



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento

FUNÇÃO SEXUAL E VÍNCULO AFETIVO EM MULHERES COM VÍRUS
LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS TIPO 1

Rayanne Mesquita Bendelack

Belém – PA
Fevereiro/2018



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento

FUNÇÃO SEXUAL E VÍNCULO AFETIVO EM MULHERES COM VÍRUS
LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS TIPO 1

Rayanne Mesquita Bendelack

Dissertação apresentada ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento como requisito para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Regina Célia Gomes de Sousa e coorientação do Prof^º Dr. Eliã Pinheiro Botelho

Belém – PA
Fevereiro/2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B458f Bendelack, Rayanne Mesquita
 Função Sexual e Vínculo Afetivo em Mulheres com Vírus Linfotrópico de Células T Humanas Tipo 1 /
 Rayanne Mesquita Bendelack. — 2018
 87 f.
- Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento (PPGNC),
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
 Orientação: Profa. Dra. Regina Célia Gomes Sousa
 Coorientação: Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho.
1. HTLV-1. 2. Vírus. 3. Sexualidade. 4. Comportamento Sexual. I. Sousa, Regina Célia Gomes, *orient.*
 II. Título
-

CDD 155.633



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento

Candidata: Rayanne Mesquita Bendelack

Data da Defesa: 23/02/2018

Resultado: APROVADA

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Regina Célia Gomes de Sousa. (UFPA) – Orientadora

Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho. (UFPA) – Coorientador

Prof. Dr. Victor Kenji Medeiros Shiramizu (UFRN) – Membro

Prof. Dr. George Alberto da Silva Dias (UEPA) – Membro

Profª Drª Denise da Silva Pinto (UFPA) – Membro

Profª Drª Hellen Vivianni Veloso Corrêa (UFPA) – Suplente

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus e também a minha família, em especial ao meu marido, Wellington, por todo o apoio, amor e conforto nos momentos bons e difíceis dessa trajetória, você foi peça fundamental nessa conquista.

Agradeço a Universidade Federal, Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento por contribuir na minha formação acadêmica.

Aos professores Vivianni Veloso, Cibele Câmara, Alda Henriques, Rachel Ripardo, Carla Paracampo, Mauro Silva Júnior, Denise Pinto, Paulo Goulart e Eliã Botelho (meu coorientador), por toda ajuda e contribuições não apenas na construção do meu estudo, mas no meu aprendizado ao longo desses dois anos e meio.

À minha orientadora prof^a Regina Sousa por toda paciência, sabedoria e por me acolher em seu laboratório e me permitir aprender com seus grandes ensinamentos.

Aos meus amigos de laboratório e de vida, em especial, Adna Silva, Flávia Brandão, Amanda Gemaque, Alessandra Formento, Nelson Medrado, Priscila Louzada, Tainah Tavares, Jessica Gama, Myenne Tsutsumi e Carolina Monteiro, pelo apoio e por tornar nossa rotina de pesquisa mais divertida e enriquecedora.

À Mariza, Dona Edilma e em especial ao Dr. Carlos, por abrir as portas de seu consultório e pelo aprendizado a respeito do HTLV e da prática clínica.

À equipe do setor de Doação de Sangue do Hemopa e do LAERF por abraçarem a minha pesquisa e me acolherem.

E por fim e não menos importante, à todas as participantes, sem as quais essa pesquisa não seria possível, muito obrigada por compartilharem comigo um assunto que ainda é tabu e pouco difundido em nosso meio, muito obrigada!

Sumário

Lista de Tabelas	6
Lista de Gráficos	7
Resumo	8
Abstract	9
Introdução	10
Objetivos	27
<i>Objetivo Geral</i>	27
<i>Objetivos Específicos</i>	27
Aspectos Éticos	28
Método	28
<i>Participantes</i>	28
<i>Ambiente</i>	30
<i>Instrumentos</i>	30
<i>Procedimento</i>	33
Análise de Dados	35
Resultados	35
Discussão	43
Referências	52
Anexo 1 Aceite do Comitê de Ética	66
Anexo 2 Termo de Consentimento Livre Esclarecido	69
Anexo 3 Aceite Institucional da Fundação Hemopa	70
Anexo 4 <i>Female Sexual Function Index</i> em português	71
Anexo 5 Escala do Amor	76
Apêndice 1 Questionário Socioeconômico HTLV-1	78
Apêndice 2 Questionário Socioeconômico Doadoras de Repetição	83

Lista de Tabelas

Tabela 1 Escores dos domínios do FSFI.....	31
Tabela 2 Principais características socioeconômicas dos grupos.....	36
Tabela 3 Características sexuais e amorosas.....	39
Tabela 4 Função sexual e Vínculo Afetivo.....	40
Tabela 5 Função Sexual (FSFI) e seus domínios.....	41
Tabela 6 Grupo controle reprodutivo (GCR).....	42
Tabela 7 Grupo estudo menopausa (GEM).....	42
Tabela 8 Grupo controle menopausa (GCM).....	43

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Frequências do tempo de relacionamento dos quatros grupos (%).....	38
---	----

Bendelack, R.M. (2018). Função Sexual e Vínculo Afetivo em Mulheres com Vírus Linfotrópico De Células T Humanas Tipo 1. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento. Belém, PA.

Resumo

A saúde sexual é um bem-estar físico, emocional, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença ou de disfunções sexuais, mas a interação de aspectos biopsicossociais. Ela pode ser afetada por fatores sociais, familiares, falta de intimidade com o parceiro, história de abuso sexual, depressão, ansiedade e alguns medicamentos e infecções, a exemplo o vírus Linfotrópico de Células T Humano tipo 1 (HTLV-1), patógeno debilitante que possui propriedades biológicas capazes de infectar células do sistema imunológico humano. O objetivo do estudo foi investigar a função sexual e o vínculo afetivo em mulheres com e sem HTLV-1. O estudo foi realizado na cidade de Belém-Pará, em que participaram 64 mulheres, alocadas em 4 grupos, 19 mulheres soropositivas para o HTLV-1(GER) e 20 mulheres sem o vírus (GCR), ambas no período reprodutivo e 10 mulheres soropositivas para o HTLV-1 (GEM) e 15 mulheres soronegativas para o HTLV-1 (GCM), ambas na menopausa e/ou pós-menopausa. Foram utilizados questionários Sociodemográficos, *Female Sexual Function Index* e a Escala do Amor. Verificou-se que mulheres na fase reprodutiva com HTLV-1 apresentaram diferenças na função sexual, excitação e desejo ao comparadas a mulheres na fase reprodutiva sem o vírus. Foi encontrado que quanto menor o tempo de relacionamento maior o seu vínculo afetivo em mulheres reprodutivas com o vírus, bem como vínculos afetivos baixos estiveram correlacionado a uma menor satisfação sexual e excitação em mulheres na menopausa e/ou pós-menopausa soropositivas. Conclui-se que houve um decréscimo da função sexual em mulheres com HTLV-1 na menopausa e/ou pós-menopausa, seguido de mulheres reprodutivas com o vírus, mulheres na menopausa e/ou pós-menopausa sem HTLV-1 e no período reprodutivo sem o vírus.

Palavras-chave: HTLV-1, Vírus, Sexualidade, Comportamento Sexual.

Bendelack, R. M. (2018). Sexual Function and Affective Bonding in Women with Human T-cell lymphotropic virus type 1. Master's thesis. Federal University of Pará, Program in Neuroscience and Behavior. Belém, PA.

Abstract

Sexual health is a physical well-being, emotional, mental and social, not just the absence of disease or sexual dysfunction, but the interaction of biopsychosocial aspects. It can be affected by social factors, family, lack of intimacy with the partner, history of sexual abuse, depression, anxiety and some medications and infections, for example the Human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1), debilitating pathogen that has biological properties capable of infecting cells of the human immune system. The purpose of the study was to investigate sexual function and affective bonding in women with and without HTLV-1. The study was conducted in the city of Belém-Pará in which participated 64 women, allocated in 4 groups, 19 seropositive women for HTLV-1 (GER) and 20 women without the virus (GCR), both in the reproductive period and 10 seropositive woman of HTLV-1 (GEM) and 15 seronegative women of HTLV-1 (GCM), both in menopause and/or postmenopause. Questionnaires were used Sociodemographic Questionnaire, Female Sexual Function Index and Love Scale. It was found that women in the reproductive phase with HTLV-1 presented differences in sexual function, arousal and desire as compared to women in the reproductive phase without the virus. It was found that the shorter the relationship time the greater its affective bond in reproductive women with the virus, as well as low affective bonds were correlated to lower sexual satisfaction and arousal in postmenopausal and post-menopausal seropositive women. Concluded that there was a decrease in sexual function in women with HTLV-1 in menopausal and / or postmenopausal, followed by reproductive women with the virus, postmenopausal and / or postmenopausal women without HTLV-1 and in the reproductive period without the virus.

Keywords: HTLV-1, Virus, Sexuality, Sexual Behavior.

As espécies que se reproduzem sexualmente precisam ter um funcionamento sexual, que possibilite o sucesso reprodutivo. Durante a evolução das espécies houve uma série de pressões seletivas que pode ter selecionado genes que conseqüentemente ajudaram a promover mecanismos que auxiliaram na regulação do comportamento sexual e seu funcionamento (Apostolou, 2015).

A busca por parceiro do sexo oposto, identificar um parceiro fértil, competir com rivais pela fêmea, ser selecionado pelo parceiro do sexo oposto, expressar comportamentos sexuais e sociais no cuidado e criação da prole, atuaram possivelmente como pressões seletivas, e conseqüentemente, no desenvolvimento de mecanismos psicológicos adaptativos (Buss, 2007). Tais mecanismos adaptativos teriam sido selecionados por ter propiciado maior sucesso reprodutivo. A hipótese mais provável sugere que houve conflito entre a expansão cerebral e as mudanças anatômicas que caracterizou a redução e mudanças no formato da pelve ocorridos há quatro milhões de anos em função de seleção da postura e locomoção bípede. Este impasse obstétrico pode ter exercido forte pressão seletiva no nascimento precoce de bebês imaturos (Amaral, 2013; Apostolou, 2015).

A procriação de bebês imaturos, incapazes de sobreviver sozinhos ao nascer, exigiu da fêmea humana um período maior de investimento até que os bebês alcançassem a maturação e fase adulta, o que pode ter demandado a busca de machos que investissem em sua prole e com isso, um maior investimento biparental em seu cuidado, e essas características se espalhou pelas gerações futuras (Lewin, 1999).

Essa demanda por investimento biparental possibilitou que a fêmea humana, ao longo do processo evolutivo, desenvolvesse adaptações relacionadas à escolha de parceiros, que ajudasse na proteção, alimentação e cuidado de seus filhotes imaturos. Surgindo então, estratégias de seleção de parceiros que evoluíram e foram selecionados ao longo do processo de filogênese e que, continuam ativos na atualidade (Buss, 2007). As diferenças de investimento

parental em homens e mulheres, fez com que desenvolvessem preferências distintas na escolha de parceiros (Buss, 2007).

As diferentes preferências conduziram a estratégias de busca e conquista de parceiros reprodutivos que, caracteriza-se por sinalizações fornecidas pelas fêmeas, que evidenciam o período fértil e favorecem a cópula (Thornhill & Gangestad, 2008). Na fêmea humana tais sinalizações não são evidenciadas, o que faz com que o macho tenha dificuldade em identificar quando a fêmea está no período fértil, o que pode favorecer a receptividade e proceptividade ao sexo também em períodos não férteis, o que caracteriza-se como uma sexualidade estendida, e poderia levar os machos a se beneficiar da proximidade por obter acesso sexual e reduzir a probabilidade de cópula extra-par feminina (minimizar a incerteza da paternidade) e possivelmente reforçar a vinculação com o parceiro (Rodríguez-Gironés & Enquist, 2001; Thornhill & Gangestad, 2008).

Enquanto que a fêmea humana se beneficiaria do aumento dessa proximidade com o macho por meio de benefícios, como recursos alimentares, cuidado e/ou proteção e investimento na prole, propiciadas pelo parceiro (Rodríguez-Gironés & Enquist, 2001; Strassmann, 1981; Symons, 1979). Estes intrincados mecanismos se solidificaram em forte vinculação emocional construída pelo longo tempo de convivência e compartilhamento de tarefas reprodutivas complementares.

Vínculo Afetivo

A vinculação afetiva entre parceiros reprodutivos humanos tem sido bastante estudada (Câmara, 2015; Rebello, 2012; Silva, 2014). Em 2010, Fisher ressalta, em seu estudo, três sistemas neurais de natureza emocional/motivacional norteadores do acasalamento e

reprodução de seres humanos, que evoluíram ao longo do processo de filogênese: a luxúria, o amor-romântico e a ligação.

O *desejo sexual ou luxúria*, seria o desejo de recompensa sexual e está associado à produção de estrogênios e androgênios, em especial a testosterona, responsável por modular o desejo sexual nas mulheres (Cappelletti & Wallen, 2016; Fisher, 1998; Fisher, 2010). Segundo Fisher (2010), esse funcionamento fisiológico poderia ter evoluído da motivação do indivíduo pela busca de união sexual com qualquer parceiro.

O segundo mecanismo neural é o *amor-romântico*, que é o desejo de união emocional com o parceiro ou parceiros em potenciais e está associado com a dopamina, norepinefrina e serotonina (Fisher, 1998; Fisher, 2010). Além de estar associada a ligação de pares, a dopamina opera no processo de recompensa do cérebro, planejamento motor, aprendizagem e memória; a norepinefrina medeia os efeitos associados ao reflexo de "luta ou fuga" ao perigo percebido e aumento da pressão arterial sistólica e diastólica, já a serotonina atua no cérebro regulando o humor, e está associada ao hormônio do prazer e induz a calma mental (Esch, Stefano, & Stefano, 2005; Langeslag, van der Veen, & Fekkes, 2012; Teo, 2010; Xu, Weng, & Aron, 2015). O amor romântico evoluiu na escolha do parceiro e na capacitação em concentrar a atenção da corte em um único indivíduo de cada vez e fortalecer a vinculação afetiva (Fisher, 1998; Fisher, 2010).

O terceiro mecanismo é a *ligação (apego)* entre o casal, que leva a sensação de calma, paz e segurança com parceiros de longo prazo, e evoluiu como motivação e engajamento em amar o parceiro por tempo suficiente para a criação da prole. Esse sentimento de ligação também permite expressar afeto pelos filhos, familiares e amigos, estando associado à vasopressina e oxitocina (Fisher, 2010).

O hormônio oxitocina relaciona-se a funções básicas de vida, ao aumento do contato e vínculo social, a formação de preferência por parceiros, aumento do relaxamento e bem-estar,

redução de estresse e também na reprodução e nos comportamentos sexuais, enquanto que a vasopressina se associa ao aumento de comportamentos sociais positivos, aumento da seleção de parceiros, aumento da formação de vínculos sociais, da atração e nos comportamentos territoriais de luta (Esch et al., 2005; Feldman, 2017).

Cada emoção está relacionada a correlatos neurais, sistemas de emoção que se tornaram cada vez mais independentes um do outro, o que poderia contribuir para a flexibilidade de acasalamento, diferentes modelos de acasalamento humano contemporâneo e estratégias reprodutivas (Fisher, 1998). Além disso, fatores como intimidade, paixão, proximidade com o parceiro, respeito, valorização do companheiro, atratividade física, desejo e comportamento sexual possuem grande influência na satisfação global em relacionamentos românticos (Andrade, Garcia, & Cano, 2009).

Assim, encontrar um companheiro e estabelecer um relacionamento romântico satisfatório são objetivos centrais para muitas pessoas (Fletcher, Simpson, Campbell, & Overall, 2015). Fehr (2013) ressalta que o amor é um importante preditor que aumentaria as chances de permanência do parceiro na relação afetiva. E vários estudos têm sido conduzidos com intuito de, por meio de instrumentos, aferir o amor romântico (Andrade & Garcia, 2014; Cassep-Borges & Teodoro, 2007; Gouveia, Fonseca, Cavalcanti, Diniz, & Dória, 2009; Hernandez, 2015; Rebello, 2012).

