificação vaginal; orgasmo; satisfação sexual; e dor (ABDO, 2006)

Para tanto, elenca 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Cada questão recebe uma pontuação que varia de 0 a 5 pontos, e o resultado final é a soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator de correção que homogeneiza a influência de cada domínio (COSTA, 2015).

Logo, os escores finais podem variar de 2 a 36 (Tabela 1) sendo os mais altos indicadores de melhor grau de função sexual. Com tal característica, a partir da base no valor do escore total, é possível discriminar as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual. Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

Sendo assim, o FSFI congrega as seguintes características: ser prático para aplicação em estudos populacionais; transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis; é capaz de avaliar a força relativa de cada domínio ou componente da resposta sexual feminina. Outra vantagem desse questionário reside no fato de constituir um índice bem estudado, validado e com capacidade de avaliar intervenções terapêuticas (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

Tabela 1 – Escores dos domínios do FSFI – Teresina-PI (2021)

Domínio	Questões	Varição do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0 (ou1)-5 *	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6
Escore total				2	36

Legenda: FSFI – Escores de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina

* Questão 14 varia de 0-5; Questões 15 e 16 de 1-5.

Fonte: Pacagnella *et al.* (2008).

4.5 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram submetidos ao processo de digitação, mediante o uso de planilhas do aplicativo Microsoft Excel sendo, posteriormente, exportados e analisados no *software* R versão 3.6.3.

Os aspectos socioeconômicos, clínicos e ginecológicos foram expressados por meio de frequência relativas, percentuais da média e do desvio padrão. Para verificação do pressuposto de normalidade, empregou-se o teste de *Shapiro-Wilk* e para a igualdade de variâncias, o teste da variância.

Na análise bivariada, verificaram-se as associações entre os aspectos socioeconômicos, clínicos e ginecológicos com os grupos e com a presença ou

ausência de disfunção sexual a partir do teste Qui-quadrado de *Pearson* ou do teste exato de *Fisher*.

As comparações entre as idades e o tempo de parceria entre os grupos HPV e controle foram analisadas por meio do teste de *Mann-Whitney*. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5%, sendo todas as hipóteses testadas bilaterais.

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi realizada somente após a autorização da Instituição (Anexo A) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-UFPI, sob o número CAAE 97985117.8.0000.5214, parecer 2.948.274 (Anexo B), e seguiu todas as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e complementares, referentes às pesquisas com seres humanos. Ademais, todas as participantes assinaram o TCLE.

5. RESULTADOS

Analisou-se uma amostra de 109 pacientes, divididas em dois grupos, de acordo com o diagnóstico compatível com infecção ou não por HPV, sendo o Grupo 1 – mulheres com diagnóstico compatível com infecção por HPV (n= 44); Grupo 2 (Controle)– mulheres sem a doença (n= 65).

Com relação aos dados sociodemográficos, observou-se que a idade média das mulheres do Grupo 1 foi de 29,1 anos, enquanto no Grupo 2 (controle), 34,4 anos. A maioria era procedente da zona urbana de Teresina, se autodeclaram negra, com ensino médio completo e renda entre um e três salários mínimos, constituindo portanto, grupos homogêneos (valor $-p > 0,05$), consoante demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes com HPV e controles segundo variáveis socioeconômicas – Teresina/PI (2021)

Variáveis	Grupo		Total	Valor-p
	HPV (%)	Controle (%)		
Idade	29,7 ± 8,03	34,4 ± 10,72	-	0,025
Procedência				
Teresina	34 (45,9)	40 (54,1)	74	0,167
Outro município do estado	8 (34,8)	15 (65,2)	23	
Outro estado	0 (0,0)	4 (100,0)	4	
Zona				
Rural	13 (39,4)	20 (60,6)	33	0,652
Urbana	29 (42,6)	39 (57,4)	68	
Cor				
Branca	9 (39,1)	14 (60,9)	23	0,486
Parda	9 (33,3)	18 (66,7)	27	
Negra	24 (47,1)	27 (52,9)	51	
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	7 (38,9)	11 (61,1)	18	0,222
Ensino fundamental completo	0 (0,0)	5 (100,0)	5	
Ensino médio	19 (41,3)	27 (58,7)	46	
Ensino superior	16 (50,0)	16 (50,0)	32	
Renda				
Até 1 salário mínimo	3 (33,3)	6 (66,7)	9	0,563
Entre 1 e 3 salários mínimos	20 (48,8)	21 (51,2)	41	
Entre 3 e 5 salários mínimos	13 (34,2)	25 (65,8)	38	
Acima de 5 salários mínimos	6 (46,2)	7 (53,8)	13	

¹Teste Mann-Whitney; ²Teste Exato de Fisher; ³Teste Qui-quadrado de Pearson.
Fonte: pesquisa direta (2021).

A história gineco-obstétrica de ambos os grupos mostrou proporções semelhantes quanto ao número de gestações, partos e abortos (valor-p >0,05). Da mesma forma, não houve diferenças entre os grupos quanto à parceria (valor-p >0,05), uma vez que a maioria das pacientes mantinha parceria fixa, com tempo médio de 50,1 e 66,1 meses, respectivamente, nos Grupos 1 e 2, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das pacientes com HPV e controle segundo variáveis clínico-ginecológicas – Teresina/PI (2021)

Variáveis	Grupo		Total	Valor-p
	HPV (%)	Controle (%)		
Número de gestações				
Nenhuma	15 (50,0)	15 (50,0)	30	0,281
Uma	8 (47,1)	9 (52,9)	17	
Duas	14 (42,4)	19 (57,6)	33	
Três ou mais	5 (23,8)	16 (76,2)	21	
Número de Partos				
Nenhum	21 (53,8)	18 (46,2)	39	0,154
Um	10 (40,0)	15 (60,0)	25	
Dois	9 (34,6)	17 (65,4)	26	
Três ou mais	2 (18,2)	9 (81,8)	11	
Número de abortos				
Nenhum	30 (46,2)	35 (53,8)	65	0,356
Um	10 (31,3)	22 (68,7)	32	
Dois	2 (50,0)	2 (50,0)	4	
Parceria				
Fixa	32 (42,1)	44 (57,9)	76	0,853
Não fixa	10 (40,0)	15 (60,0)	25	
Tempo de parceria	50,1 ± 54,99	66,1 ± 70,27	-	0,389

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de Fisher.

Fonte: pesquisa direta (2021).

Quando questionadas sobre a percepção do relacionamento sexual conjugal, em ambos os grupos, a maioria das pacientes consideraram o relacionamento *Bom*, não havendo diferença significativa entre os grupos (valor $-p > 0,05$), como revelado na Tabela 4

Tabela 4 – Comparação sobre percepção do relacionamento sexual conjugal entre pacientes com HPV e controle – Teresina/PI (2021)

Variáveis	Grupo		Total	Valor-p
	HPV (%)	Controle (%)		
Relacionamento com o parceiro				
Muito ruim	1 (100,0)	0 (0,0)	1	0,220 ¹
Ruim	2 (33,3)	4 (66,7)	6	
Regular	14 (56,0)	11 (44,0)	25	
Bom	18 (40,9)	26 (59,1)	44	
Muito bom	7 (28,0)	18 (72,0)	25	

¹Teste Exato de Fisher. Fonte: pesquisa direta (2021).

Por seu turno, a Tabela 5 mostra uma associação entre a percepção do relacionamento conjugal e a presença de disfunção sexual (valor-p <0,001). Nesse sentido, a chance de uma paciente com percepção conjugal de relacionamento ruim ter disfunção sexual é 16,5 vezes a chance de uma paciente com percepção de relacionamento bom, IC_{95%} (2,12; 128,69).

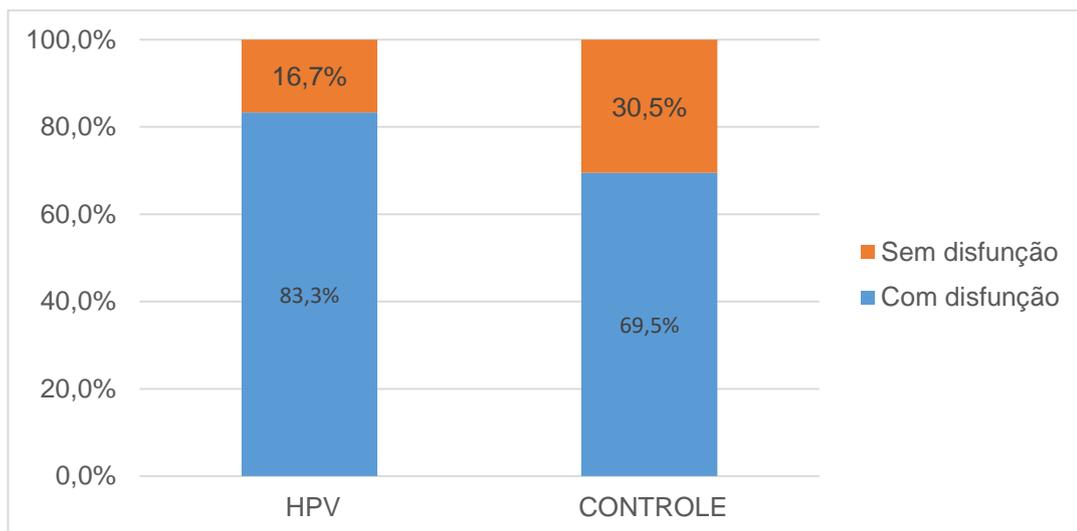
Tabela 5 – Presença de disfunção sexual segundo a percepção do relacionamento conjugal – Teresina/ PI (2021)

Relacionamento com o parceiro	Disfunção Sexual		Total	P-Valor	OR	IC95%
	Sim (%)	Não (%)				
Ruim	31 (96,9)	1 (3,1)	32	<0,001 ¹	16,5	(2,12; 128,69)
Bom	45 (65,2)	24 (34,8)	69		-	-

¹Teste Exato de Fisher; Ruim – união de muito ruim, ruim e regular; Bom – união de bom e muito bom. Fonte: pesquisa direta (2021).

