

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

FLÁVIA LUCIANA VARGAS BARBOSA

DISPAREUNIA E TERAPIA SEXUAL: RELATO DE CASO

**São Luís
2016**

FLÁVIA LUCIANA VARGAS BARBOSA

DISPAREUNIA E TERAPIA SEXUAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para a obtenção do Grau de Médico

Orientadora: Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa

**São Luís
2016**

Barbosa, Flávia Luciana Vargas
Dispareunia e terapia sexual: relato de caso. / Flávia
Luciana Vargas. - São Luís, 2016.
30 f.

Orientadora: Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa
Monografia (Graduação) Universidade Federal do Maranhão
2016.

1. Dispareunia. 2. Terapia Sexual. I. Costa, Adriana
Lima dos Reis.

CDU 618.15:159.964.22

DISPAREUNIA E TERAPIA SEXUAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal do
Maranhão para a obtenção do Grau de Médico
Orientadora: Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis
Costa

Aprovado em:...../...../.....

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa- Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rosy Ane de Jesus Pereira Araujo Barros - Examinadora 1
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Tarcísio Mota Coelho - Examinador 2
Universidade Federal do Maranhão

Giselle Carvalho Gonçalves - Examinadora 3
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais, pela compreensão das inúmeras vezes que estive ausente durante esses seis anos, por vibrarem comigo a cada conquista e aprendizado, pelo incentivo diário e por almejarem esse sonho junto comigo.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter feito florescer em mim a vontade de ser médica e por ter-me dado condições para realizar esse sonho de infância.

Agradeço à minha mãe que me incentivou em todas as etapas de aprendizado, dos deveres de casa à monografia, sempre me deu forças nos momentos mais difíceis, desde as provas de vestibular até a pressão do internato, e comemorou minhas vitórias, até mesmo as mínimas. Obrigada por ser meu exemplo de força e carinho, determinação e amor. Obrigada por me ensinar desde cedo a perseguir meus sonhos. Sua dedicação a tudo que faz, principalmente aos filhos, é meu espelho e sem ela eu não estaria aqui.

Agradeço ao meu pai, meu fã desde sempre, cujo orgulho por mim me faz querer ser melhor a cada dia. Obrigada por ser minha fortaleza em todos os momentos, desde sempre. Espero um dia poder retribuir tudo que já fez e faz por mim.

Agradeço ao meu irmão, por entender minha distância, por compreender as inúmeras vezes que não pude participar dos acontecimentos importantes da sua vida, e ainda assim se espelhar na minha escolha e com isso seguir o mesmo caminho. Obrigada pelo carinho e amor infinito que me ajudou a chegar até aqui.

Agradeço a minha avó Julieta, pelo exemplo de mulher forte e por sempre ter acreditado na minha capacidade. Agradeço a minha avó Terezinha, por ter-me apoiado quando iniciei a jornada para a Medicina. Sem os seus carinhos e cuidados eu jamais teria conseguido entrar numa Faculdade conceituada como a UFMA. Essa vitória é nossa!

Agradeço ao meu namorado, Marconi Mariz, por entender minha ausência e falta de tempo; mesmo não sendo fácil, o fez com maestria. Com sua dedicação, amor e prestatividade fez com que eu tivesse um parceiro para ultrapassar os obstáculos e adversidades dos últimos anos de curso.

Agradeço aos meus amigos da Universidade por terem se tornado minha família longe de casa, reconheci grandes irmãos e irmãs durante o curso. Agradeço em especial à minha grande amiga Fernanda por me ensinar a levar a vida de uma forma mais leve e a ser uma pessoa melhor.

Agradeço aos pacientes, que em dias de desânimo muitas vezes eram meu auxílio. Só pude perceber e aprender a inspiradora arte da medicina através desses

olhares, conversas e toques. Sou grata a cada um que conheci e que me pode mostrar quão linda e inspiradora é a boa relação médico paciente.

Agradeço à professora Adriana por sempre ter ajudado a mim e à minha turma. A dedicação e amor pelo que faz nos inspira a trilhar um caminho igualmente lindo.

Agradeço aos meus professores; as cobranças me fizeram conquistar batalhas que nem eu mesma acreditava conseguir. Obrigada por terem acreditado em mim e pelo conhecimento e experiência passados.

Agradeço ao Hospital Universitário Materno Infantil que possibilitou a realização desta pesquisa e por ser uma fonte inesgotável de aprendizado.

Agradeço a UFMA e a São Luis por terem me abraçado, me acolhido e me feito crescer. Obrigado por terem se tornado meu lar e proporcionado momentos, aprendizados e pessoas tão importantes. Sou eternamente grata e para sempre ludovicense de coração.

Resumo

A sexualidade aumentou sua visibilidade nas últimas décadas, com isso adquiriu maior importância em diversas áreas, entre elas a Medicina. A Organização Mundial de Saúde identifica a sexualidade como um dos quatro pilares necessários para qualidade de vida. No Brasil a prevalência de disfunções sexuais na população feminina é alta, apesar disso as queixas referentes à sexualidade muitas vezes não são levadas para as consultas médicas. Um estudo nacional identificou que, entre as mulheres pesquisadas, 49% possuía pelo menos uma queixa relacionada à questão. A dispareunia, definida como dor genital recorrente relacionada ao ato sexual, destacou-se como segunda queixa mais prevalente. Levando-se em consideração que a influência psicológica é fundamental na gênese, manutenção ou agravamento das disfunções sexuais, a terapia exclusivamente medicamentosa tem sido relacionada com possível insucesso do tratamento, pois muitas vezes os fatores psicológicos não são levados em conta. Tendo em vista o valor da terapia sexual no manejo das disfunções sexuais, optamos por este relato de caso onde esta abordagem se mostrou fortemente eficaz no tratamento de um caso de dispareunia.