No Brasil, o questionário mais conhecido é o *Marriage and Relationship Questionnaire* (MARQ), em sua versão mais atual com 190 questões e 12 escalas, que tem como finalidade medir o amor romântico em casais em relacionamentos estáveis, além de mensurar outros aspectos do relacionamento como valores, laços familiares, atratividade, ciúme sexual, problemas com o parceiro, entre outros (Russel & Wells, 1986; Weisfeld, 1997). Uma das escalas presentes no questionário tem como objetivo mensurar o amor, a Escala do Amor, e

possui questões referentes a vinculação afetiva em relacionamentos (França, Natividade, & Lopes, 2016; Weisfeld, 1997).

Esta vinculação afetiva entre casais em relacionamentos amorosos foi investigada em nosso laboratório, com mulheres reprodutivas e menopausadas (Câmara, 2015; Rebello, 2012; Silva, 2014). Câmara (2015) ao investigar 333 mulheres em relacionamentos estáveis, no período reprodutivo, perimenopausa (fase anterior à menopausa) e pós-menopausa, utilizando a Escala do Amor, obteve dados de que um forte vínculo emocional entre parceiros amorosos estaria associado a uma melhor qualidade sexual (função sexual), independentemente de as mulheres estarem ou não na fase reprodutiva e a influência do alto vínculo afetivo como preditor da satisfação sexual.

A frequência do coito vaginal e a consistência do orgasmo estão relacionados a maiores índices de satisfação sexual e compatibilidade íntima de relacionamento com o parceiro, em que o curso do relacionamento pode ser estabelecido pelo fortalecimento contínuo obtido pelo longo tempo de relacionamento e estar associado à satisfação conjugal, ao bem-estar e a autoestima elevada (Acevedo & Aron, 2009; Klapilová, Brody, Krejčová, Husárová, & Binter, 2015).

Além da influência desses mecanismos filogenéticos envolvidos na sexualidade humana, eles encontram-se presentes na ontogênese do indivíduo, sendo desenvolvidos e ativados ao longo do tempo, em fases sucessivas, por meio do contato que o indivíduo estabelece consigo e com o ambiente que o cerca (American Psychiatric Association, 2014; Abdo & Fleury, 2006).

Função Sexual

Esses processos evolucionários abordados anteriormente deram origem à sexualidade humana atual. Tentando compreender os padrões sexuais de homens e mulheres, Masters e Johnson (1966) a partir de seus estudos concluíram que a fisiologia da resposta sexual se dá em quatro fases: Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução.

A fase de excitação foi caracterizada pelo aumento da frequência cardíaca e respiratória, vasocongestão (aumento da irrigação sanguínea) da vagina e vulva, lubrificação vaginal, e para o homem, por meio da ereção; fase de platô, um estado mais elevado da excitação, pois a vasocongestão dos órgãos genitais está mais exacerbada, ou seja, ereção do pênis até o limite de sua capacidade, aumento e intumescimento dos testículos e elevação destes (contração reflexa dos músculos cremastéricos), já na mulher há a intumescência e coloração dos pequenos lábios e clitóris, aumento do terço externo da vagina e vasocongestão na entrada e de sua parte inferior. A fase do orgasmo, considerado o prazer mais intenso e que para os homens, pode ou não vir acompanhado pela ejaculação; e a resolução, fase final da resposta sexual, em que as alterações sexuais fisiológicas, como vasocongestão, aumento da frequência cardíaca, entre outras, voltariam ao seu estado fisiológico anterior (Masters & Johnson, 1966).

Considerando o modelo de Masters e Johnson (1966), Kaplan (1977) incluiu a fase de desejo, anterior à fase de excitação, retirando a fase de platô e a de resolução, e estabeleceu o modelo trifásico (modelo tradicional) de resposta sexual feminina e masculina, composto por desejo, excitação e orgasmo. O desejo seria a fase preliminar, ou seja, a vontade de ter relação sexual, que pode ser desencadeado por estímulos sensoriais (audição, visão, olfato, tato e paladar), assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias (American Psychiatry Association, 2002).

Discutindo esse modelo tradicional, Basson (2000) desenvolveu um modelo para compreensão da sexualidade feminina em particular, argumentando que o modelo tradicional, em que o desejo antecede a excitação sexual, é mais típico em mulheres no início de uma relação afetiva, enquanto que nos relacionamentos de longo prazo a resposta sexual poderia ser diferente. Basson (2000) descreve que a resposta sexual feminina, ao contrário do modelo tradicional, poderia ser desencadeada pela necessidade de intimidade e que a motivação (vontade) para o sexo seria resultado de várias recompensas ou ganhos, não apenas sexuais, mas recompensas na proximidade emocional e estabelecimento de vínculo, o que aumentaria a atração pelo parceiro.

Ainda discutindo a sexualidade feminina Basson, Brotto, Laan, Redmond e Utian, (2005) e Basson, Wierman, van Lankveld e Brotto (2010) propõem que as mulheres passariam de um estágio de neutralidade e quando estimuladas pelo parceiro haveria como resposta o desejo sexual (evento responsivo e não espontâneo) e poderiam alcançar níveis crescentes de excitação, podendo aumentar a disposição para receber ou proporcionar mais estimulação e conseqüentemente o orgasmo poderia ou não ocorrer. A saúde sexual e bem-estar físico não dependem necessariamente da obtenção do orgasmo, mas dependendo do tipo de estimulação ele pode ocorrer não apenas uma única vez, mas de maneira múltipla, prolongada e variada (Basson et al., 2005, 2010). Estudos reforçam que o aumento do orgasmo se associa a concentrações de prolactina, e conseqüentemente, tal hormônio atuaria fortalecendo o vínculo entre os casais, sinalizando a satisfação sexual da mulher e auxiliando na fertilização (Diamond, 1999; Exton et al., 1999; Krüger, Haake, Hartmann, Schedlowski, & Exton, 2002).

Basson et al.(2005) relatam que esse modelo de resposta sexual feminina se daria de modo circular e não linear, em que há a superposição de fases da resposta sexual em ordem variável, uma vez que o desejo pode suceder a fase da excitação e após o orgasmo, a mulher poderia retornar a fase de excitação. Aspectos psicológicos (como distrações do cotidiano,

receio de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, experiências sexuais negativas), quanto sociais e biológicos (como fadiga, depressão, diminuição da taxa dos hormônios sexuais, falta de privacidade) poderiam reduzir o desejo e a excitabilidade, e consequentemente, afetar a resposta sexual (Apostolou, 2015).

O modelo proposto por Basson (2000) é considerado de importância nesse estudo, uma vez que considera aspectos biopsicossociais como fatores que podem estar influenciando diretamente a resposta sexual feminina, além de considerar os ganhos secundários (como vinculação afetiva, cuidado e proteção), mecanismos importantes que foram desenvolvidos ao longo do processo de evolução na busca de parceiros e para o acasalamento.

Compreendendo não apenas aspectos fisiológicos, a resposta sexual caracteriza-se como uma série coordenada de interações entre o sistema nervoso somático e sistema nervoso autônomo, além da presença de receptores nervosos cutâneos na glândula do pênis e clitóris, que contribuem para excitação sexual e são responsáveis por transmitirem informações sensoriais para áreas neurais periféricas e centrais (Cour, Droupy, Faix, Methorst, & Giuliano, 2013; Schober & Pfaff, 2007; Tajkarimi & Burnett, 2011). Como parte da resposta sexual os mecanismos neurais de excitação são similares entre homens e mulheres e atuam nos centros simpáticos da medula espinhal torácica e lombar e, a nível sacral, no centro parassimpático e nos motoneurônios, que controlam as contrações dos músculos do assoalho pélvico (Cour et al., 2013).

A excitação sexual está associada à ativação da amígdala, região do cérebro envolvida na excitação emocional e no hipotálamo, região central do cérebro responsável pelas funções reprodutivas (Canli & Gabrieli, 2004). Já o orgasmo pode ser múltiplo nas mulheres, ocorrendo contrações dos músculos estriados perineais e envolvimento de neurotransmissores para o controle da sexualidade a nível central, como a dopamina, oxitocina, serotonina e a nível

periférico, como óxido nítrico e noradrenalina em homens, peptídeo vasoativo intestinal e neuropeptídeo Y em mulheres (Cour et al., 2013).

Esse conjunto de características neurofisiológicas da função sexual é uma das bases da qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde sexual pode ser identificada como um bem-estar físico, emocional, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença ou de disfunções sexuais, mas a interação desses aspectos biopsicossociais (Brasil, 2013).

De acordo com a American Psychiatric Association (2014) alterações na saúde sexual, podem ocasionar disfunções sexuais, seja a nível biológico, sociocultural e/ou psicológico, que podem estar presentes ao longo da vida, serem adquiridas ou situacionais. Atualmente as disfunções sexuais femininas são classificadas por meio do DSM-V, que considera não apenas aspectos fisiológicos, mas também fatores associados ao parceiro (como seu estado de saúde física), aspectos do relacionamento (falta de comunicação e desejo sexual), aspectos psicológicos e psiquiátricos (percepção distorcida da autoimagem, histórico de abuso sexual e emocional, depressão), aspectos culturais e religiosos (inibições relacionadas ao sexo e prazer sexual).

E são classificadas em: 1) transtorno do orgasmo, 2) transtorno do interesse/excitação sexual, 3) transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, 4) disfunção sexual induzida por substância/medicamento, 5) outra disfunção sexual especificada e 6) disfunção sexual não especificada (American Psychiatric Association, 2013).

O (1) *transtorno do orgasmo feminino* é definido pela dificuldade de atingir o orgasmo e/ou intensidade muito baixa de orgasmo, ou até mesmo a ausência deste; O (2) *transtorno do interesse/excitação sexual* é a ausência ou diminuição do interesse pela atividade sexual, de fantasias sexuais/eróticas ou pensamentos, ausência ou diminuição da receptividade às iniciativas do parceiro, de excitação e prazer sexual durante atividade sexual, além da ausência

ou diminuição das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual (American Psychiatric Association, 2013).

O (3) *transtorno da dor gênito-pélvica/penetração* é a dificuldade de ter relações sexuais, dor gênito-pélvica intensa durante ou na tentativa de penetração vaginal, medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica e tensão ou contração intensa dos músculos do assoalho pélvico durante tentativa de penetração (American Psychiatric Association, 2013).

A (4) *disfunção sexual induzida por substância/medicamento* está relacionada ao início ou aumento da dose de medicamentos /substâncias específicas ou a descontinuação de seu uso, como álcool, fluoxetina, opióides, estimulantes, antidepressivos e alguns contraceptivos hormonais. A (5) *outra disfunção sexual especificada* é definida por meio de sintomas característicos de disfunção sexual, descritos nos parágrafos anteriores, e que causam sofrimento, porém não se enquadra em todos os critérios das demais classificações e a (6) *disfunção sexual não especificada* é caracterizada por uma queixa sexual, porém sem um diagnóstico específico (American Psychiatric Association, 2013).

Considerando essas disfunções descritas, pesquisadores tentam investigar, por meio de questionários multidimensionais, como o *Female Sexual Function Index* (FSFI), a função e resposta sexual de mulheres. O FSFI foi um instrumento de escolha nesta pesquisa por ser um questionário multidimensional e autoaplicável com valores de escore final de 2 a 36, onde várias notas de corte são estabelecidos para classificação de respostas sexuais de mulheres com provável disfunção sexual ou não (Fernando, Latorre, Carmona, & Bilck, 2015; Pacagnella, Martinez, & Vieira, 2009; Rosen et al., 2000). No entanto, o valor de 26,55 é o mais utilizado na literatura e foi validado por meio do estudo de Wiegel, Meston e Rosen (2005), que ao investigarem a função sexual de 568 mulheres, estabeleceram, após análises estáticas de sensibilidade e especificidade, um ponto de corte de 26,55, em que pontuações abaixo desse valor teriam maiores chances de apresentar disfunção sexual.

Alguns fatores podem afetar a sexualidade, como alterações hormonais durante a fase de transição feminina do período reprodutivo para o não reprodutivo, a partir dos 40 anos, que podem gerar várias alterações biológicas e psicológicas, que estão associadas a diminuição do nível de estrogênio e/ou o processo de envelhecimento e conseqüentemente podem alterar a função sexual (Cabral et al., 2012; Lara et al., 2009; O'Neill & Eden, 2017).

Outros fatores que podem afetar a sexualidade de mulheres são históricos e tratamento de câncer, história de abuso sexual, doenças cardíacas, distúrbios do trato urinário, doenças crônicas, depressão, ansiedade e alguns medicamentos, como antidepressivos e infecções, a exemplo o HTLV-1 – vírus Linfotrópico de Células T Humanas tipo 1 (Carreiro, Micelli, Sousa, Bahamondes, & Fernandes, 2016; McCabe et al., 2016; Tucker et al., 2016).

Vírus Linfotrópico de Células T Humana Tipo 1 (HTLV-1)

O HTLV (vírus Linfotrópico de Células T Humanas) é um retrovírus da família *Retroviridae*, do gênero *Deltaretrovirus*, sua estrutura morfológica é composta por duas cadeias de RNA simples, juntamente com enzimas de transcriptase reversa e integrase, tais enzimas são importantes para a inserção do vírus no genoma do hospedeiro. O genoma do vírus contém genes estruturais e funcionais, como gag, pro/pol e env. Além disso, a região pX identificada entre o gene env e a região 3'-LTR, é responsável por codificar as proteínas reguladoras Tax (p40), REX (p27), p12, p13, p21 e p30, que agem na infecção e proliferação do vírus, em que infecta os linfócitos T, especificamente linfócitos CD4+, ou em alguns casos linfócito CD8+, e se incorpora ao genoma celular, gerando uma resposta antiviral (Grindstaff & Gruener, 2005; Souza-Machado, Cruz, Galvão, & Carvalho, 2003)

Atualmente foram descobertos quatro tipos do vírus, o HTLV do tipo 1, 2, 3 e 4. No HTLV do tipo 1 (HTLV-1) seus comprometimentos clínicos são amplamente descritos na

literatura, já infecções por HTLV do tipo 2 (HTLV-2) são quase sempre assintomáticas, e as doenças associadas à infecção raramente são relatadas, enquanto que o HTLV do tipo 3 (HTLV-3) e 4 (HTLV-4), foram apenas descritos em populações da República de Camarões na África Central, associados, no caso de HTLV-3, ao *Primate T-lymphotropic virus 3* (vírus linfotrópico de células T de primatas 3 - PTLV-3) e o HTLV-4 não tendo relação com os tipos de HTLV conhecidos (Carlos, Vallinoto, & Ishak, 2017; Mahieux & Gessain, 2009; Nicolás et al., 2015; Rodgers et al., 2017).

Em relação aos dados epidemiológicos estima-se que 20 milhões de pessoas sejam portadoras do HTLV-1 no mundo, atingindo determinadas áreas específicas como o Japão, América Central e do Sul e África (Brasil, 2013). No Brasil, a infecção pelo vírus é considerada endêmica nas regiões Norte e Nordeste, e em menor número no Sul do país, porém, ainda não está claro o motivo dessas áreas serem as mais atingidas, podendo estar relacionada à fatores socioeconômicos e genéticos (Dourado, Alcantara, Barreto, Teixeira, & Galvão-Castro, 2003; Jacob, De Los Santos-Fortuna, Azevedo, & Caterino-De-Araujo, 2007; Brasil, 2013; Silva et al., 2009). Na região Amazônica, em especial no Pará, a prevalência de infecção pelo HTLV, foi evidenciada em grupos específicos, como imigrantes japoneses e comunidades quilombolas (Vallinoto et al., 2006; Vallinoto et al., 2004).

Em imigrantes japoneses, Vallinoto et al. (2004) investigaram a infecção pelo HTLV-1 em 168 indivíduos (64 homens e 104 mulheres), no município de Tomé-Açu, no Estado do Pará e o vírus esteve presente em 3/168 (1,8%) mulheres que emigraram da região de Kyushu, no Japão, conhecida pela alta prevalência de HTLV-1 e paraparesia espástica tropical (TSP / HAM).