Quando se analisaram as repostas ao questionário FSFI e a proporção de mulheres com disfunção sexual nos grupos com diagnóstico compatível com HPV e controle, notou-se que a prevalência de disfunções sexuais era maior no grupo de pacientes com diagnóstico compatível de HPV (83,3%), em relação ao grupo de pacientes sem esse diagnóstico (69,5%), como demonstra a Figura 2.

Figura 2 – Proporção de mulheres com disfunção sexual nos grupos com HPV e controle, a partir do escore total do IFSF – Teresina/PI (2021)



Fonte: pesquisa direta (2021).

Contudo, não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos e a presença de disfunção sexual (p=0,112). Sendo assim, a chance de uma paciente

do grupo de pacientes com diagnóstico compatível com HPV ter disfunção sexual não difere da chance de um paciente do grupo controle, IC_{95%} (0,82; 5,86) (Tabela 6).

Tabela 6 – Presença de disfunção sexual segundo o grupo – Teresina/PI (2021)

Grupo	Disfunção sexual		Total	Valor-p	OR
	Sim (%)	Não (%)			
HPV	35 (83,3)	7 (16,7)	42	0,112 ¹	2,2
Controle	41 (69,5)	18 (30,5)	59		-

¹Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: pesquisa direta (2021).

Na Tabela 7, encontram-se as comparações dos escores de disfunções sexuais, segundo os domínios entre os grupos HPV e controle. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos HPV e controle, apenas no domínio do orgasmo (p=0,002). Vale ressaltar que quanto maior o valor do escore, melhor a resposta sexual, logo, as mulheres do grupo controle apresentaram uma resposta sexual referente ao orgasmo melhor do que as mulheres do grupo HPV.

Tabela 7 – Comparações dos escores de disfunção sexual nos grupos HPV e controle de acordo com os domínios do FSFI – Teresina/PI (2021)

Variáveis	Grupo		P-Valor
	HPV	Controle	
Geral	22,9 ± 4,7	23,5 ± 5,5	0,131 ²
Desejo	3,6 ± 1,2	4,2 ± 1,2	0,733 ²
Excitação	3,9 ± 1,8	3,9 ± 1,1	0,782 ²
Lubrificação	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,6	0,854 ²
Orgasmo	3,6 ± 1,6	4,4 ± 0,6	0,002*²
Satisfação	2,4 ± 3,5	3,6 ± 3,4	0,080 ²
Dor	4,8 ± 2,4	4,8 ± 1,2	0,432 ²

²Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*; mediana ± intervalo interquartilico.

Fonte: pesquisa direta (2021).

6. DISCUSSÃO

A infecção por HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais frequentes em todo o mundo, como mostram os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2010). Na literatura, poucos estudos buscam demonstrar o real impacto do diagnóstico dessa doença na qualidade de vida geral e sexual das pacientes.

Todavia, estudos de Caruso *et al.* (2019) confirmaram impressões anteriores no sentido de que o diagnóstico provável de HPV pode ter influência negativa sobre a função sexual em mulheres, a qual pode ser resultado do conhecimento que se tem acerca de doenças sexualmente transmissíveis e do estigma associado ao diagnóstico.

Nessa direção, o perfil sociodemográfico das pacientes auxilia a pesquisa e determina melhor os grupos que devem ser criteriosamente avaliados. Observou-se nesse estudo que mulheres com idade igual ou superior a 29 anos tiveram maior prevalência na manifestação da doença, ratificando o que já se descreveu na literatura, em que vários estudos demonstram que a infecção por HPV é mais prevalente em mulheres jovens (AYRES, 2017).

Observou-se, ainda, que em sua maioria, as participantes são provenientes da zona urbana de Teresina, fato que se explica pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população que vive distante dos centros de atendimento, principalmente de serviços terceirizados de saúde, como o HU-UFPI, seja pela dificuldade de transporte, financeira ou de marcação de consultas, aspecto já relatado em outros estudos (DALL'AGNOLLI, 2009).

A literatura também é escassa quando se procura relação entre raça e predisposição para a infecção de HPV. A presente investigação sugere maior tendência à infecção por HPV em mulheres não brancas. Entretanto, a literatura existente aponta ser a cor branca um fator de proteção em relação ao desenvolvimento de câncer cérvico uterino, enquanto a raça negra é considerada um dos fatores de risco para a doença. Estudos anteriores apoiam esse fato quando referem que mais da metade dos casos de câncer cervical eram de mulheres não brancas (CARVALHO, 2011). No entanto, não temos dados que relacionem diretamente esse fator protetor da raça com a infecção por HPV, muito embora já esteja bem esclarecido a etiologia do câncer cervical com a infecção viral em questão.

Vale destacar que a cor foi registrada segundo a autodeclaração das participantes deste estudo e que o Brasil é um país miscigenado.

Ainda dentre os aspectos socioeconômicos, a escolaridade é vista como um divisor de águas no que alude a várias doenças, não se distanciando dessa realidade quanto ao HPV. Apesar de este estudo não demonstrar uma diferença estatística, a maioria das pacientes portadoras de infecção por HPV apresentavam ensino médio completo. Tal fato difere da literatura, já que esta revela que mulheres com ensino superior completo tendem a ter menor taxa de infecção (JIMÉNEZ *et al.*, 2001; COTTON *et al.*, 2007), contudo também é demonstrado que mulheres que chegam ao início do ensino médio, mas não o finalizam apresentam maior probabilidade (JEMÉNEZ *et al.*, 2001).

O que se observa com maior frequência na literatura é que existe forte associação entre a presença de alteração celular epitelial e a baixa escolaridade, correspondendo até o primeiro grau incompleto, como se verifica no estudo de Leal *et al.* (2003).

Outros estudos demonstram que baixa escolaridade e menor poder aquisitivo são fatores de risco para o infecção viral (JEMENEZ *et al.*, 2001). Esse fato também é observado neste estudo, uma vez que a maioria das pacientes declararam ter renda entre um e três salários mínimos.

Sobre os aspectos clínico-ginecológicos, o número de gestações, bem como de abortamentos, não foram associados com o risco de infecção por HPV, apesar de alguns estudos demonstrarem que mulheres nulíparas, assim como com primeiro nascimento superior à idade de 20 anos, podem influenciar na prevalência da doença (COTTON *et al.*, 2007).

Alguns dados denotam que fatores de risco independentes, associados a taxas mais altas de infecção por HPV, incluem etnia, *status* de viúva e mulheres com parceiros que estão fora de casa por longos períodos ou têm outro parceiro sexual, diferindo deste estudo, em que a maioria das pacientes em ambos os grupos declarou ter parceria fixa (KOO, 2018).

Sobre essa visão, estudos revelam que diante do comportamento sexual, as mulheres casadas e com união estável associam-se à infecção por HPV. No entanto, mulheres solteiras e sem parceiros fixos, ainda que se expostas a um número maior de parceiros sexuais, apresentaram baixa relação com a infecção pelo vírus, pelo fato de utilizarem preservativos, o que não ocorre com mulheres casadas e em uniões

consensuais, que mantêm uma vida sexual estável, utilizando anticoncepcionais com a finalidade de controle de natalidade (NONNENMACHER, 2002).

Sabe-se, porém, que apesar do número de parceiros, o comportamento sexual denota um fator determinante para a presença de HPV ou não, o que não foi alvo desta investigação (ROTELI-MARTINS, 2011).

Quando questionadas sobre a percepção sobre o relacionamento sexual, a maioria das pacientes com e sem diagnóstico de HPV relatou que tinha **bom** relacionamento.

Não obstante, quando se associou essa percepção com a presença de disfunção sexual, percebeu-se que as pacientes que relataram ter relacionamento **ruim** tinham mais chances de desenvolver algum tipo de disfunção sexual.

Em um estudo alemão que objetivou examinar a atividade sexual, sofrimento psicosssexual e medo de progressão em mulheres com diagnóstico de lesões genitais pré-cancerosas relacionadas ao HPV, notou-se que essas lesões, especialmente da vulva, podem causar preocupações sobre a saúde sexual de suas portadoras. Nessa perspectiva, informação e comunicação eficazes são importantes para diminuir as consequências sexuais negativas e a ansiedade (NAGELE *et al.*, 2015).