Palavras-chave: Sexualidade. Dispareunia. Terapia Sexual.

Abstract

The topic Sexuality has acquired more visibility in the last decades, earning more importance in many areas, including Medicine. The World Health Organization identifies sexuality as one of the four pillars needed to life quality. In Brazil, the prevalence of sexual dysfunctions in female population is high, despite the complaints about the sexuality many times aren't taken to medical assessment. A national trial has revealed that among women enrolled, 49% had at least one complaint related to this subject. Dyspareunia, defined as recurrent genital pain related to sexual practice, appeared as the second more prevalent complaint. Taking to consideration that psychological influence is fundamental to the genesis, maintenance and aggravation of sexual dysfunctions, a strictly pharmacological intervention has been related to a likely unsuccessful outcome, once many times the psychological factors are not taken into account. Given the important value of sexual therapy in the management of sexual dysfunctions, we have opted for a case report, in which this approach proved to be effective in the treatment of dyspareunia.

Keywords: Sexuality. Dyspareunia. Sexual therapy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	Objetivo Geral	13
3.2	Objetivos Específicos	13
4	METODOLOGIA	14
5	RELATO DE CASO	15
6	DISCUSSÃO.....	13
7	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
	ANEXO A.....	24

1 INTRODUÇÃO

A concepção da sexualidade feminina se manteve por um longo tempo relacionada apenas à procriação e o papel feminino ligado prioritariamente à maternidade. O movimento feminista, na década de 60, abriu espaço para uma mudança da mulher frente à sociedade, assegurando o direito de à participação ativa nas decisões públicas e à sua autonomia. Houve ainda o estabelecimento de maior liberdade sexual, tendo a pílula contraceptiva contribuído significativamente para isso, uma vez que possibilitou uma nova nuance sobre a sexualidade para as mulheres: a função não reprodutiva (SERRA, 2009).

Nesse novo contexto a sexualidade adquiriu importante atenção em diversas áreas, destacando-se o interesse médico, de forma que apresentações clínicas, conceitos e tratamentos adquiriram melhores delimitações e fundamentos. (ABDO et al., 2002; LIMA et al., 2010). Atualmente não há dúvidas que a satisfação pessoal e o bem-estar do indivíduo estão ligados de forma intrínseca à função sexual. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1990 reconhece a sexualidade como um dos quatro pilares para qualidade de vida (LIMA et al., 2010).

A população feminina tem ampliado sua busca por cuidados médicos na última década. Diversas queixas devido a problemas que interferem em seu bem-estar são abordadas na consulta médica, entre elas muitas vezes se encontram os distúrbios sexuais. A prevalência dessas disfunções em mulheres é alta (LARA et al, 2008). Um estudo nacional realizado com 1.219 mulheres evidenciou que 49% das mulheres pesquisadas possuía pelo menos uma queixa relacionada à sexualidade. A queixa mais prevalente foi o desejo sexual hipotivo, seguida pela dispareunia que foi relatada por 23% das pacientes estudadas (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010). A despeito das prevalências citadas foi demonstrado em um estudo brasileiro de 2004 que 32,4% do público feminino não menciona suas queixas sexuais durante o acompanhamento médico, parte disso ocorre devido ao desconhecimento e receio para abordar esse campo, tanto por parte da paciente quanto do médico (SERRA, 2009).

Especialmente em pessoas do sexo feminino a disfunção sexual pode causar transtornos na saúde física e mental, ocasionando muitas vezes dificuldades pessoais e interpessoais. Os fenômenos dolorosos que ocorrem durante atividade sexual frequentemente influenciam na qualidade de vida, podendo algumas vezes

comprometer o bem-estar inclusive do parceiro; isso, por sua vez, gera importante prejuízo nos relacionamentos amorosos dessas pacientes. Em verdade, as variantes psicológicas associadas à dispareunia são diversas e, por conseguinte, estabelecer causa e efeito entre elas torna-se complexo (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009).

A resposta sexual sadia foi primeiramente definida, por uma téttrade: excitação, platô, orgasmo e resolução. Posteriormente, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) introduziu o desejo como uma nova fase, a partir de então a resposta sexual por definição, passou a ser classificada em cinco etapas: desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução (SERRA et al., 2009). Particularmente nas mulheres, essa sequência sexual não se mantém necessariamente estática, podendo ocorrer transição entre as fases em diferentes momentos (LIMA et al., 2010). A disfunção sexual ocorre quando existe alguma alteração nas fases desse ciclo de resposta, ou fenômenos álgicos relacionados ao coito, que ocorram de forma recorrente (SERRA et al., 2009).