Outro estudo realizado por Vallinoto et al. (2006) investigou a infecção pelo HTLV em comunidades quilombolas na Ilha do Marajó, localizada no Estado do Pará, por meio de testes sorológicos para HTLV-1 e HTLV-2 em 259 habitantes (98 homens e 161 mulheres) de quatro

aldeias (Santana do Arari, Ponta de Pedras, Crairu e Tartarugueiro), sendo detectado o HTLV-1 em Santana do Arari (2,06%) e em Ponta de Pedras (1%), enquanto que o HTLV-2 apenas em Santana do Arari (1,06%). Os autores sugerem que o vírus poderia ser proveniente do processo de colonização, além do contato recente de áreas urbanas vizinhas e que em Santana do Arari, por ser um quilombo semi-isolado, originário de escravos africanos, o HTLV-1 poderia ser oriundo do tráfico de escravos.

Embora ainda restrita, a infecção por este vírus vem se espalhando pelas populações urbanas. Isto tem preocupado, pois há também uma maior prevalência de sintomas do vírus a partir da quarta década de vida, que pode estar associada ao período de latência da infecção e assim, à procura por atendimento médico, já que 95% a 98% dos indivíduos infectados são assintomáticos, o que permite o contágio silencioso (Caskey et al., 2008). Outro aspecto do diagnóstico é que, a maior parte dos pacientes chegam aos centros de referência por meio do exame de triagem, como por exemplo, ao se candidatarem como possíveis doadores de sangue (Catalan-Soares, Carneiro-Proietti, & Proietti, 2004).

Os índices de prevalência também são maiores em mulheres, devido à maior transmissão por meio do contato sexual do homem para a mulher (60,8%), e raramente da mulher para o homem (0,4%), sendo necessário o contato célula-célula e um contato mais prolongado e frequente das relações sexuais. Esse fator provavelmente pode ser explicado devido à maior carga proviral presente no esperma em comparação à secreção vaginal. Outros meios de transmissão são por transfusão sanguínea, contaminação/compartilhamento de agulhas e seringas e por via vertical (mãe-filho), principalmente pela amamentação (Cárcamo et al., 2012; Gross & Thoma-Kress, 2016; Kajiyama et al., 1986; Lopes, 2006; Marano et al., 2016; Paiva et al., 2015; Percher et al., 2016).

A infecção pelo vírus é caracterizada pela morbidade e mortalidade, e a transmissão ocorre de maneira silenciosa dentro da população, sendo endêmica no Estado do Pará, com a

existência de agregações familiares, caracterizadas por uma maior prevalência de infecção entre esposas e indivíduos com mais de 40 anos e pela transmissão horizontal (sexual) entre cônjuges mais frequente do que a transmissão vertical de mãe para filho (Costa et al., 2013).

O HTLV-1 é o agente etiológico de doenças como a leucemia/linfoma de células T do adulto (LLcTA), uveíte e da doença neurológica degenerativa mielopatia/paraparesia espástica tropical ao HTLV-1 (HAM/TSP), doença neurológica inflamatória crônica, que afeta a medula espinhal, ocasionando uma resposta imune do sistema nervoso central (Andrade, Tanajura, Santana, & Carvalho, 2013; Araujo & Silva, 2006).

Nas pessoas com HAM/TSP (paraparesia espástica tropical) há um aumento de citocinas Th1 (IFN- γ) e diminuição nas citocinas Th2 (IL-4 e IL-10), o que aumenta a circulação de células imunes entre o sangue periférico e o sistema nervoso central (SNC), ocasionando a inflamação do tecido nervoso (Gross & Thoma-Kress, 2016).

Entre as várias teorias para explicar o desenvolvimento da HAM/TSP, a mais amplamente aceita é que, o processo inflamatório decorrente do vírus é de caráter citotóxico, desmielinizante, crônico e progressivo, em que os linfócitos são ativados e atravessam a barreira hematoencefálica, iniciando o processo inflamatório no sistema nervoso central (SNC), o que gera lesões. Outra teoria é o mecanismo de citotoxicidade direta, em que as células T CD8+ infectadas pelo HTLV-1 ultrapassam a barreira hematoencefálica e destroem as células da glia infectadas pelo vírus por meio de citotoxicidade ou produção de citocinas. A última teoria sugere que o mecanismo de autoimunidade, poderia causar lesões por mimetismo celular, ou seja, uma proteína neuronal hospedeira, muito semelhante a proteína fiscal do vírus, poderia causar reação imune cruzada, ocasionando lesões no SNC (Gross & Thoma-Kress, 2016).

O diagnóstico rotineiro da infecção causada pelo HTLV-1 baseia-se na detecção sorológica de anticorpos específicos para antígenos das diferentes porções do vírus ou através da pesquisa de sequências genômicas provirais em células mononucleares periféricas e também

por meio de dados clínicos. Na etapa da triagem são realizados os testes sorológicos, que irão detectar indiretamente a presença dos anticorpos contra o vírus, o teste de ELISA (ensaio imunoenzimático) é o mais utilizado, no entanto não diferencia o tipo de HTLV 1 ou 2. O teste de Aglutinação de partícula é outro teste utilizado, que pode ter resultados reagente, não reagente ou indeterminado (este último, sendo necessário repetir o teste); caso reagente é realizado testes confirmatórios como Western blot (WB), imunofluorescência e/ou reação em cadeia da polimerase (PCR), este último com maior especificidade e sensibilidade (Carneiro-proietti et al., 2006; Figueiró-Filho et al., 2005).

Considerando critérios clínicos e laboratoriais a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes de diagnóstico do HAM/TSP, em que um único sintoma ou sinal físico pode ser considerado evidência do início de HAM/TSP e são: *incidência por idade e sexo* (esporádica em adultos, às vezes dentro do núcleo familiar e predominante em mulheres), *instalação* (de caráter insidioso, mas em alguns casos súbito), *principais manifestações neurológicas* (paraparesia espástica crônica de progressão lenta, fraqueza muscular de membros inferiores, distúrbio vesical, sintomas sensoriais, dor lombar, dentre outros), *achados neurológicos menos frequentes* (sinais cerebelares, surdez, entre outros), *outras manifestações neurológicas que podem ser associadas com HAM/TSP* (como, atrofia muscular), *manifestações não neurológicas sistêmicas podem ser associadas com HAM/TSP* (a exemplo, uveíte e leucemia/linfoma de células T do adulto)(Coutinho Júnior, 2013).

No entanto, novos critérios para o diagnóstico da HAM/TSP foram propostos baseado no status clínico do paciente e classificam-se em diagnóstico (1) *Definido*, caracterizado por paraparesia espástica progressiva não remissiva e incapacitante, com presença ou não de sintomas sensitivos, sinais ou sintomas de alterações nos esfíncteres anal e uretral e presença de anticorpos anti-HTLV-1 confirmado em exames laboratoriais (Castro-costa et al., 2006).

Diagnóstico (2) *Provável*, caracterizado por apresentação monossintomática, como espasticidade ou hiperreflexia em membros inferiores ou sinal de Babinski com a presença ou não de alterações sensitivas leves ou bexiga neurogênica isolada e presença de anti-HTLV-1 confirmado por exame laboratorial, além da exclusão de outras doenças que assemelhar-se-iam ao HAM/TSP (Castro-costa et al., 2006).

Diagnóstico (3) *Possível* definido por uma manifestação clínica completa ou incompleta, também com presença de anticorpos anti-HTLV-1 confirmado por meio de exames laboratoriais e a não exclusão de outras condições que se assemelham ao HAM/TSP (Castro-costa et al., 2006).

Araujo & Silva (2006) comparam as complicações neurológicas do vírus como um “iceberg”, em que a parte mais complexa está escondida sob o nível de conhecimento clínico. Segundo os mesmos autores, o que se tem conhecimento é a respeito de complicações do HAM/TSP, no entanto, existe um espectro neurológico mais amplo, na parte imersa desse “iceberg”, como síndromes isoladas, que quando não investigados ativamente e cuidadosamente, podem ser negligenciadas e os indivíduos considerados como assintomáticos.

Apesar de a maioria dos indivíduos infectados não apresentarem sintomas (considerados assintomáticos), alguns apresentam manifestações clínicas iniciais como: manifestações neurológicas, a exemplo fraqueza nas pernas em 20,8% dos pacientes, incontinência urinária em 14,1% e disfunção erétil em 43%, que podem estar associadas ao quadro inicial de HAM/TSP. Além de manifestações como disfunções intestinais, alterações sensoriais periféricas, lombalgia persistente e hiperreflexia (Caskey et al., 2008; Coutinho Júnior, 2013; Kaplan et al., 1990; Poetker et al., 2011).

Apesar de escassos, alguns estudos têm descrito a ação desse vírus em relação a aspectos sexuais e ginecológicos, porém pouco se tem investigado especificamente. Diniz, Feldner, Castro, Sartori, & Girão (2009) ao investigar a qualidade de vida e achados ginecológicos em

mulheres de 20 a 60 anos com incontinência urinária, agrupadas em 24 mulheres soropositivas para o HTLV-1 e 19 mulheres soronegativas para o HTLV-1, encontram uma maior prevalência de dispareunia, sensibilidade perineal, dor a palpação vaginal, falta de consciência perinela e aumento do tônus vaginal, associados ao quadro de HAM/TSP.

Lima (2005) em seu estudo com 64 mulheres soropositivas e 66 mulheres soronegativas, ressalta que, ao comparar mulheres soropositivas com mulheres soronegativas, não encontrou diferença estatística significativa em relação a anormalidades ginecológicas (quando realizadas colposcopia, citologia oncótica, flora e secreção vaginal) independente de apresentarem sintomas (como HAM/TSP) ou não.

Rivemales (2013) ao investigar a sexualidade de pessoas vivendo com HTLV assintomáticas e sintomáticas, refere que tanto homens e mulheres acometidos compartilham a experiência de conviverem com um vírus incurável, que pode ocasionar limitações no seu estado de saúde geral, além da dificuldade de enfrentamento do vírus em relação ao exercício de sua sexualidade e os estigmas que permeiam não apenas no núcleo familiar, como da sociedade e até mesmo de profissionais da área da saúde, que na maioria das vezes, desconhecem o que de fato é o vírus.

Apesar de a maioria dos indivíduos serem assintomáticos, devido ao tempo de latência da infecção até o surgimento de sintomas, o HTLV possui impacto negativo em sua sexualidade independente de possuírem ou não sintomatologia, uma vez que além das alterações fisiológicas, já descritas, alterações psicossociais também estão enredadas nesse processo. Vale ressaltar que, o desejo sexual persiste nesses indivíduos, mesmo na presença de doenças, embora haja limitações funcionais e físicas. Portanto, é grande a necessidade de compreender a sexualidade de modo mais amplo, não apenas voltada aos aspectos fisiopatológicos e motores da infecção, mas a diversos fatores que permeiam também o vínculo afetivo com o parceiro, já

que fatores sociais, familiares, falta de intimidade e privacidade são aspectos determinantes na expressão da sexualidade (Goberna, Francés, Paulí, Barluenga, & Gascón, 2009).

Considerando todos os aspectos abordados anteriormente, a hipótese do estudo é que a contaminação pelo vírus possa ocasionar alterações na função sexual (qualidade sexual) feminina e seus domínios, bem como no vínculo afetivo com o parceiro. Com isso, estabeleceu-se os seguintes objetivos descritos abaixo.

Objetivo

Objetivo Geral

Investigar a função sexual e o vínculo afetivo em mulheres vivendo com e sem HTLV-1 e em relacionamentos estáveis no período reprodutivo e na menopausa e/ou pós-menopausa.

Objetivos Específicos

(1) verificar se há diferenças na função sexual e seus domínios (desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor), em mulheres vivendo com HTLV-1 em comparação às mulheres sem HTLV-1, ambas no período reprodutivo;

(2) verificar se há diferenças função sexual e seus domínios, em mulheres vivendo com HTLV-1 em comparação às mulheres sem HTLV-1, ambas no período menopausa e/ou pós-menopausa;

(3) verificar se há diferenças entre o vínculo afetivo em mulheres vivendo com HTLV-1 em comparação às mulheres sem HTLV-1, ambas no período reprodutivo;

(4) verificar se há diferenças entre o vínculo afetivo em mulheres vivendo com HTLV-1 em comparação às mulheres sem HTLV-1, período menopausa/pós-menopausa;

(5) verificar se há correlação da função sexual e seus domínios com a vinculação afetiva em mulheres vivendo com e sem HTLV-1, no período reprodutivo e na menopausa e/ou pós-menopausa.

Aspectos Éticos

O presente estudo está de acordo com as orientações previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012). É um subprojeto do Projeto intitulado “A Influência da Fisioterapia Pélvica na Resposta Sexual Feminina em Portadoras do Vírus Linfotrópico humano de células T tipo I (HTLV-I)”, coordenado pela prof^a Dr^a Cibele Câmara, tendo sido submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aceito com o parecer nº 2.026.582 (Anexo 1) e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo 2).

Método

Trata-se de um estudo observacional descritivo e analítico do tipo transversal com abordagem qualiquantitativa.

Participantes

Participaram da pesquisa um total de 64 mulheres, que foram alocadas em quatro grupos:

1) o Grupo Estudo Reprodutivo (GER), composto por mulheres com HTLV-1 e no período reprodutivo (n=19); **2) o Grupo Controle Reprodutivo (GCR)**, composto por mulheres soronegativas para o HTLV-1, no período reprodutivo (n=20), doadoras de sangue regulares e; **3) o Grupo Estudo Menopausa (GEM)**, composto por mulheres com HTLV-1, no período da menopausa e/ou pós-menopausa (n=10); **4) o Grupo Controle Menopausa (GCM)**, composto por mulheres soronegativas para o HTLV-1, na menopausa e/ou pós-menopausa (n=15), doadoras de sangue regulares.

As mulheres de todos os grupos deveriam ser sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e estar em relacionamentos estáveis com no mínimo seis meses de duração, uma vez que o questionário que avalia a função sexual, remota a questionamentos referentes a relação sexual no último mês.

Foram excluídas no GER e GEM, mulheres com HTLV-2 ou com sorologia indeterminada, mulheres com *diabetes mellitus* não controlada, mulheres em uso de medicamentos para depressão, tranquilizantes e neurolépticos/antipsicóticos, mulheres coinfectadas (infectadas com Hepatite C, B, HIV, entre outras infecções), sem vida sexual ativa e na perimenopausa.

Já no GCR e GCM foram excluídas mulheres com histórico de perineoplastia, disfunções neurológicas, *diabetes mellitus* não controlada, mulheres com alterações anorretais e urogenitais, infecção (Hepatite C, HIV, HTLV), uso de medicamentos para depressão, tranquilizantes e neurolépticos/ antipsicóticos, já que tais aspectos podem afetar diretamente a resposta sexual (Ahmadian, Mazaheri & Shakrizes, 2018; Brown, Kendall, Ledsky, 1995; Florence et al, 2004; Rivemales, 2013). Além disso, foram excluídas mulheres que não eram doadoras de sangue frequentes (doadoras frequentes constantemente ao doarem realizam testes sorológicos para estarem aptas a doação de sangue), mulheres na perimenopausa, sem vida sexual ativa e com disfunções sexuais já diagnosticadas.

Ambiente

Para a coleta das participantes com o vírus, a pesquisa foi realizada no consultório médico do Laboratório de Clínica e Epidemiologia de Doenças Endêmicas (LCEDE) do Núcleo de Medicina Tropical (NMT) e no setor de Fisioterapia (Laboratório de Estudos em Reabilitação Funcional - LAERF) vinculado ao Instituto de Ciências da Saúde, ambos da Universidade Federal do Pará (UFPA), no período de abril de 2017 a outubro de 2017. Para a coleta das participantes sem o vírus, o estudo foi realizado no setor de Doação de Sangue da Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA) no período de outubro a novembro de 2017, em que foi solicitada autorização mediante o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPES) da referida instituição (Anexo 3).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram o Questionário Socioeconômico, o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o domínio da Escala do Amor contido no questionário *Marriage and Relationship Questionnaire* (MARQ).