Nagele *et al.* (2015), demonstrou em seu estudo que mulheres com lesões precursoras de câncer genital eram mais propensas a se preocupar com as consequências sexuais, por exemplo, de ser incapaz de ter filhos, ser sexualmente menos atraente ou infectar um parceiro sexual. Uma das possibilidades para isso acontecer poderia ocorrer em virtude da desconfiança gerada entre o casal, o que repercute em um relacionamento ruim entre eles. Além disso, a instabilidade entre o casal poderia ensejar um gatilho para a disfunção sexual, já que há comprovação de que isso pode afetar a satisfação dos parceiros com a relação (WENTZELL, 2017; BLAIS, 2020).

Dessa forma, as dificuldades de desempenho e satisfação da mulher constituem um relevante problema de saúde pública, acometendo grande parte da população e prejudicando a sua qualidade de vida (LIMA, 2010).

Sobre a função sexual, 83,3% das pacientes com diagnóstico compatível com HPV revelaram a presença de algum tipo de disfunção, diferindo das mulheres do grupo controle. Porém, a chance de uma paciente ter disfunção não diferiu entre os grupos. Essa similaridade entre os grupos é descrita na literatura. Nesse sentido, um estudo realizado em 2020 não observou diferenças estatisticamente significante em

relação às disfunções sexuais femininas entre pacientes HPV positivas e negativas (ILGEN *et al.*, 2020).

Isso mostra que a presença da doença pode, sim, interferir em alguma etapa da função sexual, no entanto, não parece ser o único fator para que isso ocorra, já que pacientes sem a doença também podem ter sua função prejudicada (CARUSO, 2019).

Na análise da presença de disfunções por domínios, depreendeu-se alteração quanto ao orgasmo naquelas pacientes com provável diagnóstico de HPV, o que já se identificou anteriormente na literatura, tanto para pacientes nas fases de diagnóstico (MERCAN *et al.*, 2019) quanto nas que estão em tratamento de lesões clínicas provocadas pelo vírus (CORREIA *et al.*, 2020).

O presente estudo apresenta uma diferença estatisticamente significativa para alteração do domínio **orgasmo**. Na averiguação de Uysal *et al.* (2018), os autores observaram uma diferença para desejo; já Diamantopoulou *et al.* (2019) identificaram dor, secura vaginal e perda de libido, mostrando que quando a disfunção sexual está presente, pode afetar a saúde sexual da mulher em mais de um aspecto, dependendo da população estudada.

7. CONCLUSÃO

A análise dos resultados deste estudo permitiu concluir que o diagnóstico compatível com infecção por HPV pode interferir negativamente na qualidade de vida sexual da paciente.

As pacientes participantes da pesquisa eram em sua maioria jovens, negras, com parceria fixa, baixa paridade, provenientes da zona urbana de Teresina, com Ensino Médio completo e renda familiar de até três salários mínimos.

Tanto as mulheres acometidas com a doença HPV quanto as sem a doença podem apresentar como “boa” a percepção do relacionamento conjugal, embora aquelas com percepção “ruim” apresentam maior chance de ter disfunção sexual do que as controles.

Embora a chance de uma mulher portadora da infecção pelo HPV ter disfunção sexual não diferir da chance de uma paciente sem a infecção, o diagnóstico de HPV pode interferir negativamente na qualidade de vida sexual das mulheres, principalmente na fase do orgasmo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É oportuno ressaltar que o uso desse tipo de pesquisa é essencial para a produção de políticas públicas, traçar perfis, melhorar exame de diagnóstico ou combinação de exames e perceber sinais relacionados à presença da doença e de suas consequências sob os mais variados aspectos, inclusive qualidade de vida sexual, facilitando a investigação e oferta de tratamento em todas as esferas.

A partir da relevância dos dados obtidos, espera-se que esta pesquisa possa ser um estímulo para a qualificação da equipe de saúde da mulher, no sentido de explorar o aspecto da sexualidade nesse setor, independentemente da patologia que levou a paciente a procurar atendimento no serviço.

Sugere-se divulgação de seus resultados para profissionais e pacientes, bem como para a gestão do HU-UFPI, com a possibilidade de incrementar o serviço de sexualidade humana dentro da instituição e diagnosticar de forma mais assídua os quadros de disfunções sexuais dentro e fora do serviço (atenção básica de saúde, por exemplo), a fim de que se promovam os devidos direcionamentos na rede de saúde.

Neste sentido, sugere-se ainda a produção e divulgação de um “Protocolo de abordagem a mulher com queixas sexuais”, objetivando unificar a conduta diante de pacientes com tais queixas.

Espera-se, ainda, que esta pesquisa represente um despertar para a realização de novos e mais aprofundados estudos no âmbito tanto da infecção do HPV, por ser uma patologia bastante prevalente e prevenível, quanto no âmbito da problemática da sexualidade, devido à sua relevância e ao esquecimento na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- _____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis**: relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Secretaria de Vigilância em saúde. **Guia prático sobre o HPV**: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/07/guia-perguntas-repostas-MS-HPV-profissionais-saude2.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.
- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.
- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Dor genital feminina. **Diagn Tratamento**, v. 18, n. 3, p. 124-127, 2013.
- ABREU, M. N. S. *et al.* Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciênc. Saúde colet.**, v. 23, n. 03, 2018. Acesso em: 26 jul. 2019.
- AGORASTOS, T. et al. Human papillomavirus E7 protein detection as a method of triage to colposcopy of HPV positive women, in comparison to genotyping and cytology. Final results of the PIPAVIR study. **International journal of cancer**, v.141, n.30, p.519-530, 2017.
- ALMEIDA, Josenólia Araújo. Prevalência e fatores de risco da infecção pelo HPV em mulheres atendidas no município de Imperatriz – MA. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Imperatriz, 2012.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual_iagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf. Acesso em: 6 jul. 2019.
- ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS DE MINAS GERAIS (SOGIMIG). **Manual de ginecologia e obstetrícia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.
- AUSTIN, R. M., ONISKO, A., & ZHAO, C. Enhanced detection of cervical cancer and precancer through use of imaged liquid-based cytology in routine cytology and HPV cotesting. **American journal of clinical pathology**, v.150, n.5, p.385-392, 2018.

AYRES, A. R. G.; SILVA G. A. E.; TEIXEIRA, M. T. B. *et al.* HPV in women assisted by the Family Health Strategy. **Rev Saude Publica**, p. 51-92, 2017. DOI:10.11606/S1518-8787.2017051000065.

AYRES, A. R.; SILVA, G. A. Cervical HPV infection in Brazil: systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 963-74, 2010.

BANSAL, A.; SINGH, M.; RAI, B. Human papillomavirus-associated cancers: a growing global problem. **Int J Appl Basic Med Res.**, v. 6, n. 2, p. 84, 2016.

BAPTISTA, Aimée Denzeler *et al.* Knowledge of human papillomavirus and Pap test among Brazilian university students. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 65, n. 5, p. 625-632, mai. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019000500625&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 ago. 2019.

BASSON, R. **Transtorno orgásmico**. University of British Columbia and Vancouver Hospital. 2013. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/disfun%C3%A7%C3%A3o-sexual-em-mulheres/transtorno-org%C3%A1smico#>. Acesso em: 7 jul. 2019.

BLAIS, RK. Lower sexual satisfaction and function mediate the association of assault military sexual trauma and relationship satisfaction in partnered female service members/veterans. **Family process**, v. 59, n. 2, p. 586-596, 2020.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Divisão de Apoio a Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRINGHENTI, M. E. Z. *et al.* Prevenção do câncer cervical: associação da citologia oncológica a novas técnicas de biologia molecular na detecção do Papilomavírus Humano (HPV). **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 22, n. 3, p. 135-140, 2010.

BRODY, S. Evaluation of female orgasmic disorder. *In*: ISHAK, W. (ed.). The textbook of clinical sexual medicine. Springer, Cham, 2017.

BRUNI, L.; DIAZ, M.; CASTELLSAGUÉ, X, FERRER E, Bosch, F. X.; SANJOSÉ, S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. **J Infect Dis.**, v. 202, n. 12 p. 1789-99, 2010.

BURLAMAQUI, J. C.; CASSANTI, A. C.; BORIM, G. B.; DAMROSE, E.; VILLA, L. L.; SILVA, L. Human Papillomavirus and students in Brazil: an assessment of knowledge of a common infection - preliminary report. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 83, p. 120-5, 2017.

CARVALHO, J. J. M. Atualização em HPV: abordagem científica e multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Ed Hunter Books, 2012.

CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. Women with Lesions Precursor of Uterine Cervical Cancer and HPV: Description Socio-economic and Demographic Profile. **DST J Bras Doenças Sex Transm** [Internet], v. 23, n. 1, p. 28-33, 2011.

- CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. Women with Lesions Precursor of Uterine Cervical Cancer and HPV: Description Socio-economic and Demographic Profile. **DST J Bras Doenças Sex Transm [Internet]**, v.23, n.1, p.28-33, 2011.
- COLSON, M. H.; LEMAIRE A.; PINTON P.; HAMIDI K.; KLEIN P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. **J Sex Med.** 2006;3(1):121-31
- CORREIA, R. A. et al. Disfunção sexual después del tratamiento del cáncer cervical. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v.54, e03636, 2019.
- CORREIA, R. A. Disfunção sexual después del tratamiento del cáncer cervical. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 54, e03636, 2020.
- COSSELLU, G. et al. Prevalence and concordance of oral and genital HPV in women positive for cervical HPV infection and in their sexual stable partners: An Italian screening study. **PloS one**, v.13, n.10, p.e0205574, 2018.
- COTTON, S. C. et al. Lifestyle and socio-demographic factors associated with high-risk HPV infection in UK women. **British journal of cancer**, v.97, n.1, p.133-139, 2007.
- COTTON, S. C.; SHARP, L.; SETH, R.; MASSON, L. F.; LITTLE, J.; CRUICKSHANK, M. E.; WAUGH, N. Lifestyle and socio-demographic factors associated with high-risk HPV infection in UK women. **British journal of cancer**, v. 97, n. 1, p. 133-139, 2007.
- DALL'AGNOLI, C. M.; SILVA LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 11, n. 3, p. 674-80, 2009. Disponível em: [http:// www. fen. ufg. br/revista/v11/n3/v11n3a27.Htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.Htm).
- DEROGATIS, L. R.; REVICKI, D. A.; CLAYTON, A. H. Instruments for screening, diagnosis, and management of patients with generalized acquired hypoactive sexual desire disorder.
- DIAMANTOPOULOU, M. et al. The Impact of Oncological Diseases on Sexual Behavior and Psychosocial Attitudes of Young and Adult Patients: A Systematic Review. **International Journal of Caring Sciences**, v.12, n.2, p.1-13, 2019.
- DUARTE, A. P. et al. A epidemiologia da COVID-19 na definição de políticas públicas à luz da Teoria Sociocultural e Histórica de Vygotsky. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.4, p.8581-8593, 2020.
- EGGERSMANN, T. K. et al. Prevalence of oral HPV infection in cervical HPV positive women and their sexual partners. **Archives of gynecology and obstetrics**, v.299, n.6, 1659-1665, 2019.
- ERICKSON B. K.; ALVAREZ, R. D.; HUH, W. K. Human papillomavirus: what every provider should know. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 208, n. 3, p. 169-75, 2013.
- FEDRIZZI, E. N. Epidemiologia da infecção genital pelo HPV. **Rev Bras Pat Trato Gen Inf.**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9720784-Epidemiologia-da-infeccao-genital-pelo-hpv.html>. Acesso em: 1 jul. 2019.

- FIGUEIREDO, C. B. M. *et al.* Abordagem terapêutica para o Papilomavírus humano (HPV). **Rev. Bras. Farm.**, v. 94, n. 01, p. 4-17, 2013.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Excitação sexual feminina subjetiva. **Diagn Tratamento**, v. 23, n. 2, p. 66-69, 2018.
- GHELARDI, A. *et al.* Surgical Treatment of Vulvar HSIL: Adjuvant HPV Vaccine Reduces Recurrent Disease. **Vaccines**, v.9, n.2, p.83, 2021.
- HASHIM, D. *et al.* Real-world data on cervical cancer risk stratification by cytology and HPV genotype to inform the management of HPV-positive women in routine cervical screening. **British journal of cancer**, v.122, n.11, p.1715-1723, 2020.
- ILGEN, O. *et al.* Sexual Dysfunction in Women who are Human Papillomavirus Positive. **J Reprod Med Gynecol Obstet**, v.5, n.061, p.2, 2020.
- JIMÉNEZ, A. L. *et al.* Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, p.55-62, 2001.
- JIMÉNEZ, A. L.; GOTLIEB, S. L. D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 55-62, 2001.
- JIN, J. HPV infection and cancer. **Jama**, v.319, n.10, p.1058-1058, 2018.
- KHAJEHEI, M. *et al.* Na update on sexual function and dysfunction in women. **Arch. Womens Ment. Health.**, v. 18, n. 3, p. 423-33, 2015.
- KHOO, S. P.; BHOO-PATHY, N.; Yap, S. H. *et al.* Prevalence and sociodemographic correlates of cervicovaginal human papillomavirus (HPV) carriage in a cross-sectional, multiethnic, community-based female Asian population. **Sex Transm Infect.**, v. 94, n. 4, p. 277-283, 2018. DOI:10.1136/sextrans-2017-053320.
- LARA, L. A. S. *et al.* **Abordagem das disfunções sexuais femininas.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2008, v. 30, n. 6 [Acessado 12 Agosto 2021] , pp. 312-321. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600008>>. Epub 05 Set 2008. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600008>.
- LARA, L. A. S. *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.
- LEAL, E. A. S.; JÚNIOR, O. S. L.; GUIMARÃES, M. H.; VITORIANO, M. N.; NASCIMENTO, T. L.; COSTA, O. L. Lesões precursoras do câncer do colo do útero em mulheres adolescentes e adultas jovens do município do Rio Branco – Acre. **BRGO**, v. 25, n. 2, p. 81-86, 2003.
- LETO, M. G. P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An Bras Dermatol.**, v. 86, n. 2, p. 306-317, 2011.

LUU, N. H. *et al.* Comparing the performance of hybrid capture II and polymerase Chain Reaction (PCR) for the identification of cervical dysplasia in the screening and diagnostic settings. **Clinical Medicine Insights: Oncology**, v. 7, p. 247-255, 2013.

MAGGINO, T.; CASADEI, D.; PANONTIN, A. N. D.; FADDA, A. N. D.; ZAMPIERI, M. C.; DONÀ, M. A.; ALTOÈ, G. Impact of an HPV diagnosis on the quality of life in young women. **Gynecologic Oncology**, v. 107, n. 1, p. 175-179, 2007.

MARKOVIC-DENIC, L.; DJURIC, O.; MAKSIMOVIC, N.; POPOVAC, S.; KESIC, V. Effects of human papillomavirus awareness and knowledge on psychological state of women referred to cervical cancer screening. **Journal of Lower Genital Tract Disease**, v. 22, n. 3, p. 178-183, 2018. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000397.

MARTEL, C. *et al.* Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. **International journal of cancer**, v.141, n.4, p.664-670, 2017

MERCAN, R. *et al.* Sexual dysfunction in women with human papilloma virus infection in the Turkish population. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.39, n.5, p.659-663, 2019.

MERCAN, R.; MERCAN, S.; DURMAZ, B.; SUR, H.; KILCIKSIZ, C. M.; KACAR, A. S.; ATA, B. Sexual dysfunction in women with human papilloma virus infection in the Turkish population. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 39, n. 5, p. 659-663, 2019.

MILLS, A. M. *et al.* HPV E6/E7 mRNA in situ hybridization in the diagnosis of cervical low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL). **The American journal of surgical pathology**, v.42, n.2, p.192-200, 2018.

MILLS, A. M., COPPOCK, J. D., WILLIS, B. C.; STOLER, M. H. HPV E6/E7 mRNA in situ hybridization in the diagnosis of cervical low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL). **The American journal of surgical pathology**, v. 42, n. 2, p. 192-200, 2018.

MIYAGI, Y. *et al.* Application of deep learning to the classification of uterine cervical squamous epithelial lesion from colposcopy images combined with HPV types. **Oncology letters**, v.19, n.2, p.1602-1610, 2020.

MUNOZ, N.; BOSCH, F. X.; DE ANJOSÉ, S.; HERRERO, R.; CASTELLSAGUÉ, X.; SHAH, K. V.; MEIJER, C. J. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 6, p. 518-527, 2003.

NAGELE, E.; REICH, O.; GREIMEL, E.; DORFER, M.; HAAS, J.; TRUTNOVSKY, G. Sexual activity, psychosexual distress, and fear of progression in women with human Papillomavirus - related premalignant genital lesions. **J Sex Med.**, v. 13, n. 2, p. 253-9, Feb. 2016. DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.12.012.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Bras Enf.**, v. 63, n. 02, p. 307-311, 2010.

NAPPI, R. E.; ALBANI, F.; VACCARO, P.; GARDELLA, B.; SALONIA, A.; CHIOVATO, L.; POLATTI, F. Use of the Italian translation of the *Female Sexual Function Index* (FSFI) in routine gynecological practice. **Gynecological Endocrinology**, v. 24, n. 4, 214219, 2008. DOI: 10.1080/09513590801925596d.

NONNENMACHER, B.; BREITENBACH, V.; VILLA, L. L.; PROLLA, J. C.; BOZZETTI, M. C. Identificação do Papilomavirus Humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. **Revista Saúde Pública**; v. 36, n. 1, p. 95-100, 2002.

OLIVEIRA, Gisele Rodrigues de *et al.* Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 226-232, May. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 Apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500007>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. OMS. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_por.pdf;jsessionid=14651C386DE45988518DB483A581DD42?sequence=7. Acesso em: 1 jun. 2019.

PACAGNELLA, R. C.; VIEIRA, E. M.; RODRIGUES JR, O. M.; SOUZA, C. Adaptação transcultural do *Female Sexual Function Index*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, fev. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7917>.