As disfunções sexuais estão expressas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Dispareunia é definida nesse contexto como dor genital recorrente que ocorre antes, durante ou após o ato sexual (FLEURY; ABDO, 2013). Essas disfunções a priori devem ser consideradas mistas – causas orgânicas e psicogênicas, uma vez que mesmo em causas consideradas físicas existe relação intrínseca com as condições psicológicas e também socioculturais do indivíduo (SERRA et al., 2009).

As causas orgânicas de disfunção estão relacionadas à vascularização e integridade dos órgãos sexuais, assim como à inervação periférica e ao sistema nervoso central (SERRA et al., 2009). Deve-se questionar a possibilidade de trauma local, endometriose, atrofia vaginal, escoriações vaginais, inflamações e infecções genitais ou pélvicas através do exame ginecológico (LARA et al., 2008; WURN et al., 2004).

A influência psicológica tem papel imprescindível na gênese, manutenção ou agravamento dos distúrbios sexuais, mesmo em distúrbios primordialmente orgânicos. A terapia medicamentosa isolada por vezes é fator associado ao insucesso do tratamento, isso porque nessa abordagem não se leva em conta as inúmeras determinantes emocionais e relacionais envolvidas no processo. Portanto, torna-se nítida a importância da terapia sexual na abordagem de distúrbios sexuais femininos, principalmente naqueles nos quais a gênese da disfunção tem correlação

direta com conflitos na relação conjugal, ausência de destreza sexual e depressão (ABDO, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

O público feminino tem a expectativa de que os ginecologistas tenham o conhecimento indispensável para diagnosticar as queixas sexuais e manejá-las de forma correta, a fim de solucionar o problema; entretanto, a grande maioria dos médicos não possuiu em sua formação embasamento suficiente e opta por não abordar as queixas sexuais (TOZO et al., 2007).

A sexualidade deve ser entendida levando em conta suas diversas esferas, uma visão dicotomizada por parte do médico pode levar ao manejo inadequado da condição, o que pode acarretar inúmeras adversidades na vida da paciente, como raiva, diminuição da autoestima, sensação de desamparo, o que por sua vez irá fomentar mais a disfunção sexual em voga (TOZO et al., 2007). O tratamento das disfunções sexuais é essencial para que o distúrbio não se cronifique e tenha repercussões ainda maiores na qualidade de vida da mulher (ABDO, 2014).

Tendo isso em vista optamos por relatar um caso de dispareunia acompanhado no Ambulatório de Sexualidade Humana do Hospital Universitário Materno Infantil, a fim de divulgar e ressaltar aos profissionais e estudantes da área médica a importância da abordagem rotineira, compreensão e correto manejo dos distúrbios da sexualidade feminina.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Relatar caso de dispareunia acompanhado no Ambulatório de Sexualidade Humana do serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o acompanhamento e evolução do quadro clínico.
- Realizar revisão bibliográfica sobre o tema “dispareunia”, correlacionando-o com os achados do caso clínico em questão.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico único com diagnóstico de dispareunia acompanhado no Ambulatório de Sexualidade Humana do serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) foi consultado sobre a necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para relato de caso, foi afirmado a ausência de necessidade considerando que não houve contato direto ou intervenção com a paciente estudada. Em um primeiro momento, foi realizado o estudo do caso através do prontuário da paciente. As informações necessárias acerca do caso clínico foram adquiridas exclusivamente dessa forma.

Foi realizada pesquisa bibliográfica de literatura nacional e internacional, abrangendo artigos de revisão, artigos originais, teses, manuais, livros e estudo de casos escritos na língua inglesa, portuguesa do Brasil e de Portugal nos sítios da BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (<http://www.bireme.br>), do PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>). Como fonte de artigos foi utilizado SciELO - ScientificElectronic Library Online (<http://www.scielo.org>) e LILACS – Literatura Latino-Americana (<http://www.lilacs.bvsalud.org>), incluindo o período de dez anos.

O trabalho em questão foi submetido para análise do CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS sendo sua execução aprovada pelo parecer nº 54172316200005086.

5 RELATO DE CASO

Paciente apresentou-se na sessão do Grupo de sexualidade do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil no dia 20/10/2014. O grupo de sexualidade ocorre com cerca de 10 pessoas, as quais são encaminhadas usualmente do serviço público ou particular e dura cerca de 30 a 40 minutos. Nesse primeiro contato é conversado sobre o ciclo de resposta sexual normal e suas diferenças no sexo masculino e feminino, breve colocação sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital, além do esclarecimento de dúvidas e desmistificação de alguns processos sexuais.

Após o término é conversado individualmente com todas as participantes para que seja marcado a Terapia Sexual para as quais haja necessidade. A paciente do caso relatou durante esse contato queixa de dispareunia profunda, de intensidade leve a moderada, com início há cerca de um ano.

Na primeira sessão de terapia sexual individual, realizada em 27/10/2014, foi colhida anamnese completa:

Identificação: M. G. S, sexo feminino, pescadora, 39 anos, católica, casada há cerca de 17 anos.

Queixa Principal: Paciente relatou queixa de dispareunia profunda há cerca de 1 ano.