Questionário Socioeconômico – criado pela pesquisadora com base no Censo Demográfico 2010, com objetivo de caracterizar a amostra e contém perguntas sobre a idade, sexo, situação amorosa atual, renda familiar e individual, aspectos sobre saneamento básico e moradia, se faz uso de método contraceptivo, uso de medicamentos, entre outras. Foram utilizados dois questionários socioeconômicos similares. Para os grupos estudos o questionário teve acréscimo de perguntas relacionadas ao HTLV-1 (Apêndice 1) e para os grupos controles o questionário não havia perguntas relacionadas ao vírus (Apêndice 2).

Female Sexual Function Index (FSFI) - questionário autoaplicável, validado para a língua portuguesa, possui 19 questões que correspondem a perguntas sobre a atividade sexual nas últimas quatro semanas, com o objetivo de avaliar a função sexual feminina. Possui seis subescalas (domínios) – desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor – em que o escore final varia de 2 a 36, sendo o ponto de corte de 26,55 (Anexo 4). Este escore de corte permite discriminar mulheres com função sexual satisfatória (acima do ponto de corte) e disfuncionais (abaixo do ponto de corte) de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (Wiegel et al., 2005).

Aspectos estatísticos da FSFI

Para cada questão há opções que recebem pontuação de 0 a 5, exceto nas questões relacionadas ao domínio dor, onde a pontuação é definida de forma invertida (Tabela 1). Um escore total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio na pontuação total (Pacagnella et al., 2009; Rosen et al., 2000).

Tabela 1

Escore dos domínios do FSFI

Domínio	Questão	Variação do escore	Fator de correção	Escore Mínimo	Escore Máximo
Desejo	1,2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36

Nota. Fonte: Pacagnella et al. (2009). *Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16= 1–5.

Escala do Amor - Subescala do questionário *Marriage and Relationship Questionnaire* (MARQ), com o objetivo de aferir o nível de vínculo emocional entre parceiros em relacionamentos amorosos (Russel & Well, 1993). A subescala é composta por 9 questões de múltipla escolha (escala Likert de 5 pontos), em que 1 corresponde a “nem um pouco” e 5 significa “muito” (Anexo 5).

Aspectos estatísticos da Escala do Amor

As questões possuem cinco opções de resposta (A, B, C, D ou E). Cada resposta assinalada pela participante será convertida em pontos, com resposta A=1 ponto, B=2 pontos, C=3 pontos, D=4 pontos e E=5 pontos, se elas forem de ordem reversa (questões 1,2,6 e 9), serão convertidas da seguinte forma: A=5 pontos, B=4 pontos, C=3 pontos, D=2 pontos e E=1 ponto. As respostas omissas deverão ser convertidas em três pontos. A soma das respostas fornecidas pelas participantes por meio da escala do amor varia entre 9 a 45, sendo que esse valor será convertido em escores de satisfação (de um a sete).

Os escores convertidos da escala do amor: escore 1 (para soma com valores de 9 a 23); escore 2 (soma com valores de 24 a 31); escore 3 (soma com valores de 32 a 37); escore 4 (soma com valores de 38 a 41); escore 5 (soma com valores de 42 a 43); escore 6 (soma com valores iguais a 44); escore 7 (soma com valores iguais a 45) (Rebello, 2012). Para efeito de análise, a classificação dos níveis de vínculo afetivo das participantes será subdividida em três faixas: 1,3 e 5. Conforme a pesquisa de Câmara (2015) a faixa 1 referente às participantes com vinculação afetiva baixa (cuja pontuação inclui os escores de 1 a 2 pontos); a faixa 3 considerada participantes com vinculação afetiva moderada (cuja pontuação inclui os escores de 3 e 4 pontos) e a faixa 5, participantes com nível de vinculação alta (cuja pontuação inclui os escores de 5, 6 e 7 pontos).

Procedimento

- Procedimento: Grupo Estudo Reprodutivo e Grupo Estudo Menopausa

Realizou-se, primeiramente, o levantamento de dados por meio dos prontuários e banco de dados disponíveis no Laboratório de Clínica e Epidemiologia de Doenças Endêmicas (LCEDE) do Núcleo de Medicina Tropical (NMT). Posteriormente, as pacientes foram contatadas por telefone para marcação de consulta médica e/ou convidadas para participarem da pesquisa após atendimento fisioterapêutico no mesmo serviço.

A coleta realizou-se em um único encontro em sala de espera e/ou no próprio consultório médico no Núcleo de Medicina Tropical. Após atendimento médico e/ou fisioterapêutico, as mulheres eram informadas sobre os objetivos da pesquisa e indagadas sobre a presença de parceiro e atividade sexual. Aquelas que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidadas a participarem do estudo e as que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram entregues as participantes o Questionário Socioeconômico, o *Female Sexual Function Index* e a Escala do Amor, acompanhados de uma caneta e envelope.

A pesquisadora responsável esteve presente e no surgimento de eventuais dúvidas, e estas eram esclarecidas, porém limitou-se ao máximo a interferência nas respostas, uma vez que os instrumentos são autoaplicáveis e avaliam a percepção individual da participante.

Orientou-se que após os questionários serem respondidos, estes fossem colocados dentro do envelope e entregues a pesquisadora para que fossem lacrados em frente a participante. Posteriormente, cada participante foi codificada aleatoriamente, com intuito de garantir o sigilo das informações e os dados serem analisados.

- Procedimento: Grupo Controle Reprodutivo e Grupo Controle Menopausa

Para a captação de participantes com sorologia negativa para o HTLV-1 a coleta de dados foi realizada no setor de Doação de Sangue do HEMOPA.

O fluxo de doação de sangue nesse serviço era estabelecido primeiramente pela: (1) *recepção dos doadores* para realização de cadastro, (2) *pré-triagem* para verificação de sinais vitais (peso, altura, pressão arterial, temperatura e hemoglobina), (3) *triagem de doadores* para avaliação clínica e epidemiológico (realizada por médico ou enfermeiro), por meio de entrevista individual e sigilosa. Caso o indivíduo fosse apto à doação era encaminhado ao (4) *voto de auto exclusão*, onde a própria doadora definia, confidencialmente, se a doação era adequada para transfusão, e em seguida era direcionada a (5) sala de espera, em que aguardava para realizar a doação de sangue na sala de coleta (6). Após a doação era direcionada a (7) copa, em que era ofertado um lanche após a coleta sanguínea, com intuito de estabelecer a reposição imediata de líquidos e nutrientes.

Para as participantes dos grupos controles, o procedimento da coleta foi realizado em um único encontro nas etapas 5 e 7, de acordo com a rotatividade do serviço.

As possíveis participantes aptas a doação ou as que já haviam doado, eram abordadas pela pesquisadora, que explicava sobre estudo e indagava a respeito da vida sexual, situação amorosa atual e se estavam no período reprodutivo ou na menopausa e/ou pós-menopausa. Aquelas que se enquadraram nos critérios de inclusão e que concordaram em participar assinaram o TCLE e em seguida, eram entregues o Questionário Socioeconômico, o *Female Sexual Function Index* e a Escala do amor acompanhados de caneta e um envelope.

As mesmas recomendações e orientações foram dadas à estas participantes, conforme descrito anteriormente no procedimento dos grupos com o vírus.

Análise de Dados

Foram realizadas análises descritivas e utilizou-se teste para a avaliação da normalidade da amostra. As variáveis analisadas apresentaram distribuição não-paramétrica, sendo aplicados testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para a comparação da Função Sexual e Vínculo afetivo entre os grupos e a aplicação do teste de correlação de Spearman. Os testes foram feitos com a utilização do programa de análise estatística Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.

Resultados

Descrição Geral dos Dados

Características das participantes

A tabela 2 descreve as principais características socioeconômicas entre os quatro grupos, como idade, nível educacional, situação amorosa atual, renda individual e familiar e cor/raça autodeclarada.

Tabela 2

Principais características socioeconômicas dos grupos GER, GEM, GCR e GCM.

Grupo	Idade (média)	Nível Educacional	Situação Amorosa	Renda Individual	Renda Familiar	Cor/Raça
GER (n=19)	38 (DP±7,25)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ens. Fund. completo (15,8%) e incompleto (10,5%); ▪ Ens. médio completo (31,6%); ▪ Superior completo (15,8%) e incompleto (21,1%); ▪ Pós-graduação (5,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 68% casadas; ▪ 15,8% união consensual; ▪ 15,8% namorando 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (52,6%); ▪ 2-3 salários mínimos (5,3%); ▪ Outro tipo de renda (42,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (57,9%); ▪ 2-3 salários mínimos (21,1%); ▪ 3-4 salários mínimos (15,8%); ▪ Outros (5,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> Branca (29,4%) Parda (52,9%) Preta (17,6%)
GCR (n=20)	34,3 (DP±8,17)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ens. médio completo (25%); ▪ Superior completo (15%) e incompleto (15%); ▪ Pós-graduação (45%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casadas (45%); ▪ União consensual (15%); ▪ Namorando (30%); ▪ Divorciada/separada (5%); ▪ Outros (5%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (20%); ▪ 2-3 salários mínimos (25%); ▪ 3-4 salários mínimos (20%); ▪ 4-5 salários mínimos (5%); ▪ Superior a 5 salários mínimos (20%); ▪ Outro tipo de renda (10%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (15%); ▪ 2-3 salários mínimos (20%); ▪ 3-4 salários mínimos (10%); ▪ 4-5 salários mínimos (10%); ▪ Superior a 5 salários mínimos (35%); ▪ Outro (10%) 	<ul style="list-style-type: none"> Branca (42,1%) Parda (42,1%) Preta (15,8%)
GEM (n=10)	51,7 (DP±7,22)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ens. Fund. Completo (30%) e incompleto (30%); ▪ Ens. médio completo (20%); ▪ Superior Completo (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% casadas; ▪ 40% união consensual; ▪ 20% namorando 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (50%) ▪ Outro tipo de renda (50%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (40%); ▪ 2-3 salários mínimos (20%); ▪ Superior a 5 salários mínimos (10%); ▪ Outro tipo de renda (30%) 	<ul style="list-style-type: none"> Branca (11,1%) Indígena (11,1%) Parda (66,7%) Preta (11,1%)
GCM (n=15)	52,4 (DP±4,73)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ens. fundamental completo (6,7%) e incompleto (13,3%); ▪ Ens. médio completo (26,7%); ▪ Superior completo (20%) e incompleto (6,7%); ▪ Pós-graduação (26,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60% casadas; ▪ 33,3% união consensual; ▪ 6,7% namorando 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (40%); ▪ 2-3 salários (6,7%); ▪ 3-4 salários (13,3%); ▪ 4-5 salários (13,3%); ▪ Outro tipo de renda (13,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 salários mínimos (14,3%); ▪ 2-3 salários mínimos (14,3%); ▪ 3-4 salários mínimos (7,1%); ▪ Superior a 5 salários mínimos (35,7%); ▪ Outro (26,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> Branca (20%) Parda (80%)

Nota. *Outro tipo de renda*, corresponde a uma renda não fixa, ou algumas vezes dependente de terceiros.

Dados do HTLV-1

Em relação à descoberta do vírus no GER 36,8%, referiram ter descoberto por meio de doação de sangue, 21,1% no pré-natal, 10,5% pelo ex-companheiro, 5,3% pelo companheiro atual, 5,3% como consequência de quadro anêmico profundo, 5,3% consulta dermatológica, 5,3% pela mãe e 10,5% não informou. Já no GEM, 70% descobriu o vírus por meio de doação de sangue, 10% como consequência de quadro anêmico, 10% exame de sangue da filha e 10% não responderam à pergunta. Em relação a sorologia dos parceiros atuais, no GER 36,8% (n=7) dos parceiros atuais eram soronegativos (sorodiscordantes) para o HTLV, 21,1% (n=4) eram soropositivos (soroconcordantes) e 42,1% (n=8) não realizaram testes para investigação do vírus, enquanto que no GEM, 20% (n=2) dos parceiros eram soronegativos, 20% (n=2) soropositivos e 60% (n=6) não realizaram teste para o HTLV.

Ao analisar o tempo médio de diagnóstico da sorologia positiva para o HTLV-1, o GER apresentou média de 4,6 anos e o GEM média de 6,4 anos. Quanto aos sintomas decorrentes do vírus que mais incomodavam as participantes, no GER as respostas foram: dermatite atópica, dificuldade de movimentar as mãos, dor articular, dor em membros inferiores e dor em coluna lombar. Já no GEM, os relatos foram de dor em membros inferiores, perda de movimento, dor lombar e em articulações. De acordo com as informações contidas nos prontuários no GER 63,2% (N=12) eram assintomáticas e 36,8% (N=7) relataram alguma dor decorrente do vírus, já no GEM 50% eram assintomáticas (N=5), 20% tinham diagnóstico fechado de Paraparesia Espástica Tropical (HAM/TSP) (N=2) e 30% (N=3) relataram alguma dor decorrente do vírus.

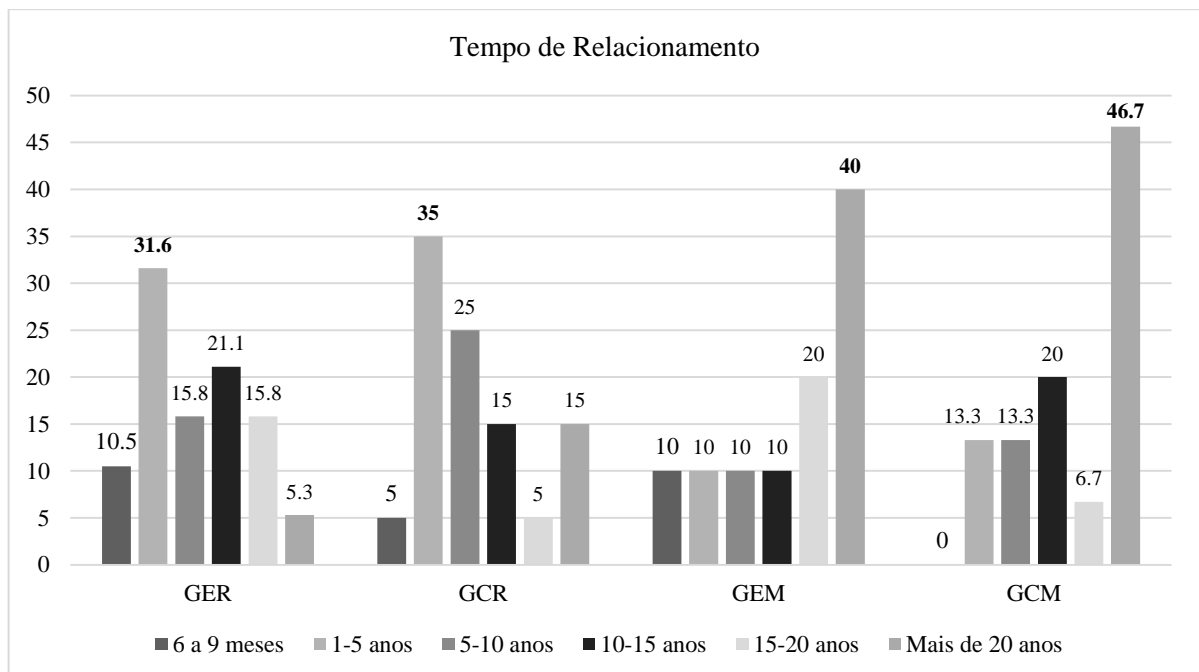
Em relação às queixas de perda urinária, no GER 84,2% (n=16) das mulheres não apresentam queixas, enquanto que 15,8% (n=3) apresentaram. No grupo GEM 80% (n=8) não apresentaram queixas, enquanto 20% (n=2) apresentaram.

Características da vida amorosa e sexual das participantes

O tempo médio de relacionamento do GER foi de 3,15 anos e no GCR de 3,25 anos, já no GEM de 4,4 anos e no GCM de 4,6 anos. Além disso o tempo de relacionamento foi dividido em: 6 a 9 meses, de 1 ano a 5 anos, de 5 anos a 10 anos, de 15 anos a 20 anos e mais de 20 anos de relacionamento, conforme descrito no gráfico 1.

