

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

BETHÂNIABUZATO MARQUES

FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2018

BETHÂNIA BUZATO MARQUES

**FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dra. Leda Maria Branco

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2018

Marques, Bethânia Buzato

Função Sexual de Mulheres com Doença Renal Crônica / Bethânia Buzato Marques – São José do Rio Preto, 2018.

xii,55

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Sexual Function of Women with Chronic Kidney Disease

Orientadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco

1. Doença Renal Crônica; 2. Sexualidade; 3. Função sexual

BETHÂNIA BUZATO MARQUES

**FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA**

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Prof^a Dra Leda Maria Branco

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinadora: Prof^a Dra Ida Maria Maximina Fernandes Charpiot

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2º Examinadora: Prof^a Dra Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 26/02/2018.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Anexos.....	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Introdução.....	1
Objetivo.....	9
Método.....	10
Participantes.....	10
Materiais.....	10
Procedimento.....	12
Análise de Dados.....	13
Resultados e Discussão.....	15
Conclusão.....	30
Referências.....	32
Apêndices.....	38
Anexos.....	43

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha tia Lia e tio Nilton, que infelizmente, não puderam presenciar a conclusão dessa etapa tão importante pra mim. Mas que contribuíram de maneira inestimável com a minha formação como pessoa. Por meio do amor, se fazem presentes mesmo na ausência.

Dedico também a todas as pessoas com doença renal crônica, que me ensinaram o quão é valioso o que há além dos livros, o contato e o aprendizado de um ser humano com o outro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que com seu amor e confiança, me proporcionaram a oportunidade de continuar estudando e trabalhar com o que me faz feliz. Agradeço a Deus, por estar à frente de cada escolha.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Leda Maria Branco, pela disponibilidade e acolhimento, pela confiança e segurança que me proporcionou. Agradeço também pelas orientações valiosas nesta pesquisa.

Aos profissionais do serviço social da equipe de Nefrologia, Carol e Ederson, pelo carinho com que sempre me receberam, pela disponibilidade e amizade. À Dr^a Ida M. M. Fernandes Charpiot, que tanto admiro pelo seu amor e respeito à profissão, pela disponibilidade e prazer em ensinar.

Aos docentes, pela contribuição de cada um em minha formação. Em especial a Prof^a Dr^a Maria Jaqueline Coelho Pinto, a quem admiro e tenho o prazer de fazer parte da banca examinadora. Agradeço as minhas amigas Mariana e Loiane que me acompanharam durante o Aprimoramento e dividiram comigo as alegrias e angustias do Mestrado. Ao meu psicólogo Sérgio Serrano Vieira, por me acompanhar há tanto tempo e me ajudar com todos os meus papéis.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Hospital de Base (FUNFARME) pela oportunidade de realizar a pesquisa.

Agradeço também a CAPES pela oportunidade de cursar a Pós-graduação com bolsa. Sabemos que em um país tão desigual e carente de investimento em pesquisa, isso é um privilégio e deve ser retribuído à sociedade.

E finalmente, agradeço a todos os meus amigos, meus companheiros de jornada, que tornaram mais leve todas as circunstâncias.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade das colaboradoras	15
Tabela 2 – Características das colaboradoras quanto a modalidade de tratamento, estado civil e escolaridade.....	16
Tabela 3 – Percepção das colaboradoras a respeito da imagem corporal, libido e vivência da sexualidade após o início da terapia renal substitutiva.....	17
Tabela 4 – Avaliação dos domínios da função sexual.....	20
Tabela 5 – QS-F escore total.....	27
Tabela 6 – Associação entre a modalidade de tratamento e o QS-F.....	28

LISTA DE ANEXOS

Anexo – Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).....	43
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e pós-esclarecido.....	38
Apêndice B – Questionário Sócio demográfico e Entrevista Semiestruturada.....	41

Marques, B. B. (2018). Função Sexual de Mulheres com Doença Renal Crônica (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

A doença renal crônica apresenta elevada prevalência e constitui atualmente, um problema de saúde pública mundial. Acarreta consequências físicas, psicológicas e exige adaptação e mudança de estilo de vida. São também encontradas alterações na função sexual de homens e mulheres acometidos pela Doença Renal Crônica, assim como a diminuição da libido em ambos os sexos. **Objetivo:** avaliar o desempenho e a satisfação sexual de mulheres portadoras de Doença Renal Crônica e comparar os níveis desempenho e satisfação sexual nas duas principais modalidades de terapia renal substitutiva – hemodiálise e transplante renal. **Método:** estudo descritivo transversal, tendo como participantes 49 mulheres inseridas em modalidades de terapia renal substitutiva: Hemodiálise e Transplante Renal no Hospital de Base na cidade de São José do Rio Preto - SP. Foi utilizada para coleta de dados, ficha contendo informações sócio demográficas, escala para avaliação da atividade sexual na mulher (QS-F) e entrevista semiestruturada. **Resultados:** 65,3% das colaboradoras identificaram mudanças intensas na imagem corporal após a DRC. Assim como, diminuição na libido e no desempenho sexual. Cerca de 89,8% das colaboradoras apresentam prejuízo na questão do QS-F referente ao desejo sexual. Na comparação entre os tratamentos, a diferença foi significativa em todas as questões do QS-F, exceto na questão relacionada à dor. Quando avaliado pelo escore total do instrumento o grupo em tratamento hemodialítico alcançou a pontuação média de 39,0 (ruim a desfavorável), já o grupo de transplante renal 70,0 (de regular a bom). As colaboradoras em transplante apresentam probabilidade nove vezes maior (odds ratio – 9,2) de alcançarem melhor escore no instrumento. **Conclusão:** houve prejuízo clinicamente significativo no desempenho e satisfação sexual das mulheres portadoras de

doença renal crônica, alterações que podem estar associadas a diferentes fatores. Na comparação de grupos, este estudo demonstrou um funcionamento sexual significativamente melhor no grupo transplante.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Sexualidade, Função sexual.

Marques, B. B. (2018). Sexual Function of Women with Chronic Kidney Disease (Master's Dissertation). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is highly prevalent and is currently a worldwide public health problem. It entails physical and psychological consequences and requires adaptation and change of lifestyle. Also, alterations in sexual function of men and women affected by such a disease, as well as decrease in libido are found in both sexes. **Objective:** to evaluate the performance and sexual satisfaction of women with chronic kidney disease and compare levels of performance and sexual satisfaction in the two main modalities of renal replacement therapy – hemodialysis and renal transplantation. **Method:** a descriptive cross-sectional study with 49 women enrolled in renal replacement therapy modalities (hemodialysis and renal transplantation) at Hospital de Base in the city of São José do Rio Preto - SP. For data collection, it was used data sheet containing socio-demographic information, scale for evaluation of sexual activity in women (SQ-F) and semi-structured interview. **Results:** 65,3% of collaborators have reported intense changes in body image after CKD, as well as decrease in libido and sexual performance. About 89,8% of collaborators present impairment in the SQ-F question regarding sexual desire. In the comparison between treatments, difference was significant in all SQ-F, except for question related to pain. When the total score of the instrument was evaluated, the group undergoing hemodialysis achieved a mean score of 39,0 (poor to unfavorable), and the kidney transplant group 70,0 (regular to good). Transplant collaborators has nine times greater chance (odds ratio – 9,2) of achieving better score in the instrument. **Conclusion:** the performance and sexual satisfaction of women with chronic kidney disease are impaired, which may be associated with different factors. In the

comparison between groups, this study demonstrated significantly better sexual functioning in the transplant group.

Keywords: Chronic kidney disease; Sexuality; Sexual function.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) tem recebido a atenção da comunidade científica devido sua elevada prevalência demonstrada em estudos recentes. Trata-se de um distúrbio comum de gravidade variável, considerada um problema de saúde pública mundial, onde a prevenção e a identificação precoce são extremamente importantes (Bastos & Kirsztajn, 2011; Levey & Coresh, 2012).

A doença renal ocorre quando os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais e levam a uma ruptura nas funções endócrinas e metabólicas, bem como a distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos (Ribeiro et al., 2008).

DRC é um termo utilizado para transtornos heterogêneos que afetam a estrutura e a função renal. A doença e o manejo são determinados de acordo com os estágios de gravidade, que são avaliados pela taxa de filtração glomerular e albuminúria, e pelo diagnóstico clínico (Levey & Coresh, 2012). Segundo a definição proposta pela National Kidney Foundation Americana (NKF), DRC é definida pela lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. É considerada crescente entre as doenças não transmissíveis em nível mundial. Hipertensão, diabetes mellitus e obesidade também estão entre as doenças não transmissíveis e são importantes fatores de risco associados a DRC (K/DOQI, 2002; Jha et al. 2013; Mello, Moreira & Batista, 2016).