História da doença atual: Paciente apresentou-se com queixa de dispareunia profunda de intensidade leve a moderada há cerca de um ano, associada a desejo hipoativo e anorgasmia. Mencionou crise conjugal concomitante com o início da dispareunia e que previamente ao acontecimento apresentava-se com desejo sexual normal, orgasmo preservado e vida sexual ativa e satisfatória. Referiu ter realizado acompanhamento com ginecologista na clínica particular que solicitou exames laboratoriais que se mostravam dentro dos parâmetros de normalidade. Relatou que após esse período inicial de investigação da queixa foi encaminhada ao Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário Materno Infantil.

Antecedentes mórbidos pessoais: Negou doenças prévias, comorbidades ou hipersensibilidades.

Antecedentes fisiológicos: Paciente teve ao longo de sua vida oito gestações, das quais cinco culminaram em parto normal vaginal e três em aborto

sendo feito em seqüência a curetagem uterina. Referiu data da última menstruação no mesmo dia da consulta e ciclos regulares, sem alterações.

História social e hábitos de vida: Negou tabagismo e etilismo

Ao exame físico apresentava-se com ectoscopia, ausculta cardíaca, respiratória e palpação abdominal sem alterações. O exame ginecológico apresentava-se normal.

Ao término da anamnese, a paciente respondeu ao questionário Índice de Função sexual feminina (IFSF) com pontuação 17, sendo que o valor máximo do escore corresponde a 36 e o mínimo a 2. Nesse primeiro contato foram passadas orientações gerais sobre a terapia sexual. Foi orientado à paciente conversar mais sobre as queixas quando se sentisse desinibida e explicado sobre métodos de exercícios individuais e do casal que deveriam ser realizados posteriormente ao longo da terapia.

Após uma semana paciente retornou com queixa de dispareunia inalterada, apresentou-se mais sociável e relatou que a crise no relacionamento ocorreu devido à descoberta de caso extraconjugal do esposo e que após isso desenvolveu as queixas relatadas. Paciente mostrava-se insegura com o casamento e com sua aparência física. Referiu também quadro de disfunção erétil do cônjuge, há cerca de três meses, que acarretou ainda mais problemas na vida sexual do casal, com relações frequentemente anorgásmicas para ambos. Foi conversado sobre o problema e sobre as prioridades de vida da paciente, orientado sobre o prazer e cuidado próprio.

No terceiro encontro, realizado em 17/11/2014, a paciente apresentou-se eufórica e autoconfiante. Referiu ter mirado arma de fogo para o parceiro enquanto o mesmo dormia, foi flagrada por ele o que gerou mais conflitos. Apesar disso mostrava-se empoderada e eufórica com a situação. Foi orientado que trouxesse o cônjuge para a próxima sessão.

Paciente apresentou-se sozinha após uma semana na quarta sessão de terapia sexual, referiu que o esposo se negou a participar. Relatou, no entanto, melhora da relação amorosa com novas perspectivas e promessa para o futuro por parte do cônjuge. Relatou diminuição intensa da dispareunia e novas relações sexuais com orgasmo e excitação preservados. Foi orientada a realização dos exercícios de erotização sem estimulação dos órgãos genitais através de exercícios do banho.

Paciente retornou em 01/12/2014 mantendo ausência de dispareunia. Referiu ter realizado o exercício do banho individual apenas uma vez nesse período por falta de privacidade em seu domicílio e, apesar disso, referiu satisfação com o exercício. Referiu ainda melhoria progressiva no relacionamento matrimonial.

No dia 15/12/2014, durante a sexta sessão, paciente relatou satisfação intensa com a relação conjugal. Referiu ter realizado exercícios do banho e adquirido autoconhecimento sobre seu corpo. A dispareunia manteve-se ausente e o desejo, excitação e orgasmo preservados. Foi orientada a realizar técnica do espelho para maior autoconhecimento.

Paciente retornou em uma semana já havendo realizado exercício do espelho; referiu ter identificado aspectos positivos sobre seu corpo, foi conversado sobre o exercício dando ênfase nos pontos positivos a fim de melhorar a auto-estima da paciente. Foi orientado exercício de massagem corporal sem estimulação genital para a paciente e o cônjuge.

Na oitava sessão, na data 09/01/2015, paciente apresentou aparência mais feminina e feliz. Enfatizou a melhora constante da relação conjugal e da vida sexual. Manteve ausência de dispareunia e referiu que o esposo não apresentava mais disfunção erétil. Referiu ter realizado com êxito os exercícios de banho propostos para o casal, mas abandonou todos os exercícios há cerca de 14 dias por sentir que não havia mais necessidade. Foi conversado sobre a necessidade de continuar a terapia individual na fase de manutenção no intuito de manter as melhorias alcançadas. Foi aplicado IFSF com resultado 31,4.

A paciente participou ao todo de 9 sessões de terapia sexual individual, que duraram em média 50 minutos cada uma, sendo a última em 02/03/2015, na qual encontrava-se totalmente assintomática, mostrava-se feliz e confiante com o matrimônio e com os novos projetos de vida do casal. Referiu satisfação com a relação sexual e por isso solicitou alta da terapia sexual individual.

6 DISCUSSÃO

A disfunção sexual feminina ganhou enfoque há pouco tempo, até então a prioridade e os estudos médicos eram direcionados para ereção do homem. Estudos evidenciaram que a prevalência de disfunções sexuais nas mulheres é maior quando comparada com a do público masculino, sendo os valores 40% e 30%, respectivamente. Entretanto, apesar disso, há poucos estudos sobre as disfunções sexuais na mulher e os tratamentos disponíveis são escassos quando comparados aos tratamentos direcionados para o público masculino (WURN et al., 2004; THIEL et al., 2008).