Gráfico 1

Frequências do tempo de relacionamento dos quatros grupos (%).



Nota. GER (grupo estudo reprodutivo), GCR (grupo controle reprodutivo), GEM (grupo estudo menopausa), GCM (grupo controle menopausa).

Na tabela 3, encontram-se a descrição de dados da prática da automasturbação, masturbação no parceiro, uso de preservativo nas relações sexuais e questionamento a respeito do parceiro e o relacionamento.

Observou-se que no GER a grande maioria, 80% das mulheres não praticavam a automasturbação, enquanto que no GCR a maioria (40%) referiu que às vezes. Em relação a masturbar o parceiro a maioria, 80% do GER afirmaram que não realizam, enquanto que no GCR 40% afirmaram que às vezes.

Ao comparar o GEM e GCM em relação as mesmas variáveis, no GEM e GCM a maioria das mulheres referiram não realizar a automasturbação, 100% e 80% das mulheres, respectivamente. No GEM 66,7% referiram não masturbar o parceiro e no GCM 40% masturbam o parceiro às vezes.

Também foi observado que as mulheres com HTLV-1 independentemente de estarem no período reprodutivo ou na menopausa e/ou pós-menopausa, a maioria das participantes não faziam ou às vezes faziam o uso de preservativo durante as relações sexuais. Ao questionadas a respeito se os parceiros queriam terminar os relacionamentos, em todos os grupos as mulheres afirmaram que não.

Tabela 3

Características sexuais e amorosas.

	Automasturbação	Masturba o parceiro	Uso de preservativo	Sente que o parceiro quer deixá-la?
GER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% não se masturbam ▪ 20% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% não ▪ 20% sim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 47,4% nunca utilizam ▪ 36,8% às vezes ▪ 15,8% sempre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 71,4% não ▪ 14,3% sim ▪ 14,3% às vezes
GCR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% não se masturbam ▪ 35% sim ▪ 40% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% não ▪ 40% às vezes ▪ 5% sim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% nunca utilizam ▪ 20% sempre ▪ 40% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85% não ▪ 10% sim ▪ 5% às vezes
GEM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% não se masturbam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 66,7% não ▪ 33,3% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% nunca utilizam ▪ 50% às vezes ▪ 10% sempre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 83,3% não ▪ 16,7% sim
GCM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% não se masturbam ▪ 6,7% que sim ▪ 13,3% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% não ▪ 40% às vezes 13,3% sim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 33,3% nunca utilizam ▪ 20% sempre ▪ 46,7% às vezes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% não

Função Sexual e Vínculo Afetivo

Para analisar a função sexual e o vínculo afetivo, no grupo GEM, as participantes que possuíam paraparesia espástica tropical foram retiradas, devido ao comprometimento neurológico em relação as assintomáticas, e foi considerado o N=8. Na tabela 4, observa-se a frequência do escore total da função sexual de mulheres que ficaram abaixo do ponto de corte de 26,55 e mulheres que ficaram acima desse valor nos quatros grupos, além da frequência do nível de vínculo afetivo nessas mulheres. As participantes do GER e GCR 62,9% e 95%, respectivamente, ficaram acima do ponto de corte do escore total da função sexual e ambas tiveram nível de vínculo afetivo moderado com os seus parceiros. No entanto, ao observar a frequência do escore total da função de mulheres abaixo do ponto de corte, ou seja, aquelas com provável disfunção sexual, os valores do GER assemelharam-se as das mulheres do GCM.

Já no GEM, 37,5% das mulheres ficaram abaixo do valor de 26,55, podendo indicar uma provável disfunção sexual, enquanto 62,5% possuíam uma função sexual considerada satisfatória, entretanto, nesse mesmo grupo 50% das mulheres apresentaram um baixo vínculo afetivo, enquanto que no GCM, 66,5% ficaram acima do ponto de corte da função sexual e 53,3% possuíam vínculo moderado.

Tabela 4

Função sexual e Vínculo Afetivo

	Função Sexual (FSFI)		Vínculo Afetiva (Escala do Amor)		
	Acima*	Abaixo*	Baixo	Moderado	Alto
GER	62,9%	37,1%	21,1%	47,4%	31,6%
GCR	95%	5%	15%	50%	35%
GEM	62,5%	37,5%	50%	37,5%	12,5%
GCM	66,5%	33,5%	20%	53,3%	26,7%

Nota: (*) De acordo com o ponto de corte de 26,55.

Por meio do teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, investigou-se o escore total da função sexual e seus domínios (desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor), mensurados por meio do FSFI, entre os quatros grupos. Encontrou-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios desejo (Mediana= 4,20; $p= 0,012$; $\chi^2= 10,869$; $N= 62$), excitação (Mediana= 4,80; $p= 0,000$; $\chi^2= 18,850$; $N= 62$) e escore total da função sexual (Mediana= 29,90; $p= 0,002$; $\chi^2= 14,858$; $N= 62$). Porém, não foi encontrada diferença estatística significativa no vínculo afetivo (Mediana=39,0; $p=0,206$; $\chi^2= 4,57$; $N=62$). Posteriormente, para análise de *post hoc* foi realizado o teste de Mann-Whitney para identificar quais dos pares de grupos diferiram. E foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos GER e GCR, nas variáveis desejo ($U=94,000$; $p=0,006$), excitação ($U=44,500$; $p=0,000$) e escore total da função sexual ($U=71,500$; $p=0,001$). Ao verificar as medianas entre os dois grupos, encontrou-se que o GER possui menores valores nesses domínios e no escore total de função sexual, conforme observado na tabela 5.

Tabela 5

Função Sexual (FSFI) e seus domínios

		REPRODUTIVO						
		Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI*
GER	N	19	19	19	19	19	19	19
	Mediana	3,60	4,50	5,10	5,20	4,8	5,20	27,70
	DP	$\pm 1,20$	$\pm 1,07$	$\pm 1,03$	$\pm 1,23$	$\pm 1,21$	$\pm 0,90$	$\pm 5,2$
	Variância	1,46	1,15	1,06	1,53	1,48	0,81	27,10
GCR	N	20	20	20	20	20	20	20
	Mediana	4,80	5,40	5,55	5,20	6,0	6,0	31,90
	DP	$\pm 0,86$	$\pm 0,422$	$\pm 0,90$	$\pm 0,76$	$\pm 0,89$	$\pm 0,54$	$\pm 2,74$
	Variância	0,74	0,17	0,82	0,58	0,80	0,29	7,51
		MENOPAUSA/PÓS-MENOPAUSA						
GEM	N	8	8	8	8	8	8	8
	Mediana	3,60	4,05	3,75	4,40	5,0	5,0	28,90
	DP	$\pm 1,41$	$\pm 1,16$	$\pm 1,34$	$\pm 1,06$	$\pm 1,26$	$\pm 0,95$	$\pm 5,45$
	Variância	1,99	1,34	1,81	1,13	1,60	0,914	29,70
GCM	N	15	15	15	15	15	15	15
	Mediana	3,60	4,50	5,10	4,80	5,60	6,00	28,60
	DP	$\pm 1,29$	$\pm 1,10$	$\pm 1,07$	$\pm 1,15$	$\pm 1,45$	$\pm 0,97$	$\pm 5,45$
	Variância	1,66	1,22	1,15	1,33	2,11	0,947	29,77

Nota. (*) escore total da Função Sexual

Por meio do teste de correlação de Spearman no GCR encontrou-se correlação positiva e moderada entre vínculo afetivo e o domínio satisfação. Todavia, não houve correlação entre escore total da função sexual e vínculo afetivo (Tabela 6). No GER, também não foram encontradas correlações entre escore total da função sexual e vínculo afetivo ($r_s=0,352$; $p=0,140$; $N=19$; $r_s^2=0,123$).

Tabela 6.

Grupo controle reprodutivo (GCR)

		Domínio Satisfação	Função Sexual
Vínculo Afetivo	<i>rs</i>	0,522	0,378
	<i>p</i>	0,018	0,10
	N	20	20

Nota. Correlações: vínculo afetivo e satisfação ($r_s^2=0,272$); vínculo afetivo e função sexual ($r_s^2=0,142$).

No grupo GEM não foi encontrada correlação entre escore total da função sexual e vínculo afetivo. Porém, encontrou-se correlação positiva e forte entre o vínculo afetivo e o domínio satisfação, conforme Tabela 7.

Tabela 7.

Grupo estudo menopausa (GEM)

		Domínio Satisfação	Função Sexual
Vínculo Afetivo	<i>rs</i>	0,741	0,410
	<i>p</i>	0,036	0,313
	N	8	8

Nota. Correlações: vínculo afetivo e satisfação ($r_s^2=0,549$); vínculo afetivo e função sexual ($r_s^2=0,168$).

No GCM houve correlação positiva e moderada entre vínculo afetivo e escore total da função sexual, vínculo afetivo e domínio satisfação, vínculo afetivo e domínio excitação, o que aponta que uma variável aumentaria em função da outra (Tabela 8).

Tabela 8.

Grupo controle menopausa (GCM)

		Satisfação	Excitação	Função Sexual
	<i>rs</i>	0,604	0,650	0,550
Vínculo Afetivo	<i>p</i>	0,017	0,009	0,033
	<i>N</i>	15	15	15

Nota. Correlações: vínculo afetivo e satisfação ($rs^2=0,364$); vínculo afetivo e excitação ($rs^2=0,422$), vínculo afetivo e função sexual ($rs^2=0,302$).

Encontrou-se também correlação negativa e moderada entre o tempo de relacionamento e o vínculo afetivo no GER ($rs=-0,563$; $p=0,012$; $N=19$; $rs^2=0,316$), no entanto o mesmo não foi encontrado nos demais grupos, GCR ($rs=-0,293$; $p=0,210$; $N=20$; $rs^2=0,085$), GEM ($rs=0,120$; $p=0,776$; $N=8$, $rs^2=0,014$) e no GCM ($rs=0,193$; $p=0,49$; $N=15$, $rs^2=0,037$).

Discussão

Poucos pesquisadores têm investigado a sexualidade de mulheres com HTLV-1 de maneira mais abrangente, o que se encontra na base de dados atualmente são estudos relacionados aos aspectos gerais da qualidade de vida, alterações ginecológicas e compreensão geral da sexualidade de homens e mulheres com HTLV-1. Publicações a respeito do HTLV-1 abordam, majoritariamente, aspectos clínicos relacionados ao vírus e nos consultórios médicos as questões sexuais são pouco exploradas. Sendo, portanto, de extrema importância

compreender de forma mais ampla a respeito dos fatores que estão envolvidos na sexualidade dessas mulheres, bem como de que forma tais fatores, incluindo os não clínicos, podem afetar a qualidade de seu funcionamento sexual e seu vínculo afetivo com o parceiro (Diniz et al., 2009; Firmino, 2017; Rivemales, 2013; Santos, Soares, & Rivemales, 2017).

Neste contexto, no presente estudo, ao comparar as médias dos escores totais de função sexual em mulheres soropositivas e soronegativas para o HTLV-1 no período reprodutivo, conforme observado na tabela 5, ambas apresentaram o ponto de corte acima de 26,55, no entanto, o grupo de mulheres com o vírus observou-se que sua média (26,99) esteve bem próxima a nota de corte, até mesmo bem abaixo de mulheres na menopausa e/ou pós-menopausa soronegativas. Conforme o estudo de Wiegel et al. (2005), valores abaixo de 26,55 teriam maiores chances de apresentar disfunção sexual e considerou-se pontuações acima desse valor um funcionamento sexual satisfatório.

Embora, em decorrência da ação dos hormônios que regulam o comportamento sexual, mulheres no período reprodutivo apresentem maiores escores em sua função sexual em relação as mulheres no climatério (Câmara, 2015). Nesta investigação encontrou-se diferença estatística significativa entre o grupo de mulheres reprodutivas soropositivas e de mulheres reprodutivas soronegativas para o HTLV-1, apesar de as mulheres com o vírus na fase reprodutiva estarem acima da nota de corte, sua função sexual diferiu significativamente em relação a mulheres sem o vírus, o que pode estar relacionado a um possível impacto negativo do vírus na resposta sexual, já que a sua condição sorológica pode desestabilizar relacionamentos afetivos-sexuais, além de ocasionar perda da libido (desejo sexual), que muitas vezes correlaciona-se com a estima do corpo, comportamento sexual e satisfação sexual (Diniz et al., 2009; Raja, Khouri & Meston, 2011; Rivemales, 2013).

Nesta pesquisa, também houve um declínio dos domínios desejo e excitação sexual em mulheres com HTLV-1 no período reprodutivo ao comparadas a mulheres sem o vírus. Do

mesmo modo que no estudo de Diniz et al. (2009), que evidenciou redução do desejo sexual em mulheres soropositivas para o HTLV-1. Embora fatores biológicos estejam associados ao sistema sexual, fatores psicológicos ou contextuais modulam o desejo e excitação. Segundo o modelo de resposta sexual de Basson (2006) o desejo sexual não é uma causa, mas uma consequência da excitação, efeitos de hormônios, doenças somáticas e fatores psicológicos sobre a excitação sexual são discutidos, bem como a influência do contexto relacional sobre o desejo sexual feminino e a excitação.

A motivação sexual depende de um funcionamento do sistema de resposta sexual adequado, estímulos sexuais e do parceiro (Rowland & Incrocci, 2008). Paranhos et al. (2016) afirmam que a diminuição do desejo sexual de mulheres com o HTLV-1, envolve aspectos como falta de respeito nos relacionamentos, traição do parceiro, medo de transmissão do vírus, alterações na percepção da autoimagem, descréditos nas relações afetivas e na figura masculina, desestimulando o investimento em seus relacionamentos atuais ou futuros. Porém, nesta pesquisa, tais questionamentos não foram investigados.

No presente estudo, não houve diferença estatística nos domínios da lubrificação, satisfação, orgasmo e dor ao comparar mulheres no período reprodutivo com e sem o HTLV-1. Lima (2005) ao comparar mulheres soropositivas com mulheres soronegativas, não encontrou diferenças estatísticas em relação a anormalidades ginecológicas, independente de apresentarem sintomas decorrentes do vírus ou não, no entanto, os aspectos avaliados em seu estudo limitou-se a investigações por meio de exames ginecológicos.

Do mesmo modo, Firmino (2017) ao avaliar o ambiente cérvico-vaginal em 63 mulheres infectadas com o vírus HTLV-1 sem HAM/TSP em comparação 49 soronegativas para o HTLV-1, utilizou como instrumentos análises de fluidos vaginais, exame ginecológico e também o questionário FSFI, no entanto, apesar de aplicar o questionário de maneira integral, o autor limitou-se a investigar apenas a lubrificação vaginal nessas mulheres e os resultados do

estudo sugeriram que a infecção pelo HTLV-1 poderia induzir uma inflamação cérvico-vaginal em mulheres infectadas, devido à elevação da concentração de citocinas no fluido vaginal em comparação às não infectadas, mesmo não encontrando diferenças significativas nas alterações citopatológicas cérvico-vaginais e na lubrificação vaginal entre os grupos avaliados. Apesar dos achados ginecológicos encontrados por esses autores, mulheres com e sem o vírus não diferiram em relação a lubrificação vaginal, tal como os resultados encontrados nesta investigação.

Por outro lado, os resultados do estudo de Diniz et al. (2009) apontaram evidências da dificuldade em atingir o orgasmo, dispareunia, dor à palpação vaginal e hipersensibilidade perineal em mulheres com incontinência urinária soropositivas para o HTLV-1 ao avaliar a qualidade de vida e aspectos ginecológicos e urinários.

Neste sentido, é importante considerar que, independente de a infecção ser assintomática ou não, existem na literatura evidências de estigmas e paradigmas que permeiam a sexualidade na presença de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), que podem, inclusive, afetar diretamente a vida sexual conjugal. Sobretudo em mulheres com HTLV-1, devido o vírus apresentar caráter silencioso e progressivo que pode gerar também sofrimento a partir do momento em que elas recebem o diagnóstico, por conta da semelhança semântica com o HIV. O HIV e HTLV, apesar de serem retrovírus e possuírem vias de transmissão similares, diferem em suas fisiopatologias e, muitas vezes, o HTLV é associado ao HIV até mesmo pelos próprios portadores, população em geral e profissionais de saúde, devido à falta de conhecimento a respeito do vírus (Rivemales, 2013; Santos et al., 2017).

