TERESA CRISTINA SOUZA BARROSO VIEIRA

EFICÁCIA DE CURSO VIA TELEMEDICINA SOBRE QUESTÕES SEXUAIS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL PARA O MÉDICO RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

São Paulo

2016

TERESA CRISTINA SOUZA BARROSO VIEIRA

EFICÁCIA DE CURSO VIA TELEMEDICINA SOBRE QUESTÕES SEXUAIS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL PARA O MÉDICO RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo de Souza

COORIENTADORES: Profª. Drª. Mary Uchiyama Nakamura
Prof. Dr. Ivaldo da Silva

São Paulo

2016

Vieira, Teresa Cristina Souza Barroso
Eficácia de curso via telemedicina sobre questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal para o médico residente de Ginecologia e Obstetrícia / Teresa Cristina Souza Barroso Vieira. -- São Paulo, 2016.
xxiii 219f.

Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia.

Título em inglês: The efficaciousness of an online course on pregnancy and puerperium sexual issues to residents of gynaecological and obstetrics

1. Educação à distância. 2. Médico residente. 3. Sexologia. 4. Sexualidade. 5. Comportamento sexual. 6. Gravidez.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA

Chefe do Departamento de Obstetrícia

Prof. Dr. David Baptista da Silva Pares

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia

Prof. Dr. Nelson Sass

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

EFICÁCIA DE CURSO VIA TELEMEDICINA SOBRE QUESTÕES SEXUAIS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL PARA O MÉDICO RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Presidente da banca:

Prof. Dr. _____

Banca examinadora:

Profª. Drª. Alessandra Plácido Lima Leite _____

Prof. Dr. Coríntio Mariani Neto _____

Prof. Dr. Luiz Camano _____

Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino _____

Profª. Drª. Roseli Mieko Yamamoto Nomura _____

Profª. Drª. Sônia Maria Rolim Rosa Lima _____

"Essencialmente a biografia humana é feita de inúmeros encontros. Desde a tenra infância somos marcados pelo encontro com os outros. E em nossa caminhada pessoal e a cada encontro aprendemos e evoluímos. Encontros estimulam e nos incitam a dar o melhor de nós, favorecendo o cultivo de interesse ativo.

A abertura e a manutenção do aprendizado também exigem o ofertório de tolerância ativa e paciência sem as quais a magia do encontro se desfaz na indiferença e no egoísmo. O processo em nossa caminhada se orienta pela constante transformação interior que cada encontro proporciona.

Finalmente, os encontros humanos possibilitam o cultivo de duas outras virtudes para a alma humana, a humildade e a gratidão. Ambas as virtudes fomentam a preciosa comunhão entre seres humanos e a metamorfose da consciência. Somente então reconhecemos e compreendemos a existência de um destino comum: consistentes relações humanas, laços firmes de amizade e delicadas raízes de evolução espiritual permeiam a caminhada biográfica de todos nós."

Moacyr M. Morais

A Deus por me permitir viver e me amparar em todos os instantes.

Aos meus pais, José Barroso e Annyée Souza Barroso (in memoriam), exemplos a serem seguidos. Esses me ensinaram que a vida é bela, boa e justa!

A meus irmãos Augusto Sérgio Souza Barroso (in memoriam), Miryam Denise Barroso Carvalho e José Barroso Filho que me mostraram a força da união! Colaboração é melhor que competição.

Ao Carlos Eduardo, marido companheiro para todas as horas.... deu tão certo nossa união que conseguimos formar e manter uma família frutificada pela presença do Eduardo Barroso Vieira e Teresa Cristina Barroso Vieira. Esses iluminam o nosso caminho!

Aos meus cunhados e sobrinhos que me mimam tanto. Eduardo Tadeu Andrade Carvalho e Marta Foltz. Cavalcante. Barroso, Tânia Barroso Andrade Carvalho, Leandro Cezar Oliveira, Denise Barroso Andrade Carvalho, Eduardo Rennó Schiavetto, Júlia Foltz Cavalcanti Barroso Olavo Tadeu Carvalho Oliveira, Tobias Luiz Carvalho Oliveira e Alice Foltz Cavalcanti Barroso.

Agradecimentos

"O ato de fazer é gratificante; é ser um entre outros sujeitos da ação. Gratidão é o sentimento genuíno que brota na vivência do acontecendo, como expressão do acontecido, certificando escolhas e confirmando graças à vida que tem me dado tanto".

Enéas Lara

À UNIFESP, Departamento de Obstetrícia pelos ensinamentos diádicos.

Aos docentes que, gentilmente, respaldam todas as condutas médicas na área assistencial e com quem aprendo sempre; professores que motivam aqueles que os cercam a buscarem a melhor conduta para cada caso clínico, além do grande estímulo para formar pesquisadores. Aos professores doutores Abes Mahmed Amed, Cristina Aparecida Falbo Guazzelli, David Baptista da Silva Pares, Edward Araújo Júnior, Jorge Francisco Kuhn dos Santos, Júlio Elito Júnior, Liliam Cristine Rolo Paiato, Luciano Marcondes Machado Nardozza, Nivaldo Silva Correa Rocha, Prescilla Chow Lindsey, Roseli Nomura, Rosiane Mattar, Rufino Domingues Lopez, Sandra Maria Alexandre, Silvia Daher, Sue Yazaki Sun, o meu agradecimento pela delicadeza e carinhosa convivência.

Ao Prof. Dr. Antonio Fernandes Moron, professor titular do Departamento de Obstetrícia, pelo profissionalismo catedrático. Obrigada pela sensibilidade e apoio em todos os momentos da minha vida profissional e acadêmica. Parabéns!

Ao Prof. Dr. Nelson Sass, coordenador do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Obstetrícia, pelo aceite do meu nome e pelo incentivo para que eu fosse adiante.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Eduardo de Souza, que através da sua grande experiência profissional mostra o grande elo existente entre o acadêmico e o assistencial, e que me transmite, até os dias de hoje, a segurança e o incentivo para trilhar a nossa inebriante carreira médica. É uma honra partilhar com o Prof. Eduardo o dia a dia.

À minha estimada amiga Profª. Drª. Mary Uchiyama Nakamura, primeira mulher a alçar o cargo de professora titular do Departamento de Obstetrícia, que me respalda o acerto em busca de novas frentes. Quando terminei a especialização em Sexologia e expressei a minha vontade de continuar a carreira acadêmica, foi ela quem me acolheu

como orientanda e disse que esse tema tinha muito para contribuir com a qualidade de vida. Essa professora é à frente no tempo. Ela tem o dom de chegar de mansinho, com maestria catedrática, e arrebanhar uma imensidão de seguidores. Ela, pacientemente, despertou-me o gosto pela pesquisa, influenciou-me na vida profissional e pessoal. A grande superação foi ter ampliado meus horizontes com a vivência da Antroposofia. Com ela aprendo muito; nossas conversas são um verdadeiro deleite.

Ao Prof. Dr. Ivaldo da Silva, que me abriu as portas, primeiramente mostrando como agir para conseguir autorização da COREME para fazer a pesquisa, além de uma produtiva parceria com o Ambulatório de Ginecologia Endócrina, que contém o Projeto Afrodite para atender os casos de sexualidade. Assim viabilizamos o programa das aulas e o aceite de profissionais experientes para, gentilmente, ministrarem as aulas do Curso de Sexologia via Telemedicina.

À Profª. Drª. Alessandra Plácido Lima Leite. O seu exemplo profissional me serviu de incentivo para realizar esta linha de pesquisa. Obrigada pelo aceite do convite para fazer parte da Banca Examinadora de Doutorado, pois suas considerações serão de muita valia para o trabalho. Feliz em vê-la em São Paulo.

Ao Prof. Dr. Coríntio Mariani Neto. O nosso agradecimento se reporta à data de 2013, quando gentilmente nos recebeu de braços abertos na importante instituição, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, sob a sua direção, para que pudéssemos realizar esta pesquisa. Desde então, vem nos sugerindo modificações que foram muito adequadas. Finalmente, na Qualificação, a revisão foi feita com muito esmero. Corrigiu até detalhes que passaram despercebidos pelos revisores de uma importante revista, ao aceitarem o artigo. Muito obrigada! Bem-vindo a sua e nossa EPM.

Ao Prof. Dr. Luiz Camano, professor titular emérito, o mestre dos mestres, pelos seus ensinamentos e sua dedicação profissional a toda uma geração. Todos nós recordamos bem dos seus ensinamentos magistrais. Sempre um bom conselheiro. Parabéns pela sua singular e próspera trajetória. Ouvi-lo é sempre profícuo.

Ao Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino. Obrigada pelo aceite do meu nome na especialização em 2007 e, dessa data em diante, sempre sugerindo algo inovador para a realização desta pesquisa. Finalmente as sugestões de modificações na Qualificação foram todas feitas. Obrigada e é uma honra ouvi-lo.