ROTELI-MARTINS, C. M.; DE CARVALHO, N. S.; NAUD, P. *et al.* Prevalence of human papillomavirus infection and associated risk factors in young women in Brazil, Canada, and the United States: a multicenter cross-sectional study. **Int J Gynecol Pathol.**, v. 30, n. 2, p. 173-184, 2011. DOI:10.1097/PGP.0b013e3181f38dfe.

SABEENA, S.; BHAT, P. V.; KAMATH, V.; BHAT, ShK.; NAIR, S.; CHANDRABHARANI, K. *et al.* Community-based prevalence of genital human papilloma virus (HPV) infection: a systematic review and meta-analysis. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 18, n. 1, p. 145-54, 2017.

SALPÚLVEDA-CARRILLO, G. J.; GOLDENBERG, P. Conhecimento e prática dos jovens sobre a infecção pelo papilomavírus humano: uma questão re-atualizada. **Rev Colomb Obstet Ginecol**, v. 65, n. 2, p. 152-161, 2014.

SALVATORE CARUSO, Maria Teresa Bruno; CIANCI, Stefano; DI PASQUA, Salvatore; MINONA, Patrizia; CIANCI, Antonio. Sexual behavior of women with diagnosed HPV. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 45, n. 7, p. 569-573, 2019. DOI: 10.1080/0092623X.2019.1586019.

SANTOS, C. E.; DARONCO, Francieli; GASSEN, M.; RENNEN, J. D. P. R. Diagnóstico de HPV por PCR convencional em amostras cervico-vaginal coletado no Centro materno infantil de Santa Cruz do Sul. **XXV Seminário de Iniciação científica**. 2015.

SCHMITT M. *et al.* Abundance of multiple high-risk Human Papillomavirus (HPV) infections found in cervical cells analyzed by use of a ultrasensitive HPV genotyping assay. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 48, n. 1, p. 143-149, 2010.

SEEHUSEN, D. A. *et al.* Dyspareunia in Women. **American Family Physician**, v. 90, n. 07, 2014.

SILVA, F. R. C. S. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. **Diagn Tratamento.**, v. 20, n. 4, p.157-160, 2015.

SOUZA, Carlos André Scheler de et al. Subdiagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2 ou lesão mais grave em mulheres com biópsia dirigida por colposcopia prévia mostrando NIC 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.39, n.3, p.123-127, 2017.

STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. **Gynecol Endocrinol.**, v. 23, n. 12, p. 673-681. 2007. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09513590701708860>. Acesso em: 6 jul. 2019.

THIEL, R. R. C.; DAMBROS, M.; PALMA, P. C. R.; THIEL, M.; RICCETTO, C. L. Z.; RAMOS, M. F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do *Female Sexual Function Index*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-10, 2008.

TOZO, M. I.; LIMA, S. M. R. R.; GONÇALVES, N.; MORAES, J. C.; Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 94-9, 2007.

TRISTÃO, W.; RIBEIRO, R. M. P.; OLIVEIRA, C. A; BETIOL, J. C.; BETTINI, J. S. R. Estudo epidemiológico do HPV na mucosa oral por meio de PCR. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 78, n. 4, 2012.

TRONCON, J. K.; PANDOCCHI, H. A. S; LARA, L. A. Abordagem da dor gênitopélvica/penetração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**

UYSAL, G. et al. Sexual dysfunction in human papillomavirus positive females during reproductive age. **Reprod Syst Sex Disord**, v.7, p.224, 2018.

VAN BEURDEN, M. et al. Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.104, n.3, p.320-324, 1997.

WENDLAND, E. M. R. Estudo **Epidemiológico sobre a prevalência nacional de infecção pelo HPV (POP-Brasil)**: resultados preliminares. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2017.

WU, Z. et al. Association between human papillomavirus (HPV) 16, HPV18, and other HR-HPV viral load and the histological classification of cervical lesions: Results from a large-scale cross-sectional study. **Journal of medical virology**, v.89, n.3, p.535-541, 2017.

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

ZHANG, H. et al. Immediate histologic correlation in women with atypical squamous cells of undetermined significance cytology and positive high-risk HPV: A retrospective review of 6000 cases in a large academic women's hospital. **Cancer Cytopathology**, v.128, n.11, p.852-859, 2020.

ZHAO, X. L. et al. Comparative performance evaluation of different HPV tests and triaging strategies using self-samples and feasibility assessment of thermal ablation in 'colposcopy

and treat' approach: A population-based study in rural China. **International journal of cancer**, v.147, n.5, p.1275-1285, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

**ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR
PAPILOMAVIRUS HUMANO**

QUESTIONÁRIO N° _____ DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

PRONTUÁRIO: _____

DADOS CLÍNICOS (Preenchido pelo PESQUISADOR)

Citologia oncótica: _____

Vuloscopia: _____

Colposcopia: _____

Histologia: _____

DADOS GERAIS (clínicos, sócio demográficos, econômicos, hábitos de vida)

IDADE: _____

PROCEDÊNCIA:

- Teresina Outro município no estado do Piauí Outro Estado
- Zona Rural Zona Urbana
-

COR/RAÇA

Branca Preta Parda

PARCERIA

Parceria fixa **Há quanto tempo?** _____

Parceria não fixa

ESCOLARIDADE

- Não alfabetizada
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino médio
- Ensino superior

NO ÚLTIMO MÊS, QUAL FOI A RENDA DA SUA FAMÍLIA (SOMANDO OS GANHOS DE TODAS AS PESSOAS QUE TRABALHAM OU RECEBEM BENEFÍCIOS EM SUA CASA)?

- () até um salário mínimo
 () entre 1-3 salários mínimos
 () entre 3- 5 salários mínimos
 () mais de 5 salários mínimos

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ PRÁTICA AS ATIVIDADES RELIGIOSAS:

- () diariamente () semanalmente () quinzenalmente () mensalmente () esporadicamente () sem religião/ateu

GESTAÇÕES? _____ PARTOS? _____ ABORTOS? _____

COMO VOCÊ CONSIDERA SEU REACIONAMENTO COM SEU PARCEIRO/A?

- () muito ruim () ruim () regular () bom () muito bom

Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível.

Suas respostas serão mantidas em completo sigilo.

Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

- **Atividade sexual:** pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

-**Relação sexual:** é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;

-**Estimulação sexual:** inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

Responda baseada na sua experiência dos últimos 06 meses.

PARA CADA ITEM MARQUE APENAS UMA RESPOSTA:

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual:

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES)_você

sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

2. *Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?*

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES) você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?*

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

4. *Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?*

- Sem atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. *Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual?*

- Sem atividade sexual
- Altíssima confiança
- Alta confiança
- Moderada confiança
- Baixa confiança
- Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES)_você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES) você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES) você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, como foi sua dificuldade para manter sua

lubrificação até terminar a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

11. *Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência (QUANTAS VEZES) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?*

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

12. *Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi sua dificuldade para atingir o orgasmo (“gozar”)?*

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

13. *Durante as últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de chegar ao orgasmo (“gozar”) durante a atividade sexual?*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. *Durante as últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a*

proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. *Durante as últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. *Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?*

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

18. *Durante as últimas 4 semanas, com que frequência (QUANTAS VEZES) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?*

- () Não houve penetração
- () Sempre ou quase sempre
- () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- () Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- () Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- () Nunca ou quase nunca

19. *Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?*

- () Sem atividade sexual
- () Muito alto () Alto () Moderado () Baixo () Muito baixo ou nenhum

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Venho por meio deste convidar a Sra _____, DN ___/___/___ a participar de um estudo desenvolvido pela pesquisadora Dra Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento Pinheiro, médica ginecologista e professora da disciplina de Ginecologia da Universidade Federal do Piauí, titulado **“ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR PAPILOMA VIRUS HUMANO”** que tem como objetivo analisar o impacto do diagnóstico da infecção por HPV no ciclo de resposta sexual destas pacientes.

Embora apenas a infecção genital por HPV não se apresente, a princípio, como uma ameaça a vida da paciente, é fator de grande importância, uma vez que pode acarretar problemas emocionais, físicos e sociais para a mesma. A sexualidade dessa paciente torna-se um dos aspectos de mais fácil alteração diante do diagnóstico de infecção por HPV, por ser uma infecção de transmissão essencialmente sexual e com isso a paciente pode apresentar alteração em alguma das fases do ciclo de resposta sexual diante desse diagnóstico.

Trata-se de um estudo do tipo transversal, analítico, observacional, no qual serão realizados questionários específicos com as pacientes em acompanhamento no ambulatório de Ginecologia do Setor de Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

A sua participação ocorrerá de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados somente em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu termo de consentimento sem que haja nenhuma implicação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos da pesquisa são mínimos, referindo-se apenas ao constrangimento em responder questões relacionadas a sua sexualidade. Este aspecto, no entanto, será contornado com a realização da pesquisa através de questionário autoaplicável e em ambiente privado, garantindo o conforto e sigilo da paciente. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Ginecologia, permitindo aprofundamento de questões referente ao desenvolvimento de disfunções sexuais, bem como permitir tratamento especializado.