Nesta pesquisa investigou-se também a função sexual de mulheres soropositivas e soronegativas para o HTLV-1 na menopausa e/ou pós-menopausa. Porém, não houve diferença estatística significativa no escore total da função sexual e nem em seus domínios, o que pode ser explicado devido ao tamanho amostral reduzido, devido às dificuldades em encontrar

mulheres que se encaixassem nos critérios de inclusão, em especial, mulheres soropositivas para o HTV-1, que possuíssem vida sexual ativa nas últimas quatro semanas e/ou parceiro com no mínimo seis meses.

Conforme dados da literatura, é esperado um declínio da função sexual na fase não reprodutiva, em decorrência do processo de envelhecimento e alterações dos níveis hormonais de esteroides gonodais que afetam negativamente na elasticidade da mucosa vaginal, na redução da lubrificação e dor durante as relações sexuais, além de diminuição do desejo sexual, correlacionado a uma vida sexual menos ativa e uma menor satisfação sexual e vínculo com o parceiro (Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton, & Rosen, 2006; O'Neill & Eden, 2017). Apesar disso, neste estudo, o grupo de mulheres menopausadas soronegativas para o HTLV-1, a média do escore total de função sexual encontrou-se acima da nota de corte, o que provavelmente pode estar associado ao vínculo com o parceiro, já que nesse grupo, uma função sexual satisfatória esteve correlacionada a um maior vínculo afetivo (Câmara, 2015).

Klusmann (2002) e Fisher (2010) ressaltam que o curso do desejo sexual feminino reflete uma função adaptativa de fortalecer mecanismos psicológicos de apego e de manutenção de relacionamentos e no vínculo com o parceiro. Dessa perspectiva, o amor romântico é fundamental para o sucesso reprodutivo da espécie humana, tanto na reprodução como na vinculação com o parceiro e sistemas de recompensa do cérebro, ricas em dopamina teriam efeitos específicos no amor romântico (Buss, 1989; Fisher, 2010; Fisher, Xu, Aron, & Brown, 2016). No orgasmo, por exemplo, a liberação de ocitocina auxilia na formação de vínculo com o parceiro (Meston & Buss, 2007) e na sinalização de satisfação sexual, isto sugere que o comportamento sexual humano não está relacionado apenas a funções reprodutivas, mas também possivelmente pela busca pelo prazer (Diamond, 1999; Fisher, 1995).

Conforme os resultados da presente pesquisa, não houve diferença estatística entre o vínculo afetivo de mulheres com o HTLV-1 e mulheres sem o vírus, tanto no período

reprodutivo como na menopausa e/ou pós-menopausa. Todavia, o vínculo afetivo de mulheres com HTLV-1 em fase não reprodutiva 50% classificou-se como baixo, e também baixos vínculos afetivos estiveram correlacionados a uma menor satisfação sexual. Apesar de alguns relacionamentos se manterem independentemente do nível de satisfação no relacionamento, a manutenção do vínculo afetivo e a segurança auxiliam como benefícios de proteção (Selcuk, Zayas, & Hazan, 2010). E o vínculo afetivo, indicador importante da saúde sexual, está fortemente associada à satisfação sexual (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013). Byers (2005) ao investigar 87 indivíduos em relações de longo prazo, verificou que a comunicação com o parceiro também tem influência satisfação sexual. Além disso, fortes vínculos afetivos estariam associados a níveis mais altos de função sexual, independente da fase reprodutiva ou não reprodutiva (Câmara, 2015). Entretanto, neste estudo, correlações entre a função sexual e o vínculo afetivo não foram encontrados em mulheres reprodutivas e menopausadas soropositivas para o HTLV-1, nem em mulheres soronegativas na fase reprodutiva.

Assim como a satisfação no relacionamento e a frequência sexual atuam como recompensas e aumentam a satisfação sexual, quando o vínculo com o parceiro é baixo espera-se que a satisfação sexual seja menor (Byers, 2005). Rehman, Rellini, e Fallis (2011) destacam que o prazer mútuo é um componente crucial da satisfação sexual e que deriva de experiências sexuais positivas e não da ausência de conflito ou disfunção sexual.

Na literatura, existem evidências de que a atividade sexual e satisfação sexual tenham um declínio em homens e mulheres à medida que a duração do relacionamento aumenta, assim como o vínculo tende a fortalecer-se com o tempo (Klusmann, 2002;Câmara, 2015). No entanto, no presente estudo, em mulheres reprodutivas com HTLV-1, relacionamentos com um menor tempo de duração correlacionaram-se a uma maior vinculação afetiva. Diante disso, questiona-se: será que o parceiro tem conhecimento da condição sorológica da parceira com

HTLV-1? O conhecimento da condição sorológica pelo parceiro tem influência no vínculo afetivo?

Apesar de não ter sido investigado, é provável, que seus relacionamentos amorosos sejam posteriores a descoberta do vírus, pois a média do tempo de diagnóstico foi superior à média do tempo de relacionamento nessas mulheres haja vista que, o relacionamento afetivo tem sido associado a saúde e qualidade vida, mas quando há o diagnóstico da infecção, relações afetivo-sexuais podem ser desfeitas, associando-se a traição do parceiro ou parceira, principalmente por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível (Rivemales, 2013; Robles, 2014; Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Quando mulheres com HTLV-1 estabelecem um novo relacionamento amoroso surgem várias dificuldades e anseios, medo de rejeição, medo da reação do parceiro e dificuldades de comunicação entre o casal, o que faz com que o encobrimento da condição clínica torne mais fácil e segura a vivência da sexualidade nessas mulheres, uma vez que a descoberta do seu status sorológico pelo novo parceiro pode afastar a possibilidade de formação de vínculos (Finkler, 2003; Rivemales, 2013).

Além dos resultados destacados anteriormente nesta pesquisa, outro aspecto investigado é o uso de preservativo nas relações sexuais, principalmente em mulheres com HTLV-1, independentemente de o parceiro ser sorodiscordante ou soroconcordante. A maioria das mulheres investigadas com o vírus, nunca ou às vezes faziam uso de preservativo nas relações sexuais. Inferindo-se talvez, dificuldades em negociar com seus parceiros o uso de camisinha, o que reflete a extrema importância de implementação de práticas sexuais protegidas (Rivemales, 2013). Pois ainda que, a transmissão sexual não dependa do status sorológico da mulher, mas esteja associado a duração do relacionamento e status sorológico do parceiro, o risco de contaminação da mulher para o homem, mesmo que reduzido, existe, além também dos riscos de coinfeções, como HIV, Hepatites B e C, entre outras infecções sexualmente

transmissíveis (IST) (Campos, Gonçalves, Costa, & Caterino-de-Araujo, 2017; Espíndola et al., 2017; Kajiyama et al., 1986; Marr, Davies, & Baird, 2017; Stuver et al., 1993).

Dessa forma, aspectos que permeiam a sexualidade feminina ainda é um tema com normas e dispositivos reguladores, que envolve a intimidade pessoal, relações afetivas, privacidade e tabus, principalmente em mulheres vivendo com o HTLV-1. A complexidade que envolve a temática, despertou um desafio em vivenciar e acompanhar de perto mulheres acometidas por esse vírus. Os resultados nesta pesquisa mostraram um decréscimo da função sexual em mulheres com HTLV-1 na menopausa e/ou pós-menopausa, seguido de mulheres reprodutivas com o vírus, mulheres na menopausa e/ou pós-menopausa sem HTLV-1 e no período reprodutivo sem o vírus. E ainda diferenças estatísticas na função sexual, nos domínios desejo e excitação em mulheres na fase reprodutiva com HTLV-1 ao comparadas a mulheres na fase reprodutiva sem o vírus. Não foi encontrada correlação entre o vínculo afetivo e a função sexual em mulheres acometidas pelo vírus, no entanto o vínculo afetivo esteve associado ao tempo de relacionamento em mulheres reprodutivas e também, o vínculo afetivo correlacionou-se a satisfação sexual e excitação em mulheres menopausadas, ambas com sorologia positiva para o HTLV-1.

Como limitações do estudo, houve a dificuldade de encontrar mulheres com HTLV-1 sexualmente ativas e em relacionamentos estáveis, principalmente na menopausa e/ou pós-menopausa, uma vez que a infecção acaba por afetar diretamente a sua vida sexual independentemente de as mulheres apresentarem ou não sintomas em decorrência do vírus.

Estudos futuros devem investigar mais a fundo aspectos que permeiam a sexualidade das mulheres acometidas pelo HTLV-1 e seus parceiros amorosos. Além disso, deve-se enfatizar a investigação de aspectos sexuais de maneira mais abrangente nos consultórios médicos e a adoção mais efetiva de políticas públicas na sua prevenção, bem como a necessidade de difundir o conhecimento a respeito dessa infecção, pouco conhecida na

sociedade em geral, e muitas vezes, até mesmo por profissionais da saúde, que acaba por gerar mais dúvidas nas pessoas que convivem com o vírus (Rivemales, 2013; Zihlmann, 2009).

Referências

- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162–167.
<https://doi.org/10.1590/rpc.v33i3.17061>.
- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a Long-Term Relationship Kill Romantic Love? *Review of General Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0014226>.
- Ahmadian, A., Mazaheri, A., & Shakrizes, R. (2018). The Relation between Anxiety, Depression and Sexual Dysfunction and the Level of Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes Attending Endocrine Clinic of Taleghani Hospital. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(2), 210-221.
- Amaral, L. Q. (2013). Bipedalismo: solução para carregar crias, correlacionada com a redução de pelos Bipedality: solution for infant carrying, correlated with reduction of body hair. *Revista Da Biologia*, 11(1), 19–27. <https://doi.org/10.7594/revbio.11.01.04>.
- Andrade, R., Tanajura, D., Santana, D., & Carvalho, E. M. (2013). Association between urinary symptoms and quality of life in HTLV-1 infected subjects without myelopathy _____, 39(6), 861–866.
<https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.06.13>
- Andrade, A. L. de, & Garcia, A. (2014). Escala de crenças sobre amor romântico: indicadores de validade e precisão. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100008>
- Andrade, A. L. de, Garcia, A., & Cano, D. S. (2009). Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. *Psicologia: Teoria E Prática*, 11(3), 143–156.
- Apostolou, M. (2015). Sexual Dysfunctions in Men: An Evolutionary Perspective. *Evolutionary Psychological Science*, 1(4), 220–231. <https://doi.org/10.1007/s40806-015->

0026-4.

- Araujo, A. Q. C., & Silva, M. T. T. (2006). The HTLV-1 neurological complex. *Lancet Neurology*, 5(December), 1068–1076.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>.
- Basson, R. (2006). Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *The New England Journal of Medicine*, 354(14), 1497–1506.
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp050154>.
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. H. (2005). Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 291–300.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x>
- Basson, R., Wierman, M. E., van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1 PART 2), 314–326. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x>.
- Brown, G. R., Kendall, S., & Ledsky, R. (1995). Sexual dysfunction in HIV-seropositive women without AIDS. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 7(1-2), 73-97.
- Buss, D. M. (1989). Sex Differences in human mate preferences: Evolutionary Hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0140525X00023992P>
- Buss, D. M. (2007). The Evolution of Human Mating. *Acta Psychologica Sinica* , 39(3), 502–512.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*.
<https://doi.org/10.1080/00224490509552264>

- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. da C., Eleutério Júnior, J., Amaral, R. L. G., & Gonçalves, A. K. da S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 34(7), 329–334. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000700007>
- Câmara, C. N. da S. (2015). *Influência da Terapia de Reposição Hormonal e da Vinculação Afetiva sobre a Função Sexual de Mulheres nas fases Reprodutivas, Peri e Pós-menopausa*. Universidade Federal do Pará.
- Campos, K. R., Gonçalves, M. G., Costa, N. A., & Caterino-de-araujo, A. (2017). Original article Comparative performances of serologic and molecular assays for detecting human T lymphotropic virus type 1 and type 2 (HTLV-1 and HTLV-2) in patients infected with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1). *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21(3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2017.02.005>
- Canli, T., & Gabrieli, J. D. E. (2004). Imaging gender differences in sexual arousal. *Nature Neuroscience*, 7(4), 325–326. <https://doi.org/10.1038/nn0404-325>
- Cappelletti, M., & Wallen, K. (2016). Increasing women's sexual desire: The comparative effectiveness of estrogens and androgens Maurand. *Horm Behav*, 78, 178–193. <https://doi.org/doi:10.1016/j.yhbeh.2015.11.003>. Increasing
- Cárcamo, C. P., Campos, P. E., García, P. J., Hughes, J. P., Garnett, G. P., & Holmes, K. K. (2012). Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: A national population-based survey. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(10), 765–773. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70144-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70144-5)
- Carlos, A., Vallinoto, R., & Ishak, R. (2017). HTLV-2: uma infecção antiga entre os povos indígenas da Amazônia brasileira HTLV-2: an ancient infection among Indian people of Brazilian Amazon Region. *Rev Pan-Amaz Saude*, 8(2), 9–11.

<https://doi.org/10.5123/S2176-62232017000200001>

Carneiro-proietti, A. B. F., Catalan-soares, B. C., Castro-costa, C. M., Murphy, E. L., Sabino, E. C., Hisada, M., ... Proietti, F. A. (2006). Informe especial / Special report HTLV in the Americas : challenges and perspectives, *19*(1), 44–53.

Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., & Fernandes, A. (2016).

Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *134*(3), 260–263.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.01.024>

Caskey, M. F., Morgan, D. J., Porto, A. F., Giozza, S. P., Muniz, A. L., Orge, G. O., ...

Glesby, M. J. (2008). Clinical Manifestations Associated with HTLV Type I Infection: A Cross-Sectional Study. *Aids*, *23*(3), 365–371.

<https://doi.org/10.1089/aid.2006.0140.Clinical>

Cassep-Borges, V., & Teodoro, M. L. M. (2007). Propriedades Psicométricas da Versão

Brasileira da Escala Triangular do Amor de Sternberg. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, *20*(3), 513–522.

Castro-costa, C. M. D. E., Araújo, A. Q. C., Barreto, M. M., Takayanagui, O. M., Sohler, M.

P., Silva, E. L. M. D. A., ... Taylor, G. P. (2006). Proposal for Diagnostic Criteria of Tropical Spastic Paraparesis/HTLV-I- Associated Myelopathy (HAM/TSP). *AIDS Research and Human Retroviruses*, *22*(10), 931–935.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1089/aid.2006.22.931>

Catalan-Soares, B., Carneiro-Proietti, A. B., & Proietti, F. A. (2004). Vírus-T linfotrópico humano em familiares de candidatos a doação de sangue soropositivos: disseminação silenciosa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *16*(6), 387–394.

<https://doi.org/10.1590/S1020-49892004001200004>

Costa, C. A., Furtado, K. C. O., Ferreira, L. de S. C., Almeida, D. de S., Linhares, A. da C.,

- Ishak, R., ... Sousa, M. S. (2013). Familial Transmission of Human T-cell Lymphotropic Virus : Silent Dissemination of an Emerging but Neglected Infection. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 7(6), 1–7.
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002272>
- Cour, F., Droupy, S., Faix, A., Methorst, C., & Giuliano, F. (2013). Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progres En Urologie*, 23(9), 547–561.
<https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.11.007>
- Coutinho Júnior, R. (2013). *Perfil de Ativação dos Linfócitos T de pacientes com Mielopatia associada ao Vírus Linfotrópico das Células T Humanas do Tipo 1 (HTLV-1)/paraparesia Tropical Espástica (HAM/TSP) possível, provável e definido*. Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz.
- Diniz, M. S. C., Feldner, P. C., Castro, R. A., Sartori, M. G. F., & Girão, M. J. B. C. (2009). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Impact of HTLV-I in quality of life and urogynecologic parameters of women with urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147, 230–233. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.07.024>
- Diniz, M. S. C., Feldner, P. C., Castro, R. A., Sartori, M. G. F., & Girão, M. J. B. C. (2009). Impact of HTLV-I in quality of life and urogynecologic parameters of women with urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.07.024>
- Dourado, I., Alcantara, L. C. J., Barreto, M. L., Teixeira, M. D. G., & Galvão-Castro, B. (2003). HTLV- I in the General Population of Salvador, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 34(5), 527–531. <https://doi.org/10.1097/00126334-200312150-00013>
- Esch, T., Stefano, G. B., & Stefano, G. B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology Letters*, 26(3), 175–192.