No Brasil, em relação ao diagnóstico de base dos pacientes, os mais frequentes em 2016 foram: hipertensão arterial sistêmica (34%) e diabetes mellitus (30%), seguidos por glomerulonefrite crônica (9%) e rins policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 12% e foi indefinido em 11% dos casos (SBN, 2016).

Cabe destacar que a DRC é uma doença silenciosa e assintomática na maior parte do tempo, o que dificulta seu diagnóstico precoce. Quando seus sintomas aparecem, geralmente a função renal já está comprometida (Mello, Moreira & Batista, 2016).

Segundo Bereta, Centurião, Scabéllo e Moura-Ferreira (2009) mais de um milhão de pessoas têm suas vidas mantidas na ausência da função de um órgão vital, graças à terapia renal substitutiva (TRS). Os tratamentos disponíveis para as doenças renais são: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), hemodiálise (HD) e o transplante renal (TX). Os tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviando os sintomas da doença, porém, nenhum deles é curativo (Martins & Cesarino, 2005).

Segundo o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2016, o número total estimado de pacientes em diálise no país foi de 119.741. Este número representa um aumento de 27 mil pacientes nos últimos 6 anos (92.091 em 2010). O número estimado de pacientes em diálise em lista de espera para transplante renal é de 29.268 (24%) (SBN, 2016).

Ocorrem mudanças bruscas na vida dos pacientes, pois, estes tem que alterar de maneira significativa seus hábitos através de dietas, cuidados e limitações. Pode-se observar também, que os pacientes acometidos por DRC e que fazem hemodiálise, além das consequências psicológicas, sofrem alterações físicas que vão necessariamente refletir na imagem corporal (Raffs, 2010).

Segundo Ottaviani e Orlandini (2015) os pacientes com DRC em estágio terminal experimentam múltiplas perdas, resultando em estresse e refletindo na forma de enfrentamento da doença e na qualidade de vida.

As modificações no estilo de vida e dependência do tratamento dialítico podem desencadear alterações no comportamento, como diminuição da autoestima, da libido e outras alterações neuropsiquiátricas (Mendonça, Salvetti, Maia, Silva & Torres, 2015).

Segundo Bereta et al. (2009), são comumente encontradas alterações na função sexual e reprodutora de homens e mulheres acometidos pela DRC. Pode-se observar disfunção erétil nos homens, irregularidades menstruais nas mulheres e diminuição da libido em ambos os sexos.

Doença renal Crônica e Função Sexual

A sexualidade é uma função biológica humana que não se atém apenas à genitalidade, mas à corporalidade total. A função sexual é um fenômeno biopsicossocial complexo, no qual, estímulos internos e externos são modulados pelo sistema nervoso central e periférico, resultando em alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias que culminam no resultado sexual físico e cognitivo. Na atualidade, o comportamento sexual humano transcendeu o aspecto reprodutivo e passou a ser considerado parte integral da qualidade de vida (Vieira, Souza, Nakamura & Mattar, 2012).

A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (Collumbien, Busza, Cleland & Campbel, 2012).

Trata-se de uma condição humana que começa a se formar na infância, continua sendo construída na adolescência e se manifesta diferentemente nas várias fases da vida (Silva Lara, 2009).

Segundo Mendonça, Silva, Arrudai, Garcia-Zapata e Amaral (2012) a sexualidade pode ser vivenciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes,

valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos.

A Satisfação e a frequência de relações sexuais estão relacionadas com a qualidade de vida (QV). A literatura atual mostra um funcionamento sexual significativamente comprometido em pacientes com DRC, pois considera que a menor frequência de relações sexuais pode ser um indicador de baixa QV e que a disfunção sexual (DS) pode estar correlacionada com a saúde mental desfavorável (Pertuz, Castaneda, Rincon & Lozano, 2014).

A etiologia da disfunção sexual nos pacientes de pré-diálise e em diálise pode ser atribuída a alterações fisiológicas, comorbidades, tratamento e questões psicológicas (Raggi et al., 2012).

Segundo Cabral et al. (2015) a função sexual feminina recebeu pouca atenção e a relutância na discussão de questões sexuais continua sendo um obstáculo importante para a pesquisa clínica. Em comparação com o que se conhece do homem, é bastante insuficiente o conhecimento sobre o comportamento sexual da mulher. Desconhece-se em que proporção elementos de ordem biopsicossocioculturais se mesclam e atuam sobre o desempenho e a satisfação feminina, em diferentes etapas da vida sexual. Uma série de fatores contribui para esse conhecimento insuficiente: a anatomia genital da mulher, os preconceitos frente a esse tema, o ciclo menstrual (fase estrogênica e progesterônica) e o ciclo de vida feminino, cujas múltiplas etapas (menarca, ciclo gravídico-puerperal, climatério, menopausa, senilidade) influenciam e são influenciadas diferentemente pela função sexual (Abdo, 2014).

Poucos estudos abordam a função sexual e a diminuição da libido em mulheres com DRC. Pesquisas de qualidade de vida sugerem que as discussões sobre a função sexual e outras questões reprodutivas são um componente importante na avaliação psicossocial e que a

educação sobre a sexualidade na configuração da DRC é amplamente necessária (Anantharaman & Schmidt, 2007).

Masters e Johnson (1966) foram pioneiros nos estudos sobre a sexualidade humana, suas pesquisas levaram a base para a classificação das disfunções sexuais. Juntos desenvolveram o ciclo de resposta sexual masculina e feminina, um modelo linear composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Esses autores preconizaram que a resposta sexual provinha de estímulos internos, como pensamentos e fantasias e estímulos externos como, tato, olfato, audição, gustação e visão. Posteriormente Helen Kaplan (1979), pioneira no campo da terapia sexual, sugeriu um novo modelo de resposta sexual, o trifásico, composto por três fases: desejo, excitação e orgasmo, eliminando a fase de resolução, pois acreditava ser uma ausência de resposta sexual, em vez de parte do próprio ciclo. Também foi excluída a fase de platô, por associá-la a continuação da fase de excitação.

Em 2001, Rosemary Basson, psiquiatra canadense e sexóloga renomada, argumentou que a resposta sexual é diferente em ambos os sexos, e que a mulher apresentaria também um componente subjetivo. Dessa maneira, propôs um modelo não linear da sexualidade, ou seja, uma trajetória circular de resposta sexual humana em que fatores psicológicos, socioculturais, fisiológicos e de relacionamento influenciam a resposta sexual em diversos níveis. Basson, sugere que, ao iniciar a experiência sexual, a mulher deve ter motivação, a qual é encontrada na intimidade emocional com o parceiro a fim de seguir para a fase de desejo e excitação. No início do relacionamento, o desejo é espontâneo e no relacionamento duradouro ele é responsivo (Basson, 2015; Lett, 2017).

O modelo feminino é circular, cada uma das fases estimulando a próxima e sendo estimulada pela anterior, ou seja, em vez de progressão linear e sequencial (desejo, excitação e orgasmo), o ciclo de resposta sexual da mulher é constituído por elementos sexuais e não sexuais, os quais influenciam cada uma das fases. É requisito fundamental para

se considerar a existência de disfunção sexual, que haja: alteração, bloqueio ou inibição de uma ou mais dessas fases do ciclo da resposta sexual, incluindo prejuízo na experiência subjetiva do prazer, do desejo ou do desempenho esperado (Abdo, 2014).

Diversos fatores interferem negativamente na atividade sexual humana, desencadeando as disfunções sexuais (DS). DS são um grupo de transtornos heterogêneos tipicamente caracterizados por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa para responder sexualmente ou de sentir prazer sexual. É possível que um indivíduo apresente mais de uma DS ao mesmo tempo, havendo ainda disfunções específicas de cada gênero (APA, 2014).

Poucos estudos avaliaram a prevalência de DSF em mulheres no Brasil. A prevalência aumenta com a idade, multiparidade e menopausa, e são considerados fatores de risco importantes (Abdo, 2014; Graziottin & Basson, 2004).

As influências da menopausa na sexualidade são devidas as alterações orgânicas, psicossociais, interpessoais, culturais e situacionais. Os problemas sexuais mais relacionados com este período incluem declínio do desejo sexual, da afetividade com o parceiro, surgimento do transtorno da dor gênito-pélvica e secura vaginal, além da redução da atividade e da resposta sexual (Lett, 2017).

A etiologia das DS é multifatorial e pode estar relacionada a algumas causas orgânicas, como: doenças crônicas, câncer, gestação e puerpério, agentes farmacológicos, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas e outros fatores médicos, cirúrgicos ou traumáticos (Marques, Chedid & Eizerik, 2012).