A Senhora receberá uma via deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, bem como endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Portanto, venho através deste termo de consentimento convidar você a participar deste estudo que será realizado sob a orientação da Prof^a Dr^a. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes, médica ginecologista, professora da disciplina de Ginecologia e orientadora do Programa de pós-graduação em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.

Em caso de dúvidas, favor manter contato com o pesquisador responsável Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento Pinheiro através do telefone (86) 99990-7071 ou draanaiderosa@gmail.com, bem como com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)- Universidade Federal do Piauí (Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, SG 07, s/n - Ininga, Teresina - PI, 64049-550. EMAIL: comitedeeticadohupi@gmail.com; telefone para contato: 3228-5244)

Eu, _____, após ter lido este termo ter sido devidamente esclarecida pelos pesquisadores, concordo em participar da presente pesquisa.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

(Pesquisador responsável)

(Testemunha)

(Testemunha)

QUESTIONÁRIO N° _____ DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

APÊNDICE C – Procedimento Operacional Padrão (POP)

	<p>Procedimento operacional padrão “ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO “</p>
<p>Tarefa: Aplicar o instrumento de coleta de dados Executantes: Equipe de pesquisadores Objetivo: Avaliar o impacto do diagnóstico de infecção por HPV na vida sexual das mulheres acometidas com essa doença.</p>	
<p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres a partir de 18 anos, sexualmente ativa nas últimas 04 semanas; • Diagnóstico de HPV através da citologia positiva ou da concordância diagnóstica citológica e histológica • Mulheres saudáveis (citologia negativa ou, eventualmente, citologia, colposcopia, vulvoscopia e histologia negativas) 	<p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citologias e/ou colposcopias insatisfatórias; • Paciente menopausada (amenorreia de pelo menos 12 meses) • Uso atual ou nos últimos três meses de medicação antidepressiva ou método anticoncepcional hormonal; • Diagnóstico de transtornos psiquiátricos, doenças mentais ou neurológicas, com algum déficit cognitivo que interferisse na compreensão das questões pesquisadas; • História de câncer ou de morbidade importante com prejuízo potencial na qualidade de vida, como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou distúrbios osteomioarticulares graves e incapacitantes.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Ambiente tranquilo e reservado;
- Instrumento de coleta de dados padronizado;
- Termo de consentimento livre esclarecido-TCLE
- Caneta de tinta preta ou azul

ATIVIDADES (Descrição técnica do procedimento)

- 1- Apresentar-se ao chefe imediato responsável pela Unidade de Atendimento à Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
- 2- Apresentar-se a paciente e explicar a pesquisa e o seu objetivo e convidar para participar da pesquisa
- 3- Realizar entrevista com pacientes que desejam participar
 - 3.1- Verificar idade, vida sexual, uso de medicações, história da doença atual e pregressa
 - 3.2- Verificar exames (citologia e/ou vulvosopia e/ou colposcopia e/ou histologia)
 - 3.3- Se a paciente se adequar aos critérios exigidos, assinar duas vias do TCLE, entregar uma para a paciente e guardar a outra.
- 4- Após assinatura do TCLE, preencher o local indicado do objeto de coleta de dados destinado ao resultado dos exames.
- 5- Durante a entrevista, seguir os seguintes princípios:
 - Conduzir a paciente a sala privativa no sentido de mater sigilo;
 - Fornecer orientações para responder das questões;
 - Aguardar com calma e paciência a paciente responder a todas as perguntas.

APÓS RESPONDER O QUESTIONÁRIO

- 1- Conferir os instrumentos para verificar se todos os itens foram respondidos
- 2- Certificar-se que o TCLE foi assinado pela participante
- 3- Perguntar se a paciente tem alguma dúvida ou questionamento
- 4- Agradecer.
- 5- Após consulta da paciente, verificar em prontuário eletrônico anamnese e exame físico descrito, com objetivo de confirmar se a paciente realmente se encaixa nos critérios de inclusão e no grupo correspondente.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da CAAP/HU



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELLA S/N – BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 – TERESINA-PI

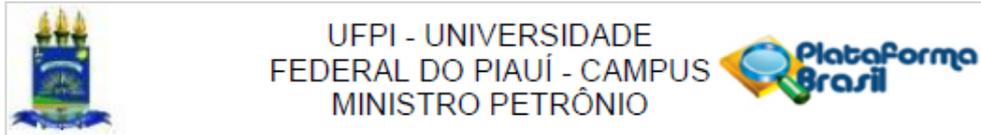
CARTA DE APROVAÇÃO Nº 25/17

Após análise do projeto de pesquisa n. 25/17, intitulado “ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR PAPILOMAR VIRUS HUMANO ” “comunicamos que o mesmo recebeu parecer **favorável** para realização da referida pesquisa, sendo realizada junto ao Hospital Universitário do Piauí.

Teresina, 05 de junho de 2017

Prof. Dr. KELSON NONATO GOMES DA SILVA
PRESIDENTE DA CAPP
HUPI/EBSEH

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO

Pesquisador: ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97985117.8.0000.5214

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.948.274

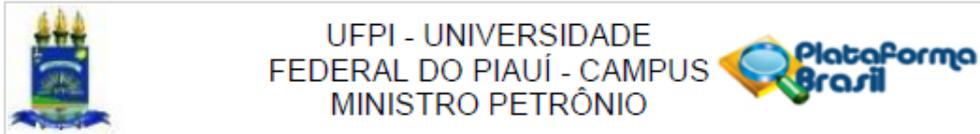
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE PACIENTES COM INFECÇÃO POR PAPILOMAVIRUS HUMANO", que tem como pesquisador responsável o prof. (a) ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO, como pesquisador assistente o Sr.(a) Ione Maria Ribeiro Soares Lopes .

Para o desenvolvimento da pesquisa, o pesquisador apresenta como justificativa que o papilomavírus humano (HPV) é um vírus que causa câncer cervical e verrugas genitais. A infecção persistente com certos tipos de HPV pode levar ao câncer do colo do útero, que afeta mais de 10.000 mulheres americanas a cada ano, e assim constitui um problema de saúde mundial. As dificuldades de desempenho e satisfação sexual da mulher também se constituem em relevante problema de saúde pública, acometendo grande parte da população e prejudicando sua qualidade de vida; sendo assim, a análise destes aspectos justifica a necessidade de se investigar a função sexual das mulheres, principalmente nas situações peculiares como nos casos de infecção por HPV, que poderia interferir com a satisfação sexual dessas mulheres e diminuição da sua qualidade de vida sexual e global, indicando no desenho do estudo a utilização da metodologia de aplicação de questionários, e análise de prontuários.

Para o recrutamento o pesquisador convidará mulheres atendidas no setor de Saúde da Mulher do

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.948.274

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

São indicados como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente:

Inclusão:

mulheres portadoras do vírus HPV, atendidas no setor de Patologia do Trato Genital Inferior do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí e divididos em dois grupos: Grupo I - pacientes com confirmação diagnóstica de HPV através da concordância

diagnóstica entre citologia e histologia, nas suas expressões de condiloma acuminado de vulva ou colo, NIC 1, NIC 2, NIC 3 e, Grupo II (controle), constituído por pacientes sem infecção por HPV, confirmado através de citologia e colposcopia e/ou histologia negativas. Todas as mulheres que aceitarem participar da pesquisa, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE.

Exclusão: mulheres que não forem pacientes atendidas neste Hospital.

Assim, foi estabelecida para a pesquisa uma amostra de 100 participantes.

A pesquisadora informa que para utilização dos prontuários pede a utilização de TCUD.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Avaliar o impacto do diagnóstico de infecção por HPV na vida sexual das mulheres acometidas com essa doença.

Objetivo Secundário:

- Traçar perfil das pacientes com infecção por HPV atendidas no setor de Patologia do Trato genital Inferior de um Hospital Universitário.

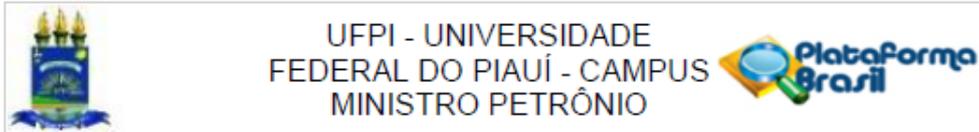
- Analisar a qualidade de vida sexual das pacientes com diagnóstico de infecção por HPV, atendidas no setor de Patologia do Trato genital Inferior de um Hospital Universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos biológicos para as pacientes relacionados à participação do trabalho e sim psicológico pelo constrangimento em expor sua intimidade, mas isso será contornado pela

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.948.274

experiência das pesquisadoras nesse tema e pela garantia de manter sigilo sobre a identidade das participantes da pesquisa.

Benefícios:

O benefício é permitir a avaliação da qualidade de vida sexual das pacientes com infecção por HPV e, diante de um resultado anormal, encaminhar para o especialista, como também trabalhar sobre novas formas de abordagem da paciente, agregando outros profissionais na equipe, como por exemplo, o psicólogo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos.