- Espíndola, O. M., Vizzoni, A. G., Lampe, E., Andrada-serpa, M. J., Araújo, A. Q. C., Claudia, A., & Leite, C. (2017). Hepatitis C virus and human T-cell lymphotropic virus type 1 co-infection : impact on liver disease , virological markers , and neurological outcomes. *International Journal of Infectious Diseases*, 57, 116–122.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.01.037>
- Exton, M. S., Bindert, a, Krüger, T., Scheller, F., Hartmann, U., & Schedlowski, M. (1999). Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 280–289. <https://doi.org/10.1097/00006842-199905000-00005>
- Fernando, G., Latorre, S., Carmona, N. K., & Bilck, P. A. (2015). Escores de Corte para o FSFI. *Página -23*.
- Figueiró-Filho, E. A., Lopes, A. H. A., Senefonte, F. R. de A., Souza Júnior, V. G. de, Botelho, C. A., & Duarte, G. (2005). Infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da Região Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 27(67), 719–725.
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032005001200003>
- Finkler, L. (2003). *HIV/AIDS e Relacionamentos Conjugais*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Firmino, A. de A. (2017). *Avaliação do ambiente cérvico-vaginal em mulheres infectadas pelo HTLV-1*. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- Fisher, H. E. (1998). Lust , Attraction and Attachment. *Human Nature*, 9(1), 23–52.
- Fisher, H. E., Xu, X., Aron, A., & Brown, L. L. (2016). Intense, passionate, romantic love: A natural addiction? How the fields that investigate romance and substance abuse can inform each other. *Frontiers in Psychology*, 7(MAY), 1–10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00687>

- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., Campbell, L., & Overall, N. C. (2015). Pair-Bonding, Romantic Love, and Evolution: The Curious Case of Homo sapiens. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/1745691614561683>
- Florence, E., Schrooten, W., Dreezen, C., Gordillo, V., Schönnesson, L. N., Asboe, D., ... & Eurosupport Study Group, T. (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS care*, *16*(5), 550-557.
- França, P. S. de, Natividade, J. C., & Lopes, F. de A. (2016). Evidências de Validade da Versão Brasileira da Escala Amor do Marriage and Relationships Questionnaire (MARQ). *Psico-USF*, *21*(2), 233–244. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210202>
- Goberna, J., Francés, L., Paulí, A., Barluenga, A., & Gascón, E. (2009). Sexual experiences during the climacteric years: What do women think about it? *Maturitas*, *62*(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.10.007>
- Gouveia, V. V., Fonseca, P. N. da, Cavalcanti, J. P. N., Diniz, P. K. da C., & Dória, L. C. (2009). Versão abreviada da Escala Triangular do Amor: evidências de validade fatorial e consistência interna. *Estudos de Psicologia (Natal)*. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100005>
- Grindstaff, P., & Gruener, G. (2005). The peripheral nervous system complications of HTLV-1 myelopathy (HAM/TSP) syndromes. *Seminars in Neurology*, *25*(3), 315–327. <https://doi.org/10.1055/s-2005-917668>
- Gross, C., & Thoma-Kress, A. K. (2016). Molecular mechanisms of HTLV-1 cell-to-cell transmission. *Viruses*. <https://doi.org/10.3390/v8030074>
- Hernandez, J. A. E. (2015). Validade de construto da Escala de Amor Apaixonado. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, *17*(3), 133–145.
- Jacob, F., De Los Santos-Fortuna, E., Azevedo, R. S., & Caterino-De-Araujo, A. (2007). Performances of HTLV serological tests in diagnosing HTLV infection in high-risk

- population of São Paulo, Brazil. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 49(6), 361–364. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652007000600005>
- Kajiyama, W., Kashiwagi, S., Ikematsu, H., Hayashi, J., Nomura, H., & Okochi, K. (1986). Intrafamilial Transmission of Adult T Cell Leukemia Virus. *THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES*, 154(5).
- Klapilová, K., Brody, S., Krejčová, L., Husárová, B., & Binter, J. (2015). Sexual satisfaction, sexual compatibility, and relationship adjustment in couples: The role of sexual behaviors, orgasm, and men's discernment of women's intercourse orgasm. *Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1111/jsm.12766>
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1023/A:1015205020769>
- Krüger, T. H. C., Haake, P., Hartmann, U., Schedlowski, M., & Exton, M. S. (2002). Orgasm-induced prolactin secretion: Feedback control of sexual drive? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26(1), 31–44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(01\)00036-7](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(01)00036-7)
- Langeslag, S. J. E., van der Veen, F. M., & Fekkes, D. (2012). Blood levels of serotonin are differentially affected by romantic love in men and women. *Journal of Psychophysiology*, 26(2), 92–98. <https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000071>
- Lara, L. A. da S., Useche, B., Rosa e Silva, J. C., Ferriani, R. A., Reis, R. M., de Sá, M. F. S., ... de Sá Rosa e Silva, A. C. J. (2009). Sexuality during the climacteric period. *Maturitas*, 62(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.014>
- Leiblum, S. R., Koochaki, P. E., Rodenberg, C. A., Barton, I. P., & Rosen, R. C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*, 13(1), 46–56. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000172596.76272.06>
- Lima, I. M. M. (2005). *Aspectos Sociodemográficos, Epidemiológicos, Ginecológicos e*

Obstétricos em Mulheres Infectadas pelo HTLV-1 no Município de Salvador/Bahia.

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. FBDC/Fiocruz.

- Lopes, B. P. T. (2006). *Avaliação Dos Fatores De Risco Associados À Transmissão Do Htlv-1 E Do Htlv-2 , Em Doadores De Sangue , Na Cidade De Belém Do Pará Avaliação Dos Fatores De Risco Associados À Transmissão Do Htlv-1 E Do Htlv-2 , Em Doadores De Sangue , Na Cidade De Belém.* Universidade Federal do Pará.
- Mahieux, R., & Gessain, A. (2009). The human HTLV-3 and HTLV-4 retroviruses: New members of the HTLV family. *Pathologie Biologie*, 57(2), 161–166.
<https://doi.org/10.1016/j.patbio.2008.02.015>
- Marano, G., Vaglio, S., Pupella, S., Facco, G., Catalano, L., Piccinini, V., ... Grazzini, G. (2016). Human T-lymphotropic virus and transfusion safety: Does one size fit all? *Transfusion*, 56(1), 249–260. <https://doi.org/10.1111/trf.13329>
- Marr, I., Davies, J., & Baird, R. W. (2017). Diseases Hepatitis B virus and human T-cell lymphotropic virus type 1 co-infection in the Northern Territory , Australia. *International Journal of Infectious Diseases*, 58, 90–95.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.03.010>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... Segraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 153–167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>
- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477–507. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>
- Nicolás, D., Ambrosioni, J., Paredes, R., Marcos, M. Á., Manzardo, C., Moreno, A., & Miró, J. M. (2015). Infection with human retroviruses other than HIV-1: HIV-2, HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3 and HTLV-4. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 13(8), 947–

963. <https://doi.org/10.1586/14787210.2015.1056157>
- O'Neill, S., & Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 27(10), 303–310.
<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.07.002>
- Pacagnella, R. de C., Martinez, E. Z., & Vieira, E. M. (2009). Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2333–2344. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>
- Paiva, A., Assone, T., Gomes, S. S., Smid, J., Penalva De Oliveira, A., & Casseb, J. (2015). Human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) infection among couples of a cohort followed up in São Paulo, Brazil, 18–21. <https://doi.org/10.1186/1742-4690-12-S1-P34>
- Paranhos, R. F. B., Paiva, M. S., Carvalho, E. S. de S., Paranhos, R. F. B., Paiva, M. S., & Carvalho, E. S. de S. (2016). Vivência sexual e afetiva de mulheres com incontinência urinária secundária ao HTLV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 47–52.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600007>
- Pascoal, P., Narciso, I., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 26(4), 691–700. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009>
- Percher, F., Jeannin, P., Martin-latil, S., Gessain, A., Afonso, P. V, Vidy-roche, A., & Ceccaldi, P. (2016). Determinants of Mother-to-Child Transmission. *Viruses*, 8(40), 1–9.
<https://doi.org/10.3390/v8020040>
- Poetker, S. K. W., Porto, A. F., Giozza, S. P., Muniz, A. L., Caskey, M. F., Carvalho, E. M., & Glesby, M. J. (2011). Clinical manifestations in individuals with recent diagnosis of HTLV type I infection. *Journal of Clinical Virology*, 51(1), 54–58.
<https://doi.org/10.1016/j.jcv.2011.02.004>

- Rebello, S. (2012). *Qualidade da Relação conjugal : uma avaliação dos casais residentes no Pará*. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento.
- Rehman, U. S., Rellini, A. H., & Fallis, E. (2011). The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3108–3115. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02439.x>
- Rivemales, M. da C. (2013). *Vivência da Sexualidade: Representações Sociais de pessoas Soropositivas para o HTLV*. Universidade Federal da Bahia.
- Robles, T. F. (2014). Marital Quality and Health: Implications for Marriage in the 21st Century. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 427–432. <https://doi.org/10.1177/0963721414549043>
- Rodgers, M. A., Vallari, A. S., Harris, B., Yamaguchi, J., Holzmayer, V., Forberg, K., ... Ndembu, N. (2017). Identification of rare HIV-1 Group N, HBV AE, and HTLV-3 strains in rural South Cameroon. *Virology*, 504(October 2016), 141–151. <https://doi.org/10.1016/j.virol.2017.01.008>
- Rodríguez-Gironés, M., & Enquist, M. (2001). The evolution of female sexuality. *Online*, 61, 695–704. <https://doi.org/10.1006/anbe.2000.1630>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–205. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rowland, D. L., & Incrocci, L. (2008). *Handbook of Sexual and Gender Identify Disorders. Handbook of infant mental health (2nd ed.)*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118269978>
- Santos, A. C. C. dos, Soares, D. de J., & Rivemales, M. da C. C. (2017). (Des)conhecimento,

- adoecimento e limitações impostas pelo HTLV: experiências de mulheres soropositivas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(1), 45–50. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010186>
- Schober, J. M., & Pfaff, D. (2007). The neurophysiology of sexual arousal. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 21(3), 445–461. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.04.006>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. Dos. (2010). Satisfação com a vida e satisfação diádica: correlações entre construtos de bem-estar. *Psico-USF (Impresso)*, 15(2), 249–256. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000200012>
- Selcuk, E., Zayas, V., & Hazan, C. (2010). Beyond Satisfaction: The Role of Attachment in Marital Functioning. *Journal of Family Theory & Review*, 2(4), 258–279. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00061.x>
- Silva, C. M. S. e, Sousa, V. G. de, Pires, C., Martins, C. de S., Gomes, S. C. S., & Mochel, E. G. (2009). Prevalência de sorologia positiva para HTLV-1 e HTLV-2 em gestantes atendidas em três serviços públicos de pré-natal, São Luis, jul/08 a jul/09. *Cadernos de Pesquisa*, 16(3), 39–44.
- Silva, S. B. (2014). *Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto*. Universidade Federal do Pará Núcleo. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento.
- Souza-Machado, A., Cruz, Á. A., Galvão, T. S., & Carvalho, E. M. (2003). Imunopatogênese da infecção pelo HTLV-1 : influência sobre a resposta imune tipo 2. *Medicina*, 26(4), 159–167.
- Strassmann, B. I. (1981). Sexual selection, paternal care, and concealed ovulation in humans. *Ethology and Sociobiology*, 2(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(81\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0162-3095(81)90020-0)
- Stuver, S., Tachibana, N., Tsunetoshi, Y., Tsuda, K., & Mueller, N. (1993). Heterosexual

- Transmission of Human T Cell Leukemia / Lymphoma Virus Type I among Married Couples in Southwestern Japan : An Initial Report from the Miyazaki Cohort Study. *JID*, 57–65.
- Tajkarimi, K., & Burnett, A. L. (2011). The role of genital nerve afferents in the physiology of the sexual response and pelvic floor function. *Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1299–1312. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02211.x>
- Teo, C. T. (2010). Understanding student motivation through love, volition and neurotransmitters. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 1926–1932. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.426>
- Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (2008). *The Evolutionary Biology of Human Female Sexuality*. New York: Oxford University Press Inc.
- Tucker, P. E., Saunders, C., Bulsara, M. K., Tan, J. J. S., Salfinger, S. G., Green, H., & Cohen, P. A. (2016). Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Breast*, 30, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.08.005>
- Vallinoto, A. C. R., Muto, N. A., Pontes, G. S., Machado, L. F. A., Azevedo, V. N., dos Santos, S. E. B., ... Ishak, R. (2004). Serological and Molecular Evidence of HTLV-I Infection among Japanese Immigrants living in the Amazon Region of Brazil. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 57(4), 156–159.
- Vallinoto, A. C. R., Pontes, G. S., Muto, N. A., Lopes, I. G. L., Machado, L. F. A., Azevedo, V. N., ... Shak, R. I. (2006). Identification of human T-cell lymphotropic virus infection in a semi-isolated Afro-Brazilian quilombo located in the Marajó Island (Pará, Brazil). *Memorias Do Instituto Oswaldo Cruz*, 101(1), 103–105. <https://doi.org/S0074-02762006000100020>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI):

Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>

Xu, X., Weng, X., & Aron, A. (2015). The Mesolimbic Dopamine Pathway and Romantic Love. *Brain Mapping: An Encyclopedic Reference*, 2(August), 631–633. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397025-1.00057-9>

Zihlmann, K. F. (2009). *Da invisibilidade à visibilidade do sujeito vivendo com a infecção / doença do vírus linfotrópico de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1) e o lugar das decisões reprodutivas nas tramas do saber e do cuidar*. Universidade de São Paulo Faculdade.

Anexo 1- Aceite do Comitê de Ética

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NA RESPOSTA SEXUAL FEMININA EM PORTADORAS DO VÍRUS LINFOTRÓPICO HUMANO DE CÉLULAS T TIPO I (HTLV-

Pesquisador: Cibele Nazaré da Silva Câmara

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65687717.1.0000.0017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.026.582

Apresentação do Projeto:

Trata-se de trabalho de conclusão do curso de fisioterapia da UFPA. Pesquisadora com formação adequada na área. É um estudo clínico com aplicação de protocolo fisioterapêutico para reabilitação do assoalho pélvico de mulheres infectadas pelo HTLV-1 com disfunções sexuais.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se há benefícios na função sexual de mulheres com HTLV após conduta fisioterapêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem esclarecidos pela autora. Atendeu o que foi solicitado por este relator.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Boa fundamentação teórica. Faz parte de um projeto maior desenvolvido no Núcleo de Medicina Tropical da UFPA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos conforme Resolução 466/12.

Recomendações:

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.026.582

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Autora atendeu adequadamente as pendências. Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

1- desenvolver o projeto conforme delineado;

2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;

5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.026.582

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_859630.pdf	09/04/2017 11:33:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/04/2017 11:33:25	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2017 11:18:29	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Outros	ONUSUFPA.pdf	11/02/2017 18:54:04	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_pesquisador.pdf	11/02/2017 18:52:40	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	11/02/2017 18:51:20	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo.pdf	11/02/2017 18:50:07	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Outros	Orientador.pdf	11/02/2017 18:48:19	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/02/2017 18:37:13	Carla Iasmin Lima Lemos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 21 de Abril de 2017

Assinado por:
Kátia Regina Silva da Fonseca
(Coordenador)

Anexo 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Função Sexual e Vínculo Afetivo em Mulheres com Vírus Linfotrófico de Células T Humana Tipo 1”, que possui como objetivo geral investigar a função sexual e o vínculo afetivo em mulheres com HTLV-1 e sem o HTLV-1. Esta pesquisa é pré-requisito para a obtenção do título de Mestre da pesquisadora Rayanne Mesquita Bendelack e está de acordo com as orientações previstas na Resolução nº 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS com número de aprovação 2.026.582.