À Profª. Drª. Roseli Mieko Yamamoto Nomura. Agradeço a sua disponibilidade para participar desta Banca Examinadora, será um prazer ouvi-la. Minha admiração começou quando assisti à sua Banca para ingresso como Profª. Adjunta da disciplina Obstetrícia Fisiológica e Experimental do Departamento de Obstetrícia – UNIFESP-EPM. Fiquei encantada com o que vi e ouvi e, desde então, venho sempre aproveitando as suas orientações. Parabéns e muito obrigada.

À Profª. Drª. Sônia Maria Rolim Rosa Lima. Agradeço a sua participação nesta Banca Examinadora desde o projeto, em outubro de 2013. Conseguimos fazer várias adequações desde então e, após a Qualificação, retificamos todas as suas observações. Obrigada pela dedicação e magnificência para com esta pesquisa. Feliz com o seu retorno.

Ao meu querido Prof. Dr. Luiz Kulay, professor titular emérito, por estar sempre presente com uma palavra amiga e trazendo à tona uma riqueza de conhecimentos e experiências. Ao encontrá-lo, fico lisonjeada. Obrigada pelo exemplo.

Ao meu querido amigo, Prof. Dr. Renato Santana, que durante todos esses anos de convívio me deu confiança, segurança e estímulo para vários setores da minha vida: ajuda na execução deste trabalho e em minha vida pessoal, profissional e acadêmica. Pela oportunidade de conhecer a sua bela e unida família. Quero parabenizá-lo pelo seu segundo rebento, o Dr. Eduardo Felix Martins Santana, "filho de peixe, peixinho é", que também se tornou motivo de muito orgulho a todos nós do Departamento de Obstetrícia. Enfim, verdadeiro pai, amigo e professor, obrigada por existir!

À USP, através do Curso de Especialização em Sexualidade Humana (ProSex – FMUSP), sob coordenação da Profª. Drª. Carmita Helena Najjar Abdo e do Prof. Dr. Marco Scanavino, pelo aceite do meu nome e por terem me proporcionado visualizar a real importância do tema sexualidade.

À minha querida orientadora, Profa. Heloísa Junqueira Fleury, que com sua delicadeza e maturidade emocional conseguiu me despertar o sentido prático do mundo acadêmico. Fiz vários amigos e ainda hoje continuamos unidos na saborosa meta de crescer profissionalmente. Divido a minha caminhada, até hoje, com Albangela Ceschin Machado, Meireluci Costa Ribeiro, Elza Olivetti, Paulo Reis entre tantos outros.

À Drª. Regina Torloni e à Drª. Meireluci Ribeiro, pelo profissionalismo e parceria nas publicações científicas. Estamos juntas desde 2007, em uma proficiente colaboração mútua.

À Drª. Tânia das Graças Mauadie Santana, que foi a pedra fundamental para formar o grupo de Sexualidade na Obstetrícia. Semanalmente, durante um ano, veio ao nosso serviço juntamente com sua equipe do Hospital Pérola Byington: Drª. Denise Queiroz Ferreira, Drª. Glene Rodrigues de Faria, Drª. Maria Cecília Rossi, Drª. Quetie Mariano Monteiro, Eurídice Daidone, Vanilda Ribeiro e Prof. Nelson Gonçalves. A Tânia é um exemplo a ser seguido de profissionalismo carismático. Ela nos ensinou todo o passo a passo de como fazer para montar um serviço. Dessa união, germinaram mais amigos e estamos dividindo e enriquecendo nosso saber.

À Equipe Multidisciplinar do Departamento de Obstetrícia da Unifesp, com profissionais sempre dispostos a colaborarem com seus respectivos conhecimentos nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia:

Grupos pioneiros

Psicologia: na coordenação de Fatima Ferreira Bortoletti e Magda Consul da Silva, temos Maria do Carmo Tirado, Roberta Carvalho de Oliveira, Maria de Jesus Alecrim, Maria de Fátima Francisco, Maria de Lourdes da Silva Sastre Capelozza.

Fisioterapia: com a coordenação de Profa. Drª. Miriam Zanetti e Profa. Carla Dellabarba Petricelli, temos Vanessa Marques, Vanessa Campanholi, Juliana Bambicini, Daniela Bombonati, Aline Paschoal, Juliana Sayuri Kubotani.

Enfermagem: com a coordenação da Marisa Diniz, temos Marta Helena Fernandes Alves e Mariana de Araújo da Costa Brasileiro.

Ao grupo da Antroposofia, toda a minha reverência aos ensinamentos aprendidos e, a cada dia, um desafio para colocá-los em prática. Obrigada pelo apoio e entusiasmo de todos. Somos uma grande família. Sob coordenação da Profª. Drª. Mary Uchiyama Nakamura, administração de Silvia Schünemann e destaque aos Professores Moacyr Mendes Morais e Jorge Hosomi, que trazem a unidade da Antroposofia sob a ótica da Psicologia e Medicina respectivamente. Esses quatro expoentes profissionais conduzem a todos nós com equilíbrio e amorosidade.

Assim, temos um grupo grande de profissionais voluntários que visam a essa rica interação de pensamento em busca do melhor manejo da vida. Um grupo singular, dentro dos preceitos acadêmicos. Muita gratidão! Alexandre Olivati Spindola, Profa. Drª. Anamaria Facina, Ângela May Iwama, Profª. Carla Dellabarba, Cassia Martins, Celia José, Daniel Pereira Gotz, Drª. Jovina Rulli Bovino, Lillian Rezende de Carvalho, Drª. Maria Fernanda Zugliani, Drª. Marieta Sodré Carvalho, Marisa Victória Diniz, Drª. Meireluci Costa Ribeiro, Nadia Marques Pereira, Drª. Patrícia Alves de Oliveira, Regina Helena Wirgues Ramos, Rosana Flores Silva, Sandra Akemi Okajima Hioki, Tânia Pereira Magalhães, Vilma Nishi.

Aos pós-graduandos que, entre cursos e aulas, conseguimos formar elos de apoio.

Aos residentes das turmas de 2011 a 2014, muito agradecida pelas suas participações. Essas foram fundamentais para que a pesquisa fosse concluída. Vocês foram a nossa motivação.

Em especial um agradecimento aos residentes monitores que desempenharam uma nobre função de integração entre os grupos. Muito obrigada. Vocês foram fundamentais. Felicidades! Alini Montes dos Santos, Andreia Gozzi, Brenda Diniz Rodrigues, Bruno Rodrigues Toneto, Camila Franzi, Caroline Evelise Borgato Jorge, Claudia Lima Rocha, Fabiano Elisei Serra, Fernanda Carvalho, Gabriela Borborema do Amaral, Giulia Cerutti Dalvi, Karoline Menezes da Costa, Karen de Lima, Larissa Aparecida Cassiano, Ludimila Teles, Marilia Ignez Olivotti N. Bayao, Nicolle Laffi, Priscila Giolo, Renata Riva de Abreu Izique, Stella Catunda, Tamara Frank das Neves, Thaisa Stainoff Simão, Thalita Rupolo Praxedes, Vinícius Marcon Bassega.

Aos coordenadores dos residentes e do Ambulatório de Sexologia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Dr. Guilherme Negrão e Drª. Denise Queiroz Ferreira, respectivamente. A vocês coube a tarefa mais importante para adesão dos alunos, que é falar da importância de saber sexologia para o profissional de saúde - eles só o fizeram por terem aval para isso -, além de ter o Ambulatório de Sexologia em atividade, mais um fator de motivação.

Aos coordenadores dos residentes do Hospital São Paulo, Prof. Dr. Júlio Elito e Profª. Drª. Sue Yazaki Sun, que cederam horário para nossa divulgação além de darem testemunho da importância do tema. Ao Prof. Dr. Ivaldo da Silva, coordenador da COREME, e às coordenadoras do Ambulatório de Sexologia da Ginecologia - Projeto

Afrodite, Drª. Carolina Carvalho Ambrogini e Drª. Teresa Raquel Embiruçu de Araújo, que deram aos residentes a oportunidade de vivenciar casos clínicos: mais uma motivação. Muito obrigada por seu relevante papel.

Primeiramente agradeço ao Dr. José Roberto Gallo Ferreira que abriu as primeiras portas de aceite do trabalho e depois às coordenadoras dos residentes do Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Drª. Roseli Yashue Goya Kobashigawa e Drª. Simone Pereira Vidotti, que se dispuseram a facilitar a coleta da pesquisa, desde que viram a importância do tema, e foram eliminando todo e qualquer detalhe que pudesse ser empecilho para o desenvolvimento positivo. Tiveram, por exemplo, que pedir à informática que liberasse o acesso bloqueado para palavras relacionadas com sexo dentro das imediações do Complexo Hospitalar e na moradia dos residentes. Frisaram, em reunião clínica, a premência do tema. Os seus residentes foram muito participativos, muito obrigada!

Aos coordenadores dos residentes do Hospital Pérola Byington, Drª. Tânia das Graças Mauadie Santana, coordenadora do Serviço de Sexologia, e Prof. Nelson Gonçalves, coordenador da COREME. Ambos reforçaram a importância do tema e conseguiram ceder um horário em suas agendas para que fosse feita a aula presencial. Mais um fator de motivação. Além disso, a Drª. Tânia já conhecia tanto o programa como os profissionais envolvidos. Muito obrigada, foi muito agradável trabalhar com vocês.

Ao coordenador dos residentes do Hospital Ipiranga, Dr. Marcos Tadeu Garcia, que nos recebeu para uma aula presencial e falou sobre a importância do tema *Sexologia*. Residentes motivados com a oportunidade. Muito obrigada!

Aos professores convidados que, gentilmente, ministraram suas aulas no Curso: Alessandra Diehl, Carolina Carvalho Ambrogini, Denise Queiroz Ferreira, Fátima Ferreira Bortoletti, Gil Facina, Jales Clemente, Marcelo Rodrigues Cabrini, Maria Cláudia de Oliveira Lordello, Mary Uchiyama Nakamura, Meireluci Costa Ribeiro, Miriam Zanetti, Roney Cesar Signorini Filho e Tânia das Graças Mauadie Santana, a disponibilidade e competência de vocês foi fundamental para o êxito.

À produtora Barah Comunicações, na pessoa da ***Larissa*** *Dolenc de Moraes de Castro,* que desenvolveu o *website* www.bagagemmedica.com.br para a realização do Curso. No *site* constavam: inscrições; acompanhamento das aulas; *chats*; preenchimento do TCLE perfil médico diante das questões sexuais de pacientes obstétricas; progressão

do aprendizado através de três questionários; e, finalmente, a avaliação do Curso. A produtora também dirigiu e editou as gravações das aulas com reprodução dos vídeos por canal fechado do *YouTube*.

Às minhas amigas da assistência administrativa do Departamento de Obstetrícia: Anna Maria de Jesus, Cleide Brigagao, Maria Fátima Brandão, Lívia Maria Sola Andrade, Maria Fátima Brandão, Rosinéia Pereira Lima Gonçalves, que gentilmente sempre orientaram e apoiaram para que fossem sanadas quaisquer dificuldades. Obrigada pelos ombros amigos.

Aos meus colegas e amigos, técnicos administrativos, que dividem e somam as tarefas assistenciais e de pesquisa há vários anos. Obrigada pelo ótimo convívio, Drª. Carla Bianca Lozano Conz, Dr. Eduardo Baiochi, Dr. Nilton Kuroiwa, Drª. Maria Cecília Santos da Silva, Drª. Silvia Aiko Kobata, Drª. Maria Rita de Souza Mesquita, Dr. Sérgio Kobayashi, Drª. Daniela Cristina Nacaratto, Drª. Regina Leiko Matsubara, Drª. Elizabete D'Elia Matheus, Dr. Felipe Favorette Campanharo e Dr. Dirceu Faggion Júnior, Dr. Jurandir Piassi Passos, Drª. Fernanda Couto F. de Oliveira e Dr. Osmar Ribeiro Cólas.

Ao meu grupo de Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Após 30 anos, conseguimos manter uma amizade em um grupo coeso. Todos estão acompanhando tudo que acontece a cada um do grupo, e é impressionante a torcida!!! Sei que todos estarão de coração e alguns virão para esta defesa, representando o grupo Famed 85. Um especial agradecimento a: Maria Luzia Oliveira Tavares, Joanice de Jesus Barreto Macedo, Maria Amélia Ribeiro de Jesus, Roque Pacheco de Almeida, Otoniel Costa Nascimento Neto, Monica Melo da Silva, Mônica Moreno, Dijon Hosana Silva, Maria Aparecida Regis dos Santos, Monica Cropalato Costa de Oliveira, Márcia Farina Kamilos, Cláudia Goldenstein, José Marcos Pondé Fraga Lima, entre tantos outros. Adoro vocês!

À minha amiga Profª. Drª. Marina Padovani que me apoia desde o início deste projeto e que, com sua capacidade profissional e muita paciência, consegue me convencer de que devo falar em público. Assim desenvolvi uma nova habilidade.

Ao meu amigo Prof. Dr. Enéas Lara, o meu muito obrigada por me lembrar a importância do foco no objetivo. Entre outros predicados que você possui, eu quero ressaltar que a sua clareza de raciocínio e capacidade de síntese são ímpares.

Renata Kolisch, suas ações equilibram o entorno, atrelada a elas, fica uma eterna gratidão.

Wagner da Silva Lopes, a ação de promover o crescimento humano transcende ao óbvio e incita à compreensão.

À Copiadora Xaxim, na pessoa de Fábio da Silva Barbosa, pelo acolhimento e profissionalismo nos serviços prestados.

À minha amiga Eliana Spinelli Luciano que tem uma equipe de profissionais para ajudar na confecção de trabalhos científicos. Obrigada pelo profissionalismo carismático. Eliana, uma pessoa de bem com a vida e que me acompanha desde o mestrado. Todos os clientes dela automaticamente se transformam em amigos. É festa quando vamos trabalhar. Vários jantares e muita pipoca. Muito gostoso. E eu fui escolhida por ela para trazer ao mundo o seu neto Matheus Franceschi Luciano. Olhem que privilégio o meu!

A seguir agradeço a alguns profissionais que trabalharam na confecção desta tese por sua indicação.

Ao estatístico Marcus Vinicius Castro que nos acompanha desde o mestrado e com competência vai trabalhando os dados e transformando em informes organizados e lógicos. Parabéns. Vários trabalhos virão.

À professora Lina Mendes pelo precioso trabalho de revisão ortográfica. Olhos de Lince!

À Clipcopias, na pessoa de Celia Senna Bittencourt, que carinhosamente e com muito desvelo realça a beleza do trabalho entregue. Muito obrigada!

Sumário

Agradecimentos ..... **vi**

Lista de abreviaturas e símbolos ..... **xv**

Lista de figuras ..... **xvii**

Lista de quadros ..... **xix**

Lista de tabelas ..... **xx**

Resumo ..... **xxii**

Abstract ..... **xxiii**

1 INTRODUÇÃO **1**

2 OBJETIVOS **7**

3 ANÁLISE DA LITERATURA **9**

4 METODOLOGIA **24**

5 RESULTADOS **47**

6 DISCUSSÃO **76**

7 CONCLUSÕES **90**

8 REFERÊNCIAS **93**

NORMAS ADOTADAS **103**

ANEXOS **104**

FONTES CONSULTADAS **184**

Lista de abreviaturas e símbolos

↓	Baixo
↑	Alto
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
Andro	Andrologia
Cardio	Cardiologia
CG	Cirurgia Geral
CGP	Ciclo Gravídico Puerperal
COREME	Comissão de Residência Médica
Drop-Out	Evasão
DS	Disfunção Sexual
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Forth Edition*
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
Estados Unidos ..	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FSFI	*Female Sexual Function Index*
GO	Ginecologia e Obstetrícia
Psiq	Psiquiatria
PSQ	*Pregnancy and Sexuality Questionnaire*
QI	Questionário inicial para médicos
QF	Questionário final para médicos

run-in-phase	Estágio inicial de importância secundária ao trabalho
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
R3	Residente do terceiro ano
R4	Residente do quarto ano
R5	Residente do quinto ano
R6	Residente do sexto ano
STI	*Sexually Transmitted Infections*
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TREC	Terapia Racional Emotivo-Comportamental
UNIFESP-EPM .	Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
Uro.....	Urologia
WHOQOL ……..	*World Health Organization Quality of Life*

Lista de figuras

Figura 1. Fluxograma de elaboração do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 25

Figura 2. Fluxograma de inscrições no Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia 41

Figura 3. Fluxograma das aulas no Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia 42

Figura 4. Mensagem de boas-vindas aos residentes em Ginecologia e Obstetrícia ao Curso *online* em Sexologia. 43

Figura 5. Fluxograma do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 45

Figura 6. Fluxograma de respostas às aulas do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 46

Figura 7. Diagrama de fluxo dos participantes do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 48

Figura 8. Média do número de acertos nas provas inicial e final dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online.* 55

Figura 9. Média das notas das provas inicial e final dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online.* 55

Figura 10. Evoluções individuais das notas iniciais e finais dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*. 56

Figura 11. Média das notas iniciais, finais e evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*. 58

Figura 12. Comparação das médias das notas iniciais e finais de 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*, quanto ao sexo. 61

Figura 13. Média dos acertos das questões de cada aula em três momentos: inicial, pós-aula e final, de 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*. 65

Figura 14. Média das notas iniciais e finais por dimensões dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*. 67

Figura 15. Evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 69

Figura 16. Média de acertos das questões iniciais e após cada aula dos 36 alunos desistentes no Curso de Sexologia *online*. 70

Figura 17. Avaliação da qualidade do Curso *online* de Sexologia feita por 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 74

Figura 18. Avaliação da qualidade do Curso *online* de Sexologia feita por 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia. 75

Lista de quadros

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos 13

Quadro 2. Estudos sobre Telemedicina – Telessaúde 20

Quadro 3. Programa do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia 37

Quadro 4. Serviços que aceitaram o convite para participar do Curso *online* em Sexologia 38

Lista de tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia participantes no Curso de Sexologia *online* 50

Tabela 2. Conhecimento, atitude e prática sobre sexualidade na gestação dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso *online* de Sexologia 51

Tabela 3. Média das notas iniciais/finais das provas e evolução dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 54

Tabela 4. Média das notas iniciais e finais nas provas dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.. 57

Tabela 5. Média da evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 58

Tabela 6. Média das notas iniciais/finais nas provas e evolução dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso de Sexologia *online*, de acordo com sexo e hospital de origem 60

Tabela 7. Distribuição dos acertos de cada questão das provas inicial e final sobre sexualidade na gestação, dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 63

Tabela 8. Média dos acertos nas questões[1] de cada aula em três momentos: inicial, pós-aula e final, dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 64

Tabela 9. Média das notas iniciais, finais e evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 66

Tabela 10. Evolução na nota de 0 a 10 dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online* 68

Tabela 11. Média de acertos das questões iniciais e após cada aula dos 36 alunos desistentes do Curso de Sexologia *online* 70

Tabela 12. Avaliação do Curso *online* de Sexologia, de acordo com a opinião dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia 72

Tabela 13. Avaliação da qualidade do Curso feita pelos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, do Curso de Sexologia *online* 75

Resumo

Introdução: Há poucos programas de educação sexual especificamente direcionados para médicos residentes. **Objetivo**: Avaliar a eficácia de curso de educação à distância *online* quanto ao conhecimento técnico de residentes sobre questões sexuais na gestação. **Métodos**: Estudo longitudinal realizado entre abril e setembro de 2014 com 219 médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia de cinco hospitais da cidade de São Paulo. O Curso teve duração total de 24 horas, divididas em 10 aulas *online* e *chats* para discussão. Antes e após o Curso, os participantes responderam a questionários para avaliar seu conhecimento técnico sobre o tema. Ao final do Curso, os residentes responderam também a um questionário para avaliar sua experiência educativa. O teste *t* de *Student* foi utilizado na análise dos resultados dos testes inicial e final; valores de $p<0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. **Resultados**: Um total de 143 participantes concluiu o Curso, sendo que a maioria era de residentes do 2º ou 3º ano. A maioria dos inscritos declarou não ter tido aulas de sexologia na graduação ou residência médica, e que sentia falta de conhecimento específico para orientar as pacientes. As notas médias dos questionários aumentaram de forma significante de 4,4 (±1,6) para 6,0 (±1,3) (escala de 0 a 10) entre o início e o final do Curso, respectivamente, ($p<0,0001$). A maioria dos participantes (93%) considerou a qualidade do Curso como acima do esperado. **Conclusão**: O Curso *online* sobre sexualidade na gestação promoveu aumento expressivo do conhecimento entre os residentes de Ginecologia e Obstetrícia. Esse tipo de iniciativa poderia ser útil para melhorar a formação dos futuros especialistas em Tocoginecologia.

Palavras-chave: Educação à Distância; Médico Residente; Comportamento Sexual na Gravidez.

Abstract

Introduction: There are few sexual education programs specifically targeted at medical residents. **Objective**: To evaluate the efficaciousness of an online course related to the knowledge of residents about sexual issues during pregnancy. **Methods**: Longitudinal study conducted between April and September 2014 involving 219 medical residents from five hospitals in São Paulo city. The course lasted a total of 24 hours, divided in 10 online classes and discussion chats. Before and after the course, the participants answered tests to evaluate their knowledge about the topic. After the course, they also answered a questionnaire to evaluate their educational experience. Student's *t* test was used to analyze the initial and final test scores; *p* values <0.05 were considered statistically significant. **Results**: A total of 143 residents concluded the course, most of whom were 2nd or 3rd year residents. Most participants reported that they did not have any sexology classes as undergraduates or in their residency and that they lacked specific knowledge in this area to manage their patients. The mean test scores increased significantly at the end of the course: 4,4 (±1,6) to 6,0 (±1,3) (out of maximum score of 10), before and after the course, respectively (p<0,0001). Most of the participants (93%) rated the overall quality of the course as higher than expected. **Conclusions**: The online course about sexuality during pregnancy led Obstetrics and Gynecology Residents to significantly increase their knowledge on this topic. This type of initiative could be useful to improve the education of future specialists in Obstetrics and Gynecology.

Keywords: Distance Education; Resident doctor; Sexual Behavior in Pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

"A luta contra o erro tipográfico tem algo de homérico.
Durante a revisão os erros se escondem,
fazem-se positivamente invisíveis.
Mas assim que o livro sai, tornam-se visibilíssimos,
verdadeiros sacis a nos botar a língua em todas as páginas.
Trata-se de um mistério que a ciência ainda não conseguiu decifrar ..."
Monteiro Lobato

Mostrar a importância do tema sexualidade tornou-se mais fácil desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a atividade sexual como um item de qualidade de vida.[1]

A sexualidade humana é uma função biológica que não se restringe à genitalidade, mas à corporalidade como um todo. Segundo a Neuroendocrinologia, a função sexual é um fenômeno biopsicossocial complexo, no qual estímulos internos e externos são modulados pelo sistema nervoso central e periférico, resultando em uma cascata de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias que culminam no resultado sexual físico e cognitivo.[2-4] Na atualidade, o comportamento sexual humano transcendeu o aspecto reprodutivo e passou a ser considerado parte integrante da qualidade de vida.[5, 6] Apesar de alguns avanços ao longo dos últimos séculos, o exercício da sexualidade ainda é cercado por tabus, preconceitos e crendices em muitas culturas modernas.[7]

Se a sexualidade feminina foi esquecida durante muitos séculos, o estudo da função sexual durante o ciclo gravídico-puerperal recebeu ainda menos atenção. A gravidez é caracterizada por modificações bioquímicas, funcionais e anatômicas iniciadas logo após a implantação do ovo e que, geralmente, são acompanhadas de modificações emocionais. Tais alterações acabam por interferir no comportamento sexual da maioria das gestantes, causando impacto nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo, bem como na satisfação conjugal.[8-14]

O assunto da função sexual na gravidez ainda é cercado por numerosos tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos.[7,15,16] Talvez por todos esses motivos, dificuldades sexuais são bastante frequentes durante a gravidez, afetando entre 40 e 70% das mulheres.[17-19] A maioria dos casais se preocupa com as modificações ocorridas durante a gestação, e com possíveis repercussões negativas da atividade sexual sobre o concepto e a gravidez.[20] No entanto, por constrangimento ou medo, frequentemente relutam em fazer perguntas espontâneas sobre sexualidade, a não ser que um profissional de saúde levante o assunto primeiro.[7,21,22]

Dificuldades sexuais durante a gestação podem levar a estresse, ansiedade e problemas conjugais que, por sua vez, poderiam afetar negativamente a qualidade de vida do casal.[17,19,22,23] Assim como os preconceitos, a falta de conhecimento de médicos e pacientes a respeito da sexualidade reforça as inadequações sexuais durante o período gestacional. A consulta de pré-natal é uma excelente oportunidade para que o casal expresse seus medos, esclareça suas dúvidas, receba informações corretas e descubra novas maneiras de se relacionar sexualmente que possibilitem a manutenção de sua intimidade física, satisfação emocional e qualidade de vida durante essa fase. Segundo estudos[24, 25], a maioria das gestantes desejaria discutir com seu médico as dúvidas e preocupações relacionadas às mudanças na sexualidade durante essa fase, mas elas nem sempre se sentem confortáveis em iniciar essa conversa espontaneamente.[26] Por outro lado, muitos médicos também se sentem despreparados e pouco à vontade para discutir esse tema com suas pacientes.[27-29] Essa conspiração silenciosa – a paciente "não conta" e o médico "não pergunta" – leva muitos casais a um sofrimento desnecessário.[30]

Para que ocorra um diálogo produtivo entre o médico e o casal grávido, é necessário que o obstetra seja acolhedor e sinta-se preparado e confortável para incentivar, ouvir e responder a questões ligadas à sexualidade. Todavia, muitos médicos, embora interessados, se sentem despreparados para esse tipo de atendimento em razão de deficiências na sua formação na área da sexualidade humana em geral e, em particular, na gestação.[27, 29]

Apesar de queixas sexuais espontâneas serem frequentes nos consultórios de todas as especialidades médicas, a maioria dos cursos de medicina não prepara adequadamente seus alunos para lidar com tais questões. De acordo com estudo que analisou o currículo de 1.700 faculdades de Medicina em todo o mundo, apenas um número mínimo delas oferecia um programa multidisciplinar sobre sexualidade, e a duração média desse ensino era de 6 a 10 horas.[31]