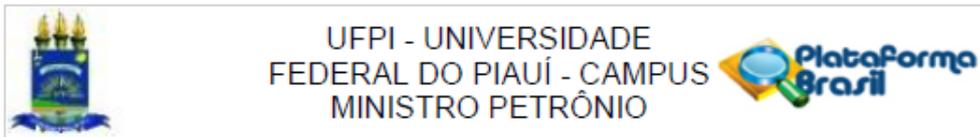
Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado o projeto.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: oep.ufpi@ufpi.edu.br



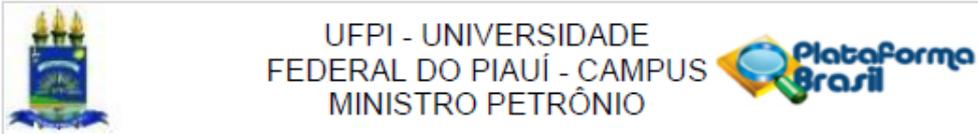
Continuação do Parecer: 2.948.274

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_926441.pdf	07/09/2018 09:53:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	07/09/2018 09:53:10	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Anaide.pdf	11/08/2018 12:44:38	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_lone.pdf	11/08/2018 12:44:26	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	11/08/2018 12:22:01	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	11/08/2018 12:18:38	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	11/08/2018 12:15:34	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	TCUD.pdf	11/08/2018 12:14:50	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	questionario.pdf	11/08/2018 12:14:12	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/08/2018 12:07:18	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e	declaracao_instituicao.pdf	11/08/2018 12:06:58	ANAIDE ROSA DE CARVALHO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.948.274

Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	11/08/2018 12:06:58	NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	11/08/2018 12:06:33	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/08/2018 12:04:35	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	NovaFolhaRosto.pdf	17/07/2017 13:01:48	ANAIDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 08 de Outubro de 2018

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

**PRODUTO DA DISSERTAÇÃO:
PROTOCOLO DE ABORDAGEM A MULHER COM QUEIXAS SEXUAIS**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

PROTOCOLO DE ABORDAGEM A MULHER COM QUEIXAS SEXUAIS

TERESINA

2021

Elaboração	Data de validação:
Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento Pinheiro	Mestranda do Programa de Pós- graduação em Saúde da Mulher
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes	Orientadora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVO	5
3	PÚBLICO ALVO	5
4	ETIOLOGIA	5
5	DIAGNÓSTICO	5
6	ABORDAGEM DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS	6
6.1	Modelo EOP.....	6
6.2	Medidas Gerais	7
6.3	Transtorno do Desejo / Excitação	7
6.4	Transtorno do Orgasmo	8
6.5	Transtorno da Dor Gênitó-Pélvica	9
	REFERÊNCIAS	12

INTRODUÇÃO

As dificuldades de desempenho e satisfação sexual da mulher constituem relevante problema de saúde pública, acometendo grande parte da população e prejudicando sua qualidade de vida. No entanto, o conhecimento atual a respeito da resposta sexual feminina, bem como sobre em que proporção fatores de natureza biopsicossocioculturais se mesclam, é insuficiente, chegando por vezes a constituir verdadeiros tabus dos profissionais de saúde frente ao tema, já que grande parte desses profissionais não são preparados para lidar com essas situações.

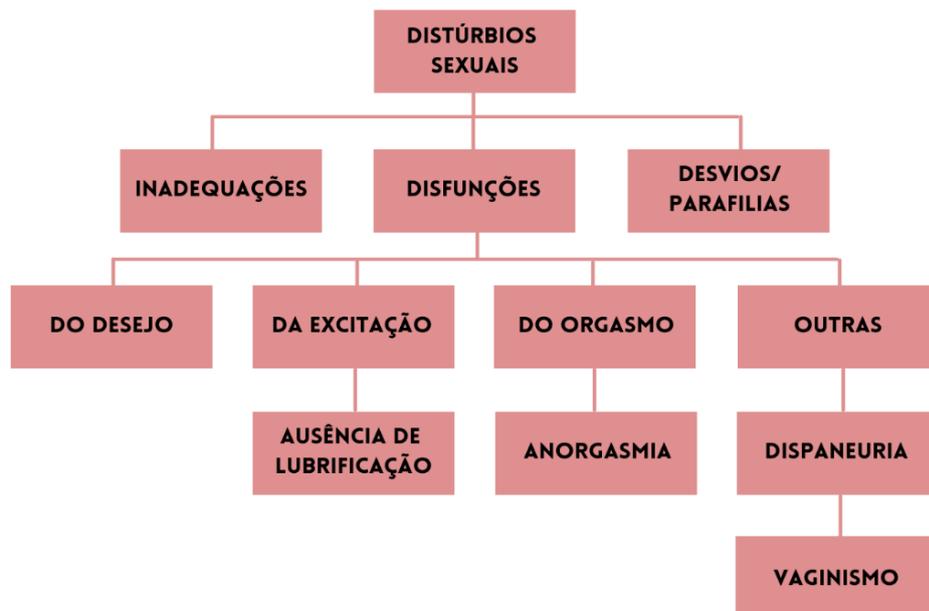
Em conformidade com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), define-se como resposta sexual saudável o conjunto de quatro etapas sucessivas, a saber: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A resposta sexual representa, pois, uma verdadeira experiência psicofisiológica.

Conceitua-se disfunção sexual como o comprometimento por meio de bloqueio ou inibição em qualquer das fases do ciclo de resposta sexual. As causas determinantes desses distúrbios podem ligar-se à própria estrutura orgânica do indivíduo ou a influências psicoculturais que mutilem ou distorçam a funcionalidade sexual.

A partir desse conceito os principais distúrbios sexuais estão representados na Figura 01.

Figura 01: Principais distúrbios sexuais.

Fonte: Baseado em CAVALCANTI, 2019.



2 OBJETIVO

Orientar o médico clínico ou ginecologista/obstetra no diagnóstico das disfunções sexuais e padronizar a abordagem propedêutica inicial e terapêutica.

3 PÚBLICO ALVO

Pacientes que procuram atendimento médico apresentando queixas de natureza sexual.

4 ETIOLOGIA

É comum classificar as causas das disfunções sexuais em orgânicas e não orgânicas. É importante salientar que em toda disfunção há sempre comprometimento psicológico. No entanto, o primeiro passo é diagnosticar e tratar possíveis as causas orgânicas.

As causas orgânicas são divididas em três tipos:

Tabela 01: Principais causas orgânicas das disfunções sexuais.

ANOMALIAS GENÉTICAS E CONGÊNITAS	DOENÇAS AGUDAS E CRÔNICAS	USO INADEQUADO DE DROGAS
1. Síndrome de Klinefelter	1. Distúrbios endócrinos	1. Depressores do sistema nervoso central
2. Miotonia atrofica	2. Doenças cardiovasculares	
3. Mal formações genitais	3. Doença do aparelho genital	2. Estimuladores do sistema nervoso central
4. Síndrome de Kallmann	4. Doenças do sistema nervoso	3. Antidepressivos
5. Síndrome de Prader-Willi		4. Hormônios

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

5 DIAGNÓSTICO

É oportuno o rastreio para a disfunção sexual mediante um contexto psicossocial que avalie experiências tanto inerentes à parceria sexual quanto à paciente. Os questionários desempenham um grande papel na avaliação das mulheres com disfunção sexual e foram, ao longo da história, amplamente utilizados em estudos acerca do comportamento sexual.

Um desses questionários empregados é o *Female Sexual Function Index* (FSFI), um instrumento breve, de fácil compreensão e aplicação, além de cumprir com todos os requisitos propostos para o protocolo de validação internacional. O FSFI é um questionário autoaplicável, e propõe-se a avaliar a resposta sexual feminina a partir de seis domínios: desejo sexual; excitação sexual; lubrificação vaginal;

orgasmo; satisfação sexual; e dor. Para tanto, elenca 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Cada questão recebe uma pontuação que varia de 0 a 5 pontos, e o resultado final é a soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator de correção que homogeneiza a influência de cada domínio. Logo, os escores finais podem variar de 2 a 36 (Tabela 02), sendo o de melhor grau de função sexual os de mais alto escores. A partir da base no valor do escore total, é possível discriminar as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual. Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual.

Tabela 02: Escores de avaliação do índice de função sexual feminina.

DOMÍNIO	QUESTÕES	VARIAÇÕES DE ESCORE	FATOR DE MULTIPLICAÇÃO	ESCORE MÍNIMO	ESCORE MÁXIMO
Desejo	1,2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0 - 5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1) - 5*	0,4	0,8	6
Dor		0 - 5	0,4	0	6
ESCORE TOTAL				2	36

Legenda - * Questão 14 varia de 0-5; questões 15 e 16 de 1-5.

Fonte: Adaptado de PACAGNELLA ET AL. (2008).

6 ABORDAGEM DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

6.1 Modelo EOP

A abordagem inicial de qualquer queixa sexual está baseada na educação sexual. Essas medidas educativas básicas foram reunidas no modelo EOP e constituem:

E: ensinar sobre resposta sexual que inclui as três fases: **desejo, excitação e orgasmo**

O: Orientar sobre saúde sexual, oferecendo informações sobre a importância da sexualidade durante toda a vida, sobre ISTs e os métodos anticoncepcionais.

P: Permitir e estimular o prazer sexual, explicar que o sexo é uma função biológica importante para o bem-estar físico e emocional da pessoa, que todos têm a capacidade e o direito de sentir prazer sexual.