Sua participação nesta pesquisa é **voluntária** e consistirá em responder as perguntas de três questionários. **Não há despesas pessoais** para a participante e também **não há compensação financeira** relacionada à sua participação. Os **possíveis riscos** relacionados às participantes são desconforto em responder as perguntas presente nos questionários, bem como possível vazamento de dados sigilosos, para minimizar isso, em nenhuma ocasião será mencionado o nome das participantes, sendo os dados tratados de forma **anônima** e **confidencial**. Gostaria de ressaltar que caso você se sinta desconfortável ou incomodada, por qualquer motivo, poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

Os resultados finais do estudo serão apresentados na forma de Dissertação de Mestrado, bem como em artigos científicos e apresentações em congressos. Os **benefícios** que esse trabalho poderá trazer às participantes não serão diretos e imediatos, mas os resultados poderão contribuir para entender melhor a vida sexual e o vínculo afetivo com o parceiro em mulheres com HTLV-1 em comparação a mulheres sem o vírus, além de contribuir para melhor direcionamento na prática do cuidado pelos profissionais de saúde.

Um resumo do trabalho poderá ser fornecido às participantes que tiverem interesse em conhecer o produto final da pesquisa. Gostaria de contar com sua colaboração e coloco-me à sua disposição para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento. Caso você concorde em colaborar, assine abaixo.

Assinatura da participante

Belém, ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante ou de sua representante legal para a participação neste estudo.

Rayanne Mesquita Bendelack

Anexo 3 – Aceite Institucional da Fundação HEMOPA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA
DO PARÁ

Belém, 15 de setembro de 2017.

À Sra. Regina Célia Gomes de Sousa

Assunto: Aceite Institucional da Fundação HEMOPA a projeto de pesquisa.

Ilma. Professora,

Informamos que somos favoráveis à solicitação feita à Fundação HEMOPA, no sentido de viabilizar a pesquisa, cujo título é FUNÇÃO SEXUAL E VÍNCULO AFETIVO EM MULHERES COM O VÍRUS LINFOTRÓPICO HUMANO DE CÉLULAS T TIPO 1 (HTLV-1), que investigará a função sexual e vínculo afetivo em mulheres HTLV-1 e sem HTLV-1.

Por ser o referido projeto de relevância e interesse para a Fundação HEMOPA e para a sociedade, merece o nosso apoio e que como regra estabelecida pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEPES, em qualquer situação de publicação ou apresentação dos dados, parciais ou finais deste projeto, sempre deve ser feita menção à Instituição de onde foram obtidos estes dados, citando formalmente a Fundação HEMOPA.

Informamos ainda, que deverá assinar termo de compromisso onde anui que, ao concluir o trabalho, irá disponibilizar a esta Fundação o produto final do projeto, o qual, a critério desta Fundação, poderá ser por esta utilizada, visando, com isto, contribuir para melhorias do serviço que é de importante contribuição para a saúde pública.

Atenciosamente,

Prof. Ma. Roberta Bentes de Melo Paz
 Prof.ª Roberta Bentes de Melo Paz
 Coord. do Programa de Residência
 Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia
 Fundação HEMOPA
 Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEPES / HEMOPA

Dra. Ana Luísa Langanke Pedroso Meireles
 Dra. Ana Luísa Langanke Pedroso Meireles
 Presidente da Fundação HEMOPA, em exercício

Ana Luísa Langanke Meireles
 Presidente da Fundação Hemopa,
 em Exercício

Anexo 4

Versão final do *Female Sexual Function Index* em português.

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* **pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”)** e ato sexual; *ato sexual* **é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina**; *estímulo sexual* **inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos)**; *desejo sexual* ou *interesse sexual* **é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo**; *excitação sexual* **é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).**

1 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4 - Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Segurança muito alta
- 4 = Segurança alta
- 3 = Segurança moderada
- 2 = Segurança baixa
- 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil

- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita

- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita como relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente Insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação

- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo 5

Escala do Amor

Este questionário contém algumas perguntas simples sobre casamento. Por favor, responda todas elas, mesmo que você sinta que algumas delas são muito pessoais.

Suas respostas serão tratadas de forma estritamente confidencial. Quando você tiver terminado, coloque o questionário dentro do envelope, lacre e devolva-o. Não existem respostas certas ou erradas.

Não gaste muito tempo em cada questão – é sua primeira impressão que importa.

Escala do vínculo afetivo (Amor)

1) Você gosta da companhia do seu parceiro?

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

2) Vocês são felizes?

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

3) Você acha seu parceiro atraente?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Mais ou menos
- D – Bastante
- E – Muito

4) Vocês gostam de fazer coisas juntos?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Se estende a isso
- D – Bastante
- E – Muito

5) Você gosta de ficar abraçada com parceiro?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito

C – Um pouco

D – Bastante

E – Muito

6) Você respeita seu parceiro?

A – Extremamente

B – Bastante

C – Mais ou menos

D – Não muito

E – Nem um pouco

7) Você sente orgulho do seu parceiro?

A – Nem um pouco

B – Não muito

C – Mais ou menos

D – Bastante

E – Muito

8) Seu casamento tem um lado romântico?

A – Nem um pouco

B – Não muito

C – De alguma forma

D – Bastante

E – Muito

9) O quanto você ama seu parceiro?

A – Extremamente

B – Bastante

C – Mais ou menos

D – Não muito

E – Nem um pouco

Apêndice 1

Questionário Socioeconômico – HTLV-1

DADOS

Nome:

Idade:

Data de nascimento: ___/___/___

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade/estado:

Contato:

Cor ou raça Branca Preta Amarela Parda Indígena

Qual a sua religião ou culto?

Nasceu nesse município? Sim e sempre morou Sim, mas morou em outro município ou país: _____ Não. Qual? _____

Nasceu nesse Estado? Sim e sempre morou Sim, mas morou em outro Estado ou país: _____ Não. Qual? _____

EDUCAÇÃO

Sabe ler e escrever? Sim Não

Qual seu grau de instrução?

- Ensino Fundamental Completo Superior Completo
 Ensino Fundamental Incompleto Superior Incompleto
 Ensino Médio Completo Pós-Graduação
 Ensino Médio Incompleto

Quantos anos você estudou (Contando desde quando entrou na escola)? _____

RENDA

Qual a sua renda mensal individual?

- De R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00 De R\$ 3.748,00 a R\$ 4.685,00
 De R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00 Superior R\$ 4.685,00
 De R\$ 2.811,00 a R\$ 3.748,00 Outro: _____

Qual a renda mensal da sua família (considere a soma da renda de todos os integrantes da família que moram com você, incluindo você)?

- De R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00 De R\$ 3.748,00 a R\$ 4.685,00
 De R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00 Superior R\$ 4.685,00
 De R\$ 2.811,00 a R\$ 3.748,00 Outro: _____

TIPO DE MORADIA

- Casa Asilo e similares com morador
 Casa de Vila ou Condomínio Hotel, pensão e similares com morador
 Apartamento Alojamento de trabalhadores com morador
 Habitação em: casa de cômodos, cortiço Tenda ou barraca
 Dentro de estabelecimento

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

- Próprio de algum morador (Já pago) Cedido Alugado (Valor R\$ _____)
 Própria de algum morador (Ainda pagando) Outra condição _____

O material predominante nas paredes externas é:

- Alvenaria Taipa (Bairro e cascalho) Madeira

Quantos cômodos existem no domicílio? (inclusive banheiro e cozinha)

_____ (não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais)

Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores?

Quantos banheiros existem de uso exclusivo dos moradores no domicílio?

Utiliza sanitário ou buraco para dejeções, inclusive os localizados no terreno ou na propriedade?

- Sim, sanitário Sim, buraco Não. Qual? _____

O esgoto do banheiro ou sanitário é lançado (jogado) em:

- Rede geral de esgoto ou pluvial Fossa rudimentar Rio, lago ou mar

- Fossa séptica Vala Outro

A forma de abastecimento de água utilizada no domicílio é:

- Rede geral de distribuição Água da chuva armazenada em cisterna
 Poço ou nascente na propriedade Água da chuva armazenada de outra forma
 Poço ou nascente fora da propriedade Rios, açudes, lagos e igarapés
 Carro-Pipa Outra

No domicílio existe água canalizada (encanada)?

- Sim, em pelo menos um cômodo Não

O lixo do domicílio é:

- Coletado por serviço de limpeza Jogado em terreno baldio ou logradouro
 Queimado (na propriedade) Jogado em rio, lago ou mar
 Enterrado (na propriedade) Tem outro destino

Existe energia elétrica no domicílio?

- Sim, de companhia distribuidora Não existe energia elétrica
 Sim, de outras fontes

No domicílio existe funcionando (e coloque quantos entre parênteses):

- Rádio () Geladeira () Computador/notebook ()
 Televisão () Telefone celular () Computador/notebook com acesso à internet ()
 Máquina de lavar roupa () Telefone fixo () Motocicleta ()
 Automóvel () Ventilador () Ar-condicionado ()

MORADORES

Quantas pessoas (contando com você) moram no domicílio? E quais?

RELACIONAMENTO E ASPECTOS SEXUAIS

Qual a sua orientação sexual?

- Heterossexual Homossexual Bissexual

Qual sua situação amorosa atual?

- Sozinha Casada Namorando
 Divorciada/Separada União consensual Outros

Há quanto tempo você está com seu parceiro? ___anos ___meses

Sente que seu parceiro quer deixá-la? Não Sim Às vezes

Você já teve outros parceiros antes do atual? Sim. Quantos? _____ Não

Você teve relações sexuais nas últimas 4 semanas? Não. Por quê? _____ Sim

Masturbar-se? Não Sim Às vezes

Masturba o parceiro? Não Sim Às vezes

Faz uso de camisinha? Nunca Sempre Às vezes

Você já sofreu algum tipo de violência sexual no decorrer da vida? Não Sim

OUTROS

Você tem filhos? Não Sim. Quantos? Filho ___
Filha ___

Ainda menstrua? Não Sim

Faz uso de anticoncepcional? Não Sim

Faz uso de Terapia Hormonal? Não Sim

Faz uso de algum medicamento? Não Sim. Qual? _____

Perde xixi? Não Sim. Quando?

Tem Diabetes? Não Sim

Tem alguma doença neurológica? Não Sim. Qual? _____

Já fez alguma cirurgia? Não Sim. Qual? _____

HTLV

Como você descobriu que tinha HTLV e qual foi o ano?

Qual o sintoma que mais lhe incomoda em relação ao vírus?

Seu companheiro atual (ou ex-companheiro) e/ou familiares fizeram o teste para saber se têm HTLV? Marque as pessoas que realizaram o teste e escreva se o resultado deu negativo (-) ou positivo (+)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Companheiro atual (Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Filha
(Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Irmã (Resultado:___) |
| <input type="checkbox"/> Ex-companheiro (Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Mãe
(Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Irmão (Resultado:___) |
| <input type="checkbox"/> Filho (Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Pai (Resultado:___) | <input type="checkbox"/> Outros: _____
(Resultado:___) |

Das pessoas que o resultado deu positivo onde cada uma delas nasceu e morou?

Apêndice 2

Questionário Socioeconômico – Doadoras de Repetição

DADOS

Idade:

Data de nascimento: ___/___/___

Profissão:

Cidade/estado:

Bairro:

Cor ou raça Branca Preta Amarela Parda Indígena

Qual a sua religião ou culto?

Nasceu nesse município? Sim e sempre morou Sim, mas morou em outro município ou país: _____ Não. Qual? _____

Nasceu nesse Estado? Sim e sempre morou Sim, mas morou em outro Estado ou país: _____ Não. Qual? _____

EDUCAÇÃO

Sabe ler e escrever? Sim Não

Qual seu grau de instrução?

- Ensino Fundamental Completo Superior Completo
 Ensino Fundamental Incompleto Superior Incompleto
 Ensino Médio Completo Pós-Graduação
 Ensino Médio Incompleto

Quantos anos você estudou ao todo (Contando desde quando você entrou na escola)? _____

RENDA

Qual a sua renda mensal individual?

- De R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00 De R\$ 3.748,00 a R\$ 4.685,00
 De R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00 Superior R\$ 4.685,00
 De R\$ 2.811,00 a R\$ 3.748,00 Outro: _____

Qual a renda mensal da sua família (considere a soma da renda de todos os integrantes da família que moram com você, incluindo você)?

- De R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00 De R\$ 3.748,00 a R\$ 4.685,00
 De R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00 Superior R\$ 4.685,00
 De R\$ 2.811,00 a R\$ 3.748,00 Outro: _____

TIPO DE MORADIA

- Casa Asilo e similares com morador
 Casa de Vila ou Condomínio Hotel, pensão e similares com morador
 Apartamento Alojamento de trabalhadores com morador
 Habitação em: casa de cômodos, cortiço Tenda ou barraca
 Dentro de estabelecimento

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

- Próprio de algum morador (Já pago) Cedido Alugado (Valor R\$)
 Própria de algum morador (Ainda pagando) Outra condição _____

O material predominante nas paredes externas é:

- Alvenaria Taipa (Bairro e cascalho) Madeira

Quantos cômodos existem no domicílio? (inclusive banheiro e cozinha)

_____ (não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais)

Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores?

Quantos banheiros existem de uso exclusivo dos moradores no domicílio?

Utiliza sanitário ou buraco para dejeções, inclusive os localizados no terreno ou na propriedade?

- Sim, sanitário Sim, buraco Não. Qual?_____

O esgoto do banheiro ou sanitário é lançado (jogado) em:

- Rede geral de esgoto ou pluvial Fossa rudimentar Rio, lago ou mar
 Fossa séptica Vala Outro

A forma de abastecimento de água utilizada no domicílio é:

- Rede geral de distribuição Água da chuva armazenada em cisterna
 Poço ou nascente na propriedade Água da chuva armazenada de outra forma
 Poço ou nascente fora da propriedade Rios, açudes, lagos e igarapés
 Carro-Pipa Outra

No domicílio existe água canalizada (encanada)?

- Sim, em pelo menos um cômodo Não

O lixo do domicílio é:

- Coletado por serviço de limpeza Jogado em terreno baldio ou logradouro
 Queimado (na propriedade) Jogado em rio, lago ou mar
 Enterrado (na propriedade) Tem outro destino

Existe energia elétrica no domicílio?

- Sim, de companhia distribuidora Não existe energia elétrica
 Sim, de outras fontes

No domicílio existe (e quantos):

- Rádio _____ Geladeira _____ Computador _____
 Televisão _____ Telefone celular _____ Computador com acesso à internet _____

- Máquina de lavar roupa _____ Telefone fixo _____ Motocicleta _____
 Automóvel _____ Ventilador _____ Ar-condicionado _____

MORADORES

Quantas pessoas moram no domicílio? E quais?

RELACIONAMENTO E ASPECTOS SEXUAIS

Qual a sua orientação sexual? Heterossexual Homossexual Bissexual

Qual sua situação amorosa atual?

- Sozinha Casada Namorando
 Divorciada/Separada União consensual Outros

Há quanto tempo você está com seu parceiro? ____anos ____meses

Você já teve outros parceiros antes do atual? Sim. Quantos? _____ Não

Você teve relações sexuais nas últimas 4 semanas? Não. Por que? _____ Sim

Faz uso de camisinha? Nunca Sempre Às vezes

Você já sofreu algum tipo de violência sexual no decorrer da vida? Não Sim

OUTROS

Você tem filhos? Não Sim. Quantos? Filho____
Filha____

Ainda menstrua? Não Sim

Faz uso de anticoncepcional? Não Sim

Faz uso de Terapia Hormonal? Não Sim

Faz uso de algum medicamento? Não Sim. Qual? _____

Perde xixi?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quando?
Tem Diabetes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Tem alguma doença neurológica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
Já fez alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ _____