



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

ANA MARIA CRUZ SANTOS

FUNÇÃO SEXUAL NAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL E COM EPILEPSIA

TESE DE DOUTORADO

Salvador
2021

ANA MARIA CRUZ SANTOS

FUNÇÃO SEXUAL NAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL E COM EPILEPSIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Milena Bastos Brito

Coorientador: Prof. Dr. Humberto Castro Lima Filho

Salvador
2021

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S237 Santos, Ana Maria Cruz
Função sexual nas mulheres em idade fértil e com epilepsia. /Ana Maria Cruz Santos – 2020.
84f.: 30cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Milena Bastos Brito
Coorientador: Prf^o. Dr. Humberto Castro Lima Filho

Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Epilepsia. 2. Mulheres. 3. Disfunção sexual. 4. Comportamento sexual. I. Brito, Milena Bastos. II. Função sexual nas mulheres em idade fértil e com epilepsia,

CDU: 616.69

ANA MARIA CRUZ SANTOS

"FUNÇÃO SEXUAL NAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL E COM EPILEPSIA"

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 24 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Pedro Antônio Pereira de Jesus
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Dra. Luciana Mattos Barros Oliveira
Doutora em Endocrinologia
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Dra. Evanilda Souza de Santana Carvalho
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Profa. Dra. Patrícia Virgínia Silva Lordelo Garboggini
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Profa. Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Este documento foi assinado digitalmente por Anson Carlos De Souza Ferramos. Este documento foi assinado digitalmente por Pedro Antônio Pereira de Jesus, EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO, Patrícia Virgínia Silva Lordelo Garboggini, Martha Moreira Cavalcante Castro, Luciana Mattos Barros Oliveira, Luciana Mattos Barros Oliveira. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://bahianeeducacao.portaldasassinaturas.com.br> e utilize o código 4CB9-24F7-3A40-838D.

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, por ser a pessoa mais importante de minha vida, sendo assim, minha motivação. Agradeço a ela por estar sempre presente, mesmo à distância.

A meu pai e meus irmãos, e em especial a minha irmã Isabella, que me levava ao mundo de imaginação dela sempre que eu precisava de um fôlego para retomar (escrever não é fácil).

A Ricardo Ferro, por estar ao meu lado sendo incentivador na superação de meus limites e realizar a revisão ortográfica.

A existência dos amigos em minha vida, em especial ao Quinteto. Agradeço a Aidê Nunes, Andréia Lima, Cris Magali e Rosicleide Machado, por serem tão presentes e acreditarem em mim.

A minha orientadora, Profa. Milena Bastos Brito, pela paciência, dedicação e colaboração inestimável na construção desta pesquisa.

A meu coorientador, Humberto Castro Lima Filho por todo ensinamento e por vibrar junto a mim a cada etapa concluída.

À equipe da EBMSP, Ambulatório de Saúde Sexual e Reprodutiva e Ginecologia. Em especial aos meus colegas do Ambulatório de Epilepsia Carla Bastos, Josiane Mota, Gustavo Siquara e Maiara Cerqueira pelo acolhimento, disponibilidade e eficiência na concretização das demandas decorrentes da pesquisa.

A Valmar Bião por dedicar tempo atendendo às minhas inúmeras dúvidas relacionadas à estatística dessa pesquisa.

A Daniela Santiago e Luisa Cordeiro, minhas companheiras na coleta de dados, pela perseverança e disponibilidade.

A Taise Caires pela dedicação na formatação desta tese.

Às bancas - que participaram desde as apresentações dos seminários até o final dessa trajetória - pela disponibilidade e colaboração na construção da tese.

Às clientes dos Ambulatórios, pela delicadeza e sensibilidade no compartilhamento das informações.

A todos que de alguma forma fizeram parte desse caminhar.

Finalmente, gostaria de agradecer à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública por abrir as portas para concretização deste sonho, sempre me proporcionando mais do que a busca de conhecimento técnico e científico. Nesta instituição sinto-me acolhida e percebo como é essencial termos o outro; sendo assim, todos os dias se tornam lições de vida.

“O desejo de ir em direção ao outro, de se comunicar com ele, ajudá-lo de forma eficiente, faz nascer em nós uma imensa energia e uma grande alegria, sem nenhuma sensação de cansaço”. (*Dalai Lama*)

RESUMO

Introdução: a epilepsia é uma doença neurológica que afeta características presentes na mulher em idade fértil, dentre elas, a função sexual. **Objetivo:** avaliar perfil sexual de mulheres em idade fértil com epilepsia. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi obtida através do questionário semiestruturado que avalia dados socioeconômico, demográfico e clínico, Escalas Beck que avaliam ansiedade e depressão, WHOQOL-bref que avalia a qualidade de vida, FSFI que avalia a função sexual feminina e FGSIS que avalia a satisfação da mulher com a sua genitália. Foram analisados dois grupos de mulheres: um com e outro sem epilepsia. Foram incluídas mulheres entre 18 e 44 anos de idade. A análise estatística dos dados foi feita através do registro dos questionários em banco de dados digital utilizando o *Software Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS). Foram utilizados testes de associação e verificação (Teste Exato de Fisher, Qui-Quadrado, Teste Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman). A variável dependente função sexual foi testada para comparação com as variáveis independentes (autoimagem da genitália, ansiedade, depressão e qualidade de vida). Foram considerados $p < 0,05$ como medida de significância. **Resultados:** foram analisadas 55 mulheres com epilepsia e 55 mulheres sem epilepsia. Observou-se que mulheres em idade fértil com e sem epilepsia apresentaram disfunção sexual, respectivamente, 19,28 vs 21,05 (valor de referência utilizado igual ou inferior a 26 para disfunção sexual). As mulheres com epilepsia que faziam uso de drogas indutoras apresentaram piores escores nos domínios do desejo (5,21 vs. 6,65; $p=0,020$) e lubrificação (9,48 vs. 12,95; $p=0,047$) quando comparadas às que faziam uso de drogas não indutoras. Ao serem avaliados os fatores clínicos e psicossociais relacionados a disfunção sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia, percebeu-se que sintomas de depressão influenciaram negativamente no escore do domínio do desejo. E que o domínio das relações sociais influenciou em todos os domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) da função sexual e os domínios psicológico e ambiental influenciaram no desejo. No entanto, sintomas de ansiedade e percepção de auto imagem da genitália não apresentaram relevância significativa para a função sexual. **Conclusão:** mulheres em idade fértil com epilepsia apresentam disfunção sexual. Presença de sintomas de depressão e uso de drogas indutoras devem ser analisados com cautela, pois podem influenciar para piora da função sexual. Profissionais de saúde que fazem atendimento a essas mulheres precisam se conscientizar que a disfunção sexual deve ser investigada e que, conseqüentemente, essa questão influencia na qualidade de vida dessa clientela.

Palavras-Chave: Epilepsia; Mulheres; Disfunção sexual; Comportamento sexual.

ABSTRACT

Introduction: epilepsy is a neurological disease that affects characteristics present in women of childbearing age, including sexual function. **Objective:** to evaluate sexual profile of women of childbearing age with epilepsy. **Method:** cross-sectional, descriptive and analytical study with a quantitative approach. Data collection was obtained through a semi-structured questionnaire that assesses socioeconomic, demographic and clinical data, Beck Scales that assess anxiety and depression, WHOQOL-bref which assesses quality of life, FSFI which assesses female sexual function and FGSIS which assesses satisfaction of the woman with her genitalia. Two groups of women were analysed: one with and one without epilepsy. Women between 18 and 44 years of age were included. Statistical analysis of data was performed by the questionnaires in a digital database using the Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Association and verification tests (Fisher's Exact Test, Chi-Square, Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis and Spearman Correlation) were used. The dependent variable sexual function was tested for comparison with the independent variables (self-image of the genitalia, anxiety, depression and quality of life). $P < 0.05$ was considered as a measure of significance. **Results:** 55 women with epilepsy and 55 women without epilepsy were analysed. It was observed that women of childbearing age with and without epilepsy had sexual dysfunction, respectively, 19.28 vs 21.05 (reference value used equal to or lower the 26 for sexual dysfunction). Women with epilepsy who used inducing drugs had worse scores in the domains of desire (5.21 vs. 6.65; $p=0.020$) and lubrication (9.48 vs. 12.95; $p=0.047$) when compared to women who were using non-inducing drugs. When evaluating the clinical and psychosocial factors related to sexual dysfunction in women of childbearing age with epilepsy, it was noticed that symptoms of depression negatively influenced the score in the desire domain. And that the domain of social relationships influenced all domains (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction and pain) of the sexual function and the psychological and environmental domains influenced desire. However, symptoms of anxiety and self-image perception of the genitalia were not significantly relevant to sexual function. **Conclusion:** women of childbearing age with epilepsy have sexual dysfunction. Presence of symptoms of depression and use of inducing drugs must be carefully analyzed, as they can influence the worsening of sexual function. Health professionals who provide care to these women need to be aware that sexual dysfunction must be investigated and that, consequently, this issue influences the quality of life of this clientele.

Keywords: Epilepsy; Women; Sexual dysfunction; Sexual behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Quadro de classificação das epilepsias.....	17
Fluxograma 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das características socioeconômica, demográfica, clínica e comportamento sexual de mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021.....	34
Tabela 2 - Comparação da função sexual entre os grupos das mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021	35
Tabela 3 - Comparação dos fatores psicossociais entre os grupos das mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021	36
Tabela 4 - Descrição do perfil clínico das mulheres em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021	37
Tabela 5 - Avaliação da influência do uso de drogas não indutoras versus drogas indutoras na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021	38
Tabela 6 - Correlação da influência da função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia e Autoimagem da genitália, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida, Salvador, 2021	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	antes de Cristo
ASEX	Escala de Experiências Sexuais do Arizona
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BSFI-W	<i>Brief Sexual Functioning Index for Women</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10
CNEP	crises não epiléticas psicogênicas
DAE(s)	Droga(s) anti-epiléptica(s)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ECOS	Estudo do Comportamento Sexual no Brasil
FGSIS	<i>Female Genital Self Image Scale</i>
FSDS	<i>Female Sexual Distress Scale</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILAE	<i>International League Against Epilepsy</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSFS	<i>Profile of Female Sexual Function</i>
QOLIE	<i>Quality of Life in Epilepsy</i>
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
QV	Qualidade de Vida
QVS	Qualidade de Vida em Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SFQ	Questionário de Função Sexual
SHBG	Globulina de ligação de hormônios sexuais
SPSS	<i>Software Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i> original
WHOQOL 100	<i>World Health Organization Quality of Life</i> 100
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life</i> abreviado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Sexualidade feminina	15
3.1.1	Histórico	15
3.1.2	Ciclo de Resposta Sexual Feminina	16
3.2	Epilepsia	17
3.2.1	Conceitos gerais	17
3.2.2	Implicações da epilepsia na mulher em idade fértil	18
3.2.3	Implicações da epilepsia na função sexual feminina	19
3.3	Função sexual e autoimagem da genitália, fatores clínicos e psicossociais	19
3.4	Disfunção sexual na mulher em idade fértil com epilepsia	22
4	MATERIAL E MÉTODO	25
4.1	Tipo geral do estudo	25
4.2	Características da amostra	25
4.3	Procedimento	26
4.3.1	Instrumentos utilizados e Variáveis investigadas	27
4.4	Aspectos éticos	30
4.5	Análise Estatística	30
5	RESULTADOS	32
5.1	Comparações entre os grupos de mulheres em idade fértil com e sem epilepsia	32
5.2	Análise da Função Sexual apenas nas mulheres em idade fértil com epilepsia	36
5.2.1	Análise da Função Sexual e variáveis da epilepsia	37
5.2.2	Correlação da Função sexual e outras variáveis	38
5	DISCUSSÃO	40
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	43
7	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	50
	ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma doença neurológica e pode limitar as atividades cotidianas, afetar emoções, cognitivo, comportamento e, para além, interferir na qualidade de vida⁽¹⁾. Acomete cerca de 65 milhões de pessoas no mundo e nas mulheres apresenta uma prevalência de 6,85 a cada 1.000 e incidência de 55,78 a cada 100.000⁽²⁾.

A mulher que vive com epilepsia apresenta peculiaridades. Sabe-se que a epilepsia pode influenciar no metabolismo dos hormônios sexuais e, além disso, pode potencializar transtornos como ansiedade e depressão⁽³⁾. Associada a condições médicas inerentes à própria doença, essas mulheres podem viver situações sociais constrangedoras, como estigmatização, isolamento social, reação violenta do parceiro à doença, entre outras. Situações como essas podem interferir nos mecanismos de resposta sexual das mulheres com epilepsia e na função sexual⁽⁴⁾.

A função sexual feminina é complexa e pode ter influência de fatores externos como os ambientais e socioculturais, e fatores internos como doenças crônicas, uso de medicações e hormônios. Sabe-se, também, que experiências sexuais prévias, cansaço, insegurança, dentre outros, podem interferir no desempenho sexual⁽⁵⁾.

Pessoas com epilepsia apresentam uma taxa aumentada de disfunção sexual, porém os estudos que avaliam apenas mulheres são controversos sobre a associação entre epilepsia e disfunção sexual⁽⁶⁾, e, para além, esses dados são escassos na população brasileira. Sendo assim, o presente estudo propõe-se a avaliar a função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia.

O reconhecimento mais aprofundado sobre a disfunção sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia pode alertar para a necessidade de intervenções específicas, com potencial para influenciar na melhoria da qualidade de vida destas mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar perfil sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia.

2.2 Específicos

- Comparar escore de função sexual nas mulheres em idade fértil com e sem epilepsia.
- Comparar a percepção de autoimagem da genitália nas mulheres com e sem epilepsia.
- Identificar fatores clínicos e psicossociais associados a disfunção sexual nas mulheres em idade fértil com e sem epilepsia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sexualidade feminina

3.1.1 Histórico

Sexualidade e sexo não são sinônimos, sendo a sexualidade um fenômeno mais complexo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a sexualidade é um processo que ocorre durante a vida e que envolve aspectos como orientação sexual, prazer, intimidade, sexo e reprodução. Já o sexo é o termo usado para definir características biológicas como feminino e masculino, mas no entendimento popular essa definição pode se referir a atividade sexual⁽⁷⁾.

A sexualidade teve seu primeiro momento datado ainda no período paleolítico (entre quinhentos e dez mil anos a.C.) e foi marcado pelo modelo matriarcal. Nessa época destaca-se o endeusamento da mulher por sua relação com a procriação. Logo após, destaca-se o modelo patriarcal, no qual o homem passa a exercer, com domínio e poder, o centro da relação. Junto a esse modelo, surgem os primeiros registros da religião e a Bíblia apresenta várias passagens com referências ao patriarcalismo, a exemplo de quando cita que Eva foi retirada da costela de Adão, perpetuando a submissão⁽⁸⁾.

No Antigo Testamento a poligamia e o divórcio eram privilégios dos homens. Com o Novo Testamento surgia o idealismo da virgindade e da pureza; censura a homossexualidade, o adultério e a prostituição; atividade sexual era vista como pecado, sendo aceita somente para fins de reprodução e a Igreja Católica utilizou a confissão para investigar a prática do sexo. Essa ação levou a uma recusa da confissão e o sexo deixou de ser controlado unicamente pela religião, passando a ser objeto de estudo e preocupação da medicina⁽⁸⁾.

A medicina, por sua vez, transformou o que a religião chamava de pecado em doença e reforçou os papéis de homem e mulher, trazendo o homem como sinônimo de masculinidade e a mulher de fragilidade, sendo estimulada a assumir o papel social de cuidadora do lar e dos filhos, reforçando o sexo para fins reprodutivos e mantendo assim a desvinculação com o prazer⁽⁸⁾.

Com o capitalismo predominando no mundo e a ocorrência de movimentos de contestação à liberdade sexual, o sexo foi se tornando objeto de consumo e surgiram os sex-shops, motéis, as garotas-propaganda e a mulher passou a ser vista como objeto sexual, sendo levada a se preocupar de uma forma exagerada com a aparência⁽⁸⁾.

Todo esse panorama histórico de repressão pode justificar alguns entraves na relação que nos dias de hoje a mulher tem com a sua genitália e sexualidade.

3.1.2 Ciclo de Resposta Sexual Feminina

De acordo com Masters, Johnson e Kaplan a resposta sexual ocorre numa progressão linear a partir do desejo, excitação, platô, que é quando ocorre o aumento da frequência cardíaca e “reação vasocongestiva genital”, e “reação orgásmica” para descrever o quadro miotônico das contrações musculares reflexas, marcada subjetivamente pela sensação de prazer sexual e orgasmo, podendo ser múltiplo ou prolongado⁽⁹⁾. Porém, um modelo de resposta sexual único para ambos os sexos foi questionado, pois não contemplava a resposta sexual de todas as mulheres e suas múltiplas interferências.

No modelo de resposta sexual proposto por Masters, Johnson e Kaplan não havia presença de estímulos sexuais, ou seja, os estímulos não sofriam influência de fatores biopsicológicos. Sabe-se que experiências sexuais passadas negativas, falta de confiança, privacidade e segurança podem interferir negativamente na excitação de mulheres⁽⁹⁾.

O modelo de resposta sexual proposto por Basson veio, então, elucidar as nuances da resposta sexual feminina. Este modelo, segundo a autora, é capaz de explicar melhor a motivação para engajar em uma relação sexual, o desejo, a excitação e o orgasmo das mulheres, de uma maneira cíclica e não linear, como descrita anteriormente. Basson afirma que a mulher pode sair de um estado de neutralidade sexual e, motivada pela recompensa da intimidade emocional e do bem-estar do parceiro, ativar voluntariamente seu ciclo de resposta sexual, ficando receptiva a estímulos que possam despertar o desejo erótico⁽⁵⁾.

3.2 Epilepsia

3.2.1 Conceitos gerais

A epilepsia é definida pela presença de pelo menos dois episódios de crises epiléticas não provocadas ao longo da vida, ou uma única crise com chance de recorrência em 10 anos maior ou igual a 60%⁽¹⁰⁾. Crises epiléticas são reconhecidas pela ocorrência provisória de sinais e sintomas causados pela atividade excessiva, anormal e simultânea de neurônios cerebrais⁽¹¹⁾. A prevalência da epilepsia é de 6,38 a cada 1000 pessoas⁽²⁾.

Para um diagnóstico adequado de epilepsia, primeiramente deve-se tentar definir o tipo de crise de acordo com a classificação e recomendação atual da ILAE (*International League Against Epilepsy*) em crises de início Focal (início restrito a uma região do cérebro), Generalizada (envolvimento de ambas regiões) ou Desconhecida (quando não é possível localizar o padrão de início das crises). Após reconhecer o tipo de crise, é possível definir o tipo de epilepsia que pode ser classificada em Focal, Generalizada, Combinada (focal e generalizada) ou desconhecida (Figura 1)⁽¹²⁾.

Figura 1 - Quadro de classificação das epilepsias.

Tipo de epilepsia	Descrição
Focal	Pessoas com epilepsia focal podem ter vários tipos de crise que preservam ou não a consciência e apresentar ou não abalos motores. O diagnóstico é clínico, baseado no eletroencefalograma, que geralmente demonstra descargas epileptiformes que envolvem apenas um hemisfério cerebral.
Generalizada	Pessoas com epilepsia generalizada podem ter vários tipos de crise, incluindo as de ausência. O diagnóstico é clínico, baseado no eletroencefalograma, que geralmente demonstra descargas típicas, epileptiformes que envolvem os dois hemisférios, mas pessoas que têm crises tônico clônicas generalizadas podem apresentar normalidade nesse exame. Sendo assim, o diagnóstico baseia-se pelos espasmos musculares ou histórico familiar presente.
Combinada	Neste grupo incluem-se pessoas que têm tanto crises focais como generalizadas. Neste tipo o eletroencefalograma mostrará descargas focais e também generalizadas.
Desconhecida	Este termo é usado quando não é possível determinar se é uma epilepsia focal ou generalizada. Geralmente isso ocorre quando não consegue determinar o tipo de crise.

Fonte: produção do próprio autor baseada na ILAE, 2017.

A etiologia da epilepsia pode auxiliar no tratamento e deve ser classificada em: Estrutural, Genética, Infeciosa, Metabólica, Autoimune e Desconhecida. O tratamento da epilepsia pode ser medicamentoso ou cirúrgico⁽¹²⁾. A escolha do tratamento deve ser feita levando em consideração especificidades do indivíduo como sexo, idade, resistência ao uso das drogas, interação medicamentosa, eventos adversos e presença de outras comorbidades⁽¹³⁾.

O tratamento medicamentoso é realizado com as drogas antieplépticas com intuito de reduzir ou cessar as crises. Na mulher em idade fértil essa escolha deve ser feita com muita cautela. As drogas podem influenciar no ciclo menstrual, sexualidade, contracepção e gravidez⁽¹⁴⁾. Com tratamento medicamentoso adequado, cerca de 70% das pessoas com epilepsia podem ficar livres das crises⁽¹⁾.

Para as mulheres com epilepsia focal e resistência ao uso das drogas, a cirurgia de ressecção é a opção de tratamento⁽¹⁾, e pode apresentar um efeito positivo na fertilidade⁽¹⁴⁾. Vale ressaltar que a doença não tem cura, mas quando o indivíduo passa dez anos sem crises, sendo cinco destes sem uso de medicações antieplépticas, a epilepsia é considerada “resolvida”⁽¹⁰⁾.

O diagnóstico de uma doença crônica pode impactar de formas diferentes na vida de cada pessoa podendo, assim, modificar a maneira como a mulher se percebe e, conseqüentemente, alterar sua trajetória e planos para o futuro.

3.2.2 Implicações da epilepsia na mulher em idade fértil

A epilepsia pode implicar negativamente nas especificidades relacionadas à mulher em idade fértil⁽¹⁵⁾. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), mulheres em idade fértil são aquelas que estão nos seus anos reprodutivos com faixa etária entre 15 e 44 anos⁽¹⁶⁾, já para o Ministério da Saúde (MS), estão incluídas aquelas entre 10 e 49 anos⁽¹⁷⁾.

Na mulher com epilepsia podem-se perceber algumas particularidades relacionadas aos anos reprodutivos, como alterações com os ciclos menstruais, epilepsia catamenial (que é o aumento das crises em determinadas fases do ciclo menstrual) e interações entre as drogas antieplépticas (DAEs) e anticoncepcionais⁽¹⁵⁾, o que representa uma questão delicada, pois uma gravidez indesejada pode trazer muitos transtornos à vida da mulher.

Na mulher com epilepsia, a gestação é considerada de risco e a exposição intrauterina às drogas antiepilépticas pode causar teratogenia. Além disso, pode ocorrer menopausa precoce por volta dos 46 anos de vida⁽¹⁵⁾, comprometendo assim a saúde reprodutiva.

3.2.3 Implicações da epilepsia na função sexual feminina

A epilepsia é uma das doenças neurológicas crônicas que mais pode afetar a função sexual, seja relacionada com a natureza da própria doença ou através do uso das drogas antiepilépticas que causam impacto nos hormônios sexuais⁽¹⁵⁾. O sistema endócrino, responsável pela produção dos hormônios sexuais⁽¹⁸⁾, pode ser afetado por razões multifatoriais⁽¹⁵⁾. Pessoas com epilepsia focal apresentam mais comprometimento da função endócrina do que as com epilepsia generalizada e desconhecida⁽¹⁹⁾.

Hormônios sexuais influenciam na excitabilidade do cérebro. Existem três estrogênios biologicamente ativos, e nas mulheres em idade fértil o principal é o estradiol, que age como um hormônio proconvulsivo. Vale ressaltar que outros hormônios influenciam nas crises, como a progesterona, que age como anticonvulsivante e a prolactina que, quando apresenta altos níveis, pode reduzir a resposta sexual, o fluxo genital e causar disfunção orgásmica⁽¹⁸⁾.

O desejo sexual diminuído pode estar relacionado ao tipo de epilepsia^(18; 20) ou uso das drogas antiepilépticas. Essas drogas podem reduzir a testosterona, aumentando assim a globulina de ligação a hormônios sexuais (SHBG), reduzindo a libido^(19; 21). Na literatura já há relato de testagem hormonal em mulheres que faziam uso de drogas antiepilépticas⁽²²⁾.

Outros fatores não clínicos também podem contribuir para o mecanismo de resposta sexual nas mulheres. Dentre eles, podemos citar estresse, problemas emocionais com o companheiro, insatisfação com o sexo indesejado, experiências de estigmatização, isolamento social e contextos socioculturais⁽⁴⁾.

3.3 Função sexual e autoimagem da genitália, fatores clínicos e psicossociais

Na literatura tem sido documentada a relação entre função sexual e autoimagem da genitália feminina^(23; 24), mas observa-se escassez nos registros dessa relação na mulher com epilepsia.

A satisfação ou insatisfação da mulher com sua genitália está relacionada ao contexto sociocultural vivido, experiências sexuais e sociais⁽²⁵⁾. Além desses fatores, a observação da própria genitália pode ser um tabu para algumas mulheres, que se sentem desconfortáveis e optam por um silêncio discursivo em relação ao tema⁽²⁶⁾. Todos esses fatores podem implicar negativamente na saúde sexual feminina e qualidade de vida⁽²⁵⁾, o que justifica a necessidade de maior compreensão dos sentimentos das mulheres a respeito de sua genitália.

Existem instrumentos que possibilitam avaliar a percepção da autoimagem da genitália feminina no contexto atual^(23, 24, 27, 28). Dentre os mais utilizados está o *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS), com sete perguntas que avaliam a percepção, satisfação e crenças sobre a genitália feminina⁽²³⁾.

O FGSIS é confiável e amplamente utilizado^(23, 24, 27), permitindo comparação com outros estudos, além de ter validação em português⁽²⁸⁾. Esse instrumento aborda a percepção da mulher quanto ao odor, aparência e função da sua genitália⁽²³⁾ o que pode nos dar um parâmetro dessa clientela, se a percepção de autoimagem pode estar associada com disfunção sexual.

A função sexual de pessoas com epilepsia sofre influência negativa quando há presença de fatores psicossociais como ansiedade e depressão⁽²⁹⁾. Nas mulheres com epilepsia as taxas de ansiedade e depressão são elevadas⁽³⁰⁾.

A ansiedade é um sintoma que está presente ao longo da vida do indivíduo, sendo uma função natural do organismo, que permite que a pessoa esteja preparado ou se prepare para responder a situações que apresentem algum teor de perigo. Quando a ansiedade atinge graus muito elevados e contínuos pode ser prejudicial, pois mantém o corpo em permanente estado de alerta e nesse momento pode ser considerado uma patologia, ou seja, um transtorno de ansiedade⁽³¹⁾. Assim como na ansiedade, a depressão deve ser avaliada como sintoma ou transtorno. A duração e intensidade variam dependendo da pessoa e condição específica como doença de base. A depressão é considerada um grande problema de saúde pública⁽³²⁾ e pode ser caracterizada por presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, dentre elas, o desenvolvimento de atividades diárias^(33, 32).

Muitos são os instrumentos que avaliam ansiedade e depressão^(34; 35). Existem instrumentos que dão o diagnóstico de ansiedade e depressão e aqueles que apontam presença de sintomas como as escalas Beck utilizadas nesta pesquisa. Essas escalas são compostas por quatro medidas, dentre elas, Ansiedade e Depressão. Possui 21 afirmativas e avaliam em mínima, leve, moderada e severa a intensidade dos sintomas, ou seja, são não diagnósticas^(34; 36; 37). A escolha por esses instrumentos se deu por serem autoaplicáveis, sendo de fácil compreensão e também por serem confiáveis e amplamente utilizados⁽³⁴⁾, permitindo fazer comparações entre estudos.

Além de influenciar negativamente na função sexual de pessoas com epilepsia, a presença de sintomas de ansiedade e depressão pode interferir na qualidade de vida⁽²⁹⁾. Mulheres em idade fértil com epilepsia podem apresentar piora nos domínios físico e psicológico da Qualidade de Vida quando comparadas a mulheres em idade fértil sem epilepsia⁽³⁸⁾.

A Qualidade de vida (QV) está relacionada a percepção de satisfação referenciada pelo indivíduo nos diversos âmbitos da própria vida. O termo abrange muitos significados que refletem o individual e a coletividade de variadas épocas e contextos diferentes. A idéia de qualidade de vida pode estar atrelada ao relativismo cultural e valores de comodidades como conforto, moda, prazer, viagens, carro, celular, computador, dentre outras⁽³⁹⁾.

Definições ampliadas de qualidade de vida convivem com outras mais restritas e específicas, como as que têm sido desenvolvidas no setor saúde. O termo Qualidade de Vida em Saúde (QVS) faz referência às pessoas acometidas por algum agravo, tendo o objetivo de identificar aspectos que possam impactar na qualidade de vida do sujeito⁽⁴⁰⁾.

Os instrumentos que medem a qualidade de vida são muitos, podendo ser generalizados ou específicos. Os instrumentos genéricos objetivam avaliar de uma forma mais geral e ampla, como por exemplo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é uma das formas mais tradicionais de avaliar qualidade de vida em grandes populações⁽⁴¹⁾. Por outro lado, os instrumentos específicos objetivam avaliar particularidades relacionadas à saúde⁽⁴⁰⁾. Atualmente há uma ampla gama de questionários que abordam a QVS nas diversas doenças crônicas existentes, para epilepsia podemos citar o QOLIE (*Quality of Life in Epilepsy*)⁽⁴²⁾.

Para esta pesquisa, foi utilizado o questionário generalizado WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), no seu formato abreviado com 26 perguntas⁽⁴³⁾. A escolha se deu por ser um questionário genérico que objetiva avaliar de uma forma mais geral e ampla, podendo ser aplicado em pessoas com ou sem agravo, corroborando com a amostra desta pesquisa. Para além, apresenta linguagem acessível e de bom entendimento, permitindo comparações de resultados com diferentes populações, já que foi validado de forma similar em outros países.

3.4 Disfunção sexual na mulher em idade fértil com epilepsia

De acordo com a OMS, a disfunção sexual é quando a pessoa julga como insatisfatório seu desenvolvimento na relação sexual, e os critérios diagnósticos são relacionados através do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Para o CID-10 a disfunção sexual faz parte dos transtornos mentais e comportamentais, e esta afirmativa está em vigor até 2021⁽⁴⁴⁾. Já de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, a disfunção sexual é um transtorno que se manifesta através de alterações clínicas que impedem a pessoa de responder sexualmente ou sentir prazer sexual, e seus diagnósticos são encontrados no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)⁽³³⁾.

Tanto no CID-10 quanto no DSM-5, o desejo sexual, o orgasmo, lubrificação e dor seguem critérios orgânicos que norteiam parâmetros para as disfunções. Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica especificada também podem ser comunicadas de acordo com o CID-10 e o DSM-5. Da mesma forma, pode ser notificada aquela que causa sofrimento significativo ao indivíduo, mas a doença não está especificada^(33, 44).

Várias disfunções sexuais podem se apresentar na mesma pessoa ao mesmo tempo e todas devem ser diagnosticadas. Deve ser investigada a relação da disfunção com a estimulação sexual inadequada. Se for positiva, o diagnóstico de disfunção não se aplica⁽³³⁾. Estudo mostra que fatores como: insatisfação com o companheiro, sexo indesejado, ansiedade, ocorrência de crises convulsivas e politerapia podem contribuir para a piora da função sexual nas mulheres com epilepsia⁽⁴⁾.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento caracteriza-se pela perturbação clínica na função sexual por uso de alguma substância ou medicamento. Esse registro deve ser

realizado através do CID seguido do nome da disfunção sexual, da substância e identificação de quando iniciou o transtorno⁽⁴⁴⁾. Saber quando a disfunção iniciou e os fatores que podem estar relacionados contribuem para orientação quanto à etiologia e auxílio na melhor intervenção a ser realizada.

Os fatores que podem estar associados a disfunção sexual na mulher são: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., falta de comunicação); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal, história de abuso sexual), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento⁽³³⁾.

A prevalência relatada de disfunção sexual em mulheres com epilepsia varia de 10% a 75%. Essa variação ocorre pela diversidade de variáveis avaliadas nos estudos e instrumentos utilizados para a medição da função sexual⁽²⁹⁾.

Existem muitas escalas para medir a função sexual, mas nenhuma específica validada para mulheres com epilepsia. Percebe-se que dependendo do objetivo do estudo e população abordada é que se faz a escolha da escala mais apropriada. Existem escalas que podem ser aplicadas em ambos os sexos, dentre as quais podemos citar a ASEX (Escala de Experiências Sexuais do Arizona) e o Questionário de Função Sexual (SFQ)⁽²⁹⁾.

Dentre os principais questionários utilizados na avaliação da função sexual feminina no Brasil, podemos citar: Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS) e *Brief Sexual Functioning Index for Women* (BSFI-W). Também podemos citar instrumentos relacionados à função sexual no período da menopausa, como o *Modified McCoy Sexual Scale* e o *Profile of Female Sexual Function* (PSFS). Já como instrumento complementar podemos citar o *Female Sexual Distress Scale* (FSDS)⁽⁴⁵⁾.

O instrumento mais utilizado em estudos para avaliação da função sexual em mulheres é o *Female Sexual Function Index* (FSFI) – Índice da Função Sexual Feminina. Foi traduzido e validado no Brasil em 2009 por Pacagnella, et al. O FSFI é um questionário que avalia desejo,

excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor⁽⁴⁶⁾ e é considerado padrão ouro para avaliação da disfunção sexual em mulheres. Por ser amplamente utilizado⁽²⁹⁾, permite a comparação com outros estudos, é confiável, de fácil aplicação e análise⁽⁴⁶⁾.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo geral do estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico com grupo comparação e abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada de junho de 2019 a março de 2020, sendo interrompida pela pandemia de coronavírus^{1*}, sendo a coleta retomada presencialmente em outubro de 2020 e concluída em dezembro do mesmo ano, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) na cidade de Salvador-Bahia, mediante autorização da instituição (ANEXO A). A EBMSP possui o Centro Médico com Ambulatórios Docente Assistencial que recebe o nome de Bahiana Saúde, possuindo diversas especialidades que atendem a um público amplo, dentre eles, mulheres. Possui atendimentos de ginecologia e equipe interdisciplinar para acompanhamento a pessoa com epilepsia, razão pela qual foi escolhido para campo de pesquisa deste estudo, pois possibilita maior aproximação com os grupos estudados.

4.2 Características da amostra

A população referência do grupo exposto correspondeu às mulheres cadastradas e acompanhadas no ambulatório de epilepsia na EBMSP, e a população referência do grupo não-exposto correspondeu às mulheres que compareceram ao ambulatório de ginecologia da mesma instituição de saúde para realização de consulta de rotina. Assim, foi possível captar mulheres com bom estado de saúde, com semelhante perfil socio-econômico. A amostra do estudo foi selecionada a partir desta população e constituiu o grupo exposto (mulheres com epilepsia) e o grupo não exposto (mulheres sem epilepsia) e todas concordaram em participar do estudo mediante assinatura do TCLE (ANEXO B).

^{1*}Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada quanto aos vários casos de pneumonia em Wuhan, na China. Sete dias depois as autoridades chinesas declararam que se tratava de uma nova cepa de coronavírus, ainda não relatada em humanos que posteriormente recebeu o nome de SARS-CoV2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo COVID-19. Em 11 de março de 2020 foi caracterizada como pandemia. As pessoas acometidas podiam ou não apresentar sintomas e sua forma de transmissão ocorria de pessoa para pessoa através das vias respiratórias. Devido a essas características, foi orientado distanciamento social como uma das medidas de prevenção, e para isso houve o fechamento de todos os estabelecimentos, ficando abertos somente serviços essenciais. Em agosto do mesmo ano, teve início a retomada parcial das atividades econômicas. Em outubro, os estabelecimentos onde ocorriam práticas de atividade física, bem como cinemas, teatros, praias, comércios de rua, shoppings, igrejas, entre outros, foram reabertos.

O tamanho amostral na abordagem quantitativa foi de 55 mulheres para cada grupo, já considerando uma perda de 10%, nível de significância de 5% e um poder de 90%, totalizando 110 participantes. O cálculo amostral foi feito usando a variabilidade total (considerando que 49% dos pacientes tinham característica de interesse e 51%, não) e detectando magnitude de diferença de 10% no desfecho primário. O desfecho primário é escore total de função sexual e segue uma distribuição normal em relação a dois desvios padrões. O desvio padrão que será considerado para a análise é 2 com poder para detectar uma diferença de no máximo 2% entre os grupos em relação ao desfecho, visto que não existe base teórica; por este motivo foi realizado cálculo para população infinita⁽⁴⁷⁾.

Os critérios de inclusão considerados nesse estudo foram:

Mulheres com epilepsia: 1) mulheres de 18 anos a 44 anos (idade fértil, segundo OMS)⁽¹⁶⁾; 2) ter diagnóstico de epilepsia de acordo com a ILAE (*International League Against Epilepsy*)⁽¹⁰⁾; 3) ter capacidade de compreensão para responder às questões.

Mulheres sem epilepsia: 1) mulheres de 18 anos a 44 anos; 2) não ter epilepsia 3) ter capacidade de compreensão para responder às questões.

Os critérios de exclusão considerados nesse estudo foram:

Mulheres grávidas, lactantes, câncer ativo em tratamento, AVE (Acidente Vascular Encefálico) com sequelas motoras e/ou afasia, tumor cerebral de alto grau, com comprometimento cognitivo (avaliação realizada pelos psicólogos do Ambulatório de epilepsia) que impediam de responder os questionários e as que não completaram as etapas de avaliação.

4.3 Procedimento

As avaliações foram realizadas em única entrevista com duração de aproximadamente 50 minutos, em sala privativa. Se a mulher sentisse constrangimento ou mobilização emocional era acolhida pela pesquisadora e oferecido atendimento com os psicólogos do Ambulatório. O questionário de dados socioeconômico, demográfico e clínico era o primeiro a ser preenchido

em forma de entrevista pela pesquisadora. E os demais não seguiam uma ordem específica para preenchimento.

Para comparar os dois grupos com e sem epilepsia foram utilizados seis instrumentos: 1) Questionário semiestruturado com dados socioeconômico, demográfico e clínico (ANEXO C); 2 e 3) Escalas Beck Ansiedade e Depressão (ANEXO D); 4) WHOQOL-*bref* (ANEXO E); 5) Questionário FSFI que avalia função sexual (ANEXO F) e 6) FGSIS para avaliar autoimagem da genitália feminina (ANEXO G).

Todas as mulheres com epilepsia fizeram avaliação com o neurologista para preenchimento da ficha clínica de epilepsia, e esses dados foram utilizados no intuito de enriquecer os dados da pesquisa.

4.3.1 Instrumentos utilizados e Variáveis investigadas

O Questionário semiestruturado (dados socioeconômico, demográfico e clínico) avaliou as variáveis: idade (anos), gênero, parceiro sexual (sim ou não), quantidade de parceiros sexuais com os quais se relaciona no momento, orientação sexual, tempo de relacionamento (consideramos o relacionamento de maior tempo), frequência mensal da relação sexual (no último mês), data da última vez que teve relação sexual (a partir daí classificamos como sexualmente ativa as que tiveram relação sexual nas últimas 04 semanas), presença de comorbidades clínicas (Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, dislipidemia, hipo/hipertiroidismo, obesidade, tabagismo, câncer e outras) e comorbidades psiquiátricas. As comorbidades registradas foram comunicadas através do auto relato da participante e registro na ficha clínica do Ambulatório de Epilepsia. As pacientes foram indagadas em relação a etnia (branca, preta, parda, amarela ou indígena), religião (católica, espírita, protestante, matriz africana, testemunha de Jeová, sem Klaus), escolaridade, profissão/ocupação (se possui carteira assinada ou não, se está desempregada ou recebendo auxílio-doença), renda familiar (em salários mínimos), situação habitacional (meio de acesso a água e se a rua é pavimentada) e itens de conforto (quantidade de carro, empregada, máquina de lavar roupa, banheiro, geladeira, DVD, freezer, computador, lavadora de louça, microondas, motocicleta e máquina secadora de roupa). Após a coleta das informações realizou-se a classificação sócio econômica de acordo com o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa, estratificados em classes A (mais alta), B1, B2, C1, C2, D e E (mais baixas), revelando a

renda e o poder de compra das participantes da pesquisa⁽⁴⁸⁾. Este questionário está armazenado no prontuário da cliente, pois compõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do ambulatório de epilepsia.

Após essa etapa, os dados foram dicotomizados para facilitar a compreensão dos resultados em relação a etnia: negra (preta, parda) e não negra (branca, amarela e indígena), parceiro sexual (sim e não), orientação sexual: heterossexual e não heterossexual (homossexual, bissexual e outros), vida sexual ativa (sim e não), religião: sim (católica, espírita, protestante, matriz africana e testemunha de Jeová) e não (sem Klaus), escolaridade da mulher pesquisada: <10 anos (de analfabeto a médio incompleto) e \geq a 10 anos de estudo (de médio completo a superior completo), economicamente ativa: sim (trabalha com e sem carteira assinada) e não (desempregada, auxílio doença e aposentada), renda familiar (até 2 e \geq a 3 salários mínimos).

Para a pesquisa, algumas informações foram acessadas da ficha clínica das mulheres com epilepsia: suspeita de CNEP - crises não epiléticas psicogênicas (sim ou talvez), refratariedade (sim ou não/talvez), tipo de crise (início focal, generalizado ou desconhecido), controle das crises (baseado na frequência para identificar se a epilepsia está controlada – é considerada controlada quando há ausência de crises no período de um ano), tipo de epilepsia (focal ou outros tipos: generalizada, combinada e desconhecida), etiologia (estrutural e outros tipos: genética, infecciosa, metabólica, autoimune e desconhecida), história de crise tônico-clônica bilateral (sim ou não), tipo de drogas utilizadas para controle das crises: indutoras (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbazepina) e não indutoras (lamotrigina, topiramato, levetiracetam, valproato), tratamento (monoterapia/nenhum ou politerapia), efeitos colaterais atuais (sim ou não), exame neurológico (normal ou anormal).

Escalas Beck: cada instrumento possui 21 perguntas que avaliam sintomas de ansiedade e depressão. A Beck ansiedade foi traduzida e validada para uso no Brasil por Quintão e outros autores em 2013⁽³⁶⁾ e Beck Depressão por Oliveira e outros autores em 2012⁽⁴⁹⁾. No Brasil as escalas Beck podem ser aplicadas por profissionais e estudantes de psicologia supervisionados⁽⁵⁰⁾. Nesta pesquisa, essas escalas foram aplicadas e avaliadas exclusivamente pelos psicólogos do Ambulatório de epilepsia. A ansiedade foi avaliada através dos parâmetros: 0-10 grau mínimo de ansiedade, 11-19 ansiedade leve, 20-30 ansiedade moderada e 31-63 ansiedade severa⁽³⁶⁾. E a depressão: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-

28 depressão moderada e 29-63 depressão grave⁽³⁷⁾. E o ponto de corte que foi considerado para as escalas foi soma maior ou igual a 20.

WHOQOL-*brief*: é um instrumento desenvolvido pela OMS para avaliação da qualidade de vida através da percepção de cada indivíduo, podendo ser aplicado em populações saudáveis ou com agravos. Por esse motivo foi aplicado nos dois grupos nessa pesquisa. Traduzido e validado para o Brasil por Fleck, et al. em 2000, o instrumento apresenta quatro domínios sendo distribuídos da seguinte forma: Físico (1, 2, 3, 9, 10, 11, 12), Psicológico (4, 5, 6, 7, 8, 24), Social (13, 14, 15) e Ambiental (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23), totalizando 26 questões que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Calculou-se a média dos itens de cada domínio, e quanto maior a pontuação, melhor considerada a qualidade de vida do sujeito⁽⁴³⁾.

FSFI (*Female Sexual Function Index*): é um instrumento traduzido e validado no Brasil desde 2009 por Pacagnella, et al., e que avalia o Índice da Função Sexual Feminina. É um questionário contendo 19 perguntas englobando 6 domínios: desejo (questões 1 e 2), excitação (3, 4, 5, 6), lubrificação (7, 8, 9, 10), orgasmo (11, 12, 13), satisfação (14, 15, 16) e dor (17, 18, 19). Cada questão recebeu pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação foi definida de forma contrária. O questionário correspondeu à experiência das últimas quatro semanas, se a mulher não teve relação sexual nesse período; algumas respostas tiveram essa indicação porque valiam zero. O escore de cada domínio foi calculado pela soma dos itens pertencentes e multiplicados através da fórmula: desejo por 0,6, excitação e lubrificação 0,3 cada, e os demais 0,4 cada, chegando ao escore máximo de 6 para cada domínio. Esses escores dos domínios foram somados, obtendo assim um escore total que poderia variar entre 2 e 36; caso fosse igual ou inferior a 26 indicaria disfunção sexual⁽⁴⁶⁾.

FGSIS (*Female Genital Self Image Scale*): é uma medida confiável e amplamente utilizada por outros países em pesquisas que possibilitam a construção de uma imagem genital no contexto atual^(23, 24, 27). Validada e traduzida no Brasil por Felix, et al. desde 2017, é um questionário de auto relato composto por 7 perguntas que avaliam preocupações com a aparência e função da genitália. Os itens variam de discordo plenamente (1 ponto), a concordo plenamente (4 pontos), sendo que o escore total pode variar de 7 a 28 pontos; quanto maior o valor da soma, mais positiva é a autoimagem genital da mulher⁽²⁸⁾. A ausência de resposta

justifica a exclusão de análise do questionário, portanto nenhuma pergunta deve ser deixada sem resposta^(24, 27).

Os instrumentos Beck Ansiedade e Depressão, FGSIS e FSFI são autoaplicáveis, mas o(a) pesquisador(a) esteve na sala à disposição para esclarecimento de dúvidas e aplicação dos mesmos em forma de entrevista. Quando necessário, essa aplicação ocorreu de forma neutra sem interferência do(a) pesquisador(a) nas respostas da entrevistada. Os demais questionários foram aplicados por meio de entrevista pelo(a) pesquisador(a) da equipe, tanto no grupo com epilepsia como no grupo sem epilepsia. Todos os questionários foram aplicados nas datas programadas do atendimento nos ambulatórios, em espaço reservado, somente com a participante da pesquisa e o(a) pesquisador(a), assegurando privacidade e conforto. Não foram necessárias visitas extras ou fora da rotina de atendimento para concluir o preenchimento dos questionários. Essas medidas foram tomadas a fim de minimizar riscos. Apenas duas participantes do grupo exposto apresentaram mobilização emocional. As mesmas foram acolhidas pela pesquisadora e lhes foi oferecido atendimento com os psicólogos do ambulatório.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi realizado sob a lei 466/12⁽⁵²⁾ do Conselho Nacional de Saúde e mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública conforme CAAE nº 10533819.3.0000.5544 (ANEXO H) e ofereceu benefícios diretos, como orientações específicas de promoção à saúde e prevenção de doenças relacionadas à saúde da mulher. Em relação aos benefícios indiretos, pode haver retorno social através dos produtos da pesquisa que estarão disponíveis ao livre acesso e poderão contribuir para a melhoria da assistência a essa clientela. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5 Análise Estatística

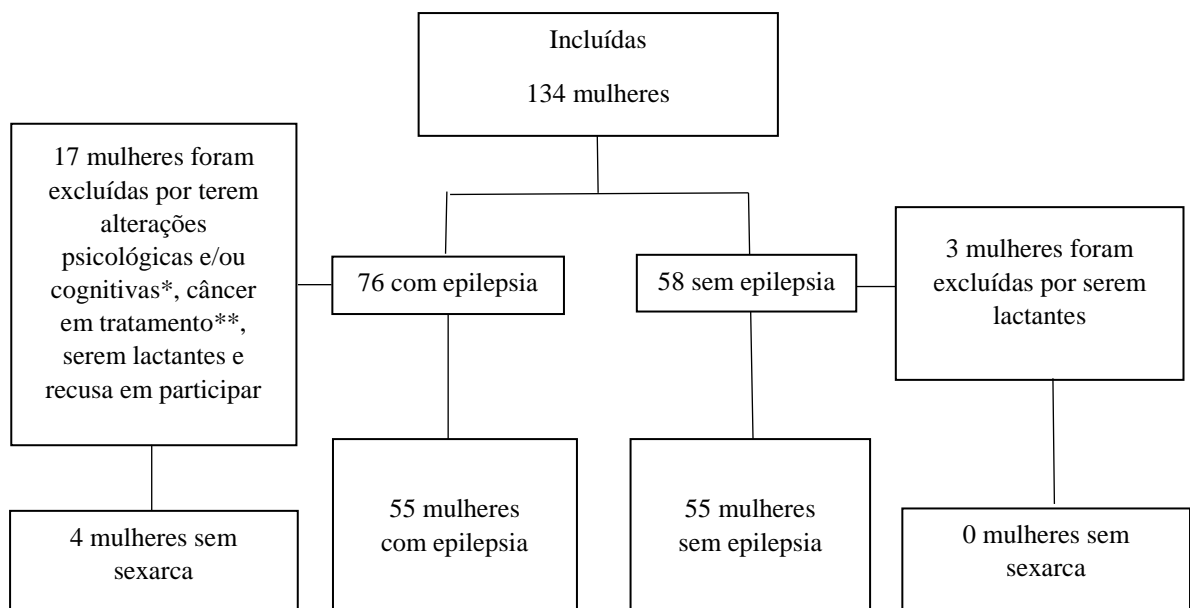
A análise estatística foi realizada através do registro dos questionários em banco de dados digital utilizando o *Software Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados foram apresentados em tabelas de distribuição por frequência de média e desvio padrão para cada grupo. Foram utilizados testes de associação e verificação: Teste Exato de Fisher, Qui-

Quadrado, Teste Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, onde a variável dependente função sexual foi testada em correlação com as variáveis independentes (Autoimagem da genitália, Ansiedade, Depressão e QV). Todos os testes consideraram $p < 0,05$ como medida de significância.

5 RESULTADOS

O estudo foi realizado com mulheres atendidas no Centro Médico da Bahiana, na cidade de Salvador-Bahia. Foram formados dois grupos denominados: com epilepsia e sem epilepsia (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa



Fonte: Produção do próprio autor. *transtornos psicóticos, risco de suicídio e déficit intelectual grave. **câncer de útero e tumor cerebral, ambos em tratamento.

5.1 Comparações entre os grupos de mulheres em idade fértil com e sem epilepsia

A média etária em ambos grupos foi de: Grupo com epilepsia: $30,25 \pm 7,91$ anos vs. Grupo sem epilepsia: $34,05 \pm 7,83$ anos. Na nossa amostra, 76,4% das mulheres com epilepsia vs. 92,7% das mulheres sem epilepsia se auto declararam pretas. A maioria das participantes da pesquisa faz parte das Classes B e C (com epilepsia: 83,3% vs. sem epilepsia 87,3%).

Na avaliação do comportamento sexual foi percebido que houve semelhança entre os grupos, no que diz respeito a tempo de relacionamento (Grupo com epilepsia: $4,81 \pm 6,49$ anos vs. Grupo sem epilepsia: $6,88 \pm 7,52$ anos; $p=0,536$), frequência das relações sexuais (Grupo com

epilepsia: $5,67 \pm 7,63$ vs. Grupo sem epilepsia: $4,56 \pm 5,06$; $p=0,917$), presença de parceiro fixo e vida sexual ativa (ambos com $p=0,838$). Foi percebido que mais de 94% em ambos os grupos eram heterossexuais ($p=0,392$)(Tabela 1) e que 6,8% vs. 0,0% das mulheres com e sem epilepsia, respectivamente, nunca tiveram sexarca, não havendo diferença estatisticamente significativa para esta comparação ($p=0,068$).

A análise comparativa das variáveis: religião, escolaridade, economicamente ativa, e renda familiar mostrou que os grupos foram semelhantes; a única diferença entre os grupos foi em relação a cor: no grupo com epilepsia menos mulheres se autodeclararam pretas (76,4%), quando comparadas ao grupo sem epilepsia (92,7%); resultando em uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$)(Tabela 1).

Na análise da caracterização clínica, as mulheres do grupo com epilepsia apresentaram menos comorbidades clínicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia, quando comparadas ao grupo sem epilepsia (com epilepsia: 12,7% vs. sem epilepsia: 36,4%; $p=0,004$). Já referente a comorbidades psiquiátricas, mais mulheres no grupo com epilepsia apresentaram comorbidade controlada como transtornos psicóticos no momento da pesquisa, quando comparadas às mulheres sem epilepsia, sendo essa diferença estatisticamente significativa (com epilepsia: 30,9% vs. sem epilepsia: 1,8%; $p=0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação das características socioeconômica, demográfica, clínica e comportamento sexual de mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021

Variáveis	Com epilepsia n(%)	Sem epilepsia n(%)	Valor de p*
Parceiro sexual			
Sim	37(67,3)	38(69,1)	0,838
Orientação sexual			
Heterossexual	52(94,6)	52(94,5)	1,000
Vida sexual ativa			
Sim	37(67,3)	38(69,1)	0,838
Religião			
Sim	12(21,8)	10(18,2)	0,634
Escolaridade (anos)			
≥10	40(72,7)	44(80,0)	0,369
Economicamente ativa			
Sim	18(32,7)	27(49,1)	0,081
Renda Familiar			
Até 2 salários	42(76,4)	46(83,6)	0,340
Comorbidade clínica			
Sim	7(12,7)	20(36,4)	0,004
Comorbidade psiquiátrica			
Sim	17(30,9)	1(1,8)	0,000

n= número de indivíduos. *Qui-Quadrado **Teste Exato de Fisher

Para comparação da função sexual entre os grupos utilizou-se o questionário FSFI, onde foi possível perceber que os dois grupos de mulheres apresentaram disfunção sexual (com epilepsia: 19,28 vs. sem epilepsia: 21,05), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre eles (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação da função sexual entre os grupos das mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021

Variáveis	Com epilepsia	Sem epilepsia	Valor de p*
	n=55	n=55	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	3,49 \pm 1,28	3,78 \pm 1,65	0,333
Excitação	2,4 \pm 2,12	3,36 \pm 2,14	0,178
Lubrificação	3,28 \pm 2,36	3,56 \pm 2,30	0,579
Orgasmo	2,91 \pm 2,25	3,40 \pm 2,23	0,268
Satisfação	3,34 \pm 2,44	3,67 \pm 2,23	0,751
Dor	3,40 \pm 2,48	3,27 \pm 2,35	0,668
FSFI total	19,28 \pm 11,73	21,05 \pm 11,13	0,416

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney

Na análise da autoimagem da genitália não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (com epilepsia: 21,22 \pm 3,29 vs. sem epilepsia: 21,75 \pm 4,10, p=0,266).

Para comparação dos fatores psicossociais entre os grupos com epilepsia e sem epilepsia, utilizou-se o questionário WHOQOL-*brief* que avalia a QV, e as escalas Beck Ansiedade e Depressão que avaliam presença de sintomas dessas comorbidades. E os resultados evidenciaram que não houve diferença estatística nas variáveis Qualidade de Vida e Sintomas de Ansiedade entre os grupos, no entanto foi percebido diferença estatística na presença dos Sintomas de Depressão (**p=0,038**) (Tabela 3). Ao ser avaliado proporção e frequência deste dado, foi percebido que o grupo com epilepsia apresentava mais mulheres com presença de depressão moderada e grave que o grupo sem epilepsia, respectivamente 23(41,81%) vs.15(27,3%).

Tabela 3 - Comparação dos fatores psicossociais entre os grupos das mulheres em idade fértil com e sem epilepsia, Salvador, 2021

Variáveis	Com epilepsia	Sem epilepsia	Valor de p*
	n=55	n=55	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Físico	12,98 \pm 2,23	12,46 \pm 1,74	0,205
Psicológico	13,34 \pm 2,62	14,17 \pm 2,26	0,096
Social	14,01 \pm 4,46	14,59 \pm 3,20	0,768
Ambiental	12,77 \pm 2,61	12,51 \pm 2,25	0,642
Escores			
Ansiedade	15,15 \pm 12,33	19,27 \pm 14,72	0,057
Depressão	11,44 \pm 12,08	13,82 \pm 12,31	0,038

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney

5.2 Análise da Função Sexual apenas nas mulheres em idade fértil com epilepsia

Nesta etapa do estudo foi analisado exclusivamente o grupo com epilepsia. Quanto ao perfil das mulheres que já tiveram relação sexual, percebeu-se que a epilepsia de tipo focal predominou nesta amostra, com 69,1%; já em relação a etiologia, desconhecida e genética somaram-se 60% e a maioria das mulheres não tinham suas crises controladas (72,7%) (Tabela 4). A frequência mensal de crises foi de $3,32 \pm 5,47$. Quanto ao tipo de crise, 70,9% apresentavam crise de início focal, 9,1% tinham CNEP, 90,4% tinham exame neurológico normal e 52,7% relatavam presença de efeitos colaterais, como sonolência, tonturas e alterações gastrointestinais.

Tabela 4 - Descrição do perfil clínico das mulheres em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021

Variáveis	n(%)
Tipo de epilepsia	
Focal	38(69,1)
Outros	17(30,9)
Etiologia da epilepsia	
Estrutural	22(40,0)
Outras (genética e desconhecida)	33(60,0)
Controle das crises	
Não	40(72,7)
História de crise Tônico clônica bilateral	
Sim	46(83,6)
Epilepsia refratária	
Não/Talvez	31(56,4)
Uso de drogas indutoras	
Sim	33(62,3)
Quantidade de drogas em uso	
Politerapia	32(58,2)

n= número de indivíduos.

5.2.1 Análise da Função Sexual e variáveis da epilepsia

Neste tópico foi avaliada a influência da doença acerca da função sexual. Foi considerada como variável dependente a função sexual e seus domínios e como variáveis independentes: o tipo de epilepsia (APÊNDICE A), etiologia (APÊNDICE B), controle de crises (APÊNDICE C), crise tônico-clônica bilateral (APÊNDICE D), epilepsia refratária (APÊNDICE E), tratamento em monoterapia e politerapia (APÊNDICE F), e nenhuma delas apresentou influência sobre a função sexual. Já a variável uso de drogas não indutoras *vs.* drogas indutoras pareceu influenciar na função sexual (Tabela 5).

Foi possível perceber que as mulheres que fazem uso de drogas indutoras (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital e oxcarbazepina) apresentaram menos desejo ($5,21 \pm 2,18$ *vs.* $6,65 \pm$

1,60) e menos lubrificação ($9,48 \pm 7,49$ vs. $12,95 \pm 8,31$) do que as mulheres que não fazem uso de drogas não indutoras, respectivamente ($p=0,020$) e ($p=0,047$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação da influência do uso de drogas não indutoras versus drogas indutoras na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021

Variáveis	Drogas não indutoras	Drogas indutoras	Valor de p*
	n=20 M (\pm DP)	n=33 M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	6,65 \pm 1,60	5,21 \pm 2,18	0,020
Excitação	11,05 \pm 7,31	8,24 \pm 6,85	0,172
Lubrificação	12,95 \pm 8,31	9,48 \pm 7,49	0,047
Orgasmo	8,10 \pm 5,76	6,73 \pm 5,59	0,371
Satisfação	9,60 \pm 5,70	7,67 \pm 6,21	0,248
Dor	9,65 \pm 6,12	8,03 \pm 6,28	0,281
FSFI total	58,00 \pm 31,45	45,36 \pm 32,48	0,060

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney

5.2.2 Correlação da Função sexual e outras variáveis

Foi realizada correlação de Spearman da Função Sexual total e seus domínios com a Autoimagem da genitália, Ansiedade, Depressão e os domínios da Qualidade de Vida. Foi possível perceber que quando os níveis de Depressão se acentuam, o domínio do desejo fica prejudicado [**-0,273 (p=0,043)**]. Já na Qualidade de Vida os domínios psicológico [0,311(p=0,021)] e ambiental [0,268(p=0,048)] influenciaram positivamente no desejo. E o domínio das relações sociais interferiram em todos os domínios da Função sexual. Quando a mulher está bem nesse campo, ocorrem aumento no desejo [**0,504 (p=0,000)**], excitação [**0,461 (p=0,000)**], lubrificação [**0,342 (p=0,011)**], orgasmo [**0,425 (p=0,001)**], satisfação [**0,449 (p=0,001)**] e diminuição da dor [**0,402 (p=0,002)**]. Consequentemente, essa influência parece melhorar a função sexual [**0,521 (p=0,000)**] (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlação da influência da função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia e Autoimagem da genitália, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida, Salvador, 2021

Variáveis	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI total
FGSIS	0,100(0,468)	0,196(0,152)	0,104(0,448)	0,097(0,480)	0,138(0,316)	0,216(0,113)	0,155(0,260)
Ansiedade	-0,049(0,721)	0,064(0,642)	0,034(0,804)	0,102(0,457)	0,156(0,254)	-0,104(0,451)	0,029(0,835)
Depressão	-0,273(0,043)	-0,080(0,563)	-0,038(0,783)	-0,053(0,700)	-0,067(0,629)	-0,183(0,181)	-0,178(0,194)
Físico	0,264(0,051)	0,135(0,325)	0,138(0,316)	0,018(0,897)	0,049(0,723)	0,184(0,178)	0,179(0,190)
Psicológico	0,311(0,021)	0,133(0,333)	0,086(0,532)	0,109(0,427)	0,141(0,303)	0,230(0,091)	0,228(0,095)
Social	0,504(0,000)	0,461(0,000)	0,342(0,011)	0,425(0,001)	0,449(0,001)	0,402(0,002)	0,521(0,000)
Ambiental	0,268(0,048)	0,160(0,244)	0,093(0,500)	0,142(0,302)	0,125(0,364)	0,207(0,130)	0,224(0,100)

Apresentação do Coeficiente de correlação e respectivo p-valor pelo teste de Spearman.

FGSIS= Escala de autoimagem da genitália; FSFI Índice Função Sexual Feminina; Correlação de Spearman.

5 DISCUSSÃO

Nossos resultados sugerem que mulheres com epilepsia apresentam disfunção sexual e que o uso de drogas indutoras influencia negativamente no desejo e na lubrificação. Percebeu-se também que a depressão moderada e grave é mais presente no grupo com epilepsia e que pode influenciar negativamente no domínio desejo do escore de função sexual. Na relação entre função sexual e qualidade de vida foi possível perceber que o domínio das relações sociais influencia em todos os escores da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Os domínios psicológico e ambiental influenciam no desejo.

No nosso estudo, as mulheres em idade fértil com e sem epilepsia apresentaram disfunção sexual ($19,28 \pm 11,73$ vs. $21,05 \pm 11,13$ respectivamente). Estudos prévios em pessoas com epilepsia e utilizando também o FSFI, apontaram resultados similares nos valores de escore total $20,16 \pm 9,29^{(4)}$ e $22,6 \pm 5,8^{(53)}$. Metanálise realizada em 2019 com 1556 pessoas de ambos os sexos, descreveu uma proporção de mulheres com epilepsia e disfunção sexual variando entre 23 e 60%⁽⁶⁾. Apenas um quarto das pessoas com epilepsia procuram ajuda profissional em relação a disfunção sexual⁽⁵⁴⁾.

Muitos fatores podem estar relacionados a disfunção sexual. No nosso estudo foi avaliada a relação entre as especificidades da epilepsia (tipo, etiologia, controle de crises, história de crise tônico clônica bilateral e epilepsia refratária) com a disfunção sexual, porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Mas, ao ser avaliada a correlação entre o uso de drogas não indutoras (lamotrigina, topiramato, levetiracetam, valproato) vs. drogas indutoras (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbazepina) e função sexual, percebeu-se que o uso de drogas indutoras pioram os escores do desejo e na lubrificação.

Essa afirmativa corroborou com estudo realizado em 2019, que aponta que as drogas indutoras influenciam negativamente na função sexual de pessoas com epilepsia⁽²⁹⁾. Isto pode ser explicado pela ação de alguns medicamentos antiepilépticos, estes podem alterar os níveis de diferentes hormônios sexuais. As drogas indutoras interferem nas concentrações de globulina de ligação de hormônios sexuais (SHBG) e nos níveis circulantes de testosterona, e consequentemente reduzem a libido, o que pode justificar uma maior incidência de disfunção sexual entre as usuárias dessas drogas⁽⁵⁵⁾. Por outro lado, estudos apontam que mulheres em uso de drogas que não têm efeito hepático, que é o caso das drogas não indutoras, têm 3,7

vezes menos chance de apresentar disfunção sexual do que mulheres que fazem uso de drogas indutoras^(4; 53).

Comorbidades psiquiátricas são comuns em pessoas com epilepsia⁽⁵⁶⁾. Em nosso estudo, mulheres com epilepsia apresentaram menos comorbidades clínicas e mais comorbidades psiquiátricas, dentre elas, presença de sintomas de depressão moderada e grave. A depressão tem uma prevalência de 23% nessa comunidade⁽⁵⁶⁾. O risco de desenvolver depressão parece ser maior em pessoas com epilepsia do que em pessoas sem o agravo, e o contrário também parece ocorrer: o risco de desenvolver epilepsia em quem tem depressão é maior do que naqueles que não têm a comorbidade psiquiátrica^(57; 58).

Estudo realizado em 2019 relatou que na mulher a presença de depressão é um fator de risco para a disfunção sexual⁽²¹⁾. Comparação entre mulheres com e sem epilepsia realizada em estudo de 2018 utilizando questionário diferente do nosso observou presença significativa de depressão no grupo exposto quando comparado ao controle⁽³⁰⁾, corroborando assim com nosso resultado. Revisão sistemática realizada em 2012 aponta associação entre depressão e disfunção sexual como sendo bidirecional. Mulheres que apresentam sinais de depressão devem ser investigadas quanto a disfunção sexual e mulheres que apresentam a disfunção devem ser examinadas quanto a presença de sintomas de depressão. O mecanismo desta associação não é claro e provavelmente é complexo, devido a natureza heterogênea dessas comorbidades⁽⁵⁹⁾.

Questões clínicas como sintomas depressivos e questões psicossociais como os domínios da qualidade de vida (relações sociais, psicológico e ambiental) influenciaram na função sexual, mais precisamente no desejo. Estudo de 2019 aponta que o desejo é o domínio mais afetado em mulheres com epilepsia. As questões psicossociais podem desempenhar um importante papel na função sexual de pessoas com epilepsia⁽²⁹⁾ e disfunção sexual é um fator de risco para a piora da qualidade de vida nas mulheres com epilepsia⁽²¹⁾.

Mulheres em idade fértil com epilepsia apresentam pior qualidade de vida quando comparadas às mulheres sem epilepsia⁽³⁸⁾. O domínio das relações sociais pareceu interferir na função sexual. Nossos achados apontaram que quando a mulher em idade fértil está bem em relação a este domínio aumentam os escores do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, e reduz o escore da dor. Isso se explica pelo fato de que pessoas com epilepsia

tendem a se isolar, sentir sofrimento devido ao estigma, experimentar sentimento de exclusão⁽¹¹⁾ e se sentem desconfortáveis em interagir com o sexo oposto. Estudo de 2017 mostra que elas tendem a esconder de seu parceiro a condição médica, e quando estão casadas ou em relacionamento longo e ocorre o término da relação, elas atribuem a razão principal à epilepsia⁽⁵⁴⁾.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nosso estudo é transversal, portanto as associações e influências encontradas nos resultados não são necessariamente causais. Sugerimos novas pesquisas para aprofundar os achados que influenciam na função sexual de mulheres em idade fértil com epilepsia. Dosagem hormonal não foi realizada, pois na literatura a relação de hormônios e disfunção sexual já foi testada. Enquanto não existe uma relação clara entre epilepsia e disfunção sexual, o profissional de saúde envolvido no cuidar a pessoas com epilepsia deve ser cauteloso sobre o tema.

7 CONCLUSÃO

Mulheres em idade fértil com epilepsia apresentam disfunção sexual.

Nesta amostra, as mulheres em idade fértil com e sem epilepsia não apresentam diferença da percepção da auto imagem da genitália.

Sintomas depressivos moderado e grave foram mais presentes no grupo com epilepsia. Os domínios da qualidade de vida que influenciaram na função sexual foram: relações sociais, psicológico e ambiental. O domínio mais afetado da função sexual foi o desejo. Ele sofreu influência da depressão, relações sociais e dos domínios psicológico e ambiental.

Foi possível perceber também que as mulheres em idade fértil com epilepsia em uso de drogas indutoras apresentam menos desejo e lubrificação quando comparadas às mulheres em uso de drogas não indutoras.

REFERÊNCIAS

- 1 Moshé SL, Perucca E, Ryvlin P, Tomson T. Epilepsy: new advances. Seminar. 2014. Published online September. Acesso em: 22 abr 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60456-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60456-6).
- 2 Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon C-S, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of International studies. *Neurology*. 2016; 88: 1-8.
- 3 Spencer DD, Gerrard JL, Zaveri HP. The roles of surgery and technology in understanding focal epilepsy and its comorbidities. *Lancet Neurol*. 2018; 4: 373-382.
- 4 Zahra AK, Karimanb N, Ebadic A, Majdd HA, Beladi-Moghadame N. Sexual function and related factors in Iranian woman with epilepsy. *Seizure*. 2017; 52: 147-153.
- 5 Basson R. Female sexual dysfunctions – the new models. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*. 2002; 2: 268-270.
- 6 Zhao S, Tang Z, Xie Q, Wang J, Luo L, Liu Y, et al. Association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: A meta-analysis. *Seizure: European Journal of Epilepsy*. 2019; 65:80-88.
- 7 World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health. 2006.
- 8 Senem CJ, Caramaschi S. Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. *Barbarói*. 2017; 49: 166-189.
- 9 Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Lippincott Williams & Wilkins. 1966.
- 10 Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger C, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55:475–482.
- 11 Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46: 470–72.
- 12 Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017; 58(4):522-530.
- 13 Perucca E, Tomson T. The pharmacological treatment of epilepsy in adults. *Lancet Neurol*. 2011; 10: 446–56.
- 14 Stephen LJ, Harden C, Tomson T, Brodie MJ. Management of epilepsy in women. *Lancet Neurol*. 2019; Published online March. Acesso em: 22 abr 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/ S1474-4422\(18\)30495-2](http://dx.doi.org/10.1016/ S1474-4422(18)30495-2).

- 15 Bangar S, Shastri A, El-Sayeh H, Cavanna AE. Women with epilepsy: clinically relevant issues. *Functional Neurology*. 2016; 31(3): 0-0.
- 16 Organização Mundial de Saúde. *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. 2011; ISBN 978-85-7967-059-6.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília; 2010.
- 18 Tauboll E, Sveberg L, Svalheim, S. Interactions between hormones and epilepsy. *Seizure*. 2015; 28: 3–11.
- 19 Atif M, Sarwar MR, Scahill S. The relationship between epilepsy and sexual dysfunction: a review of the literature. *SpringerPlus*; 2016; 5:2070.
- 20 Ogunjimi L, Yaria J, Makanjuola A, Ogunniyi A. Sexual dysfunction among Nigerian women with epilepsy. *Epilepsy Beha*. 2018; 83:108–112.
- 21 Henning O, Landmark CJ, Traeen B, Svendsen T, Farmen A, Nakken KO et al. Sexual function in people with epilepsy: Similarities and differences with the general population. *Epilepsia*. 2019; 00:1–9.
- 22 Duncan S, Blacklaw J, Beastall GH, Brodie MJ. Sexual Function in Women with Epilepsy. *Epilepsia*. 1997; 38(10):1074–1081. doi:10.1111/j.1528-1157.1997.tb01196.x
- 23 Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self-image scale. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7(5):1822–30.
- 24 Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8(1):158–66.
- 25 Berman, L, Berman J, Miles M. Genital Self-Image as a Component of Sexual Health: Relationship Between Genital Self-Image, Female Sexual Function, and Quality of Life Measures. *Journal of Marital Therapy*. 2003; 29: 11-21.
- 26 Moran C, Lee C. ‘Everyone wants a vagina that looks less like a vagina’: Australian women’s views on dissatisfaction with genital Appearance. *Journal of Health Psychology*. 2016; 23(2): 229-239.
- 27 Demaria AL, Hollub AV, Herbenick D. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Validation among a Sample of Female College Students. *Journal of Sexual Medicine*. 2012; 9(3):708–18.
- 28 Felix GAA, Nahas FX, Marcondes GB, Santos AG, Brito MJA, Ferreira LM. Brazilian Portuguese version of the Female Genital Self Image Scale (FGSIS) for women seeking abdominoplasty. *Rev JPRAS*. 2017; 70(12):1786-1787.

- 29 Rathore C, Henning OJ, Luef G, Radhakrishnan K. Sexual dysfunction in people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019; 100:1-9.
- 30 Tao L, Zhang X, Duan Z, Wang Y, Liu J, Hou H, et al. Sexual dysfunction and associated factors in Chinese Han women with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018; 150-156.
- 31 Silva ALP. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: ciência e profissão.* 2010; 30(1):200-211.
- 32 Organização Panamericana de Saúde. *Depressão.* 2020. Acesso em: 05 jul 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.
- 33 DSM-5. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.
- 34 Vanzeler MLA. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: Instrumentos utilizados no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* 2020; 10(13):100-120. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados
- 35 Ely P, Nunes MFO, Carvalho LF. Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil. *Avaliação Psicológica.* 2014; 13(3): 419-426.
- 36 Quintão S, Delgado AR, Prieto, G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2013; 26 (2): 305–310.
- 37 Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual.* Psychological Corporation. 1996.
- 38 Santos AMC, Lima HC, Matos MAA, Brito MB. Quality of life among women with epilepsy during their reproductive years. *Epilepsy Behav.* 2018; 85:10-13.
- 39 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):7-18.
- 40 Sidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública;* 2004. v.20.
- 41 Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD). *O trabalho como motor do desenvolvimento humano - Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade.* New York; 2015.
- 42 Vickrey BG, Perrine KR, Hays RD, Hermann BP, Cramer JA, Meador KJ, et al. *Quality of life in epilepsy QOLIE-31 (Version 1.0) Scoring Manual.* 1993.
- 43 Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34:350-6.

- 44 Brasil. Tabelas da CID-10. 2008. Acesso em: 28 out. 2019. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f50_f59.htm
- 45 Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010; 55(1):1-6.
- 46 Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2333-2344.
- 47 Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Cidade de São Paulo*. 2008; 20(2):186-94.
- 48 ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2018.
- 49 Oliveira MHG, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34:389-394.
- 50 Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 51 Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*. 1996; 67(3):588-97.
- 52 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Acesso em: 17 out 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- 53 Karan V, Harsha S, Keshava BS, Pradeep R, Sathyanarayana Rao TS, Chittaranjan A. Sexual dysfunction in women with epilepsy. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57(3):301-304.
- 54 Mameniskiene R, Guk Jb, Jatuzis D. Family and sexual life in people with epilepsy. *Epilepsy Beha*. 2017; 66:39-44.
- 55 Svalheim S, Sveberg L, Mochol M, Tauboll E. Interactions between antiepileptic drugs and hormones. *SEIZURE: European Journal of Epilepsy*. 2015. Acesso em: 03 mar 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.022>.
- 56 Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wibe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, et al. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013; 80(6):590-599.
- 57 Josephson CB, Lowerison M, Vallerand I, Sajobi TT, Patten S, Nathalie Jette, et al. Association of Depression and Treated Depression With Epilepsy and Seizure Outcomes. *JAMA Neurology*. 2017.

- 58 Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol*. 2012; 72(2):184-91.
- 59 Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. 2019:1497–1507.

APÊNDICES

Apêndice A – Função sexual e tipo de epilepsia

Avaliação da influência do tipo de epilepsia na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Focal n=38 M (\pm DP)	Outros n=17 M (\pm DP)	Valor de p*
Domínios			
Desejo	5,60 \pm 2,05	6,29 \pm 2,28	0,401
Excitação	8,84 \pm 6,95	10,88 \pm 7,38	0,343
Lubrificação	10,21 \pm 7,77	12,59 \pm 8,06	0,243
Orgasmo	6,89 \pm 5,79	8,18 \pm 5,34	0,518
Satisfação	7,86 \pm 6,26	9,47 \pm 5,78	0,394
Dor	8,16 \pm 6,39	9,29 \pm 5,90	0,622
FSFI total	47,58 \pm 32,69	56,71 \pm 31,61	0,299

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice B – Função sexual e etiologia

Avaliação da influência da etiologia da epilepsia na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Estrutural	Outros	Valor de p*
	n=22	n=33	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	5,60 \pm 2,05	6,29 \pm 2,28	0,401
Excitação	8,84 \pm 6,95	10,88 \pm 7,38	0,343
Lubrificação	10,21 \pm 7,77	12,59 \pm 8,06	0,243
Orgasmo	6,89 \pm 5,79	8,18 \pm 5,34	0,518
Satisfação	7,86 \pm 6,26	9,47 \pm 5,78	0,394
Dor	8,16 \pm 6,39	9,29 \pm 5,90	0,622
FSFI total	47,58 \pm 32,69	56,71 \pm 31,61	0,299

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice C – Função sexual e controle de crises

Avaliação da influência do controle de crises na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Sim	Não	Valor de p*
	n=15	n=40	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	5,69 \pm 2,17	5,77 \pm 2,08	0,789
Excitação	8,77 \pm 7,60	9,47 \pm 7,01	0,894
Lubrificação	11,08 \pm 9,25	10,70 \pm 7,56	0,526
Orgasmo	5,85 \pm 5,61	7,70 \pm 5,64	0,373
Satisfação	6,85 \pm 5,93	8,90 \pm 6,07	0,257
Dor	8,38 \pm 7,17	8,72 \pm 5,97	0,946
FSFI total	46,61 \pm 35,11	51,27 \pm 31,84	0,880

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice D – Função sexual e história de crise tônico-clônica bilateral

Avaliação da influência de história de crise tônico-clônica bilateral na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Sim	Não	Valor de p*
	n=46	n=9	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	5,84 \pm 2,18	5,33 \pm 1,58	0,482
Excitação	9,75 \pm 7,31	7,11 \pm 5,76	0,164
Lubrificação	11,23 \pm 8,07	8,67 \pm 7,12	0,225
Orgasmo	7,64 \pm 5,82	5,33 \pm 4,39	0,177
Satisfação	8,77 \pm 6,08	6,56 \pm 5,83	0,187
Dor	8,75 \pm 6,26	8,11 \pm 6,31	0,634
FSFI total	51,98 \pm 33,04	41,11 \pm 28,97	0,179

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice E – Função sexual e epilepsia refratária

Avaliação da influência de presença de refratariedade na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Sim	Não	Valor de p*
	n=24	n=31	
	M (\pm DP)	M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	6,00 \pm 2,25	5,58 \pm 1,98	0,612
Excitação	10,06 \pm 7,57	8,70 \pm 6,48	0,386
Lubrificação	11,48 \pm 8,48	10,25 \pm 7,11	0,365
Orgasmo	7,77 \pm 6,04	6,67 \pm 5,12	0,409
Satisfação	8,74 \pm 6,76	7,87 \pm 5,47	0,586
Dor	8,61 \pm 6,77	8,37 \pm 5,55	0,367
FSFI total	52,68 \pm 35,72	47,56 \pm 27,86	0,215

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice F – Função sexual e tratamento

Avaliação da influência do tratamento com medicações na função sexual da mulher em idade fértil com epilepsia, Salvador, 2021.

Variáveis	Monoterapia	Politerapia	Valor de p*
	n=23 M (\pm DP)	n=32 M (\pm DP)	
Domínios			
Desejo	6,24 \pm 2,22	5,47 \pm 2,01	0,277
Excitação	10,72 \pm 7,13	8,43 \pm 6,99	0,200
Lubrificação	12,28 \pm 8,02	9,83 \pm 7,69	0,172
Orgasmo	8,08 \pm 5,54	6,63 \pm 5,73	0,382
Satisfação	9,16 \pm 6,37	7,70 \pm 5,90	0,429
Dor	9,08 \pm 6,24	8,03 \pm 6,25	0,458
FSFI total	55,56 \pm 33,12	46,10 \pm 31,60	0,179

M= Média; DP= Desvio Padrão. *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-Wallis

Apêndice G – Artigo publicado



Registered Report

Protocolo de estudo para avaliar função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia

Study protocol to assess sexual function in women of childbearing age with epilepsy

Ana Maria Cruz Santos¹

Humberto de Castro Lima Filho²

Milena Bastos Brito³

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador), Bahia, Brasil. anasantos@bahiana.edu.br, humbertocastrolima@bahiana.edu.br

³Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador), Bahia, Brasil. milenabrito@bahiana.edu.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: O diagnóstico de epilepsia em mulheres pode desencadear mudanças de comportamento social, emocional e sexual. Estudos já comprovaram que mulheres em idade fértil com epilepsia apresentam comprometimento no desenvolvimento das atividades diárias e na qualidade de vida devido às suas especificidades. **OBJETIVO:** Avaliar a função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo tipo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa. Serão analisados dois grupos de mulheres: grupo exposto: com epilepsia e grupo não-exposto: sem epilepsia. A coleta de dados se dará através de aplicação de questionários de dados socioeconômico, demográfico e clínico, Beck ansiedade e depressão, Whoool-bref para avaliar qualidade de vida, FSFI para função sexual e FGSIS para autoimagem da genitália. Para análise dos dados, utilizaremos testes de associação ou verificação de diferenças entre grupos paramétricos e não paramétricos. A variável dependente "função sexual" será testada para comparação com as variáveis independentes. Serão considerados $p < 0,05$ como medida de significância. **RESULTADOS ESPERADOS:** Espera-se que fatores associados a disfunção sexual em mulheres em idade fértil com epilepsia possam ser identificados.

PALAVRAS-CHAVE: Epilepsia. Mulheres. Disfunção sexual.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The diagnosis of epilepsy in women can trigger social, emotional, and sexual behavior changes. Studies have already shown that women in reproductive years with epilepsy are compromised in daily activities and quality of life due to their specificities. **OBJECTIVE:** To evaluate sexual function in women in reproductive years with epilepsy. **METHODS:** This is a sectional, descriptive and analytical study with a quantitative approach. Two groups of women will be analyzed: exposed group: with epilepsy and non-exposed group: without epilepsy. Data collection will take place by applying socioeconomic, demographic, and clinical questionnaires, Beck anxiety and depression inventory, Whoool-bref to assess the quality of life, FSFI for sexual function, and FGSIS for the self-image of the genitalia. For data analysis, we will use association tests or verification of differences between parametric and non-parametric groups. In addition, the dependent variable sexual function will be tested for comparison with the independent variables. $P < 0.05$ will be considered as a measure of significance. **EXPECTED RESULTS:** It is expected that factors associated with sexual dysfunction in women of childbearing age with epilepsy can be identified.

KEYWORDS: Epilepsy. Women. Sexual dysfunction.

Submetido 11/11/2020, Aceito 23/06/21, Publicado 10/08/2021
 J. Evid-Based Healthc., Salvador, 2021;3:e3396
<http://dx.doi.org/10.17267/2675-021X.evidence.2021.e3396>
 ISSN: 2675-021X.

Como citar este artigo: Santos AMC, Lima Filho HC, Brito MB. Protocolo de estudo para avaliar função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia. J. Evid-Based Healthc. 2021;3:e3447. <http://dx.doi.org/10.17267/2675-021X.evidence.2021.e3396>



Introdução

A epilepsia afeta cerca de 6,38 a cada 1000 pessoas.¹ É uma doença neurológica caracterizada pela predisposição persistente do cérebro em gerar crises epiléticas, podendo afetar o estado emocional, comportamental, cognitivo, motor e sensitivo do indivíduo.² O impacto da epilepsia vai além dos sinais e sintomas, com possível limitação das atividades da vida diária e consequente interferência na qualidade de vida.³

Anormalidades no metabolismo dos hormônios esteróides sexuais (com redução de andrógeno) podem afetar vários aspectos das funções sexuais. Além disso, a epilepsia também pode induzir transtornos neuropsiquiátricos comórbidos (ou seja, depressão e ansiedade), que são conhecidos por contribuir para a disfunção sexual (DS).⁴ Tomados em conjunto, uma taxa aumentada de DS é esperada em pessoas com epilepsia. Porém, os resultados de diferentes estudos são controversos sobre a associação entre epilepsia e DS.⁵

A função sexual na mulher ocorre de forma complexa, podendo ter influência de fatores ambientais, doenças crônicas, experiências sexuais prévias, cansaço, insegurança, dentre outros.⁶ Mulheres em idade fértil com epilepsia formam um grupo que merece um olhar especial. A atenção disponibilizada a esse grupo não pode estar focada apenas na doença; essas mulheres apresentam desafios específicos e muitas particularidades de papéis e prioridades relacionadas ao contexto que hoje apresentam suas vidas, como trabalho, cuidados com a família e lar.⁷

Desta forma, o presente estudo propõe-se a analisar o desfecho primário a partir da avaliação da função sexual, através do escore total do instrumento FSFI (*Female Sexual Function Index*), nas mulheres em idade fértil com epilepsia. É justificado pela literatura conflitante ao que diz respeito à associação da epilepsia com a função sexual na mulher em idade fértil,⁸ além de dados escassos na população brasileira. Como desfechos secundários, serão analisados em ambos os grupos, com e sem epilepsia, a percepção da autoimagem da genitália, os domínios da Qualidade de vida, escores de Ansiedade, escores de Depressão associados à disfunção sexual.

O reconhecimento de disfunção sexual em mulheres em idade fértil com epilepsia pode alertar para a necessidade de intervenções específicas com potencial para influenciar na qualidade de vida deste grupo.

Métodos

Desenho e período do estudo

Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico que fará coleta de dados com abordagem quantitativa. Com coleta de junho de 2019 a fevereiro de 2021.

Local

Ambulatórios de Epilepsia e Ginecologia.

População alvo

Mulheres em idade fértil com e sem epilepsia.

Seleção da Amostra

Amostra disponível, composta por grupo exposto que corresponderá mulheres cadastradas e acompanhadas no ambulatório de epilepsia e grupo não-exposto que corresponderá às mulheres saudáveis acompanhadas pela ginecologia.

Crítérios de inclusão

Grupo exposto:

- a) mulheres de 18 anos a 44 anos (idade fértil, segundo OMS)⁹;
- b) ter diagnóstico de epilepsia de acordo com a ILAE (*International League Against Epilepsy*)¹⁰;
- c) ter capacidade de responder as questões;
- d) concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Grupo não exposto:

- a) mulheres de 18 anos a 44 anos;
- b) não ter epilepsia;
- c) ter capacidade de responder as questões;
- d) concordar em participar do estudo mediante assinatura do TCLE.

Critérios de exclusão

Serão excluídas do estudo as mulheres grávidas, lactantes, câncer ativo em tratamento, AVE com sequelas motoras e/ou afasia, tumor cerebral de alto grau e com comprometimento cognitivo que impeça de responder os questionários e as que não completarem as etapas de avaliação.

Hipóteses Estatísticas

Hipótese Nula (H₀): Não há diferença entre a função sexual de mulheres em idade fértil com e sem epilepsia.

Hipótese Alternativa (H_A): A epilepsia influencia na função sexual das mulheres em idade fértil.

Instrumentos de avaliação e variáveis a serem estudados

Para todas as participantes será assegurado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o sigilo, confidencialidade e preservação na análise e tratamento dos dados. Após a assinatura do TCLE, em entrevista única, serão aplicados os instrumentos nas datas programadas para o atendimento nos ambulatórios, em espaço reservado, assegurando privacidade e conforto, por um tempo estimado de 40 minutos, não sendo necessárias visitas extras ou fora da rotina de atendimento para concluir o preenchimento dos questionários. Se ocorrer a necessidade de um tempo maior para o término do preenchimento dos instrumentos, a continuidade da pesquisa será reagendada para a data da próxima consulta de retorno, evitando a necessidade de retorno apenas para finalidade da pesquisa.

Segue um breve reconhecimento de cada instrumento e suas variáveis:

1) Questionário de dados socioeconômico, demográfico e clínico:

a. Este questionário coletará as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação atual, renda pessoal, renda familiar, situação habitacional, itens de conforto.

b. Se já teve relação sexual, responderá as perguntas: última vez que teve relação sexual, frequência mensal de relação sexual no último mês, orientação

sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual), número de parceiros, tempo de relacionamento.

c. Todas as pesquisadas responderão quanto à presença de epilepsia (sim ou não) ou outras comorbidades que serão autodeclaradas como: clínicas (HAS, DM, dislipidemia, hipo/hipertiroidismo, obesidade, tabagismo, já teve câncer? qual? Fez tratamento? apresenta outras comorbidades clínicas?), psiquiátricas (faz tratamento? qual tipo de tratamento?) e/ou neurológicas (cefaléia/enxaqueca, AVE? outras?).

Após a coleta das informações, será realizada a classificação sócio econômica de acordo com o Critério Brasil¹⁰, estratificados em classes A (mais alta), B1, B2, C1, C2, D e E (mais baixas), revelando a renda e o poder de compra das participantes da pesquisa. Vale ressaltar que esse questionário compõem o conjunto de documentos no atendimento do ambulatório de epilepsia e da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Entretanto, visando prover as atualizações, este documento será revisado e reaplicado se necessário e permanecerá sob a guarda da instituição, assegurando a manutenção do acompanhamento e tratamento pela equipe de saúde.

2) Escalas Beck Ansiedade e Depressão: esses instrumentos são autoaplicáveis e serão avaliados exclusivamente pelos psicólogos do Ambulatório de Epilepsia.

3) WHOQOL-bref: é um instrumento que avalia QV de forma ampla podendo ser aplicado em pessoas saudáveis ou com agravos. Traduzido e validado para o Brasil em 2000, a estrutura totaliza 26 questões relacionadas ao domínios físico, psicológico, social e ambiental.¹¹

4) FSFI (*Female Sexual Function Index*): é um instrumento traduzido e validado no Brasil desde 2009 e que avalia o Índice da Função Sexual Feminina. É um questionário contendo 19 perguntas englobando 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Cada questão recebe pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma contrária. O questionário corresponde a experiência das últimas quatro semanas. Se a mulher não teve relação sexual nesse período, algumas respostas terão essa indicação porque a resposta será zero. O escore de cada domínio é calculado pela soma dos itens percentes multiplicados pelo fator correspondente.

Os escores dos domínios são corrigidos e somados, obtendo assim um escore total podendo variar entre 2 e 36, sendo igual ou inferior a 26 indica disfunção sexual.¹²

5) FGSIS (*Female Genital Self Image Scale*): é uma medida confiável e amplamente utilizada que possibilita a construção de uma imagem genital no contexto atual. Composta por 7 perguntas englobando preocupações com a aparência e função da autoimagem genital da mulher. No Brasil, foi traduzido e validado em 2017.¹³

Procedimentos de coletas de dados

Serão utilizados consultórios privativos, estando em situação de sigilo, o participante da pesquisa e um (a) pesquisador (a) da equipe. Os instrumentos Beck Ansiedade e Depressão, FGSIS e FSFI são autoaplicáveis, mas, se necessário, o pesquisador (a) estará à disposição para esclarecimento de dúvidas ou aplicação dos mesmos em forma de entrevista. Os demais questionários serão aplicados como entrevistas individuais e preenchidos pelo(a) pesquisador(a) entrevistador(a).

Em caso de mobilização emocional por parte do participante da pesquisa, psicólogo(a) da equipe interdisciplinar do ambulatório de epilepsia, prioritariamente, ou outro profissional da equipe de saúde devidamente habilitado prestará o atendimento de forma imediata. Conforme já previsto no próprio serviço, uma rotina de acompanhamento psicológico poderá ser mantida caso seja identificada uma necessidade. Toda participante que necessitar de acompanhamento específico médico, psicológico ou de enfermagem terá esse direito assegurado pela equipe de pesquisa e pela equipe assistencial do Ambulatório.

Os dados complementares relacionados a epilepsia como tipo, controle de crises, medicações utilizadas, serão extraídos do prontuário eletrônico após permissão da entrevista através da assinatura do TCLE. O armazenamento dos prontuários estará sujeito às condições de sigilo previsto para todo os prontuários da instituição, e sua guarda se estabelece conforme preconiza a RESOLUÇÃO CFM 1821/07¹⁴ - em seu Art. 7º - que refere "a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado", e em seu Art. 8º que estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não

foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Os dados coletados durante as entrevistas serão armazenados na sala de arquivos que se mantém trancada no Ambulatório de Epilepsia, na responsabilidade de guarda pelos pesquisadores por um período de cinco anos, e após este período, serão destruídos em definitivo conforme preconizado na Resolução 466 /12.¹⁵

Plano de análise dos dados

Será feito através do registro dos questionários em banco de dados digitais utilizando o *Software Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados serão apresentados em tabelas de distribuição por frequência de média e desvio padrão para cada grupo. Para o estudo quantitativo, os dados serão apresentados em tabelas por frequência de média e desvio-padrão para cada grupo. O desfecho primário (escore total e domínios do FSFI) será analisado através do Teste Mann-Whitney para detectar associação entre os grupos com e sem epilepsia. O Teste Mann-Whitney será usado, também, para detectar associação dos desfechos secundários: autoimagem da genitália e domínios da qualidade de vida. Utilizaremos o Teste Exato de Fisher ou Qui-Quadrado para testar a associação entre epilepsia e demais desfechos secundários, como as características socioeconômica, demográfica, clínica (escores de Ansiedade e Depressão) e comportamento sexual de mulheres em idade fértil. Será ainda testada a associação das variáveis clínicas: controle de crises, tipo de epilepsia (focal e outros), etiologia (estrutural e outros), presença de crise tônico-clônica bilateral, uso de medicações (monoterapia ou politerapia), uso de drogas não indutoras, refratariedade e presença de efeitos colaterais com a variável dependente: função sexual (escore total e domínios), através de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Caso apareça alguma associação entre essas variáveis, a mesma será ajustada através de um modelo de regressão logística, para analisar a influência na função sexual e nos seus domínios, com a finalidade de diminuir o confundimento. A Correlação de Spearman será para testar a correlação entre os domínios da função sexual com a Autoimagem da genitália, escores de Ansiedade e Depressão e domínios da Qualidade de Vida.

A variável dependente função sexual será testada para comparação com as variáveis independentes (dados psicossociais e clínicos, Ansiedade e depressão, WHOQOL-bref, FSFI e FGSIS).



Serão considerados $p < 0,05$ como medida de significância.

O tamanho amostral estimado será de 55 mulheres para cada grupo, já considerando uma perda de 10%, nível de significância de 5% e um poder de 90%, totalizando 110 participantes. O cálculo amostral foi feito usando a variabilidade total (considerando que 49% dos pacientes tenha característica de interesse e 51%, não) e para detectar magnitude de diferença de 10% no desfecho primário. O desfecho primário é escore total de função sexual e segue uma distribuição normal em relação a dois desvios padrões. O desvio padrão que será considerado para a análise é 2, com poder para detectar uma diferença de no máximo 2% entre os grupos em relação ao desfecho, visto que não existe base teórica; por esse motivo, foi realizado cálculo para população infinita.¹⁴

Riscos

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos: atraso no tempo estimado para responder às perguntas dos instrumentos que compõem o estudo, sendo este um prejuízo exclusivo para os pesquisadores; observando-se a necessidade de um tempo maior para a aplicação dos questionários a continuidade da pesquisa será reagendada para a data da próxima consulta de retorno, evitando a necessidade de retorno apenas para finalidade da pesquisa. O paciente poderá sentir-se constrangido por não saber ou não acertar responder a algumas das perguntas feitas ou por questionamentos pessoais-íntimos, suscitando emoções ou fatos vivenciados na vida pregressa. Uma vez que todo o procedimento da pesquisa será feito de modo individualizado e os dados são sigilosos e não serão divulgados individualmente, mas, se houver necessidade e julgar importante será acolhida por psicólogo (a) da equipe interdisciplinar do ambulatório de epilepsia, prioritariamente, ou outro profissional da equipe de saúde devidamente habilitado prestará o atendimento de forma imediata. Conforme já previsto no próprio serviço, uma rotina de acompanhamento psicológico poderá ser mantida caso seja identificada necessidade.

Benefícios

O estudo trará como benefícios diretos: orientações específicas de promoção à saúde e prevenção de doenças relacionadas à mulher. Em relação aos benefícios indiretos, trará retorno social através de

procedimentos ou produtos da pesquisa que estarão disponíveis ao livre acesso e contribuirão para a melhoria dos serviços prestados a essa clientela. Não existe remuneração estabelecida e também nenhuma despesa adicional está prevista para participar desta pesquisa.

O acompanhamento dos participantes independe do estudo e continuarão sendo acompanhados pela instituição após o final da pesquisa. Os resultados obtidos serão divulgados ao público, independente da obtenção de resultados, favoráveis ou não.

Aspectos éticos

O projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 10533819.3.0000.5544). Os pacientes serão convidados a participar do estudo de maneira voluntária. Durante todo esse período, tem o direito de esclarecer dúvidas, o direito de aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou repressão pela sua decisão, podendo recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os pacientes serão informados detalhadamente sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e terão a garantia do sigilo de suas identidades, visando preservar sua imagem não causando prejuízos.

Resultados esperados

A análise dos dados resultantes permitirá a comparação entre dois grupos de mulheres em idade fértil. Permitirá, também, avaliarmos a correlação entre variáveis já testadas em outros estudos e, para além, testaremos variáveis ainda não testadas na literatura, como a autoimagem da genitália e sua relação com a qualidade de vida.

Sabe-se que mulheres com epilepsia apresentam piora na qualidade de vida quando comparadas às mulheres sem o agravo¹², mas não sabemos se a função sexual pode influenciar na qualidade de vida. São escassas as publicações que avaliam a função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia no Brasil, proporcionando, assim, novos conhecimentos em relação a este grupo.

Contribuições dos autores

Todos os autores foram responsáveis pela concepção e desenho do estudo. Santos AMC escreveu o manuscrito. Castro-Lima H e Brito MB contribuíram com o conteúdo intelectual crítico e revisão final do artigo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon C-S, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of International studies. *Neurology*. 2017;88(3):296-303. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003509>
2. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2. <https://doi.org/10.1111/j.0013-9590.2005.66104.x>
3. Moshé SL, Perucca E, Ryvlin P, Tomson T. Epilepsy: new advances. *Lancet*. 2015;385(9971):884-98. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60456-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60456-6)
4. Spencer DD, Gerrard JL, Zaveri HP. The roles of surgery and technology in understanding focal epilepsy and its comorbidities. *Lancet Neurol*. 2018;17(4):373-82. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30031-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30031-0)
5. Zhao S, Tang Z, Xiec Q, Wang J, Luo L, Lina Y, et al. Association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: A meta-analysis. *Seizure*. 2019;65:80-8. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.01.004>
6. Basson R. Female sexual dysfunctions - the new models. *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2002;2(4):268-70. <http://dx.doi.org/10.1177/14746514020020040501>
7. Stephen LJ, Harden C, Tompson T, Brodie MJ. Management of epilepsy in women. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):481-91. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30495-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30495-2)
8. Organização Mundial de Saúde. Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã [Internet]. Geneva: OMS; 2011. Disponível em: https://www.who.int/portuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf
9. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger C, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. <https://doi.org/10.1111/epl.12550>
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
11. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):350-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
12. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(11):2333-44. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>
13. Felix GAA, Nahas FX, Marcondes GB, Santos AG, Brito MJA, Ferreira LM. Brazilian Portuguese version of the Female Genital Self Image Scale (FGSIS) for women seeking abdominoplasty. *R J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017;70(12):1786-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.07.007>
14. Resolução CFM N° 1.821/07, de 23 nov. 2007 (Brasil). Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 nov 23. [citado em 2018 out 17]. Disponível em: http://www.portaemedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm
15. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União. 2012 dez 12. [citado em 2018 out 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
16. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Rev. odontol. Univ. Cid. Sao Paulo* [Internet]. 2008;20(2):186-94. Disponível em: [https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20\(2_12\)_2008.pdf](https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_12)_2008.pdf)
17. Santos AMC, Castro-Lima H, Matos MAA, Brito MB. Quality of life among women with epilepsy during their reproductive years. *Epilepsy Behavior*. 2018;85:10-3. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.04.028>



Apêndice H – Trabalho apresentado no 59º CBGO

19/10/2021 14:08

Email – Ana Maria Cruz Santos - Prof. Aux. Enfermagem – Outlook

59º CBGO - Resultado de Trabalhos

59º CBGO <lara.benites@ccmew.com>

Sex, 06/10/2021 10:51

Para: MILENA BASTOS BRITO <milenabastos22@yahoo.com.br>

Cc: Ana Maria Cruz Santos - Prof. Aux. Enfermagem <anasantos@bahiana.edu.br>

Prezado(a) **MILENA BASTOS BRITO**,

Informamos que o seu trabalho foi aprovado para apresentação no 59º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia que acontecerá de 17 a 20 de novembro de 2021 em formato online.

Mais informações serão enviadas em breve

Detalhes do trabalho

Título: FUNÇÃO SEXUAL NAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM EPILEPSIA

Forma de apresentação: Pôster

Autores:

Ordem	Nome Completo	Apresentador	Correspondente	E-mail
1	ANA MARIA CRUZ SANTOS - ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA, SALVADOR, BA, Brasil	Não	Sim	anasantos@bahiana.edu.br

19/10/2021 14:08

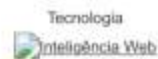
Email – Ana Maria Cruz Santos - Prof. Aux. Enfermagem – Outlook

Ordem	Nome Completo	Apresentador	Correspondente	E-mail
2	HUMBERTO CASTRO LIMA FILHO - ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA, SALVADOR, BA, Brasil	Não	Não	humbertocastrolima@bahiana.edu.br
3	MILENA BASTOS BRITO - ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA, SALVADOR, BA, Brasil	Sim	Não	milena bastos22@yahoo.com.br

Atenciosamente,

Secretaria do Evento
CBGO 2021

E-mail: lara.benites@ccmew.com
Telefone: +55 51 99469-8537



Apêndice I – Artigo aceito para publicação

Epilepsy & Behavior 125 (2021) 108399



Contents lists available at ScienceDirect

Epilepsy & Behavior

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yebeh

Sexual function in women of fertile age with epilepsy

Ana Maria Cruz Santos¹, Humberto Castro Lima Filho², Gustavo Marcelino Siquara³,
Josiane Mota Lopes⁴, Carla Guimarães Bastos⁵, Milena Bastos Brito^{*,6}

Bahiana School of Medicine and Public Health (BSMPH), Av. Dom João VI, 256, Brotas, CEP: 41830-465 Salvador-Bahia, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:
Received 17 August 2021
Revised 20 October 2021
Accepted 21 October 2021

Keywords:
Epilepsy
Women
Sexual dysfunction
Sexual behavior

ABSTRACT

Purpose: To evaluate Sexual Function Scores in women of childbearing age with epilepsy.
Method: Cross-sectional study and comparison of two groups, one with and the other without epilepsy. The instruments used were: semi-structured socioeconomic, demographic and clinical questionnaire; Beck Anxiety and Depression Inventories; World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-brief); Female Sexual Function Index (FSFI); and Female Genital Self Image Scale (FGSIS). Statistical analysis was performed using Fisher's Exact Test, Chi-Square, Mann-Whitney, and Spearman's Correlation, considering $p < 0.05$ as a measure of significance.
Results: 110 women were included (55 with epilepsy and 55 without epilepsy) with a mean age of 32 years. Both groups had sexual dysfunction (with epilepsy: 19.28 vs. without epilepsy: 21.05; $p = 0.416$). There was no significant difference between groups in the analysis of self-image of the genitalia, Quality of Life, or Anxiety. However, there was a statistical difference in Depression Symptoms (with epilepsy: 11.44 vs. without epilepsy: 13.82, $p = 0.038$). When evaluating the influence of epilepsy on sexual function score, women who used enzyme-inducing drugs had worse scores in desire domain (5.21 vs. 6.65; $p = 0.020$) and lubrication domain (9.48 vs. 12.95; $p = 0.047$) when compared to women who used non-enzyme-inducing drugs, respectively. In the correlation of Sexual Function with Anxiety, Depression, Quality of Life, and Self-Image of the genitalia, it was observed that when Depression levels increase, desire is impaired [-0.273($p = 0.043$)]. In Quality of Life, the psychological [0.311($p = 0.021$)] and environmental [0.268($p = 0.048$)] domains positively influenced desire. The social relationships domain improved desire [0.504($p = 0.000$)], excitement [0.461($p = 0.000$)], lubrication [0.342($p = 0.011$)], orgasm [0.425($p = 0.001$)], satisfaction [0.449($p = 0.001$)], and decreased pain [0.402($p = 0.002$)]. Consequently, these influence appeared to improve sexual function [0.521($p = 0.000$)].
Conclusion: Women of childbearing age with epilepsy have sexual dysfunction. The presence of signs of depression and the use of enzyme-inducing drugs must be carefully analyzed, as they can worsen the sexual function score. Health professionals need to be aware that sexual dysfunction must be investigated because this issue influences the quality of life of these women.

© 2021 Elsevier Inc. All rights reserved.

1. Introduction

Epilepsy is a chronic neurological disease that affects approximately 65 million people worldwide, and in women, it has a prevalence of 6.85 per 1,000 and an incidence of 55.78 per 100,000 [1]. Women of childbearing age with epilepsy are unique

due to their peculiarities [2]. Furthermore, the disease's pathophysiology, stigmas, and hormonal interactions related to antiepileptic drugs can interfere with sexual response mechanisms [3].

The female sexual function is complex and can be influenced by many factors such as socio-cultural, environmental, previous sexual experience, tiredness, insecurity, presence of chronic diseases, use of medications, and hormones [4,5]. The reported prevalence of sexual dysfunction in women with epilepsy ranges from 10% to 75% [6], but studies evaluating the association between epilepsy and sexual dysfunction are controversial [7]. Therefore, the present study aimed to assess sexual function in women of childbearing age with epilepsy.

* Corresponding author.

E-mail address: milenabrito@bahiana.edu.br (M.B. Brito).¹ ORCID ID: 0000-0001-5371-5921.² ORCID ID: 0000-0002-2688-6319.³ ORCID ID: 0000-0002-4495-6835.⁴ ORCID ID: 0000-0002-5217-0322.⁵ ORCID ID: 0000-0003-2878-7442.⁶ ORCID ID: 0000-0002-2397-4145.

The more profound recognition of sexual dysfunction in women of childbearing age with epilepsy may alert to the need for specific interventions, potentially influencing the improvement of the quality of life of these women.

2. Material and methods

This was a cross-sectional study with a quantitative approach and a comparison group (one with and one without epilepsy). Data collection was performed upon authorization and approval by the Ethics and Research Committee of the Bahiana School of Medicine and Public Health as per CAAE n° 10533819.3.0000.5544.

One group corresponded to women registered and monitored by the epilepsy clinic. The other group corresponded to women who attended the gynecology clinics, both located in the same Medical Center, with similar socioeconomic profile groups. In addition, the patients in the control group were invited while they were waiting for a routine annual gynecological consultation, thus enabling the inclusion of women in good health.

The sample size was 55 women for each group, already considering a loss of 10%, a significance level of 5%, and a power of 90%, totaling 110 participants.

The inclusion criteria were:

The group with epilepsy – 55 participants: 1) women between 18 and 44 years of age [8]; 2) have a diagnosis of epilepsy according to International League Against Epilepsy [9]; 3) can understand and answer questions; 4) agree to participate in the study by signing the written informed consent.

The group without epilepsy – 55 participants: 1) women between 18 and 44 years of age; 2) not having a diagnosis of epilepsy; 3) can understand and answer questions; 4) agree to participate in the study by signing the written informed consent.

The exclusion criteria were: pregnant women, lactating women, active cancer in treatment, stroke with motor sequelae and/or aphasia, high-grade brain tumor, with cognitive impairment (assessment carried out by psychologists from the Ambulatory of epilepsy) that prevented them from answering the questionnaires, and those who did not complete the assessment steps.

In both groups, the assessment was performed using the following instruments: 1) Semi-structured questionnaire with socioeconomic, demographic, and clinical data; 2) Beck scales to assess the presence of symptoms of anxiety and depression [10]; 3) Word Health Organization Quality of Life (WHOQOL-brief) questionnaire that assesses the Quality of Life [11]; 4) Female Sexual Function Index (FSFI) Questionnaire that assesses Sexual Function [12]; and 5) Female Genital Self Image Scale (FGSIS) to assess self-image of female genitalia [13].

In the semi-structured questionnaire, the clinical data used were, type of epilepsy (focal or other types: generalized, combined and unknown), etiology (structural and other types: genetic, infectious, metabolic, autoimmune, and unknown), type of seizure (focal onset, generalized or unknown), suspected Psychogenic Nonepileptic Seizures (yes or maybe), history of bilateral tonic-clonic seizures (yes and no), seizure control (based on frequency to identify if epilepsy was controlled – one year no seizures were considered controlled epilepsy), refractory (yes or no/maybe), use of non-enzyme-inducing versus enzyme-inducing drugs, treatment (monotherapy or polytherapy), and presence of side effects. In addition, the term controlled comorbidities were used for women who had comorbidities in drug and/or non-drug treatment.

Some questionnaires in this research have a cutoff point, such as the Beck Anxiety and Depression Scales and the FSFI. For the Beck Scales, a sum greater than or equal to 20 (moderate and severe anxiety and depression) was considered [10]. The FSFI is an instrument developed to assess the Female Sexual Function Index.

Its structure comprises six domains: desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. Each question receives a score from 0 to 5, increasing the presence of the questioned function. Only in the question about pain is the score defined oppositely. The score for each domain was calculated by the sum of the items belonging and multiplied using the formula: the desire of 0.6, excitement and lubrication 0.3 each, and the others 0.4 each, reaching a maximum score of 6 for each domain. These domain scores were added, resulting in a total score that can vary between 2 and 36; the cutoff point used was equal to or less than 26, indicating sexual dysfunction [12].

On the other hand, the WHOQOL-brief and FGSIS questionnaires do not have a cutoff point [11; 13]. The FGSIS is a self-report instrument that assesses concerns about the appearance and function of the genitalia. Composed of 7 questions with items ranging from strongly disagree (1) point to strongly agree (4) points, with the total score ranging from 7 to 28 points; the higher the sum value, the more positive is the woman's genital self-image, so there is no cutoff point [13].

Statistical analysis was performed using Fisher's Exact Test, Chi-Square, Mann-Whitney, and Spearman correlation. $P < 0.05$ was considered as a measure of significance.

The methodology used in this research is described in detail in the Study Protocol to assess sexual function in women of childbearing age with epilepsy [14].

3. Results

The study was carried out with two groups, namely with epilepsy and without epilepsy (Flowchart 1).

3.1. Comparisons between groups of women of childbearing age with and without epilepsy

The mean age in both groups was similar (30 years in the epilepsy group and 34 years in without epilepsy group). The comparative analysis of socioeconomic, demographic, and sexual behavior characterization showed that the groups were similar in terms of partnership and sexual orientation, active sexual life, sexarache, religion, education, economic activity, and family income (US \$396.66). Comparative analysis of the clinical characterization observed that in the epilepsy group, seventeen women (30.9%) vs. one (1.8%) woman without epilepsy had psychiatric comorbidities under treatment, therefore, controlled at the time of the research, with $p = 0.000$. Regarding clinical comorbidities, in the epilepsy group seven women (12.7%) had controlled comorbidities (hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia under treatment) and in the group without epilepsy twenty women (36.4%), with $p = 0.004$ (Table 1).



*psychotic disorders, risk of suicide, and severe intellectual deficit. **lactating cancer and brain tumor, both under treatment.

Flowchart 1. Characterization of research subjects.

Table 1
Comparison of socioeconomic, demographic, clinical, and sexual behavior characteristics of women of childbearing age with and without epilepsy.

Variables	With epilepsy n(%)	No epilepsy n(%)	P-value
Sexual partner			
Yes	37(67.3)	38(69.1)	0.838***
Sexual orientation			
Heterosexual	52(94.6)	52(94.5)	1.000***
Active sex life			
Yes	37(67.3)	38(69.1)	0.838***
Sexarche			
No	4(6.8)	0(0.0)	0.068****
Religion			
Yes	12(21.8)	10(18.2)	0.634***
Schooling (years)			
≥10	40(72.7)	44(80.0)	0.369***
Economically active			
Yes	18(32.7)	27(49.1)	0.081***
Family Income			
≤ 2 minimum wage	42(76.4)	46(83.6)	0.340***
Clinical comorbidity			
Yes	7(12.7)	20(36.4)	0.004***
Psychiatric comorbidity			
Yes	17(30.9)	1(1.8)	0.000***

Chi-Square *Fisher's Exact Test.

The FSFI questionnaire was used to compare sexual function between groups. It was possible to notice that the two groups of women had sexual dysfunction (with epilepsy: 19.28 vs. without epilepsy: 21.05), with no statistically significant difference between them (Table 2). The frequency and proportion within the groups were: with epilepsy 17 women corresponding to 30.9% of the sample and without epilepsy 14 women corresponding to 25.5% with $p = 0.525$.

In the analysis of the self-image of the genitalia, there was no statistically significant difference between the groups (with epilepsy: 21.22 ± 3.29 vs. without epilepsy: 21.75 ± 4.10 , $p = 0.266$).

The results showed no statistical difference in the variables Quality of Life and Anxiety Symptoms between the groups in comparing psychosocial factors. However, a statistical difference was noticed in the presence of Depression Symptoms ($p = 0.038$). Furthermore, when calculating the proportion and frequency of these data, it was noticed that the group with epilepsy had more women with moderate and severe depression than the group without epilepsy, respectively, 23 (41.81%) vs. 15 (27.3%).

3.2. Analysis of sexual function only in women of childbearing age with epilepsy.

At this stage of the study, the group with epilepsy was analyzed exclusively. As for the profile of women, in this study were a focal type of epilepsy (69.1%); etiology of other types predominantly genetic and unknown (60%), focal seizures (70.9%), without

Table 2
Comparison of sexual function between groups of women of childbearing age with and without epilepsy.

Variables	With epilepsy M (±DP)	No epilepsy M (±DP)	P value
Domains			
Desire	3.49 ± 1.28	3.78 ± 1.65	0.333****
Excitation	2.4 ± 2.12	3.36 ± 2.14	0.178****
Lubrication	3.28 ± 2.36	3.56 ± 2.30	0.579****
Orgasm	2.91 ± 2.25	3.40 ± 2.23	0.268****
Satisfaction	3.34 ± 2.44	3.67 ± 2.23	0.751****
Dyspareunia	3.40 ± 2.48	3.27 ± 2.35	0.668****
Total FSFI	19.28 ± 11.73	21.05 ± 11.13	0.416****

****Mann-Whitney test.

psychogenic nonepileptic seizures (90.9%), with a report of bilateral tonic-clonic seizures (83.6%), uncontrolled seizures (72.7%), non-refractory seizures (56.4%), using enzyme-inducing drugs (62.3%), with polytherapy treatment (58.2%), and reports of side effects (52.7%) such as somnolence, dizziness, and gastrointestinal disorders related to drug use.

3.2.1. Analysis of sexual function and epilepsy Variables

In this topic, the influence of the disease on sexual function was evaluated. The dependent variable was sexual function and its domains. Independent variables were type of epilepsy, etiology, seizure control, bilateral tonic-clonic seizure, refractory epilepsy, monotherapy, and polytherapy treatment; none of them had any influence on the function. Sexual. The variable use of non-enzyme-inducing drugs vs. enzyme-inducing drugs appeared to influence sexual function. It was possible to notice that women who use enzyme-inducing drugs (carbamazepine, phenytoin, phenobarbital, and oxcarbazepine) had less desire (5.21 vs. 6.65) and less lubrication (9.48 vs. 12.95) than women who did use non-enzyme-inducing drugs, respectively, ($p = 0.020$) and ($p = 0.047$) (Table 3).

Comparing the clinical profile of women with epilepsy using non-enzyme-inducing drugs vs. enzyme-inducing drugs, it was noticed that there was a difference between the groups regarding the type of epilepsy (55.6% had focal epilepsy vs. 82.1%, respectively, $p = 0.033$), the onset of focal seizures (59.3% vs. 82.1%, $p = 0.023$), seizure control (55.6% vs. 89.3%, $p = 0.005$), treatment (polytherapy 37.0% vs. 71.4%, $p = 0.010$), and the reported presence of effects to the use of medications (33.3% vs. 71.4%, $p = 0.005$). As for the etiology, history of the bilateral tonic-clonic crisis, psychogenic nonepileptic seizures, or refractoriness.

Therefore, we can state that the clinical profile of women who use enzyme-inducing drugs are women with focal epilepsy, focal onset seizures, uncontrolled seizures, using polytherapy, and are the ones who most report side effects.

3.2.2. Correlation of sexual function and other Variables

Spearman's correlation of the total Sexual Function and its domains with the Self-image of the genitalia, Anxiety, Depression, and the Quality-of-Life domains was performed. It was possible to notice that when Depression levels increase, the desired domain is impaired [-0.273 ($p = 0.043$)]. This desire increases when the woman with epilepsy is doing well in the domains of QoL: psychological status [0.311 ($p = 0.021$)] and environmental [0.268 ($p = 0.048$)]. The domain of social relationships, on the other hand, interferes in all domains of sexual function. When the woman is doing well in this field, there is an increase in desire [0.504 ($p = 0.000$)], excitement [0.461 ($p = 0.000$)], lubrication [0.342 ($p = 0.011$)], orgasm [0.425 ($p = 0.001$)], satisfaction [0.449 ($p = 0.001$)], and pain reduction [0.402 ($p = 0.002$)]. Consequently,

Table 3
Evaluation of the influence of the use of non-enzyme-inducing drugs versus enzyme-inducing drugs on the sexual function of women of childbearing age with epilepsy.

Variables	Non-enzyme-inducing drug n = 20 M (±DP)	Enzyme-inducing drugs n = 33 M (±DP)	P-value
Domains			
Desire	6.65 ± 1.60	5.21 ± 2.18	0.020****
Excitation	11.05 ± 7.31	8.24 ± 6.85	0.172****
Lubrication	12.95 ± 8.31	9.48 ± 7.49	0.047****
Orgasm	8.10 ± 5.76	6.73 ± 5.59	0.371****
Satisfaction	9.60 ± 5.70	7.67 ± 6.21	0.248****
Dyspareunia	9.65 ± 6.12	8.03 ± 6.28	0.281****
Total FSFI	58.00 ± 31.45	45.36 ± 32.48	0.060****

****Mann-Whitney test.

this influence appears to improve sexual function [0.521 ($p = 0.000$)].

4. Discussion

Our results suggest that women with epilepsy have sexual dysfunction and the use of enzyme-inducing drugs negatively influences desire and lubrication. The women in this sample had a clinical picture with focal epilepsy, predominantly genetic and unknown etiology, focal seizures, without psychogenic nonepileptic seizures, with a report of bilateral tonic-clonic seizures, uncontrolled, non-refractory seizures, use of enzyme-inducing drugs with treatment for polytherapy, and reports of side effects such as somnolence, dizziness, and gastrointestinal disorders due to drug use. It was also observed that depression is more present in the group with epilepsy and can negatively influence the desired domain of the sexual function score. In the relationship between sexual function and quality of life, the domain of social relationships influences all sexual function scores (desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain). The psychological and environmental domains influence desire.

In our study, women of childbearing age with and without epilepsy had sexual dysfunction (19.28 ± 11.73 vs. 21.05 ± 11.13 respectively). Previous studies in epilepsy and the FSFI showed similar results in the total score values 20.16 ± 9.29 [3] and 22.6 ± 5.8 [15]. A meta-analysis with 1556 people of both sexes described a proportion of women with epilepsy and sexual dysfunction ranging between 23 and 60% [7]. However, only a quarter of people with epilepsy seek professional help regarding sexual dysfunction [16].

Many factors can be related to sexual dysfunction. Our study evaluated the relationship between epilepsy specificity (type, etiology, seizure control, history of bilateral tonic-clonic seizures, and refractory epilepsy) and sexual dysfunction, but no statistically significant differences were found. However, when evaluating the correlation between the use of non-enzyme-inducing drugs (lamotrigine, topiramate, levetiracetam, and valproate) vs. enzyme-inducing drugs (carbamazepine, phenytoin, phenobarbital, and oxcarbazepine) and sexual function, it was noticed that the use of enzyme-inducing drugs worsens the scores of desire and lubrication.

This statement corroborated a study carried out in 2019, which points out that enzyme-inducing drugs negatively influence the sexual function of people with epilepsy [6]. The action of some antiepileptic drugs can explain this, and these can alter the levels of different sex hormones. Inducing drugs interfere with concentrations of sex hormone-binding globulin (SHBG) and circulating testosterone levels and consequently reduce libido, which may justify a higher incidence of sexual dysfunction among users of these drugs [17]. On the other hand, studies show that women using drugs that have no liver effect, which is the case of non-enzyme-inducing drugs, are 3.7 times less likely to have sexual dysfunction than women who use enzyme-inducing drugs [3; 15].

Psychiatric comorbidities are common in people with epilepsy [18]. In our study, women with epilepsy had fewer clinical comorbidities and more psychiatric comorbidities, including the presence of symptoms of depression. Depression has a 23% prevalence in this community [18]. Thus, the risk of developing depression seems to be greater in people with epilepsy than in people without the condition and the opposite also seems to occur: the risk of developing epilepsy in those who have depression is greater than in those who do not have psychiatric comorbidity [19,20].

A study carried out in 2019 reported that depression in women is a risk factor for sexual dysfunction [21]. Comparison between women with and without epilepsy performed in a 2018 study

using a different questionnaire from ours observed a significant presence of depression in the exposed group compared to the control [22], thus corroborating our result—a systematic review in 2012 points to a bidirectional association between depression and sexual dysfunction. Women who show signs of depression should be screened for sexual dysfunction, and women who show the dysfunction should be screened for symptoms of depression. The mechanism of this association is not precise and is probably complex due to the heterogeneous nature of these comorbidities [23].

Clinical issues such as depressive symptoms and psychosocial issues such as quality-of-life domains (social, psychological, and environmental relationships) influenced sexual function, more precisely in desire. A 2019 study points out that desire is the most affected domain in women with epilepsy [6]. In addition, psychosocial issues can play an essential role in the sexual function of people with epilepsy [6], and sexual dysfunction is a risk factor for the worsening of quality of life in women with epilepsy [21].

Women of childbearing age with epilepsy have a worse quality of life when compared to women without epilepsy [24]. In addition, the psychological, environmental, and social relationships domains seemed to interfere with sexual function.

The present study has limitations, the non-blinding of the evaluator, which was reduced by the self-application of possible questionnaires. As it was a cross-sectional study, we cannot say that the associations and influences found in the results are causal. Therefore, we suggest further research to further the findings that influence the sexual function of women of childbearing age with epilepsy. Although there is no clear relationship between epilepsy and sexual dysfunction, the healthcare professional caring for people with epilepsy should be cautious about the matter.

5. Conclusion

It has been observed that women of childbearing age with epilepsy have sexual dysfunction and the clinical profile. Of these, women were with focal epilepsy, predominantly genetic and unknown etiology, focal seizures, without psychogenic nonepileptic seizures, with a report of bilateral tonic-clonic seizures, uncontrolled seizures, non-refractory, use of enzyme-inducing drugs with treatment for polytherapy, and reports of side effects such as drowsiness, dizziness, and gastrointestinal disorders resulting from drug use. In this sample, women of childbearing age with and without epilepsy showed no difference in the perception of the self-image of the genitalia between these groups. However, depressive signs are increasing in the group with epilepsy. The quality-of-life domains that influenced the sexual function were social, psychological, and environmental relationships. It was also possible to notice that women of childbearing age with epilepsy using enzyme-inducing drugs have less desire when compared to women who use non-enzyme-inducing drugs.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgments

The Bahiana School of Medicine and Public Health for allowing the research to be carried out and the outpatients' clients for sharing information.

This research was developed in the authors' funding.

References

- [1] Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon C-S, Dykeman J, et al. prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology* 2017;88(3):296–303.
- [2] Bangar S, Shastri A, El-Sayeh H, Cavanna AE. Women with epilepsy: clinically relevant issues. *Funct Neurol* 2016;31(3).
- [3] Atarodi-Kashani Z, Kariman N, Ebadi A, Alavi Majid H, Beladi-Moghadam N. Sexual function and related factors in Iranian woman with epilepsy. *Seizure*. 2017;52:147–53.
- [4] Basson R. Female sexual dysfunctions - the new models. *Br J Diabetes Vascular Disease* 2002;2:268–70.
- [5] DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.
- [6] Rathore C, Henning OJ, Lief G, Radhakrishnan K. Sexual dysfunction in people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2019;100:1–9.
- [7] Zhao S, Tang Z, Xie Q, Wang J, Luo L, Liu Y, et al. association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: a meta-analysis. *Seizure: Eur J Epilepsy* 2019;65:80–8.
- [8] Organização Mundial de Saúde. Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011; ISBN 978-85-7967-059-6.
- [9] Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55(4):475–82.
- [10] Cunha JA, Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 1.
- [11] Fleck MPA, Luizada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178–83.
- [12] Pacagnella RdC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública* 2009;25(11):2333–44.
- [13] Felix GAA, Nahas FX, Marcondes GB, Santos AG, Brito MJA, Ferreira LM. Brazilian Portuguese version of the Female Genital Self Image Scale (FGSIS) for women seeking abdominoplasty. *Rev JPRAS* 2017;70(12):1786–7.
- [14] Santos AMC, Lima Filho HC, Brito MB. Protocolo de estudo para avaliar função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia. *J Evid-Based Healthc*. 2021;3:e3447. [10.17267/2675-021Xevidence.2021.e3396](https://doi.org/10.17267/2675-021Xevidence.2021.e3396)
- [15] Karan V, Harsha S, Keshava BS, Pradeep R, Sathyanarayana Rao TS, Chittaranjan A. Sexual dysfunction in women with epilepsy. *Indian J Psychiatry* 2015;57(3):301–4.
- [16] Mameniškiene R, Guk J, Jafužis D. Family and sexual life in people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017;66:39–44.
- [17] Svalheim S, Sveberg L, Mochol M, Tauboll E. Interactions between antiepileptic drugs and hormones. *SEIZURE: European Journal of Epilepsy*. 2015. Acesso em: 03 mar 2020. Disponível em: [doi: 10.1016/j.seizure.2015.02.022](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.022).
- [18] Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wiebe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, et al. depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2013;80(6):590–9.
- [19] Josephson CB, Lowerison M, Vallerand I, Sajobi TT, Patten S, Jette N, et al. Association of depression and treated depression with epilepsy and seizure outcomes. *JAMA Neurol* 2017;74(5):533. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.5042>.
- [20] Hesdorffer DC, Ishihara I, Mynepalii L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol* 2012;72(2):184–91.
- [21] Henning O, Landmark CJ, Traeen B, Svendsen T, Farmen A, Nakken KO, et al. Sexual function in people with epilepsy: similarities and differences with the general population. *Epilepsia* 2019;60(9):1984–92.
- [22] Tao L, Zhang X, Duan Z, Wang Y, Liu J, Hou H, et al. Sexual dysfunction and associated factors in Chinese Han women with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2018;85:150–6.
- [23] Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2019;1497–1507.
- [24] Santos AMC, Lima HC, Matos MAA, Brito MB. Quality of life among women with epilepsy during their reproductive years. *Epilepsy Behav* 2018;85:10–3.

ANEXOS

Anexo A - Autorização da EBMSP



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora estudante do Doutorado de Medicina e Saúde Humana Ana Maria Cruz Santos para desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado "Função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia", sob a orientação da Profª Milena Bastos Brito, cujo objetivo é avaliar os fatores associados a disfunção sexual na mulher em idade fértil com epilepsia. A pesquisa será aplicada nas mulheres que frequentam o ambulatório de epilepsia e ginecologia.

A aceitação está condicionada à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da resolução 466/12 e sua complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Salvador, 14 de Fevereiro de 2019.

Dra. Maria Luisa Carvalho Soliani
Reitora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Anexo B - Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Função sexual nas mulheres em idade fértil com epilepsia.

Pesquisadora responsável: Dra. Milena Bastos Brito (CRM-BA: 16.476)

Telefone: (71) 3276-8215 Email: milenabrito@bahiana.edu.br

Pesquisadora colaboradora: Ana Maria Cruz Santos (COREN-BA: 183416)

Telefone: (71) 3276-8215 Email: anasantos@bahiana.edu.br

Endereço: Av Dom João VI, 275, 1º andar - Brotas CEP: 40290-000

A Sra. está sendo convidada a participar de maneira voluntária de um projeto de pesquisa com objetivo de avaliar fatores associados a função sexual na mulher com epilepsia.

Sua participação consta em responder questionários, com duração média de 40 minutos, sobre seus dados pessoais (idade, cor da pele, tempo de estudos, profissão, religião, estado civil, condição da sua moradia e se tem ou não alguns itens como geladeira, carro, computador, existência de doenças, níveis de ansiedade e depressão, qualidade de vida, no qual responderá perguntas sobre sua saúde, seu dia-a-dia e seus sentimentos. Além disso, será perguntado se você já teve relação sexual alguma vez na vida, se sim, será perguntado sobre sua atração sexual (se gosta de ter relações com homens, mulheres ou os dois), quantidade de parceiros (as) sexuais, tempo de relacionamento e satisfação com seu desejo sexual e também, perguntas relacionadas a sua vagina como a função, lubrificação (se fica molhada ou não), presença de dor durante relação sexual. Se nunca tiver tido relação sexual, será perguntado sobre a associação deste fato com a epilepsia, que somente neste caso a entrevista será gravada.

Precisaremos ter acesso ao seu prontuário para, se necessário, completar seus dados clínicos.

Os questionários serão realizados em sala reservada, diminuindo o possível risco de constrangimento. Caso se emocione e/ou sinta-se desconfortável com alguma pergunta, você poderá parar de responder a qualquer momento, sendo acolhida pela equipe em atendimento e pela equipe do Serviço de Psicologia do Bahiana Saúde, se desejar. No caso de danos, comprovadamente causados pela pesquisa, haverá indenização à participante.

A Sra. terá oportunidade de esclarecer dúvidas e receber orientações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Além disso, o diálogo sobre as questões sexuais pode possibilitar um esclarecimento da equipe para as doenças apresentadas.

A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum preconceito, discriminação ou vantagens e não afetará os cuidados que você receberá nessa unidade. Não haverá pagamento pela sua participação. Os resultados desse estudo podem ser publicados, mas o seu nome ou identificação não serão revelados. Afirmamos manter esses dados em sigilo e privados. Os dados coletados serão guardados pelos pesquisadores por um período de cinco anos e após este período serão destruídos em definitivo.

Este termo será assinado em 2 (duas) vias de igual conteúdo e valor, e a sra receberá uma das vias assinada pelo pesquisador. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas. Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou a sua participação, antes ou depois dessa permissão, serão respondidas pelos organizadores desta pesquisa.

Assim, este termo está de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12/12/2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como pessoa participante em pesquisas, ou se sentir em situação desagradável, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para tirar as dúvidas através do telefone: 71 2101-1921 ou E-mail: cep@bahiana.edu.br ou Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Salvador/BA. CEP: 40285-001.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Li as informações acima, recebi explicações sobre o conteúdo, prejuízos e benefícios do projeto. Assumo a minha participação e compreendo que posso retirar minha permissão a qualquer momento, sem ser punida e sem perder nenhum benefício.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Voluntária

Impressão datiloscópica:

Anexo C - Dados socioeconômico, demográfico e clínico

DADOS SÓCIO ECONÔMICO DEMOGRÁFICO CLÍNICO			
NOME:		IDADE:	DATA: / /
MATRÍCULA:	RG:	CARTÃO SUS:	
DATA DE NASCIMENTO: / /		NATURALIDADE:	
ETNIA: <input type="radio"/> BRANCA <input type="radio"/> PRETA <input type="radio"/> PARDA <input type="radio"/> AMARELA <input type="radio"/> INDÍGENA		SEXO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
PROFISSÃO:	OCUPAÇÃO:	1. TRABALHO FORMAL <input type="radio"/> <input type="radio"/> CARTEIRA ASSINADA? <input type="radio"/> PESSOA JURÍDICA? 2. TRABALHO INFORMAL <input type="radio"/> 3. DESEMPREGADO <input type="radio"/> 4. AUXÍLIO DOENÇA <input type="radio"/> 5. APOSENTADORIA <input type="radio"/>	
ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> SOLTEIRA <input type="radio"/> CASADA <input type="radio"/> DIVORCIADA <input type="radio"/> VIÚVA <input type="radio"/> ESTÁVEL <input type="radio"/> VIVE MARITALMENTE <input type="radio"/> SEM INFORMAÇÃO			
FILHOS: NÃO SIM - citar quantidade e idades:			
JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM SE SIM, TEM PARCEIRO(A) FIXO(A)? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM COM QUANTOS PARCEIROS(AS) SE RELACIONA NO MOMENTO? <input type="text"/> QUAL SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> HETEROSSEXUAL <input type="radio"/> HOMOSSEXUAL <input type="radio"/> BISSEXUAL QUAL TEMPO DE RELACIONAMENTO? _____ FREQUÊNCIA MENSAL DA RELAÇÃO SEXUAL <input type="text"/> QUAL A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÃO SEXUAL? _____ <input type="radio"/> VIDA SEXUAL ATIVA <input type="radio"/> VIDA SEXUAL INATIVA			
EPILEPSIA: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM COMORBIDADES - CLÍNICAS: <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> DM <input type="radio"/> DISLIPIDEMIA <input type="radio"/> HIPO/HIPERTIROIDISMO <input type="radio"/> OBESIDADE <input type="radio"/> TABAGISMO <input type="radio"/> CÂNCER QUAL? _____ FEZ TRATAMENTO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO CUROU? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO OUTRAS? _____ PSIQUIÁTRICAS: <input type="radio"/> ANSIEDADE <input type="radio"/> DEPRESSÃO FEZ TRATAMENTO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO CUROU? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO OUTRAS? _____ NEUROLÓGICAS: <input type="radio"/> CEFALÉIA/ENXAQUECA <input type="radio"/> AVE <input type="radio"/> TUMOR CEREBRAL			
RELIGIÃO: <input type="radio"/> CATÓLICA <input type="radio"/> ESPIRITA <input type="radio"/> PROTESTANTE (Evangélica/Batista) <input type="radio"/> MATRIZ AFRICANA <input type="radio"/> TESTEMUNHA DE JEOVÁ <input type="radio"/> SEM KLAUS <input type="radio"/> SEM INFORMAÇÃO			
1 - SEU GRAU DE INSTRUÇÃO 2 - GRAU DE INSTRUÇÃO DO ARRIMO DE FAMÍLIA (pessoa que contribui com maior parte da renda do domicílio)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANALFABETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL II INCOMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL I INCOMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL II COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO			
ENDEREÇO (com ponto de referência):		CIDADE:	
		TEL.: ()	
RENDA FAMILIAR: <input type="radio"/> Até 1 salário min. <input type="radio"/> 1 a 2 salários min. <input type="radio"/> 3 a 4 salários min. <input type="radio"/> >4 salários min. Número de pessoas que dependem dessa renda: _____			
SITUAÇÃO HABITACIONAL:			
COM QUEM MORA: <input type="radio"/> SOZINHA <input type="radio"/> COM FAMÍLIA			
MORADIA: <input type="radio"/> PRÓPRIA <input type="radio"/> ALUGADA <input type="radio"/> EMPRESTADA		Nº DE CÔMODOS:	
ÁGUA: <input type="radio"/> ENCANADA <input type="radio"/> POÇO OU NASCENTE <input type="radio"/> OUTRO MEIO:			
COLETA DE LIXO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		RUA: <input type="radio"/> PAVIMENTADA <input type="radio"/> ASFALTADA <input type="radio"/> TERRA/CASCALHO	
REDE DE ESGOTO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		REDE ELÉTRICA: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
ITENS DE CONFORTO			
AUTOMÓVEL DE PASSEIO - Exclusivo para uso particular: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____ DIRIGE: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
EMPREGADO MENSALISTA - Apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA - Desconsiderar tanquinho: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
BANHEIRO: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM QUANTIDADE: _____		GELADEIRA: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____	
DVD - Considerar qualquer dispositivo que leia DVD - Desconsiderando DVD de automóvel: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
FREEZER - Independente ou parte de geladeira duplex: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
COMPUTADOR - Considerar computador de mesa/laptop/notebook - Desconsiderar tablet/palm/smartphone: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
LAVADORA DE LOUÇA: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____		FORNO DE MICRO ONDAS: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____	
MOTOCICLETAS - Desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			
MÁQUINAS SECADORAS DE ROUPA - Considerando lava e seca: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Quantidade: _____			

Anexo D - Escalas Beck Ansiedade e Depressão

Não é permitido anexar instrumentos psicológicos que são de uso restrito a psicólogos em documentos que podem ser acessados por outros profissionais. Com isso não é permitido anexar os instrumentos Escalas Beck de Depressão e Escala Beck de Ansiedade.

RESOLUÇÃO CFP N.º 002/2003

Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n.º 025/2001.

O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, no uso das atribuições legais e regimentais que lhe são conferidas pela Lei n.º 5.766, de 20 de dezembro de 1971, e

CONSIDERANDO o disposto no § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62, que restringe ao psicólogo o uso de métodos e técnicas psicológicas;

RESOLVE:

Art. 1º - Os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62.

Parágrafo único. Para efeito do disposto no caput deste artigo, os testes psicológicos são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos.

Anexo E - WHOQOL-bref

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO F - Índice da Função Sexual Feminina (FSFI)

ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

INSTRUÇÕES: esse 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. Para responder as 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).

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA.

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.

- 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.

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.

- 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 com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?
- (0) Sem atividade sexual.
 - (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?
- (0) Sem atividade sexual.
 - (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) Sem atividade sexual.
 - (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) Sem atividade sexual.
 - (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) Sem atividade sexual.
 - (1) Muito alto.
 - (2) Alto.
 - (3) Moderado.
 - (4) Baixo.
 - (5) Muito baixo ou absolutamente nenhum.

Anexo G - Escala de Auto-Imagem da Genitália Feminina FGSIS

Questionário Female Genital Self-Image Scale (FGSIS)

Instrução: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA.

1) Me sinto confortável com a minha genitália.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

2) Estou satisfeita com a aparência da minha genitália.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

3) Eu me sentiria confortável se deixasse um companheiro sexual olhar minha genitália.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

4) Eu acredito que minha genitália cheira bem.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

5) Acho que minha genitália funciona da forma como deveria funcionar.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

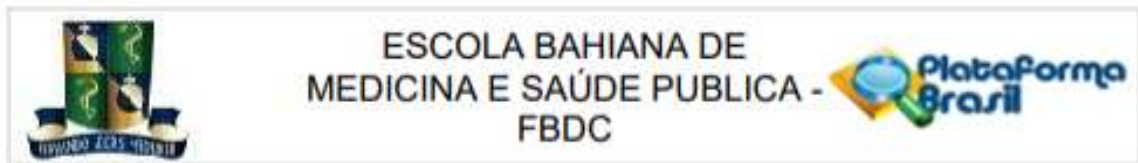
6) Me sinto confortável ao deixar um cuidador/ médico/ profissional de saúde examinar minha genitália.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

7) Não sinto vergonha da minha genitália.

- a. Concordo plenamente
- b. Concordo
- c. Discordo
- d. Discordo plenamente.

Anexo H - Aprovação do Comitê de Ética para realização da Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: FUNÇÃO SEXUAL NAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM EPILEPSIA

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10533819.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.168.359

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto aprovado pelo CEP-Bahiana através do Parecer Consubstanciado de nº 3.392.110 datado de 14.06.2019, cujo cronograma estimava encerramento da coleta de dados em junho/2020. A solicitação da presente emenda a este protocolo é atribuída pela equipe de pesquisa à impossibilidade de continuidade devido ao advento da pandemia COVID-19 e de outros fatores descritos em documento intitulado "Emenda.pdf" anexo a este protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da emenda ora proposta configura-se nas alterações de:

1. Cronograma : extensão da coleta de dados até fevereiro/2021
2. Objetivo específico : inclusão de "Avaliar a influência da epilepsia na ausência de relações sexuais nas mulheres em idade fértil"
3. Metodologia : incluir abordagem qualitativa através de entrevista narrativa
4. Questionário dos Dados sócio demográficos e clínico :incluída questão a respeito da vida sexual
5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): ajustado para atender às modificações previstas na metodologia e objetivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem inclusão de novos riscos/benefícios previsíveis diferentes daqueles descritos no protocolo já

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.168.359

aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia do projeto após inclusão da emenda solicitada será descrita como:

" Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico que fará coleta de dados com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados será realizada de julho de 2019 a fevereiro de 2021 na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) no Bahiana Saúde na cidade de Salvador-Bahia, mediante autorização da instituição (ANEXO 1). Os participantes da pesquisa serão mulheres com e sem epilepsia. A população referência do grupo exposto corresponderá às mulheres cadastradas e acompanhadas no ambulatório de epilepsia na EBMSP e a população referência do grupo não-exposto corresponderá às mulheres saudáveis acompanhadas na ginecologia do Bahiana Saúde. A escolha pelo ambulatório de ginecologia deu-se em razão do perfil do público, que comparece geralmente para consulta de rotina. Assim será possível captar mulheres com bom estado de saúde. A amostra do estudo será selecionada a partir desta população e irá constituir o grupo exposto (mulheres com epilepsia) e o grupo não exposto (mulheres sem epilepsia). Os procedimentos de coleta envolverão a aplicação dos instrumentos descritos no item 3.3. Para tal, serão utilizados consultórios privativos, estando, em situação de sigilo, o participante da pesquisa e um (a) pesquisador (a) da equipe. Os instrumentos Beck Ansiedade e Depressão, FGSIS e FSFI são autoaplicáveis, mas se necessário o pesquisador (a) estará à disposição para esclarecimento de dúvidas ou aplicação dos mesmos em forma de entrevista. Os demais questionários serão aplicados como entrevista individuais e preenchidos pelo (a) pesquisador (a) entrevistador (a). As entrevistas não serão gravadas, exceto no momento da Entrevista Narrativa no grupo de mulheres que nunca tiveram relação sexual. Esse método de Entrevista Narrativa da vida sexual busca revelar a história dessas mulheres que nunca tiveram relação sexual e a associação da influência da epilepsia. Como disparador para essa narrativa será realizada a seguinte pergunta: Me fale sobre sua vida sexual. Ao final da narrativa caso não tenha contemplado o assunto, uma nova pergunta será feita: Você considera que a epilepsia interferiu na

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.168.359

sua vida sexual? Caso não seja contemplado, outras perguntas podem surgir. Ressalto que serão feitas entrevistas individuais em sala reservada, as quais após gravação de áudio facilitará a transcrição para análise. Em caso de mobilização emocional por parte do participante da pesquisa, psicólogo (a) da equipe interdisciplinar do ambulatório de epilepsia, prioritariamente, ou outro profissional da equipe de saúde devidamente habilitado prestará o atendimento de forma imediata. Conforme já previsto no próprio serviço, uma rotina de acompanhamento psicológico, poderá ser mantida caso seja identificada uma necessidade. Toda participante que necessitar de acompanhamento específico médico, psicológico ou de enfermagem terá esse direito assegurado pela equipe de pesquisa e pela equipe assistencial do Ambulatório. Os dados complementares relacionados a epilepsia serão extraídos do prontuário eletrônico após permissão da entrevista através da assinatura do TCLE."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentada solicitação da emenda devidamente justificada

Apresentado TCLE, cronograma e ficha de dados socioeconômicos, demográficos e clínicos que contemplam as modificações solicitadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise da solicitação de emenda quanto ao cronograma, objetivos, metodologia e TCLE devidamente justificada pela equipe de pesquisa não foram identificadas inadequações que impossibilitem a sua execução dentro das modificações propostas.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda solicitada a este projeto foi julgada exequível não acarretando riscos previsíveis para os participantes do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1558606_E1.pdf	30/05/2020 15:15:16		Aceito
Outros	RELATORIO_parcial.pdf	17/05/2020	ANA MARIA CRUZ	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Continuação do Parecer: 4.168.358

Outros	RELATORIO_parcial.pdf	11:47:35	SANTOS	Aceito
Outros	Emenda.pdf	17/05/2020 11:42:55	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_NOVO.pdf	17/05/2020 11:39:20	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Outros	dados_socio_demograficos_novo.pdf	17/05/2020 11:34:38	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_novo.pdf	17/05/2020 11:31:24	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	17/05/2020 11:30:33	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/03/2019 09:36:17	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Outros	FGSIS.pdf	12/03/2019 22:49:38	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Outros	FSFI.pdf	12/03/2019 22:48:38	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Outros	ESCALAS_beck.pdf	12/03/2019 22:47:30	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Outros	WHOQOL_brief.pdf	12/03/2019 22:47:06	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/03/2019 22:44:24	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA.pdf	11/03/2019 21:41:58	ANA MARIA CRUZ SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Julho de 2020

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br