Figura 02 – Esquema ilustrativo sobre modelo EOP de abordagem.



Fonte: Adaptado de LARA, 2017.

6.2 Medidas Gerais

- Orientação sobre a anatomia da genitália;
- Esclarecimento sobre a resposta sexual humana;
- Prescrição de lubrificantes vaginais;
- Inclusão dos homens em programas de informação sobre sua função sexual e sobre a função sexual feminina;
- Orientação sexual para a paciente e sua parceria;
- Modificação de causas reversíveis através do aconselhamento;
- Mudança do estilo de vida.

6.3 Transtorno do desejo / excitação

A triagem, o diagnóstico e o gerenciamento do Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo e a pesquisa sobre a doença mostram-se desafiadores, devido à sua complexidade biopsicossocial e à falta de consenso sobre as medidas relevantes. A anamnese inclui desvendar causas que podem estar influenciando no desejo.

Quadro 01 – Questionário para diagnóstico diferencial do transtorno de desejo / excitação.

O QUE QUESTIONAR?

- É primário (nunca teve desejo) ou secundário (já teve e não tem mais?)
- Foi desencadeado por algum fator?
- Generalizado (com todas as parcerias) ou específico?
- Tem sonhos eróticos?
- Tem desejo responsivo (quando estimulada tem desejo de manter a relação)?
- Tem aptologias associadas?
- Faz uso de medicações?
- Como é o desejo da parceria?

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

O tratamento segue um modelo biopsicossocial e é guiado pela história e avaliação dos sintomas. Nessa direção, a terapia sexual tem sido o tratamento padrão.

Quadro 02: Orientações terapêuticas para transtorno de desejo / excitação.

TRATAMENTO

- Acolhimento, orientações, relaxamento;
- Terapia sexual;
- Erotização do relacionamento;
- Atitude mais ativa do casal;
- Terapia de casal.

Observação:

O Propionato de Testosterona 3-5% em base Petravan: aplicado no clitóris e pequenos lábios, é utilizado na falha do tratamento (*off label*).

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

A bupropiona e o buspirone podem também ser considerados tratamentos *off label*, apesar dos dados limitados de segurança e eficácia. As mulheres na perimenopausa com desejo sexual hipoativo, podem se beneficiar do tratamento com testosterona, conforme evidenciado por vários ensaios clínicos que relatam alguma eficácia e segurança em curto prazo, mas também tem uso *off label*.

Atualmente, a flibanserina é o único medicamento aprovado pela FDA para tratar mulheres na pré-menopausa, com desejo sexual hipoativo.

6.4 Transtorno do Orgasmo

O transtorno do orgasmo feminino ocorre quando a paciente apresenta retardo acentuado, infrequência acentuada ou ausência de orgasmo, ou, ainda, intensidade muito reduzida de sensações orgásmicas em quase todas ou todas as vivências sexuais.

Mulheres com esse transtorno muitas vezes têm dificuldade em renunciar ao controle em circunstâncias não sexuais. Fatores contextuais, fatores psicológicos, distúrbios físicos e drogas podem contribuir para o distúrbio orgásmico, como também a falta de conhecimento sobre a função sexual.

Tabela 03: Questionário para diagnóstico diferencial do transtorno de orgasmo.

PERGUNTAS	HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO
1. O que você entende por orgasmo?	Anorgasmia <i>versus</i> Pseudoanorgasmia
2. Você já sentiu orgasmo alguma vez na vida?	Primário <i>versus</i> Secundário
3. Você sente atração pela sua parceria?	DSH <i>versus</i> Anorgasmia
4. Sua parceria logo que a penetra ejacula rápido?	Anorgasmia <i>versus</i> Disfunção da parceria
5. Quando você se masturba, sente prazer?	Anorgasmia situacional/ Pseudoanorgasmia <i>versus</i> Anorgasmia global

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

Os tratamentos indicados para reverter essa disfunção são as autoestimulações e psicoterapias, levando em consideração a individualização de cada caso.

Quadro 04: Orientações terapêuticas para disfunções do orgasmo.

TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, orientações, relaxamento; • Orientar focagem de sensações; » Maximizar a estimulação e minimizar inibições: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ansiedade; • Técnicas de relaxamento; • Técnica de dessensibilização sistemática; • Exercícios sexuais e exercícios perineais.
Observação:
O Propionato de Testosterona 3-5% em base Petravan: aplicado no clitóris e pequenos lábios, é utilizado na falha do tratamento (off label).

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

6.5 Transtorno da dor gênito-pélvica

O Transtorno da Dor Gênito-Pélvica/Penetração refere-se a quatro dimensões de sintomas comuns: dificuldade para ter relações sexuais; dor gênito-pélvica; medo de dor ou de penetração vaginal;

e tensão dos músculos do assoalho pélvico. É possível estabelecer um diagnóstico com base em uma dificuldade acentuada em apenas uma dimensão de sintomas. Os transtornos de dor gênero-pélvica, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), englobam o que anteriormente eram classificados como *dispareunia e vaginismo*. A primeira caracteriza-se por dor genital associada ao intercuro sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercuro. Já o vaginismo revela-se por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos pélvicos adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há tentativa da penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo ginecológico.

Esse transtorno frequentemente se associa a outras disfunções sexuais, particularmente desejo e interesse sexual reduzidos. Mesmo quando mulheres com o transtorno relatam interesse ou motivação sexual, com frequência, há um comportamento evitativo de situações e de oportunidades sexuais. Evitar exames ginecológicos, a despeito de recomendações médicas é, igualmente, uma atitude frequente.

Quadro 05: Aspectos relevantes na anamnese e avaliação da dor no transtorno de dor gênero-pélvica.

ANAMNESE GERAL	AVALIAÇÃO DA DOR
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico psicossocial/sexual; • Como ouviu falar em sexo; • As primeiras experiências sexuais; • Experiências sexuais com um ou mais parceiras; • Comportamento e hábitos sexuais; • Trauma sexual; • Disfunção sexual da parceria; • Relacionamento com a parceria; • Relacionamento com a família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da dor; • Qualidade da dor; • Intensidade da dor; • Se a dor é provocada ou não; • Situacional/generalizada; • Superficial/profunda; • Diário da dor; • Interferência em outras respostas sexuais.

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

Nessa lógica, sugerem-se medidas como: psicoeducação; terapia cognitivo comportamental; técnicas específicas de terapia sexual; técnicas de autorrelaxamento e diminuição da ansiedade; dessensibilização vulvo-vagina; orientações para o coito/penetração; além da prescrição de medicações analgésicas e emprego de outros recursos de fisioterapia pélvica – a exemplo de terapia manual; eletrofototerapia; *biofeedback*. Trata-se de ferramentas que podem ser utilizadas, individualmente, mas preferencialmente, em conjunto, enquanto medidas terapêuticas.

Quadro 06: Orientações terapêuticas para transtornos de dor gênito-pélvica.

TRATAMENTO

- Acolhimento, orientações, relaxamento;
 - Psicoeducação
 - Terapia sexual - Terapia Cognitivo comportamental:
 - Tratamento da ansiedade e técnicas de autorrelaxamento;
 - Dessensibilização vulvo-vagina;
 - Orientações para o coito/penetração.
 - Fisioterapia:
 - Terapia manual de massagem e relaxamento;
 - Dessensibilização sistemática;
 - Exercícios de Kegel.
 - Medicamentoso:
 - Lidocaína 5% em base neutra: (20-30min antes do coito e evitar clitoris);
 - Creme de gabapentina preparação tópica com 2,4,6% (2x/dia por 3 meses).
-

Fonte: Adaptado de CAVALCANTI, 2019.

Destaca-se a importância de que se individualize a conduta terapêutica, a depender dos achados da avaliação, bem como dos fatores que predisõem a disfunção em questão.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual_iagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf. Acesso em: 6 jul. 2019.

BASSON, R. Transtorno orgásmico. **University of British Columbia and Vancouver Hospital**. 2013. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/disfun%C3%A7%C3%A3o-sexual-em-mulheres/transtorno-org%C3%A1smico#>. Acesso em: 7 jul. 2019.

CAVALCANTI R, Cavalcanti M. **Tratamento Clínico das inadequações Sexuais**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2020.

DEROGATIS, L. R.; REVICKI, D. A.; CLAYTON, A. H. **Instruments for screening, diagnosis, and management of patients with generalized acquired hypoactive sexual desire disorder**. *Journal of Women's Health*. 2020.

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

LA LARA, SC SCALCO, JK TROCON, GP LOPES. A model for the management of female sexual dysfunctions. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2017;39(4):184-94.

PACAGNELLA, R. C.; VIEIRA, E. M.; RODRIGUES JR, O. M.; SOUZA, C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, fev. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7917>.

SALVATORE CARUSO, Maria Teresa Bruno; CIANCI, Stefano; DI PASQUA, Salvatore; MINONA, Patrizia; CIANCI, Antonio. Sexual behavior of women with diagnosed HPV. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 45, n. 7, p. 569-573, 2019. DOI: 10.1080/0092623X.2019.1586019.