Para a mulher o processo da relação sexual ocorre de maneira diferente da que ocorre nos homens; isto é, as mulheres, em sua maioria, visam à relação sexual em si, não direcionada apenas para o resultado, que é o orgasmo. Isso propicia à população feminina a ocorrência de mais alterações sexuais e torna clara a causa principal de disfunção sexual feminina: os conflitos inter e intrapessoais (THIEL et al., 2008).

A identificação da paciente, é um aspecto primordial na pesquisa da gênese dos distúrbios sexuais, por isso, é importante que se realize uma identificação atenciosa considerando, principalmente, os fatores que influenciam as disfunções sexuais. A profissão é importante, pois pode gerar estresse e interferir no convívio com o parceiro. O avançar da idade cursa, ocasionalmente, com interferência nas fases do ciclo sexual, principalmente na fase de desejo e orgasmo. O nível socioeconômico e cultural também norteia a resposta sexual. Além disso, deve-se realizar anamnese contemplando a história sexual da paciente, exame físico geral e ginecológico e, por vezes, testes laboratoriais (LARA et al., 2008).

No caso relatado a paciente era jovem, 39 anos, impondo que a idade não configurava fator de grande influência na dispareunia apresentada como queixa principal. Além disso, a profissão em questão não foi considerada fator de estresse importante. Acreditamos que os fatores culturais e socioeconômicos tenham influenciado indiretamente, uma vez que nossa cultura usualmente direciona as mulheres a levarem em consideração o prazer sexual do parceiro, em detrimento do seu próprio (ABDO, 2014).

As disfunções sexuais podem ser classificadas de acordo com sua etiologia, temporalidade e circunstância. As disfunções consideradas primárias acontecem

quando o distúrbio acomete a mulher ao longo de toda vida, já as secundárias, ocorrem quando previamente a mulher apresentava-se com vida sexual normal e posteriormente desenvolveu a disfunção. Pode ainda ser caracterizada conforme o contexto em que ocorre, caso seja uma disfunção generalizada, ocorrerá em qualquer evento sexual, caso seja situacional o distúrbio sexual acontecerá apenas em certos cenários ou com certos parceiros. A dispareunia é diagnosticada quando ocorrem dores recorrentes relacionadas ao intercuro sexual e essa condição gera sofrimento importante e dificuldades interpessoais, dessa forma, o diagnóstico é clínico. A etiologia pode ser psicológica, relacionada a situações recentes ou longínquas que levam a um bloqueio emocional o que impede a mulher de ter performance sexual sadia de forma frequente, acarretando conflitos consigo mesma e com o parceiro. A etiologia referente a fatores orgânicos ocorre quando há condições médicas estruturais como atrofia vaginal, endometriose, escoriações, infecções ginecológicas, inflamações, entre outras. É importante ressaltar que é frequente a concomitância desses acometimentos com um fator psicológico, o que pode interferir na manutenção e agravamento da dispareunia primariamente orgânica (COWAN; FRODHSAM, 2015 ; GERIN, 2008; TOZO et al., 2007).

Na maioria das vezes a etiologia das disfunções sexuais femininas é classificada como multifatorial. Em vista disso, a abordagem deve ocorrer de forma holística, considerando fatores biopsicossociais, a relação com o parceiro e os fatores socioculturais. Apenas através da avaliação individualizada se é capaz de realizar um planejamento terapêutico adequado. Tanto o diagnóstico quanto a conduta possuem na entrevista clínica sua ferramenta cardinal (BARROS; FIGUEIREDO, 2014).

À vista disso, a dispareunia do caso relatado foi diagnosticada de forma clínica e definida como secundária, situacional e psicológica. Isso porque a queixa havia surgido há cerca de um ano e antes a paciente tinha relações sexuais sadias. A disfunção ocorreu concomitante ao quadro de crise matrimonial, associada, principalmente, a um relacionamento extraconjugal do parceiro, sendo que além desse fator não havia problemas orgânicos que justificassem ou sugerissem interferência na dispareunia.

A dor genital prejudica diretamente o relacionamento da paciente acometida. Um estudo americano evidenciou que parceiros de mulheres com dispareunia

tenham relacionamentos sexuais prejudicados em comparação aos parceiros do grupo controle (PAZMANY et al., 2014).

Ocorrem alterações, habitualmente, por parte do parceiro que pode se evadir do contato visando não deflagrar dor. Há a possibilidade ainda da diminuição do interesse por parte deste em decorrência do incômodo propiciado pela disfunção sexual. O enfoque da relação sexual pode passar a ser a dor e com isso deflagrar novos distúrbios sexuais. A paciente usualmente necessita de ajuda para lidar com as emoções e o novo contexto de dor genital associado à solidão e isolamento. (ABDO, 2014; BARROS; FIGUEIREDO, 2014)

Apesar desse quadro, não é incomum que a mulher afetada com dispareunia ou outras disfunções sexuais subestime o impacto negativo na relação conjugal, crê por vezes estar satisfazendo o parceiro, mesmo que de forma incompleta e pode relevar os impactos da repercussão da circunstância sobre si própria. Todo esse contexto faz com que muitas mulheres que sofrem com dor genital a tolerem por longos períodos sem busca de auxílio, com isso, o distúrbio sexual permanece sem amparo médico e pode tornar-se crônico, agravando ainda mais o sofrimento emocional (FLEURY; ABDO, 2013).

Com efeito, o processo torna-se um ciclo que se retroalimenta, uma vez que a repetição da experiência dolorosa sexual gera aumento de tensão muscular genital, que por sua vez exacerba a dor já existente, influencia na penetração e diminui o fluxo sanguíneo genital (ABDO, 2014).

No caso estudado a paciente procurou auxílio médico somente após um ano de dispareunia instalada. O relacionamento conjugal da paciente sofreu mais influências negativas devido ao distúrbio sexual; houve a queixa de disfunção erétil do parceiro, demonstrando, desse modo, a interferência direta desse contexto no desenvolvimento do distúrbio masculino. A relação intrapessoal também foi afetada; durante as primeiras consultas a aparência era de desmazelo e desânimo, revelando mais uma faceta de atuação da queixa referida.

As disfunções sexuais femininas são usualmente mais complexas que as masculinas, ainda assim, quando manejadas de forma correta é possível que haja bons resultados e, conseqüentemente, grande melhora na qualidade de vida das pacientes (THIEL et al., 2008).

O tratamento e manejo da dispareunia é vinculado à etiologia. Em condições essencialmente orgânicas o tratamento farmacológico se impõe, baseado,

geralmente, na administração de medicamentos hormonais. Em etiologias psicogênicas, como casos relacionados à violação sexual, relações hostis, auto-estima reduzida, o tratamento psicoterápico deve ser realizado. Podem ser utilizadas técnicas cognitivas comportamentais associadas a exercícios de relaxamento pélvico, por exemplo. A etiologia mista é preponderante, nesse caso, pode se auferir proveito do tratamento combinado farmacológico e psicoterapêutico. Apesar da variedade de etiologias, o que ocorre geralmente é a busca pela detecção voltada para causa orgânica, que quando inexistente acarreta a negligência da disfunção por parte dos profissionais da saúde (GERIN, 2008; LARA et al., 2008; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Levando em conta a importância da etiologia da dispareunia para o tratamento devemos usar como instrumento diagnóstico, principalmente, a narrativa da doença pela paciente. Usualmente é árduo para a mulher desenvolver diálogo centrado em sua queixa sexual, por isso, deve se criar ambiente profissional e de condescendência para que haja conforto para expressar suas queixas (DEAN; DREW; DAVID, 2014; LUCENA; MUKHOPADHYAY; MORRIS, 2015).

Assim como no caso descrito, as disfunções sexuais dolorosas da mulher geralmente não ocorrem isoladamente, mas sim em conjunto, principalmente, com a queixa de desejo hipotivo (LARA et al., 2008).

A terapia cognitivo comportamental é considerada método de primeira linha no tratamento da dispareunia, juntamente com os tratamentos farmacológicos tópicos. Na prática clínica, entretanto, a maioria das mulheres é prescrita apenas com as aplicações hormonais tópicas como terapia de escolha (BARROS; FIGUEIREDO, 2014)

A paciente do relato de caso foi diagnosticada com dispareunia psicogênica e por isso, foi encaminhada ao Serviço de sexualidade do Hospital Universitário HUUFMA para realizar o tratamento através da Terapia sexual.

O primeiro contato da paciente com o serviço foi através do Grupo de sexualidade humana. Esse grupo é caracterizado por cerca de 6 a 10 participantes que chegam por encaminhamento de consultórios particulares, ambulatórios públicos ou até mesmo por livre demanda. Constitui um grupo de caráter heterogêneo, isso é, há diversas patologias sexuais em um mesmo contexto; há inclusive participantes que não apresentam disfunção sexual, mas pretendem conhecer o serviço e aprender sobre a sexualidade fisiológica. Abdo (2014) refere

que o tratamento pode abordar a resposta sexual, anatomia e fisiologia genital básicas, adquirindo, dessa forma, um padrão psicoeducativo. O grupo de sexualidade humana funciona desse modo, oferecendo num primeiro contato informações acerca da resposta sexual humana em sua normalidade aliada ao contexto sociocultural dos participantes.

Após essa primeira ocasião a paciente iniciou a Terapia Sexual Individual. A Terapia sexual tem como principais objetivos alcançar a normalidade da função sexual, aprimorar a relação romântica lapidando comportamentos, interações e emoções ligadas à queixa e, por fim, solucioná-la. Para que isso ocorra, deve haver por parte da paciente, uma nova e diferente conscientização de emoções para que sejam possíveis novas concessões de significados de eventos vitais (BERGERON et al., 2016; FLEURY; ABDO, 2012).

As intervenções psicoterápicas aliadas à sexualidade são guiadas por alguns princípios, elas não contrapõem a terapia médica, isso é, podem ser usadas de forma conjunta nos casos em que há necessidade. O manejo da terapia não é algo fixo, seu planejamento deve ser confeccionado de acordo com as individualidades de cada caso, podendo envolver técnicas de diferentes bases conceituais traçando dessa forma uma estratégia particularizada às necessidades de cada paciente, além disso, permite uma abordagem mais holística da disfunção sexual, valorizando a experiência e resposta feminina de forma ampla (FLEURY; ABDO, 2012).