Aspectos psicológicos e relacionais também desempenham papel fundamental no desenvolvimento e na manutenção das dificuldades sexuais, sejam elas estritamente psicogênicas, de origem orgânica ou mista. Constituem-se em fatores de risco para tais

disfunções a vulnerabilidade individual a doenças psiquiátricas e físicas, bem como o grau de dificuldade para desenvolver e manter vínculos de intimidade (Abdo, 2014).

Segundo Santos e Oliveira (2015) os fatores psicológicos com maior impacto na função sexual feminina são a depressão, a ansiedade, imagem corporal negativa, abuso sexual e a negligência emocional. Os fatores socioculturais que mais frequentemente causam ou mantêm a disfunção sexual são problemas de relacionamento, a disfunção sexual do parceiro, eventos geradores de estresse e contextos culturais ou religiosos inibidores da sexualidade.

A versão atualizada do Manual dos Transtornos Mentais (DSM-V) fragmentou o antigo capítulo Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero que deram origem a três novos capítulos: Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero e Transtornos Parafilicos. Algumas modificações também foram realizadas na nomenclatura de algumas DS femininas (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

As DS que podem acometer as mulheres são: o Transtorno do Orgasmo Feminino; Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino e o Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração (APA, 2014).

O transtorno do orgasmo feminino se caracteriza pela dificuldade de atingir o orgasmo e/ou pela intensidade muito reduzida das sensações orgásmicas. No Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminina deve haver ausência ou intensidade reduzida do interesse pela atividade sexual, dos pensamentos ou fantasias sexuais, iniciativa reduzida de atividade sexual, ausência/redução na excitação durante a atividade sexual, entre outros. Já o transtorno da dor gênitopélvica/penetração refere-se a quatro dimensões de sintomas comórbidos comuns: dificuldade para ter relações sexuais, dor gênitopélvica, medo de dor ou de penetração vaginal, e tensão dos músculos do assoalho pélvico. Os sintomas devem ser experimentados em aproximadamente 75 a 100% da atividade sexual e ter duração mínima de

aproximadamente seis meses. Assim como, apresentar sofrimento clinicamente significativo (APA, 2014).

Os anteriores diagnósticos de Vaginismo e Dispareunia do DSM-IV-TR foram somados para dar origem ao Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração, especialmente porque era muito frequente que os dois transtornos se apresentassem como condições comórbidas (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

Ferreira, Souza e Amorim (2007) realizaram um estudo transversal com 100 mulheres entre 20 a 39 anos, 36% delas referiam algum tipo de disfunção sexual. A anorgasmia (transtorno do orgasmo), seguida da dispareunia (transtorno da dor gênero-pélvica) e da disfunção do desejo, foram as disfunções mais frequentes.

Em um estudo realizado no Brasil observou-se que a prevalência de DS pode chegar a 46,2% na população em geral, sendo que, 16,4% das mulheres pesquisadas não têm vida sexual ativa, 34,6% apresentam falta de desejo sexual, 29,3% apresentam dificuldades de orgasmo e 21,1% desta população relatou dor na relação sexual. Identificaram também que entre mulheres jovens (com até 25 anos) a maior queixa sexual está relacionada à falta de desejo 23,4%. (Abdo, Oliveira, Moreira & Fittipaldi, 2002).

Devido à natureza multifatorial, que incluem fatores psicológicos, sociais, econômicos, biológicos, as disfunções sexuais femininas são extremamente complexas para avaliação (Mendonça et al., 2012).

Ao abordar a sexualidade feminina é necessário considerar a maneira como as mulheres se constroem enquanto sujeito, assim como, os conceitos de gênero e a identidade social. Para que seja possível refletir sobre tema de forma a acessar o contexto individual e coletivo das mulheres, é importante olhar a sexualidade como algo que estará sempre em desenvolvimento junto com o sujeito e do seu contexto sócio-histórico-cultural (Barreto, 2017).

OBJETIVO

Avaliar o desempenho e a satisfação sexual de mulheres portadoras de Doença Renal Crônica

Específico

Comparar os níveis desempenho e satisfação sexual nas duas principais modalidades de terapia renal substitutiva – hemodiálise e transplante renal.

MÉTODO

Participantes

Foram colaboradoras deste estudo 49 mulheres portadoras de Doença Renal Crônica em duas modalidades de terapia renal substitutiva (Hemodiálise e Transplante Renal). As participantes deveriam ser maiores de 18 anos e aceitarem participar da pesquisa, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado durante o período de Junho de 2016 a Outubro de 2017, no Hospital Base e Ambulatório de Especialidades do Hospital de Base/ FUNFARME na cidade de São José do Rio Preto – SP. A seleção da amostra se deu por conveniência.

Critério de inclusão:

- Pacientes em terapia renal substitutiva no Hospital de Base ou Ambulatório de Especialidades do Hospital de Base/ FUNFARME.
- Aceite participar da pesquisa.

Critérios de Exclusão:

- Transplantadas renais há menos de 6 meses .
- Pacientes com dificuldade de compreensão ou portadoras de transtorno psiquiátrico.
- Pacientes que não fossem sexualmente ativas.
- Menos de três meses em hemodiálise.

Materiais

- Termo de consentimento Livre e Esclarecido – APÊNDICE A

- Ficha de dados sociodemográficos, contendo informações sobre idade, escolaridade, estado civil, tipo de tratamento e tempo em tratamento renal substitutivo. APÊNDICE B
- Roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pela pesquisadora. A entrevista busca identificar a percepção das colaboradoras a respeito da imagem corporal, libido e vivência da sexualidade após o início da modalidade de terapia renal substitutiva. As quatro primeiras perguntas referem-se ao início do tratamento, as colaboradoras em transplante renal, remeteram-se à primeira modalidade de terapia renal substitutiva, em regra, o tratamento dialítico. Já as perguntas 5 e 6 referem-se a modalidade de tratamento atual. APÊNDICE B
- Quociente sexual (QS-F) versão feminina. Instrumento que analisa a função sexual e pode auxiliar no diagnóstico das disfunções sexuais femininas. É de fácil entendimento para a paciente, pois, utiliza-se uma linguagem acessível à população brasileira. Para o profissional de saúde, o instrumento auxilia a abordar o assunto de forma objetiva, oferecendo elementos essenciais ao raciocínio clínico. Por meio de dez questões autorresponsivas, o QS-F avalia todas as fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo), contemplando ainda outros aspectos, como: desejo, fantasias e interesse sexual (questões 1,2,8), preliminares (questão 3), excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4,5), conforto (questões 6,7), orgasmo e satisfação (questões 9,10). Avalia o desempenho e a satisfação sexual feminina de forma geral, pela soma dos escores de todas as questões, e por domínios dessa atividade, pela consideração individualizada dos escores atribuídos às questões pertinentes aos aspectos investigados. O resultado da soma das dez respostas

ao ser multiplicado por dois, resulta num índice entre 0 e 100. Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual. 82-100 pontos: bom a excelente; 62-80 pontos: regular a bom; 42-60 pontos: desfavorável a regular; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 0-20 pontos: nulo a ruim (Abdo, 2009, 2014). ANEXO I

Procedimento

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética responsável e somente após a aprovação a pesquisa foi desenvolvida. Após a autorização da Instituição, a entrevista foi realizada no Ambulatório de Especialidades e na Unidade de Diálise do Hospital de Base.

O ambulatório responsável pelo atendimento aos pacientes renais crônicos é o Ambulatório de Nefrologia, onde ocorrem as consultas médicas de retorno das pacientes transplantadas (G2 – TX Renal). A seleção das participantes ocorreu durante esses retornos ambulatoriais pós-transplante renal. As pastas com os prontuários eram selecionadas de maneira aleatória, após verificar o tempo do TX e a idade, a paciente era convidada a participar da pesquisa.

A Unidade de Diálise está localizada dentro do Hospital de Base e é composta por três salas onde são realizadas as sessões de hemodiálise. As salas apresentam formato circular e as poltronas são dispostas em torno da sala. A seleção das participantes ocorreu durante o tratamento dialítico: durante a sessão de hemodiálise, as pacientes foram abordadas de maneira aleatória, em sentido horário na sala de hemodiálise e foram incluídas de acordo com os critérios da pesquisa.

Destacou-se o caráter voluntário da participação do estudo, bem como a garantia de sigilo e anonimato. Também foi assegurado à participante o direito de desligar-se da pesquisa a qualquer momento que julgasse conveniente, sem prejuízo.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação da ficha de dados gerais. Em seguida, a entrevista composta de perguntas semiestruturadas e o Quociente Sexual Feminino (QS-F).

As colaboradoras receberam o suporte psicológico necessário durante a aplicação da pesquisa. Pacientes que apresentassem sofrimento clinicamente importante durante a realização da pesquisa seriam encaminhadas para o atendimento necessário (ex. avaliação e acompanhamento psicológico).

ANÁLISE DOS DADOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Os testes estatísticos foram realizados por meio do *software* SPSS - Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas, e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo foram apresentadas para as variáveis quantitativas. Para avaliar uma possível associação entre as variáveis qualitativas, o teste de independência (teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher) foi aplicado. A comparação entre grupos foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Além disso, um modelo de regressão logística simples foi ajustado a fim de identificar possíveis variáveis que influenciam no desfecho de interesse (pontuação acima de 60 no instrumento de avaliação da função sexual – QS-F). Em todos os testes foi fixado um nível de significância de 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Parecer de número 071456/2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados foram obtidos por meio dos dados sócio demográficos, da entrevista semiestruturada e do instrumento de avaliação de atividade e desempenho sexual - Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F).

Dados sócio demográficos

Foram colaboradoras da pesquisa 49 (100%) mulheres portadoras de doença renal crônica, com média de idade de 42 anos (idade mínima: 18 anos; máxima: 64 anos) inseridas em duas modalidades de terapia renal substitutiva, 28 (57,1%) em tratamento dialítico (G1 – Hemodiálise) e 21 (42,9%) em transplante renal (G2 – TX Renal). Em relação ao estado civil, a maioria era casada, 32 (65,3%) ou mantinha uma união estável 3 (8,2%). Quanto à escolaridade, 18 (36,7%) possuíam ensino fundamental incompleto, 11 (22,4%) ensino médio completo.

TABELA 1.

Idade das colaboradoras

Idade	Mínimo	Mediana	Máximo	<i>p</i>
Hemodiálise (28)	18	41,50	64	
Tx Renal (21)	21	43,00	53	0,928
Total (49)	18	42,00	64	

Foi aplicado o Teste Mann-Whitney que não apontou indícios de diferença significativa nas idades das colaboradoras inseridas nos grupos comparados.

Segundo o Censo mais recente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a faixa etária predominante atualmente dos pacientes em diálise no Brasil é 45 a 64 anos (43,6%) 57% são do sexo masculino e 43% do sexo feminino (SNB, 2016).

TABELA 2.

Características das colaboradoras quanto a modalidade de tratamento, estado civil e escolaridade.

Tratamento	Hemodiálise		TX Renal		Total		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
	28	57,1	21	42,9	49	100	
Estado Civil							
Solteira	4	14,3	4	19,0	8	16,3	0,407*
Casada	17	60,7	15	71,5	32	65,3	
União Estável	4	14,3	0	0	4	8,2	
Divorciada	2	7,1	2	9,5	4	8,2	
Viúva	1	3,6	0	0	1	2,0	
Escolaridade							
Não Alfabetizada	0	0	0	0	0	0	0,990*
Ens. Fund. Incompleto	11	39,3	7	33,3	18	36,8	
Ens. Fund. Completo	2	7,1	2	9,5	4	8,2	
Ens. Médio Incompleto	5	17,9	3	14,3	8	16,3	
Ens. Médio Completo	6	21,4	5	23,8	11	22,4	
Superior Incompleto	0	0	0	0	0	0	
Superior Completo	4	14,3	4	19,0	8	16,3	

*Foi aplicado teste de independência (Teste Exato de Fisher) para avaliar se o estado civil e a escolaridade possuíam relação com a variável tratamento. No entanto, valor encontrado não foi estatisticamente significativo, ou seja, não aponta relação entre as variáveis.

Entrevista semiestruturada

TABELA 3.

Percepção das colaboradoras a respeito da imagem corporal, libido e vivência da sexualidade após o início da terapia renal substitutiva.

	Hemodiálise		TX Renal		Total		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
1. Mudanças na autoimagem após a DRC							
A: De Maneira nenhuma	2	7,1	0	0	2	4,1	0,306
B: Um Pouco	4	14,3	4	19,0	8	16,3	
C: Moderadamente	3	10,7	4	19,0	7	14,3	
D: Bastante	13	46,4	13	62,0	26	53,1	
E: Extremamente	6	21,4	0	0	6	12,2	
2. Vergonha/ menos atraente devido às mudanças na autoimagem							
A: De Maneira nenhuma	3	10,7	4	19,0	7	14,3	0,116
B: Um Pouco	6	21,4	10	47,6	16	32,7	
C: Moderadamente	6	21,4	0	0	6	12,2	
D: Bastante	10	35,7	5	23,8	15	30,6	
E: Extremamente	3	10,7	2	9,5	5	10,2	
3. Diminuição da libido após a DRC							
A: Nenhuma	1	3,6	1	4,8	2	4,1	0,710
B: Leve	6	21,4	2	9,5	8	16,3	
C: Moderado	7	25,0	10	47,6	17	34,7	
D: Bastante	11	39,3	7	33,3	18	36,7	
E: Extremamente	3	10,7	1	4,8	4	8,2	
4. Mudanças no desempenho sexual após a DRC							
A: Nenhum	1	3,6	3	14,3	4	8,2	0,317
B: Leve	4	14,3	4	19,0	8	16,3	
C: Moderado	6	21,4	4	19,0	10	20,4	
D: Bastante	15	53,6	8	38,1	23	46,9	
E: Extremamente	2	7,1	2	9,5	4	8,2	
5. Satisfação sexual							
A: De Maneira nenhuma	6	21,4	4	19,0	10	20,4	0,025
B: Um Pouco	7	25,0	2	9,5	9	18,4	
C: Moderadamente	15	53,6	7	33,3	22	44,9	
D: Bastante	0	0	8	38,1	8	16,3	
E: Extremamente	0	0	0	0	0	0	
6. Classificação quanto a sexualidade							
A: Péssima	3	10,7	2	9,5	5	10,2	0,052
B: Ruim	3	10,7	3	14,3	6	12,2	
C: Regular	18	64,3	4	19,0	22	44,9	
D: Boa	3	10,7	11	52,4	14	28,6	
E: Ótima	1	3,6	1	4,8	2	4,1	

Na questão 1, que se refere às mudanças na autoimagem, 53,1% (26) das participantes identificaram a categoria “bastante” e 12,2% (6) “extremamente” após a DRC. Ou seja, 65,3% identificaram mudanças significativas na imagem corporal. Na questão 2, 32,7% (16) da amostra refere sentir-se “um pouco” envergonhada ou menos atraente devido às mudanças na autoimagem após a DRC, já 30,6% (15) referem a categoria “bastante” em relação aos sentimentos de vergonha e diminuição do senso de atratividade. A questão 3, investiga a diminuição da libido, cerca de 36,7% (18) das colaboradoras classificaram a categoria “bastante” à respeito da vivência da diminuição do desejo sexual e 34,7% (17) classificaram como “moderadamente”.

O ciclo de resposta sexual pode ser influenciado negativamente por fatores psicológicos, como: ansiedade, baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas, histórico de abuso, qualidade do relacionamento, entre outros. Assim como, os fatores biológicos, incluindo a depressão e a fadiga decorrente de alguma condição médica, como insuficiência renal (Mendonça, et al., 2012).

A questão 4 investiga mudanças no desempenho sexual após a DRC, 46,9% (23) identificaram “bastante” mudanças quanto ao desempenho sexual. A questão 5 questiona a satisfação sexual das participantes, 44,9% (22) relata a categoria “moderada”. Na questão 6, 44,9% (22) das participantes classificaram a sexualidade como regular.

Em relação às doenças e os medicamentos que podem prejudicar a função sexual feminina, citam-se: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, dislipidemia, hipo/hipertireoidismo, câncer, insuficiência hepática, insuficiência renal, esclerose múltipla e doenças degenerativas. Já os medicamentos são: estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, neurolépticos, ansiolíticos (benzodiazepínicos), antidepressivos

tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores seletivos da recepção de serotonina (ISRS), diuréticos, anti-hipertensivos, drogas de adição, hormônios (Abdo, 2014).

Devido a diabetes mellitus e a hipertensão serem fatores de risco associados à DRC (SBN, 2016), é frequente que os paciente em TRS possuam comorbidades com outras doenças crônicas e façam uso de medicamentos que também possam influenciar no funcionamento sexual.

Estudos demonstram também a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão nesses pacientes, o que também pode ser considerado como fator relacionado. Ou seja, como já descrito, a causa de disfunção sexual em portadores de DRC é multifatorial e pode estar ligada a diversos aspectos, como os de ordem emocional.

De acordo com Ozcan et al. (2015) a deficiência cognitiva, ansiedade e depressão são problemas importantes para pacientes com DRC e podem estar relacionadas a vários fatores, como: complicações da hemodiálise/diálise peritoneal, encefalopatia urêmica, carga psicossocial da doença e várias comorbidades em pacientes com DRC. O transplante renal bem sucedido melhora o sistema renal, endócrino, metabólico e vascular, as funções cognitivas e a qualidade de vida dos pacientes.

Por meio do teste estatístico, verificou-se que a distribuição das respostas referente à questão cinco, é diferente em relação aos dois grupos ($p=0,025$). Sendo que G2 – TX Renal, apresenta níveis de satisfação sexual superiores à G1 – Hemodiálise.

Diversas pesquisas que indicam que o transplante renal, quando bem sucedido, dentre as possíveis modalidades terapêuticas para portadores de DRC, é a que propicia menores índices de morbidade, menor mortalidade e melhor qualidade de vida (Andrade, Sesso & Diniz, 2015).

Segundo Garcia, Pereira e Garcia (2015) após a realização do TX renal, o paciente necessita de tratamento contínuo com imunossupressores com objetivo de evitar a rejeição

aguda ou crônica do órgão transplantado e propiciar o aumento da sobrevida do enxerto. O uso dos imunossupressores varia conforme os protocolos de cada centro de transplante, no entanto os mais utilizados são ciclosporina, tacrolimo, azatioprina, micofenolato de sódio ou micofenolato de mofetila e prednisona. Em relação a esses principais imunossupressores não foram encontrados descritos na literatura indícios de relação direta com o surgimento de disfunções sexuais (Hardinger & Brennan, 2018).

Em pesquisa que analisou os aspectos físicos da qualidade de vida (QV) antes e após o TX, observou-se melhora significativa em todos os aspectos físicos da qualidade de vida, evidenciando uma percepção mais positiva após o transplante. Este achado pode ser explicado pela melhora em todos os aspectos que englobam o domínio físico do paciente. A redução de sintomas, como dor e fadiga e a menor dependência do tratamento facilitam a retomada das atividades cotidianas após o transplante. A melhora do padrão do sono, a facilidade na locomoção e a melhora na capacidade para o trabalho e atividades de vida diária também contribuem para a melhor percepção de QV geral observada após a efetivação do transplante renal (Mendonça, Salvetti, Maia, Silva & Torres, 2015).

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

A tabela 4 apresenta os resultados encontrados na população estudada, analisados individualmente, de acordo com cada domínio da função sexual.

TABELA 4.

Avaliação dos domínios da função sexual

QUESTÃO 1 Desejo/Interesse sexual	Hemodiálise		TX Renal		Total		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
0. Nunca	6	21,4	1	4,8	7	14,3	
1. Raramente	12	42,9	7	33,3	19	38,8	

2. Às vezes	8	28,6	10	47,6	18	36,7	0,043
3. 50% das vezes	1	3,6	1	4,8	2	4,1	
4. A maioria da vezes	1	3,6	2	9,5	3	6,1	
5. Sempre	0	0	0	0	0	0	
QUESTÃO 2							
Desejo/Interesse sexual							
0. Nunca	4	14,3	1	4,8	5	10,2	0,007
1. Raramente	9	32,1	1	4,8	10	20,4	
2. Às vezes	8	28,6	7	33,3	15	30,6	
3. 50% das vezes	3	10,7	5	23,8	8	16,3	
4. A maioria da vezes	4	14,3	7	33,3	11	22,4	
5. Sempre	0	0	0	0	0	0	
QUESTÃO 3							
Preliminares							
0. Nunca	3	10,7	1	4,8	4	8,2	0,007
1. Raramente	8	28,6	1	4,8	9	18,4	
2. Às vezes	2	7,1	1	4,8	3	6,1	
3. 50% das vezes	8	28,6	5	23,8	13	26,5	
4. A maioria da vezes	5	17,9	9	42,9	14	28,6	
5. Sempre	2	7,1	5	23,8	6	12,2	
QUESTÃO 4							
Excitação pessoal							
0. Nunca	3	10,7	0	0	3	6,1	0,019
1. Raramente	7	25,0	3	14,3	10	20,4	
2. Às vezes	7	25,0	4	19,0	11	22,4	
3. 50% das vezes	5	17,9	1	4,8	6	12,2	
4. A maioria da vezes	3	10,7	10	47,6	13	26,5	
5. Sempre	3	10,7	3	14,3	6	12,2	
QUESTÃO 5							
Excitação pess/Parceiro							
0. Nunca	0	0	0	0	0	0	0,002
1. Raramente	12	42,9	2	9,5	14	28,6	
2. Às vezes	6	21,4	3	14,3	9	18,4	
3. 50% das vezes	3	10,7	2	9,5	5	10,2	
4. A maioria da vezes	6	21,4	11	52,4	17	34,7	
5. Sempre	1	3,6	3	14,3	4	8,2	
QUESTÃO 6							
Conforto/Penetração							
0. Nunca	4	14,3	0	0	4	8,2	0,004
1. Raramente	5	17,9	2	9,5	7	14,3	
2. Às vezes	5	17,9	2	9,5	7	14,3	
3. 50% das vezes	7	25,0	2	9,5	9	18,4	
4. A maioria da vezes	5	17,9	13	62,0	18	36,7	
5. Sempre	2	7,1	2	9,5	4	8,2	

QUESTÃO 7								
Conforto/Dor								
0. Nunca	2	7,1	5	23,8	7	14,3	0,097	
1. Raramente	9	32,1	6	28,6	15	30,6		
2. Às vezes	9	32,1	8	38,1	17	34,7		
3. 50% das vezes	4	14,3	1	4,8	5	10,2		
4. A maioria da vezes	2	7,1	1	4,8	3	6,1		
5. Sempre	2	7,1	0	0	2	4,1		
QUESTÃO 8								
Desejo/Interesse sexual								
0. Nunca	7	25,0	2	9,5	9	18,4	0,016	
1. Raramente	8	28,6	4	19,0	12	24,5		
2. Às vezes	3	10,7	1	4,8	4	8,2		
3. 50% das vezes	4	14,3	1	4,8	5	10,2		
4. A maioria da vezes	5	17,9	12	57,1	17	34,7		
5. Sempre	1	3,6	1	4,8	2	4,1		
QUESTÃO 9								
Orgasmo/Satisfação								
0. Nunca	4	14,3	2	9,5	6	12,2	0,028	
1. Raramente	10	35,7	3	14,3	13	26,5		
2. Às vezes	6	21,4	4	19,0	10	20,4		
3. 50% das vezes	3	10,7	3	14,3	6	12,2		
4. A maioria da vezes	4	14,3	4	19,0	8	16,3		
5. Sempre	1	3,6	5	23,8	6	12,2		
QUESTÃO 10								
Orgasmo/Satisfação								
0. Nunca	6	21,4	0	0	6	12,2	0,0001	
1. Raramente	13	46,4	2	9,5	15	30,6		
2. Às vezes	4	14,3	7	33,3	11	22,4		
3. 50% das vezes	2	7,1	1	4,8	3	6,1		
4. A maioria da vezes	2	7,1	11	52,4	13	26,5		
5. Sempre	1	3,6	0	0	1	2,0		

A questão 1, em relação ao desejo sexual, cerca de 38,8% (19) do total das colaboradoras classificaram como “raramente” se lembrarem ou pensarem em sexo. A categoria “às vezes” aparece com 36,7% (18) e “nunca” com 14,3% (7). Ou seja, 89,8% das mulheres entrevistadas estão abaixo da média, podendo indicar um prejuízo neste domínio da função sexual, segundo o instrumento utilizado.

De acordo com o Modelo Circular da resposta sexual feminina proposto por Basson (2002), para muitas mulheres, em vez de impulso biológico, o desejo por intimidade é o desencadeador do ciclo de resposta sexual. Ou seja, muitas mulheres iniciam a experiência sexual em estado de neutralidade. Nessa condição, ela encontra motivação na busca da intimidade emocional, demonstrada por meio da necessidade de maior proximidade, compromisso, compartilhamento, carinho e tolerância. Em contra partida, as experiências negativas anteriores podem afetar sua disponibilidade, fazendo com que a mulher evite a estimulação sexual.

Segundo Shifren, Mons e Russo (2008) os problemas sexuais são comuns em mulheres e homens e podem ocorrer em qualquer idade. Nos Estados Unidos, aproximadamente 40% das mulheres têm preocupações sexuais e 12% relatam problemas sexuais que classificam como angustiantes.

Estudos recentes relatam que grande proporção de mulheres em diálise podem apresentar alguma disfunção sexual. Em 2010, Seethala et al. realizaram uma pesquisa com 66 mulheres em tratamento dialítico e descobriram que 80% (53) apresentavam sintomas associados a disfunção sexual (Mor et al., 2014; Seethala, Hess, Bossola, Unruh & Weisbord, 2010).

Quanto ao interesse sexual, referente à segunda questão, 30,6% (15) relataram que apenas “às vezes” têm interesse por sexo suficiente para participar de uma relação sexual com vontade e 20,4% (10) raramente. No entanto, 22,4% (11) referiram interesse suficiente na “maioria das vezes”. Em relação às preliminares, terceira questão, 28,6% (14) consideram que na “a maioria das vezes” as preliminares estimulam a continuar a relação sexual e 26,5 (13) em “50% das vezes”.

Em pesquisa realizada no Brasil, uma em cada dez mulheres se queixa de absoluta falta de desejo sexual, 26,2% não conseguem alcançar o orgasmo, 26,6% têm dificuldade

para se excitar e 17,8% apresenta dor gênito-pélvica. Essas médias variam conforme a faixa etária estudada. Dessa forma, a dificuldade de excitação atinge 28,0% das mulheres brasileiras entre 18 e 25 anos, enquanto são acometidas 38,1% daquelas acima de 60 anos (Abdo, Valadares, Oliveira, Scanavino & Afif-Abdo, 2010; Abdo, 2004).

Pode-se perceber que os índices de DS na população sem doença renal crônica também são frequentes, no entanto, apresentam menor proporção em relação as mulheres portadoras de DRC.

A questão 4 aborda a excitação pessoal, 26,5% (13) das mulheres “a maioria das vezes” ficam lubrificadas durante a relação sexual, 22,4% (11) “às vezes” conseguem ficar lubrificadas e 20,4% (10) raramente. A questão seguinte demonstra a sintonia com o parceiro, pode-se observar que 34,7% (17) da amostra, aponta para a categoria “a maioria das vezes” e 28,6 (14) referem “raramente”, ou seja, à medida que a excitação do parceiro aumenta, elas raramente sentem-se mais estimuladas para o sexo.

A excitação sexual na mulher é muito mais uma excitação mental da apreciação do estímulo sexual como um todo, e menos uma excitação consciente das mudanças genitais. Apesar do modelo de Basson possibilitar a incorporação do desejo espontâneo, ele descreve o desejo como um ciclo responsivo, relatando a motivação sexual baseada na intimidade, o que facilita aos profissionais da área da sexualidade entenderem essa via acessada por muitas mulheres (Basson, 2002; Glina & Ankier, 2013).

Em estudo realizado por Strippoli (2012) 128 de 232 (55%) das mulheres sexualmente ativas inseridas na modalidade de hemodiálise, relataram disfunção sexual, que pode ser associada com idade, sintomas depressivos, menopausa, baixa albumina sérica e terapia diurética. Este estudo descritivo sugere que a maioria das mulheres em hemodiálise podem experimentar problemas sexuais.

A associação entre humor depressivo e disfunção sexual é bidirecional. Apesar da dificuldade em afirmar a exata direção da causalidade, uma vez instaladas a depressão e a disfunção sexual, sabe-se que transtornos do humor são fatores de risco para eclosão e a manutenção da disfunção sexual. Por sua vez, a disfunção sexual se intensifica pelos efeitos adversos da maioria dos antidepressivos (Abdo, 2014).

A sexta questão está relacionada ao conforto, “a maioria das vezes”, 36,7% (18), as participantes conseguem relaxar para facilitar a penetração. Ainda relacionado ao conforto, na sétima questão, 34,7% (17) “às vezes” apresentam dor durante a relação sexual e 30,6% (15) raramente.

Assim como as questões 1 e 2, a oitava questão está relacionada ao desejo e ao interesse sexual. 34,7% (17) das participantes, na “maioria das vezes”, conseguem se envolver e não se distrair durante a relação sexual, já 24,5% (12) “raramente” consegue.

Na questão 9, que investiga o alcance do orgasmo, 26,5% (13) referem “raramente” conseguir alcançar o prazer máximo. 20,4% (10) “às vezes” e 12,2% (6) “nunca”. A última questão avalia o grau de satisfação das mulheres quanto à sexualidade, pode-se observar que 30,6 “raramente” adquirem satisfação suficiente para ter vontade de fazer sexo outras vezes ou em outros dias. 22,4% (11) “às vezes” obtêm satisfação e 12,2% (6) “nunca”. Nota-se que 65,2% apresentam índices inferiores a 50%. No entanto, 26,5% (13) das colaboradoras apontam que “a maioria das vezes” sentem-se satisfeitas.

Fatores interpessoais não sexuais determinam a disponibilidade da mulher para o ato sexual. Segundo Basson, a mulher visando obter um conjunto de recompensas que aumentem a intimidade emocional com o parceiro, procura estímulos sexuais, entra na experiência sexual, sente excitação psicológica e o desejo sexual, que levam à excitação sexual e a satisfação física e emocional. Quando essa satisfação ocorre, eleva-se também a sensação de intimidade (Basson, 2002; Glina & Ankier, 2013).

Em um estudo nacional realizado com mais de sete mil indivíduos, quase um terço da população feminina em idade reprodutiva apresenta dificuldades para o orgasmo e aproximadamente 10% têm inibição do desejo (Abdo, Valadares, Oliveira Jr, & Scanavino, 2010).

Na comparação entre os tratamentos de hemodiálise e transplante renal, a diferença foi significativa em todas as questões do QS-F (1- $p=0,043$; 2- $p=0,007$; 3- $p=0,007$; 4- $p=0,019$. 5- $p=0,002$; 6- $p=0,004$; 8- $p=0,016$; 9- $p=0,028$; 10- $p=0,0001$), exceto na questão sete que está relacionada à dor. (Tabela 4). Há indícios para afirmar que o padrão de respostas difere entre os grupos. O que pode representar um melhor funcionamento sexual nas mulheres transplantadas (G2) nos domínios da atividade sexual e seus correlatos psicofísicos, o que corrobora com a literatura atual.

Segundo os autores Suzuki, Nishimatsu, Oba, Takahashi e Homma (2014) a disfunção erétil é uma disfunção sexual masculina muito comum em pacientes com DRC. Apresenta causas multifatoriais que incluem fatores hormonais, metabólicos, nutricionais e psicológicos. O TX renal pode restaurar a função erétil, principalmente em pacientes jovens. Assim como, em mulheres, o TX como modalidade terapêutica, possibilita taxas de fertilidade aproximadamente 4 vezes superiores às de pacientes em diálise (Ferreira, Ferreira, Machado, Santos & Montenegro, 2017).

A tabela 5 demonstra os resultados obtidos por meio da soma das dez questões do instrumento QS-F, analisados de maneira geral, obtendo uma pontuação que foi submetida a análise estatística. Assim como, a mediana referente aos pontos alcançados por G1 e G2.

TABELA 5.

QS-F score total

	G1 - Hemodiálise 28		G2- TX Renal 21		Total 49		<i>p</i>
Total de Pontos QS-F	N	%	N	%	N	%	
Nulo a ruim	6	21,4	0	0	6	12,2	
Ruim a desfavorável	12	42,9	2	9,5	14	28,6	<0,0001
Desfavorável a regular	5	17,9	5	23,8	10	20,4	
Regular a bom	4	14,3	13	61,9	17	34,7	
Bom a excelente	1	3,6	1	4,8	2	4,1	
Pontuação QSF	Mínimo		Mediana		Máximo		<i>p</i>
G1 - Hemodiálise (28)	12		39,00		84		
G2 - Tx Renal (21)	24		70,00		84		<0,0001
Total (49)	12		48,00		84		

O estudo realizado por Abdo em 2006 sobre a elaboração e validação do QS-F, analisou os escores individuais das mulheres inseridas nas duas amostras e observou-se que as portadoras de disfunção sexual pontuaram entre 8 e 48, enquanto as mulheres sem disfunção sexual tiveram escore igual ou superior a 84. Estabeleceu-se um ponto de corte em 60 como forma de rastreamento para a disfunção sexual feminina.

Pode-se verificar que a distribuição das respostas é distinta entre os grupos de tratamento. Sendo que G2 – TX Renal apresentou resultados significativamente melhores que G1 – Hemodiálise, alcançando a pontuação acima de 60, que representa funcionamento sexual de regular a bom, segundo o instrumento utilizado.

Alvares et al. (2013) comparou a qualidade de vida das pessoas em TRS submetidas à hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal com amostra de 3.036 pessoas inseridas nessas três modalidades de tratamento. Os resultados mostraram que as pessoas que realizaram transplante renal têm a melhor qualidade de vida.

Foi ajustado um modelo de regressão logística simples para quantificar a associação entre o tipo de tratamento e o instrumento de avaliação QS-F, essa associação é estimada por meio da razão de chances. O objetivo foi investigar se o tipo de tratamento poderia influenciar na melhor pontuação no instrumento. Para isso foi criada uma variável a partir do

escore total, ou seja, ≤ 60 e > 60 . Com a finalidade de identificar se o tratamento pode estar relacionado ao escore acima de 60 pontos.

TABELA 6.

Associação entre a modalidade de tratamento e o QS-F

Tratamento	≤ 60		> 60		Total	
	N	%	N	%	N	%
G1 - Hemodiálise	(23)	76,7	(5)	26,3	(28)	57,1
G2 – TX Renal	(7)	23,3	(14)	73,7	(21)	42,9
Total	(30)	61,2	(19)	38,8	(49)	100

Variável	Categoria	Odds Ratio	IC (95%)	p
Tratamento	G1- Hemodiálise	Referência		
	G2- TX Renal	9,2	2,4 – 34,6	0,001

A razão de chances estimada de G2 obter pontuação superior a 60 pontos no instrumento é 9,2 vezes maior do que o G1. Ou seja, as colaboradoras inseridas na modalidade de TRS – Transplante, apresentam maior probabilidade de alcançarem melhor escore no instrumento, que representa um funcionamento sexual mais favorável.

Este modelo de regressão logística simples também foi aplicado a idade das participantes e comparado com a pontuação atingida entre os grupos, no entanto, pode-se observar que a idade apesar de ser fator importante, não é determinante na diferença da pontuação nos grupos ($p=0,965$). Pode-se perceber que a variável tratamento é fator significativo para a melhor pontuação no QS-F.

Segundo Alvares et al. (2013) o TX renal reduz as comorbidades, estende a vida e a qualidade de vida para a maioria dos pacientes com DRC. Ozcan, et al (2015) realizaram um estudo com 181 pacientes portadores de DRC: 54 em hemodiálise, 58 em diálise peritoneal e 69 em TX renal, foram avaliados sintomas de ansiedade e depressão e funções cognitivas. Pode-se observar que pacientes transplantados têm melhores resultados cognitivos e de regulação do humor do que pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal.

Segundo Lett (2017) o desejo, o desempenho e a satisfação sexual têm sido correlacionados com fatores psicossociais, culturais, comportamentais, interpessoais, além de fatores relacionados ao envelhecimento, como o surgimento de doenças crônicas e o estresse delas decorrente. Fatores psicogênicos ou orgânicos de diferentes naturezas respondem pelo desencadeamento e pela manutenção da disfunção sexual feminina, independentemente da condição hormonal. São eles: baixa autoestima, autoimagem negativa, sentimento de rejeição ao parceiro e saúde geral deficitária (Abdo, 2014).

Pode-se perceber o prejuízo na função sexual das mulheres com DRC, sendo este prejuízo pode ser associado a diferentes fatores, como: aspectos presentes nas doenças crônicas, tipo de TRS, comorbidades, fator hormonal, fatores sociais e psicológicos.

Este estudo, assim como a literatura atual, aponta para um funcionamento sexual melhor das portadora de DRC na modalidade de transplante renal em relação ao tratamento dialítico. Sendo a sexualidade um fator integrante da qualidade de vida, pode-se considerar que melhores índices de satisfação e desempenho sexual, podem ser indicadores de melhor qualidade de vida para o paciente.

As colaboradoras do estudo não referiram terem sido abordadas a respeito deste tema pelos profissionais de saúde que as acompanham. Pode-se perceber a necessidade de um olhar mais abrangente para os diferentes aspectos da qualidade de vida e de saúde, que incluam a sexualidade como parte integrante do atendimento.

A educação tradicional não prepara os profissionais para discutir sexualidade. As dificuldades, muitas vezes, devem-se a emoções negativas dos próprios profissionais, que frequentemente alegam incapacidade e falta de tempo para abordar o assunto. Aconselhamento e ajuste do estilo de vida, bem como intervenção adequada nos fatores de risco, são os primeiros passos para uma abordagem holística em relação ao tratamento eficaz das disfunções sexuais (Marques, Chedid & Eizerik, 2012).

CONCLUSÃO

Pode-se identificar que o desempenho e a satisfação sexual das mulheres portadoras de doença renal crônica encontram-se prejudicados, o que corrobora com a literatura e pesquisas realizadas em outros centros. Este prejuízo pode ser associado a diferentes fatores, como: aspectos presentes nas doenças crônicas, tipo de TRS, comorbidades, fator hormonal, fatores sociais e psicológicos.

A análise da entrevista semiestruturada apontou que 65,3% das colaboradoras identificaram mudanças intensas na imagem corporal após a doença renal crônica. Assim como, diminuição na libido e no desempenho sexual. A respeito da satisfação sexual, foram encontrados indícios de diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo de transplante renal apresentou índices de satisfação sexual superiores.

De acordo com o QS-F analisado por domínios, 89,8% das colaboradoras apresentaram prejuízo na primeira questão referente ao domínio do desejo sexual. Na comparação entre as modalidades de terapia renal substitutiva, a diferença foi significativa em todas as questões do QS-F, exceto na questão sete relacionada à dor. O que pode representar um melhor funcionamento sexual nas mulheres transplantadas nos domínios da atividade sexual e seus correlatos psicofísicos.

Quando avaliado pelo escore total do instrumento, o grupo em tratamento hemodialítico alcançou a pontuação média de 39,0 sendo categorizada como ruim a desfavorável, no entanto, a pontuação média atingida pelo grupo de transplante renal foi de 70,0, o que significa um desempenho de regular a bom. Este resultado também foi significativo estatisticamente. Pode-se concluir que a variável tratamento é fator significativo para a melhor pontuação no QS-F.

As colaboradoras inseridas na modalidade de transplante apresentam maior probabilidade (odds ratio – 9,2) de alcançarem escore superior a 60 no instrumento.

Este demonstrou um funcionamento sexual significativamente melhor no grupo inserido na modalidade de TRS transplante em comparação a hemodiálise. O transplante renal mostrou-se o tratamento mais eficaz para preservar e reabilitar a boa função sexual.

A sexualidade é um fator integrante da qualidade de vida, deste modo, pode-se considerar que melhores índices de satisfação e desempenho sexual, podem colaborar com o aumento da qualidade de vida para a paciente.

Diante dos resultados obtidos recomenda-se que a avaliação e o diagnóstico das disfunções sexuais femininas sejam realizados regularmente nas pacientes com doença renal crônica.

O presente estudo teve como limitação o tamanho reduzido da amostra, ainda assim apontou importantes fatores relacionados à sexualidade.

Este estudo contribuirá para futuras pesquisas sobre o tema, ampliando o conhecimento a respeito da sexualidade associada à doença renal crônica.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N., Oliveira, W. M. Jr., Moreira, E. D., Fittipaldi, J. A. S. (2002). *Perfil Sexual da População Brasileira: resultados dos Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro*. Moreira Jr, 250-57.
- Abdo, C. H. N. (2004). *Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos*. São Paulo: Summus.
- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*, 63(9), 477-482.
- Abdo, C. H. N. (2009). Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn. Tratamento*, 14(2): 89-1.
- Abdo, C. H., Valadares, A. L., Oliveira, W. M. Jr., Scanavino, M. T., Afif-Abdo, J. (2010). Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*, 17(6), 1114-21.
- Abdo, C. (2014). *Sexualidade humana e seus transtornos*. Leitura Médica, 5 ed, 1-367.
- Alvares, J., Almeida, A. M., Szuster, D. A. C., Gomes, I. C., Andrade, E. I. G., Acurcio, F. D. A., & Cherchiglia, M. L. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1903-1910.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-V)*, Porto Alegre. Artmed.
- Anantharaman, P., & Schmidt, R. J. (2007). Sexual function in chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*, 14(2), 119-125.

- Andrade, S. V., Sesso, R., & Diniz, D. H. D. M. P. (2015). Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(1), 55-63.
- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Barreto, A. P. P. (2017). As repercussões da psicoterapia cognitivo-comportamental na função sexual e qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual: uma análise qualitativa. (Dissertação de Mestrado). Salvador, BA, Brasil.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*, 27(1), 33-43.
- Basson, R. (2015). Human sexual response. *Handb Clin Neurol*, 130, 11-18.
- Basson R. (2002). Women's sexual desire – disordered or misunderstood? *J Sex Marital Ther*, 28(1): 17-28.
- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*, 33(1), 93-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>
- Bereta, R., Centurião, E. C., Scabéllo, W. N., & Moura-Ferreira, M. C. (2009). Aspectos psicossocial e sexuais no paciente renal em tratamento hemodialítico. *CuidArte, Enferm*, 3(1), 34-40.
- Cabral, J. F., Cavadas, V., Ramos, M. S., Fraga, A., Martins, M. L. S., Rocha, A., & Branco, F. (2015). Female sexual function and depression after kidney transplantation: comparison between deceased-and living-donor recipients. In *Transplantation proceedings*, 47(4), 989-991. Elsevier.

- Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2016). São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2016. Recuperado de <https://sbn.org.br/>.
- Collumbien, M., Busza, J., Cleland, J., & Campbell, O. (2012). *Social science methods for research on sexual and reproductive health*. Geneva: WHO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44805/1/9789241503112_eng.pdf.
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 7(2), 143-50.
- Ferreira, C., Ferreira, H., Machado, A. P., Santos, J., & Montenegro, N. (2017). Gravidez após transplante renal: interação entre a gestação e o enxerto. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 11(3), 168-173.
- Garcia, C. D., Pereira, J. D., & Garcia, V. D. (2015). *Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos*. São Paulo, Segmento Farma.
- Glina, S., & Anker, C. (2013). *Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia*. Grupo Gen-Livraria Santos Editora.
- Graziottin, A., Basson, R. (2004). Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause*, 11(6), 766-77.
- Hardinger, K. Brennan, D. C. (2018). Maintenance immunosuppressive therapy in renal transplantation in adults. Uptodate. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/maintenance-immunosuppressive-therapy-in-renal-transplantation-in-adults>
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., & Yang, C. W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260-272.
- Kaplan, H. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

- K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*; 39(Suppl2), 1-246.
- Lett, C. R. D. A. (2017). Idade à menopausa e associação com disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo populacional domiciliar. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.
- Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165-180.
- Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 670-676.
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2012). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3/6).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. *Human sexual response*. Toronto: Bantam; 1966.
- Mello, D. B., Moreira, M. C. N., & Batista, L. E. (2016). O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dívida na construção da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 206-217.
- Mendonça, C. R. D., Silva, T. M., Arrudai, J. T., Garcia-Zapata, M. T. A., & Amaral, W. N. D. (2012). Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, Jul/Ago, 40(4).
- Mendonça, A. E. O., Salvetti, M. G., Maia, E. M. C., Silva, A. C. O., & Torres, G. V. (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1).
- Mor, M. K., Sevic, M. A., Shields, A. M., Green, J. A., Palevsky, P. M., Arnold, R. M., & Weisbord, S. D. (2014). Sexual function, activity, and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(1), 128-134.

- Ottaviani, A. C.; & Orlandini, F. S. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação do Kidney Disease Loss Scale para o contexto brasileiro. *J Bras Nefrol*, 38(3), 296-300.
- Ozcan, H., Yucel, A., Avşar, U. Z., Çankaya, E., Yucel, N., Gözübüyük, H., & Aydınlı, B. (2015). Kidney transplantation is superior to hemodialysis and peritoneal dialysis in terms of cognitive function, anxiety, and depression symptoms in chronic kidney disease. In *Transplantation proceedings*, 47(5), 1348-1351. Elsevier.
- Pertuz, W., Castaneda, D. A., Rincon, O., & Lozano, E. (2014). Sexual dysfunction in patients with chronic renal disease: Does it improve with renal transplantation?. In *Transplantation proceedings*, 46(9), 3021-3026. Elsevier.
- Raggi, M. C., Siebert, S. B., Friess, H., Schremmer-Danninger, E., Thorban, S., & Dinkel, A. (2012). Sexual and relationship functioning before and after renal transplantation: a descriptive study with patients and partners. *Scand J Urol Nephrol*, 46(431).
- Raffs, K. C. (2010). *A percepção dos pacientes com insuficiência renal crônica sobre sua sexualidade*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, SC, Brasil.
- Ribeiro, R. C. H. M., Oliveira, G. A. S. A., Ribeiro, D. F., Bertolin, D. C., Cesarino, C. B., Lima, L. C. E. Q., & Oliveira, S. M. D. (2008). Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Acta Paul Enferm*, 21, 207-11.
- Santos, S. R., & Oliveira, C. M. (2015). Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(5), 351-353.
- Seethala, S., Hes,s R., Bossola, M., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2010). Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodial Int*, 14(1), 55–60.

- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, *112*(5), 970-978.
- Strippoli, G. F., Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group. (2012). Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *7*(6), 974-981.
- Suzuki, E., Nishimatsu, H., Oba, S., Takahashi, M., & Homma, Y. (2014). Chronic kidney disease and erectile dysfunction. *World journal of nephrology*, *3*(4), 220.
- Silva Lara, L. A. (2009). Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*, *31*(12), 583-5.
- Vieira, T. C. B., Souza, E. D., Nakamura, M. U., & Mattar, R. (2012). Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *34*(11), 485-7.

APÊNDICE A

Título do estudo: **SEXUALIDADE DE MULHERES RENAIAS CRÔNICAS**



Você está sendo convidada para participar deste estudo científico porque apresenta uma doença renal crônica e poderá contribuir para aumentar o conhecimento a respeito do tema por meio de suas vivências sobre o tratamento. O estudo tem o título “Sexualidade de Mulheres Renais Crônicas”

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento que você.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo deste estudo é compreender o desempenho e a satisfação sexual de mulheres portadoras de Doença Renal Crônica. O motivo é levantar dados sócio demográficos e conhecer melhor como você se sente em relação a sua sexualidade.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidada pessoalmente para participar da pesquisa e será agendado o horário mais conveniente para você, caso aceite participar.

O estudo será realizado da seguinte maneira: em um único encontro em que será realizada entrevista com perguntas sobre o seu



tratamento e sua sexualidade. Essas questões serão analisadas junto à de outras participantes e utilizadas no estudo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os riscos de participar da pesquisa são mínimos, mas, durante a nossa conversa você pode se lembrar dos momentos relacionados à doença, de dificuldades enfrentadas, podendo surgir sentimentos como tristeza, angústia, entre outros. Mas nós (psicólogas) estaremos aqui para ajudar você lidar com todos esses sentimentos se isso acontecer.

É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para compreender como as pacientes que realizam o mesmo tratamento que o seu se sentem em relação ao tema e auxiliar a melhorar o atendimento em saúde.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como



transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o pesquisador responsável Dr^a. Leda Maria Branco pelo e-mail ledambranco@hotmail.com ou pelo telefone: (17) 3201-5000.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisadora Responsável

Bethânia Buzato Marques

Orientadora

Prof^a Dra. Leda Maria Branco

Participante da Pesquisa

(Nome e Assinatura)

APÊNDICE B**Ficha de Dados Sócio Demográficos****Nome:** _____**Data de Nasc:** ___/___/___**Idade:** _____**Estado civil:** () Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado () Viúvo**Escolaridade:** () Não alfabetizado () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo**Tipo de tratamento:** () Hemodiálise () Transplante**ENTREVISTA**

1- Você percebeu mudanças na sua autoimagem após a Doença Renal Crônica?

- (A) De maneira alguma
- (B) Um pouco
- (C) Moderadamente
- (D) Bastante
- (E) Extremamente

2- Essas mudanças fazem você se sentir envergonhada ou menos atraente?

- (A) De maneira nenhuma
- (B) Um pouco
- (C) Moderadamente
- (D) Bastante

(E) Extremamente

3- Você percebeu diminuição da sua libido (desejo sexual) após a DRC?

(A) Nenhuma

(B) Leve

(C) Moderada

(D) Bastante

(E) Extremamente

4- Você percebeu mudanças no seu desempenho sexual após a DRC?

(A) Nenhuma

(B) Leve

(C) Moderada

(D) Bastante

(E) Extremamente

5- Você se sente satisfeita sexualmente?

(A) De maneira nenhuma

(B) Um pouco

(C) Moderadamente

(D) Bastante

(E) Extremamente

6- Como você classificaria a sua sexualidade no geral?

(A) Péssima

(B) Ruim

(C) Regular

(D) Boa

(E) Ótima

ANEXO**Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)**

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quanto o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

0 1 2 3 4 5

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82-100 pontos: bom a excelente

62-80 pontos: regular a bom

42-60 pontos: desfavorável a regular

22-40 pontos: ruim a desfavorável

0-20 pontos: nulo a ruim

Como somar os pontos:

$2x (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5 - Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$

(Q = questão)