É importante atentar e direcionar parte da terapia sexual para as características pessoais da paciente, a percepção e conhecimento do próprio corpo, pensamentos, comportamentos sexuais e o próprio relacionamento sexual com o cônjuge. Os exercícios de “toque” sensual quando realizados são importantes auxiliares na identificação de conflitos e contribuem para descoberta de pontos corporais novos ou novas sensações, dessa forma, interferem profundamente no autoconhecimento da paciente (ABDO, 2014). Neste caso, a partir da quarta sessão foram iniciados os exercícios de toques individuais. Através da prática clínica e da boa relação com a paciente pôde se perceber o momento ideal para iniciar os exercícios. A paciente se mostrou menos tímida e mais propensa na quarta sessão e referiu intensa satisfação com os exercícios de toque realizados durante o banho sem estimulação sexual, referiu gostar das descobertas e demonstrou ter adquirido maior autoconhecimento.

Ainda nessa perspectiva, também na quarta sessão foi introduzido o exercício da visualização no espelho, isso é a paciente se observa nua de diversas maneiras tentando atentar para os pontos positivos e negativos visuais do corpo. A paciente realizou o exercício e apesar de identificar os pontos negativos, se ateuve mais aos aspectos positivos. Com o intuito de conseguir um aumento na autoestima da paciente, essa idéia foi reforçada através da terapia. No início do tratamento a paciente se mostrava frequentemente com imagem de falta de zelo, porém, ao longo do processo, esse cenário foi mudando, culminando numa alteração da aparência e modo de se vestir e se portar observado principalmente na oitava sessão.

Na época atual, há tendência da mudança do foco na terapia sexual para erotismo e satisfação, dessa forma, exercícios que sejam consonantes a esse objetivo são aplicados nas disfunções sexuais. Além do exercício do banho, utilizamos também a massagem corporal com creme hidratante que foi introduzida a partir da sétima sessão de terapia, com a paciente e o cônjuge. A massagem deve ser realizada, se possível, em toda superfície corporal, excetuando, sobretudo, a estimulação genital, dessa forma, objetivamos tirar o foco dos órgãos genitais e trabalhar a erotização do casal (FLEURY; ABDO, 2012).

A terapia deve visar intervenções que proporcionem a melhoria da comunicação entre os cônjuges, a participação do parceiro é importante para que se alcance esse objetivo, além de proporcionar a diminuição da ansiedade frente ao sexo para ambos e a melhoria das habilidades sexuais. Quando o casal é tratado verifica-se bons resultados em cerca de 56% dos casos (ABDO, 2014). O parceiro da paciente em questão se negou a participar das sessões de terapia sexual, apesar disso, envolveu-se ativamente nos exercícios passados para o casal, com isso, houve melhora global na relação sexual e amorosa.

Para avaliar a evolução da disfunção sexual e mensurar a efetividade da terapia foi aplicado o escore IFSF traduzido e adaptado para a língua portuguesa e a cultura brasileira para aplicação confiável. Um estudo brasileiro evidenciou significativa correlação entre esse índice e o Quociente Sexual – versão feminina (QS-f), um escore brasileiro elaborado visando principalmente a população nacional, mostrando, desse modo, a confiabilidade na aplicação do IFSF no país. Nesse índice são utilizadas 19 questões que avaliam seis domínios da sexualidade: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Desse modo, é capaz de mensurar as diferentes fases de resposta sexual feminina. A função sexual varia de

acordo com a resposta obtida, sendo que escores acima de 26,5 revelam boas respostas sexuais e inferiores a esse ponto evidenciam prováveis disfunções (HENTSCHEL et al., 2007). No caso em questão, na primeira sessão individual o escore obteve pontuação de 17 e na oitava foi obtida uma pontuação total de 31.4, formalizando assim, a melhora global da função sexual da paciente, tanto quanto à dispareunia (nota máxima na última avaliação) quanto ao desejo sexual hipotativo e a anorgasmia.

A ausência de dispareunia foi referida pela paciente a partir da quarta sessão, isso é, através de apenas três sessões de terapia sexual a queixa foi resolvida. Esse resultado é importante, uma vez que vai de encontro com estudos nacionais e internacionais sobre a efetividade da terapia sexual, além disso, foi um resultado muito eficaz num curto espaço de tempo.

Um estudo randomizado contrapôs o tratamento com esteróides tópicos com a psicoterapia para dispareunia. Os resultados evidenciaram que a terapia cognitiva comportamental obteve taxas mais significativas de diminuição da dispareunia após seis meses de acompanhamento, com redução importante da escala de intensidade da dor, melhora universal da sexualidade, além das pesquisadas terem alcançado taxa maior de satisfação com a abordagem psicoterápica em contrapartida com as submetidas ao tratamento com esteróides tópicos (BERGERON et al., 2016).

Esse resultado é esperado uma vez que as terapias sexuais consideram mais a experiência individualizada da dor sexual e suas dimensões, emoções e comportamentos conseqüentes. Por isso não atinar para o componente psicoeducacional da disfunção sexual gera incompreensão de uma parcela significativa do distúrbio, e, conseqüentemente, pode acarretar perpetuação e manutenção do ciclo negativo relacionado à dor sexual (BERGERON et al., 2016).

7 CONCLUSÃO

A dispareunia é uma disfunção sexual de etiologia extremamente complexa, porém, contrapondo a isso, há ainda pouca compreensão e escassez de estudos sobre o tema. Há necessidade de pesquisas que abordem a sexualidade como um todo, incluindo o seu caráter histórico, cultural e político.

Tendo em vista a grande prevalência de disfunções sexuais femininas e seu subdiagnóstico, torna-se imprescindível a aquisição de maior conhecimento por parte dos profissionais médicos acerca do tema dispareunia e da sexualidade feminina como um todo. O médico muitas vezes se vê inibido frente a esse tema e, por conseguinte, opta por não abordar o tema em sua prática clínica.

As novas diretrizes curriculares de cursos da área da saúde visam ampliar o olhar frente ao sujeito para além das patologias incidentes, porém, o que se verifica é a ausência completa da sexualidade nas grades curriculares. Seria interessante para os centros formadores de profissionais da saúde que houvesse abordagem sobre sexualidade humana a fim de propiciar uma capacitação aos alunos para que possam lidar melhor com as queixas sexuais apresentadas pelos pacientes.

O presente estudo evidencia, em consonância com estudos internacionais e nacionais, que a terapia sexual é um método de primeira linha e alta eficácia para dispareunia de origem psicogênica. Essa abordagem favorece a cura da dispareunia através, principalmente, da mudança da forma com que a mulher lida com a sexualidade. Em vista disso, deve haver um maior esforço para que esse tratamento psicoterápico seja, de fato, implantado e exercido na prática médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. H. N.; JUNIOR, O.; MENDES, W. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Rev. Bras. Med.**, vol. 59, n. 3, p. 179-186, mar. 2002.

ABDO, C. H. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Rev. Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, vol.14, n.2, p. 89-91, 2009.

ABDO, Carmita. **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. 5^a edição. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2014.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D.; Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Neurociências**, vol.18, n.2, p. 267-274, 2010.

AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão de literatura. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n.3, p. 279-283, jul./set. 2009.

BARROS, F. A. O. S. F.; FIGUEIREDO, A. R. C. **Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar**. Sociedade Portuguesa de Sexologia clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia, jun. 2014

BERGERON, S. KHALIFÉ, S. DUPUIS, M. J.; MCDUFF, P. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 84, n. 3, p. 259-268, 2016.

COWAN, F.; FRODSHAM, L. Management of common disorders in psychosexual medicine. **The obstetrician and Gynaecologist (TOG)**, v. 17, p. 47-53, 2015.

DEAN, A. S.; DREW, C. B.; DAVID, V.B. Dyspareunia in Women. **American Family Physician**, v.90, n.7, p. 465-470, 2014

FLEURY, H.J.; ABDO, C. H. N. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. **Rev. Diagnóstico e Tratamento**, v.17, n.3, p. 133-137, 2012.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. Dor genital feminina. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 18, n. 3, p. 124-127. jul. /ago./ set. 2013.

GERIN, Larissa.; **A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?** 2008. 109 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D. L.; CAPP, E.; GOLDIM, J. R.; PASSOS, E. P.; Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Rev. Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v.27, n. 1, p. 10-14, 2007.

LARA, L. A. S. ROSA, A. C. J. S.; ROMÃO, A. P. M. S.; JUNQUEIRA, F. R. R.; Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 30, p.312-321, 2008

LIMA, S. M. R.; SILVA, H. F. S.; POSTIGO, S.; AOKI, T.; **Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial.** Arquivos médicos Hospital Faculdade Ciências Médica Santa Casa de São Paulo, v. 55, n. 1, p.1-6, 2010.

LUCENA, H.M ; MUKHOPADHYAY, S.; MORRIS, E. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, v.25, n.4, p. 96-101, 2015

PAZMANY, E.; VERHAEGHE, J.; VAN OUDENHOVE, L.; ENZLIN, P. Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: a controlled study. **The journal of sexual medicine**, n.11, v.7, p. 1786-1797, 2014

SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, C. M.; Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v.31, n.5, Lisboa, 2015

SERRA, Melissa. **Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo.** 2009. 123 f. Tese (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

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

THIEL, R.; THIEL, M.; PALMA, P. Urologia feminina e Medicina Sexual: O que os médicos precisam saber. **Rev. Prática Hospitalar**, v. 56, p. 37-38, 2008.

WURN, L. J. , WURN, B. F. , ROSCOW, A. S.; **Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique**, Medscape General Medicine, v.6, n. 4, 2004.

ANEXO A - ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL FEMININO

Índice de Função Sexual Feminina (lfsf)

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 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 você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (metade das vezes) Poucas vezes (menos da 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 confiança sobre sentir-se 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 você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

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

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

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

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de 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 você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

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

Índice de Função Sexual Feminina (Ilsf)

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de 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 freqüência você atingiu o orgasmo (clímax)?

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

12. Durante as últimas 4 semanas, , na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

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

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

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

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

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

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

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

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

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

17. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência 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)
 Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos da 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?

- Não houve tentativa de penetração Altíssimo Alto
 Moderado Baixo Baixíssimo ou nenhum