A residência médica é outro período em que seria possível complementar o escasso conhecimento teórico sobre o tema e treinar jovens médicos no atendimento a pacientes com queixas sexuais; porém não existe normatização quanto ao conteúdo e à carga horária mínima de treinamento em sexualidade humana nas residências de Tocoginecologia, Psiquiatria ou Clínica Geral. Dessa forma, o jovem médico é lançado no mercado pouco preparado e inseguro para lidar com essas questões.[27, 29, 30]

Em estudo recente, avaliamos a atitude e a prática de 154 residentes de três programas da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM) sobre questões de sexualidade na gestação. Embora 70% dos participantes tenham declarado que perguntas sobre saúde sexual deveriam fazer parte da história de todas as gestantes atendidas, menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia rotineiramente

faziam perguntas a esse respeito. Menos de um quarto dos participantes sentia-se completamente seguro para responder a perguntas de gestantes sobre sexualidade, e 71% deles declararam não ter conhecimentos específicos sobre disfunções sexuais. Ainda segundo os entrevistados, a falta de conhecimento e de tempo durante as consultas seriam os principais obstáculos para conversar sobre questões sexuais com gestantes.[27]

Essa foi a primeira publicação que analisou a atitude e a prática de residentes em relação a questões sexuais na gravidez. Outros estudos, que avaliaram o conhecimento e a capacitação de diversos especialistas, também evidenciaram a falta de preparo de médicos que atuam em diferentes áreas e com vários anos de prática em lidar com queixas sexuais de pacientes adultos, de ambos os gêneros e diferentes faixas etárias.[32, 33]

É indubitável a importância da sexualidade na qualidade de vida.[12] No entanto, a dificuldade em discutir, questionar e mesmo responder com naturalidade a questões relacionadas à sexualidade parece ser generalizada. Um médico bem preparado e seguro pode ser um importante agente educativo e terapêutico no atendimento de casais grávidos com queixas sexuais. Não obstante, esse tipo de profissional é raro em nosso meio, o que aponta para a necessidade de melhorar a qualidade da educação em saúde sexual oferecida aos alunos de Medicina e aos residentes.[30]

A formação em Sexologia na residência médica pode ser implementada desde que seja viável ao residente, que já possui carga horária muito extensa. Uma opção para essa formação seria utilizar o modelo de Educação à distância (EAD), via telemedicina, a exemplo de vários outros serviços, como: o "*Hospital for Sick Children*", da Universidade de Toronto, no Canadá[34]; o

Curso de enfermagem com o "*Leonardo da Vince Pilote Project*", na Alemanha[35], e o Programa de Saúde na Família, no Brasil.[36]

Diante desse cenário, solicitamos à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), representada pela Comissão de Sexualidade, que nos informasse qual o programa mínimo de Educação Sexual que todas as Residências Médicas em Ginecologia e Obstetrícia deveriam seguir. Diante dessa orientação, elaboramos um curso de sexologia utilizando os recursos da Telemedicina. Nosso objetivo foi observar a evolução do conhecimento do profissional médico quanto às questões sexuais de pacientes obstétricas.

2 OBJETIVOS

"Se a escola se continuar a alhear dos ideais que nos tornaram mais humanos, onde é que os alunos, os futuros homens e mulheres, vão aprender a raciocinar sobre os princípios éticos que são expressão da nossa natureza comum e que nos unem mais do que as nossas parecenças físicas, a nossa língua e os nossos costumes?"
Ramiro Marques

2.1 Objetivo Geral

Analisar a eficácia de curso via telemedicina sobre conhecimento técnico de questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal, aplicado a médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar as notas dos participantes, antes e após o curso, quanto ao ano de residência, tipo de hospital e sexo.
- Avaliar a qualidade da intervenção educacional realizada.

3 ANÁLISE DA LITERATURA

Não encontramos, na literatura consultada, referências relativas a Curso de Sexologia para o médico residente de Ginecologia e Obstetrícia, no modelo de educação à distância (EAD) – quadros 1 e 2.

A análise da literatura versa sobre os temas "Atitude médica diante de questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal" e "Telemedicina e Teleducação". Para fins didáticos, elaboramos dois quadros sinóticos; no primeiro, constam as principais informações de estudos sobre a atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos. No segundo quadro, especificamos os estudos com o uso da Telemedicina na Educação Médica. O objetivo é mostrar, sucintamente, o que há na literatura, ressaltando-se que esses trabalhos não utilizaram metodologia igual à nossa.

3.1 Atitude Médica Diante da Sexualidade no Ciclo Gravídico Puerperal

A maioria das mulheres deseja discutir as mudanças na sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal (CGP) com seus médicos, mas nem sempre se sentem confortáveis em iniciar a discussão, permanecendo com a falta de conhecimento, os mitos e os preconceitos que podem reforçar as inadequações sexuais no período gestacional.[18, 21-23, 26]

Os profissionais da saúde que atendem no pré-natal poderiam orientar e enfatizar as alterações características da resposta sexual durante o ciclo gravídico-puerperal, colaborando para que as dificuldades decorrentes dos sintomas de disfunções sexuais fossem minimizadas.[37]

A procura de ajuda normalmente só é solicitada nos consultórios quando já se esgotaram todas as medidas do arsenal de autoajuda. Mesmo assim, são queixas espontâneas e frequentes nos consultórios. São necessários interesse, acolhimento e perícia do médico, para que valha a pena expressar esse sofrimento. Por outro lado, o médico encontra uma grande barreira, já que, durante a graduação, ele teve formação em anatomia, fisiologia, aspectos clínicos de doenças sexualmente transmissíveis, processos de cópula e psicologia, mas nada ou quase nada sobre sexualidade. Ademais, observamos que a consulta de pré-natal é pressionada pelas inúmeras prevenções a serem feitas em curto espaço de tempo, em razão de uma elevada demanda de pacientes.[23, 32]

Na atualidade, observa-se uma população diferente, num mundo globalizado, com questionamentos sobre qualidade de vida, em que uma das perguntas é sobre a vida sexual.[1, 12] Apesar disso, os médicos estão passando por cima do quesito sexo, como se este em nada alterasse as vidas dos pacientes. Nas suas anamneses, podem até perguntar se a paciente tem libido ou orgasmo, mas não sabem as respostas das perguntas pertinentes ao assunto. Os médicos que já se aperceberam dessa importância estão nos cursos de pós-graduação, em busca de conhecimento e suporte técnico.[38] E, mesmo os estudantes e profissionais vivenciando a própria sexualidade, quando a conhecem e a exercem de forma consciente, podem encontrar maior satisfação em suas vidas pessoais e reconhecer um espaço interior receptivo à investigação das dificuldades do paciente.[39]

Para tratar efetivamente as dificuldades sexuais de seus pacientes, o médico necessita desenvolver sensibilidade, tato, habilidade para deixar o

paciente à vontade, linguagem apropriada, atitudes não discriminatórias e domínio do assunto.[32, 39]

A consulta de pré-natal é uma excelente oportunidade para que o casal descubra novas formas de vivenciar a sexualidade, o que pode promover maior envolvimento emocional entre ambos, desde que tenham respaldo do obstetra. No geral, para a mulher, o carinho e as atividades sexuais sem a existência de coito também são importantes.[8] Além disso, o coito não é uma medida adequada do desejo ou do prazer sexual para a mulher, visto que ela pode se sentir satisfeita sexualmente tão somente com atividades preliminares[8] ou, ainda, pode realizar o intercurso sexual com o propósito de satisfazer seus parceiros.[19, 23] Há muito se fala sobre a importância da sexualidade humana nos currículos médicos, para que os futuros profissionais possam ouvir, compreender e refletir com os pacientes sobre suas dúvidas, sem tentar impor seus valores socioculturais.[40, 41]

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

Autor, ano, país e nome do artigo	Participantes	Tipo populacional atendido	Resultados
Rodrigues Jr. e Costa[42], 1987 (Brasil) "O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana: II. A abordagem da sexualidade da paciente / *Brazilian gynecologist and the human sexuality: II. An approach of the patient sexuality*."	537 ginecologistas	Pacientes ginecológicas	Embora interessado, há defasagem na formação acadêmica do ginecologista. Não houve diferenças quanto ao sexo (♀) (♂). Tabu de que a formação técnica é mais importante do que a humanística.
Abdo e Oliveira Jr.[32], 2002 (Brasil) "O Ginecologista brasileiro diante das queixas sexuais femininas: um estudo preliminar"	4753 ginecologistas	Pacientes ginecológicas	44% discutem regularmente. 49% sentem-se pouco seguros. Médicos seguros investigam duas vezes mais. 31,4% dos 57,7% cuidam da dispareunia do CGP.
Solursh et al.[41], 2003 (EUA) "*The human sexuality education of physicians in North American medical schools*"	125 escolas de Medicina	Alunos de Medicina	42,6% das escolas oferecem programas clínicos para tratar pacientes com problemas sexuais. 55,5% oferecem supervisão relacionada a problemas sexuais Concluíram que se deve expandir a educação em sexualidade nas escolas médicas, para atender à demanda da população.
Gott et al.[43], 2004 (Inglaterra) "*General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people*"	22 clínicos gerais	Pacientes idosos	Os clínicos raramente falam sobre sexo com os idosos. Associam atividade sexual a pessoas mais novas, e não veem motivos de conduzir discussões a esse respeito com pessoas mais velhas.
Abdo et al.[39], 2004 (Brasil) "Percepções e atitudes sobre disfunção eréctil entre médicos no Brasil: resultados do 'Projeto Avaliar'.	4377 clínicos gerais e especialistas	Pacientes do sexo masculino	Função sexual deve ser discutida nas anamneses: 89% concordam. Na prática discutem, espontaneamente: 8,7 %(♀) 11%(♂) Conhecimento↓: 27,5%(♀)15,3%(♂) Inibição pessoal: 5,4% (♀) 1,2% (♂) Falta de tempo: 13,7 (♀) 11,6%(♂) Encaminham pacientes: 39% (♀) 19,5% (♂)

continua

continuação

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

Autor, ano, país e nome do artigo	Participantes	Tipo populacional atendido	Resultados
Abdulmohsen et al.[33], 2004 (Arábia Saudita) "*Physicians' knowledge, attitude and practice towards erectile dysfunction in Saudi Arabia*".	159 médicos	Pacientes com disfunção erétil	Os interessados foram: 4,4% (♀=7) 95.6% (♂=151) Conhecimentos específicos: ↓ (♀) ↑ (♂) Uro, Andro, Psiq, CG, Cardio, GO e CM. Atitudes: GO, Psiq, CG, Uro, Cardio e outras especialidades. Prática: Uro, Andro, Psiq, Cardio, CG, outras especialidades e GO. ↑ qualificação ↓ score. Anos de prática: ↑ 10 anos > conhecimento
Alencar, 2007 [44] (Brasil) "Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às DST/AIDS com alunos de graduação em enfermagem"	59 alunos da graduação de enfermagem	Pacientes em geral	50% mostram conhecimentos de DST suficientes, mas não sabem transmiti-los aos pacientes. Referem faltar cursos de sexualidade na graduação.
Garcia e Fisher[45], 2007 (Canadá) *"Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counseling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion"*	27 médicos residentes de GO, R1 a R4.	Pacientes ginecológicas	Metade não sabia que o uso do preservativo é incomum em relacionamentos estáveis. 44,4% não tinham conhecimento da repetição de aborto terapêutico. Esporadicamente, incluíam atendimento sobre a contracepção. Lacunas importantes sobre os temas de contracepção, prevenção de DST, disfunção sexual e a limitação da pesquisa é de que apenas 30% dos residentes responderam ao questionário.
Dogan et al.[46], 2008 (Turquia) "*Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey*".	87 médicos de diversas especialidades	Pacientes idosos	69% dos profissionais têm conhecimento sexual limitado. + velhos com ↑ conhecimento, mas as atitudes são semelhantes. (♀) atitudes + negativas e ↓conhecimento. Dispostos a discutir com os pacientes, desde que estes iniciem a conversa: 81%.

continua

continuação

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

Autor, ano, país e nome do artigo	Participantes	Tipo populacional atendido	Resultados
Steinauer et al.[47], 2009 (Estados Unidos, Canada) "*First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health?*"	122 estudantes de medicina (coordenadores do programa Medical Students for Choice nas universidades pesquisadas)	Alunos de Medicina dos dois primeiros anos	Foram pesquisados 50 tópicos ligados a saúde sexual e reprodutiva, em categorias como gravidez, contracepção, infertilidade, aborto eletivo, aspectos sociais e éticos, e outros temas. Foram obtidos 77 questionários completos (63%), com os seguintes resultados: o ensino da fisiologia da gravidez, de DST-AIDS é uniforme entre todas as escolas; por outro lado, o estudo de métodos contraceptivos e procedimentos de aborto eletivo variaram muito segundo a região geográfica das escolas e também em relação aos tópicos discutidos. 33% dos respondentes apontaram não ter tido nenhuma formação sobre aborto eletivo. A conclusão recomenda a inclusão de métodos de planejamento familiar, incluindo procedimentos de aborto eletivo, nos *curriculum* das escolas médicas.
Kakar et al.[48], 2011 (Australia, New Zealand) *"Evaluation of sexual health medicine teaching at medical schools in Australia and New Zealand."*	42 especialistas em Medicina para Saúde Sexual (SHM – *Sexual Health Medicine*), incluindo alguns reitores das escolas	Alunos de Medicina	Foi encontrada uma grande variação no tempo dedicado aos diversos tópicos entre as escolas pesquisadas. O tempo total dedicado ao ensino de saúde sexual variou de 13.6 a 39.0 horas, com uma mediana de 31.1 horas. Falha na "Preparação para ensinar" foi considerada a maior deficiência na formação. Por outro lado, ao menos 70% dos tópicos chave de saúde sexual eram ensinados em todas as escolas. A conclusão geral foi a definição de um conjunto de orientações a nível nacional, a partir das quais cada escola de medicina possa detalhar seu curriculum.
Vieira et al.[27], 2012 (Brasil) "*Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients" e* "Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?" [30]	154 residentes: 47 obstetras, 33 psiquiatras e 74 clínicos	Pacientes grávidas	A maioria não se sente confortável para lidar com questões relacionadas a dificuldades sexuais durante a gravidez. 22,7% não possuem segurança total para responder às questões sobre função sexual. 70% sem conhecimento específico suficiente 70 a 80% ouvem e procuram transmitir orientações às pacientes.

continua

continuação

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

Autor, ano, país e nome do artigo	Participantes	Tipo populacional atendido	Resultados
Lamont[49], 2012 "*Female sexual health consensus clinical guidelines*"	Revisão de Literatura com o objetivo de criar um *guideline* para avaliar questões sexuais e saúde sexual em mulheres	Não se aplica	Desejo sexual pode ou não diminuir durante gravidez, dependendo: do parceiro da qualidade da relação da saúde geral Tais fatores devem ser considerados na avaliação. Deve-se discutir a sexualidade desde o pré-natal e é aconselhável que o profissional esteja disponível para tal discussão, incluindo o parceiro, quando conveniente. Recomendam incluir na avaliação perguntas de triagem sobre bem-estar sexual.
Shindel et al.[50], 2013 "*Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions*."	Revisão de literatura sobre o estado da arte em educação sexual na América do Norte, na escola médica.	Não se aplica	Um currículo compreensivo e uniforme sobre sexualidade humana, na escola médica, pode aumentar substancialmente a capacidade dos médicos de prestar os melhores cuidados à saúde sexual de seus pacientes, independentemente de gênero, orientação sexual, e costumes/crenças sexuais individuais.
Tsai et al.[51], 2013 (Taiwan) "*Assessing student nurses' learning needs for addressing patient's sexual health concerns in Taiwan*."	140 estudantes de enfermagem (dos últimos anos)	Não se aplica	Foi desenvolvido um instrumento para avaliação das Necessidades de Aprendizado Médico para Atendimento às Questões de Saúde Sexual dos Pacientes. Os resultados mostraram que idade, gênero e religião não tiveram influência significativa sobre as respostas, e também apontaram o viés conservativo da cultura asiática em relação às questões sexuais. A conclusão foi da existência de *gaps* significativos em educação sexual nos curriculum de enfermagem, o que pode ser resumido pela principal necessidade de formação reportada: "Obter uma história sexual completa do paciente".

continua

conclusão

Quadro 1. Estudos sobre atitude dos médicos/profissionais da saúde diante da sexualidade de grupos populacionais diversos

Autor, ano, país e nome do artigo	Participantes	Tipo populacional atendido	Resultados
Sidi et al.[52], 2013 (Malásia) "*Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: a comparison study*"	452 alunos da graduação médica	Pacientes em geral	O conhecimento dos alunos em relação à sexualidade foi classificado como satisfatório e não satisfatório. Mais da metade, 54,9% dos participantes tiveram escores gerais considerados satisfatórios. A porcentagem de alunos que tiveram escores considerados satisfatórios para temas específicos em sexualidade foi: 60,4% para fisiologia da reprodução; 64,8% para métodos contraceptivos; 69,2% para DSTs/HIV/AIDS e 86,8% para disfunções sexuais. A atitude dos alunos frente à sexualidade foi classificada como conservadora (negativa) e não conservadora. A maioria reportou atitudes conservadoras para: sexo antes do casamento; sexo oral; masturbação; homossexualidade e prática de aborto. A maioria referiu considerar sexo como: importante parte da vida; promotor de longevidade; fortalecedor do sistema imunológico. As mulheres, em relação aos homens, relataram mais desaprovação quanto a sexo antes do casamento, masturbação, aborto e sexo oral. Os alunos religiosos, em relação aos demais, referiram mais desaprovação quanto a sexo antes do casamento, masturbação e homossexualidade.
Rufino, Madeiro e Girão[53], 2014 (Brasil) *"Sexuality education in Brazilian medical schools"*	207 professores de 110 escolas de medicina	Não se aplica	Quase todos (96,3%) os professores incluíram tópicos relacionados à sexualidade em suas aulas, principalmente nos 3º e 4º anos, com duração de 6 horas/aula por disciplina. Ginecologia foi a disciplina com mais tópicos sobre o tema (51,5%), seguida por urologia (18%) e psiquiatria (15%). Temas relacionados à sexualidade foram mais frequentes em aulas sobre DSTs/AIDS (62,4%) e sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutivo (55,4%). Aproximadamente 25% dos professores referiram ministrar aulas em cursos de sexualidade.

3.2 Telemedicina e Teleducação

A telemedicina é definida como o uso de informação médica através da comunicação eletrônica para a saúde do paciente (teleassistência) e educação dos profissionais da saúde (teleducação).[54,55] Os recursos da teleducação (no inglês, *e-learning*) podem ser utilizados para educação médica continuada, através de teleconferências e de tutoriais, podendo utilizar a aprendizagem baseada em problemas, que dispõe de casos clínicos como contexto de aprendizagem. Tais casos podem ser elaborados por meio de revisão de literatura, síntese de evidências disponíveis, definição de metas de aprendizagem e questões relacionadas aos casos.[56] Algumas normas são requeridas para a educação à distância, como suporte institucional, planejamento e estruturação do Curso, comunicação entre os estudantes, suporte técnico ao estudante, avaliação e atualização constantes do programa aplicado.[57]

A teleducação serve como ferramenta importante no ensino da medicina, por oferecer uma alternativa eficaz e de fácil acesso dentro da educação médica.[58] A prática da telemedicina como um instrumento de educação poderá facilitar o processo de educação tanto na graduação, quanto na educação médica continuada a todos os profissionais.[59, 60]

No contexto da teleducação, há projetos de modelos computadorizados dinâmicos e tridimensionais aliados a informações científicas especializadas que visam facilitar o aprendizado em diversos assuntos como: Dermatologia, Audiologia, Urologia, Odontologia, Ortopedia, Fisiatria, Cardiopneumologia, entre outros.[61] Há, ainda, projetos de teleducação, via *website,* interativo-

educacionais, que visam complementar o ensino da especialidade médica, bem como integrar a telemedicina no currículo da graduação médica.[54]

Para uma intervenção eficaz da teleducação, faz-se necessária a aplicação do teste de usabilidade. Esse teste é amplamente utilizado no mundo comercial, durante o processo de desenvolvimento de novos produtos, especialmente de *softwares* e *websites*. No entanto, parece ser raramente utilizado no desenvolvimento do *e-learning* na educação médica. O desenvolvimento de qualquer projeto virtual deve ser interativo, com ciclos rápidos de testes e refinamento, sendo estes essenciais para uma intervenção que vise inicialmente ao aluno e, logo após, ao contexto.[55]

Finalmente, os médicos podem utilizar a telemedicina para treinamentos e divulgação de conhecimento, através de discussões de casos entre diferentes serviços, especialmente os mais distantes de centros de referência e/ou de difícil acesso, promovendo, com isso, uma mudança de paradigmas.[62]

Quadro 2. Estudos sobre Telemedicina – Telessaúde

Autor, ano, país e nome do artigo	Características do estudo	Participantes	Resultados
Wen[63], 2008 (Brasil) "Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil"	Panorama histórico do desenvolvimento da Telemedicina no Brasil.	Estudantes e pacientes	O acesso a diversas tecnologias com menor custo possibilitou a aplicação dos conceitos da Telemedicina nas diversas áreas da saúde, facilitando o surgimento da Telessaúde no Brasil. Propõe-se a criação de um centro de pesquisa, destinado a fornecer apoio para pesquisadores no uso dos recursos de conectividade em tempo real, contribuindo para a formação de uma Rede Nacional de Teleciência.
Galvão e Magalhães[64], 2009 (Brasil) "Sistema de exercício *online* para apoio à aprendizagem de Medicina Legal na Universidade de Brasília"	Estudo retrospectivo com utilização de exercícios *online* facultativos para apoio à aprendizagem do conteúdo programático.	38 alunos na disciplina de Medicina Legal e Deontologia Médica	84% dos alunos realizaram os exercícios: 52%: 24 horas antes da prova; 62%: entre 19h e 01h. Os alunos, num sistema facultativo, concentram seus esforços na véspera da prova, o que diminui a eficiência do sistema, sugerindo que a técnica de motivação para o uso regular desse tipo de sistema deva ser implementada.
Diessl et al.[65], 2010 (EUA) "*Evaluation of an internet-based e-learning module to introduce nuclear medicine to medical students: a feasibility study*"	Visou avaliar o valor educativo e educacional de curso virtual de medicina nuclear 20 estudos de caso foram apresentados e, posteriormente, 3 dos casos foram selecionados, desenvolvidos e avaliados.	128 alunos de medicina	Interesse e sensação subjetiva do nível de conhecimento cresceram à medida que trabalharam através do *e-learning*. 97% avaliaram o aprendizado como útil
Schlinkert et al.[66], 2010 (Brasil) "Vantagens e desvantagens do *e-learning* para cursos de emergência em medicina"	Estudo prospectivo. Visou avaliar impacto de curso virtual de primeiros socorros com carga horária de 24 horas. Aulas com material de leitura adicional e avaliação com 50 questões de múltipla escolha.	184 estudantes de medicina	O uso de *website* para auxiliar no aprendizado em alunos de medicina não implicou em melhor desempenho. "*E-learning*" está se espalhando em grande velocidade na medicina, o que gera preocupação quanto a sua eficácia. Faltam evidências de que esses sistemas podem melhorar a aquisição de conhecimento do aluno.

continua

continuação

Quadro 2. Estudos sobre Telemedicina – Telessaúde

Autor, ano, país e nome do artigo	Características do estudo	Participantes	Resultados
Santa-Rosa e Struchiner[67], 2011 (Brasil) "Tecnologia educacional no contexto do ensino de histologia: pesquisa e desenvolvimento de um ambiente virtual de ensino e aprendizagem"	Criação de um curso à distância com atlas digitais e microscópios virtuais para o estudo da histologia	128 alunos de medicina dos 4 primeiros períodos 15 monitores 6 professores	Embora as novas tecnologias possam contribuir para o ensino, não devem ser usadas como ferramentas isoladas, mas integradas às tradicionais. Professores e alunos precisam, paulatinamente, se adequar às mudanças no modo de ensino.
Mezarri[68], 2011(Brasil) "O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem *Moodle*"	Estudo retrospectivo sobre as disciplinas de parasitologia e micologia médica da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre, com uso da EAD.	Alunos do 1º ano de Medicina	Utilização de EAD e recursos de ABP podem tornar efetiva a formação profissional.
Chapman et al.[69], 2011 (EUA) "*Developing a fully online course for senior medical students*"	Estudo piloto com desenvolvimento de um curso *online* para estudantes. O curso foi desenvolvido baseado em estudo de caso, seminários semanais e projeto de pesquisa para a questão terapêutica.	Estudantes de Medicina do 4º ano	Criado em 2002, foi usado de 2007 a 2010, e os resultados serão apresentados posteriormente.
Brambilla et al.[70], 2011 (Brasil) "Ambiente colaborativo para formação de pessoal em Medicina Nuclear"	Estudo piloto com formação de ambiente virtual para armazenamento e interação de dados para os profissionais. Aplicação de questionário semiestruturado.	10 físicos e 5 médicos nucleares	Ambiente virtual aprovado pelos profissionais da área, por permitir troca de experiências e discussão entre profissionais de diferentes regiões. Ambiente virtual contribui para formação inicial e continuada da Medicina Nuclear. Há necessidade de estabelecer um programa de formação para os moderadores deste ambiente virtual, devido a características distintas do ensino presencial.
Ramos e Struchiner[71], 2011 (Brasil) "Desenvolvimento de um ambiente virtual para o ensino da Medicina por uma equipe multidisciplinar: fatores que influenciam a análise do problema educativo"	Gravação de reuniões clínicas entre 13 pessoas	Equipe multidisciplinar com 13 pesquisadores de tecnologia educacional e saúde	Há necessidade de trazer experiências subjetivas dos pacientes sobre o adoecimento e tratamento, como forma de incluir valores éticos na formação. Para análise de problemas complexos, como os da saúde, é fundamental a integração da formação tecnicista com os conhecimentos tradicionais.

continua

continuação

Quadro 2. Estudos sobre Telemedicina – Telessaúde

Autor, ano, país e nome do artigo	Características do estudo	Participantes	Resultados
Irizarry et al.[72], 2012 (Bélgica) "*Telementoring for airway management between a far forward special operations location to a major medical center using inexpensive telemedicine solutions*"	2 *trainees* sem experiência médica telemonitorados, via programa de computador para realizar uma intubação em simulação.	2 *trainees*	O recurso de telemonitoramento pode ser uma alternativa para comunidades rurais e/ou com poucos recursos, a um custo baixo.
Mars[73], 2012 (Africa do Sul) "*Building the capacity to build capacity in e-health in sub-Saharan Africa: the KwaZulu-Natal experience*"	Estudo retrospectivo. Experiência de 12 anos com 40 horas de conferência interativa semanalmente. Desenvolvimento de programas de informática médica, usados para formação e reaplicação.	Mais de 33 mil médicos em especialização	O programa (*e-health)* exige uma adaptação para desenvolver conhecimento dos usuários, professores e alunos.
Trukhacheva e Pupyrev[74], 2012 (Rússia) "*Blended-Learning Strategy in the Altay State Medical University*"	Estudo descritivo. Aplicação de questionários, a partir de aulas pelo *e-learning*.	300 estudantes de medicina	Os alunos não veem o *e-learning* como substituição de treinamento orientado por instrutor tradicional, mas como complemento facilitador para a aprendizagem. O *e-learning* permite estudo individual e troca de experiências entre alunos, bem como transforma o papel do professor, de distribuidor de conhecimento para facilitador.
Chipps et al.[75], 2012 (África do Sul) "*A systematic review of the effectiveness of videoconference-based tele-education for medical and nursing education"*	Revisão sistemática da literatura, de 1990 a 2011. Refere a eficácia da educação baseada em videoconferência.	Médicos e enfermeiros	Educação de videoconferência e presencial são equivalentes (5 estudos). Aumento do conhecimento com a integração entre o presencial e à distância (1 estudo). Videoconferência para educação médica e enfermagem deve ser incentivado.
Rusnakova et al.[76], 2012 (Eslováquia) "*Integration of the e-learning into the medical university curricula*"	Estudo retrospectivo. Aplicação de questionário estruturado sobre avaliação do *e-learning*	23 alunos com bacharelado em saúde, e 61 em saúde pública	*E-learning* no currículo da universidade é estratégia que permite à equipe interdisciplinar/intercultural o conhecimento do *know-how* desta ferramenta. *E-learning* não foi uma barreira para o aprendizado.

continua

conclusão

Quadro 2. Estudos sobre Telemedicina – Telessaúde

Autor, ano, país e nome do artigo	Características do estudo	Participantes	Resultados
Hirumi[77], 2013 (EUA) "Aplicando técnicas fundamentadas para projetar e sequenciar interações em *e-learning*"	Apresentação de modelo que delineia a relação entre três níveis de interações planejadas de *e-learning* e cinco passos para a aplicação do modelo	Não se aplica	Sugere que *e-learning* seja planejado em três níveis: I) Interações internas do aluno; II) Interações humanas e não-humanas do aluno e III) Interações do aluno com a instrução. Apresenta, ainda, cinco passos para a aplicação do modelo: Passo 1: Escolha uma estratégia instrucional fundamentada do Nível III, baseando-se em objetivos específicos e nos seus valores e crenças sobre ensino e aprendizagem. Passo 2: Operacionalize cada evento, incorporando experiências essenciais e descrevendo como a estratégia selecionada será aplicada durante a instrução. Passo 3: Determine o tipo de interação(ões) de Nível II que será(ão) utilizado(s) para facilitar cada evento. Passo 4: Selecione a(s) ferramenta(s) (ex. *chat, email*, fórum) que será(ão) utilizada(s) para facilitar cada evento em função da natureza da interação. Passo 5: Analise materiais para determinar a frequência e a qualidade das interações planejadas de *e-learning* e revise, conforme necessário.
Macedo et al.[78], 2013 (Brasil) *"Evaluation of a national evidence-based health care course via teleconference in a developing country"*	Estudo coorte prospectivo com curso de Medicina Baseada em Evidências, via teleconferência, com 152 horas de duração.	Mais de 4500 funcionários públicos, trabalhando em 131 hospitais e centros de saúde	Houve aumento significativo do conhecimento do início ao final do curso (escore médio 8,2 ± 3,3 *versus* 13,7 ± 3,0, $p<0,0001$). Mais de 90% dos projetos de pesquisa apresentados foram julgados com qualidade adequada e mais de 95% dos participantes ficaram satisfeitos com o curso. Somente 297 pré e pós-testes foram concluídos e entregues.

4 METODOLOGIA

"Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vai abrindo caminhos, como a água que
desce cantando da montanha. Outros te seguirão..."
Saint Exupéry

A partir da constatação de que existem falhas no ensino da sexualidade na residência médica diante de questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal[26,29], enxergou-se a oportunidade da criação de um curso via telemedicina sobre o tema.

O fluxograma ilustra a sequência dos passos seguidos (figura 1).

Figura 1. Fluxograma de elaboração do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

4.1 Desenho do Estudo

Foi realizado estudo experimental piloto, de grupo único, com pré e pós-teste.

4.2 Local do Estudo

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, no período de abril a setembro de 2014.

4.3 Seleção dos Participantes

População: médicos residentes do 1º ao 6º ano dos programas de residência em tocoginecologia de hospitais conveniados: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Hospital São Paulo, Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Pérola Byington e Hospital Ipiranga e não conveniados: CAISM UNICAMP, Casa de Saúde Santa Marcelina, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Faculdade de Medicina de Teresópolis, Faculdade de Medicina do ABC, HC-UFPR, HC-USP Ribeirão Preto, HC-FMUSP, Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá, Hospital Universitário de Brasília, Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba, Santa

Casa de Misericórdia de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos todos os médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, de R1 a R6, dos serviços selecionados (hospitais conveniados) que tenham feito inscrição. Foram incluídos, ainda, residentes de hospitais não conveniados para a pesquisa, mas que espontaneamente se interessaram e se inscreveram para o Curso (demanda espontânea).

4.3.2 Critérios de Exclusão

Questionários incompletos e desistência do residente em fazer o curso.

4.3.3 Seleção da Amostra

Inicialmente a amostra foi selecionada por conveniência, endereçada aos Médicos dos programas de residência dos hospitais conveniados: Hospital

Maternidade Leonor Mendes de Barros, Hospital São Paulo, Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Pérola Byington e Hospital Ipiranga.

Posteriormente foram aceitos residentes de outros hospitais que, espontaneamente, se interessaram em fazer o Curso, após tomarem conhecimento de sua existência pelos residentes dos hospitais conveniados (demanda espontânea). Foram identificados como pertencentes a hospitais não conveniados.

4.4 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pela comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob protocolo nº 05889712.0.0000.5505 (Anexo A).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4.5 Instrumentos para Coleta de Dados

Em estudo piloto, os questionários foram inicialmente testados em 15 residentes voluntários e não matriculados no Curso, tendo sido modificados para melhorar a compreensão.

4.5.1 Dados sociodemográficos

No ato da inscrição para o curso todos os participantes responderam dados sociodemográficos com as seguintes variáveis: idade, sexo, ano de residência e hospital de origem.

4.5.2 Questionário perfil médico

O questionário "Perfil médico diante de questões sexuais de pacientes obstétricas" (Anexo C) foi baseado no instrumento utilizado no Projeto Avaliar, desenvolvido por Abdo et al.[39] (Anexo D). É composto de 8 questões de múltipla escolha que versam sobre conhecimento, atitude e prática dos profissionais, frente a questões associadas à sexualidade durante a gestação. Além disso, há uma questão que investiga se o residente frequentaria o ambulatório de Sexologia durante o Curso.

4.5.3 Questionário inicial, final e pós-aula

O conteúdo do Curso consta de aulas proferidas por diferentes professores convidados pela pesquisadora principal.

Cada professor elaborou quatro questões referentes ao conteúdo de sua aula. Com base em tais questões, a pesquisadora principal elaborou um

questionário com 36 questões, sobre sexualidade na gestação, para mensuração do conhecimento prévio sobre o tema. As mesmas questões foram aplicadas ao final do Curso, mas em ordem diferente. O escore total do instrumento varia de 0 a 10, com escores maiores indicando maior conhecimento sobre o assunto. O escore total foi calculado, dividindo-se o número de questões (36) por 10, e o resultado foi multiplicado pelo número de questões certas.

As questões foram aplicadas separadamente, a partir do término da primeira aula. Ou seja, para ter acesso à aula seguinte, o aluno deveria responder às quatro questões relacionadas à aula anterior.

Desta forma, as questões foram aplicadas em três momentos: antes do início do Curso (Questionário Inicial) (Anexo E), agrupadas em 36 questões; pós-aula, com 4 questões (Anexo F); e ao final do Curso (Questionário Final) (Anexo G), novamente em 36 questões, agrupadas em ordem diferente da inicial.

4.5.4 Questionário para avaliação de qualidade do Curso

O questionário foi elaborado com base no SERVQUAL, instrumento de mensuração da Qualidade Percebida, criado para avaliar prestação de serviços e considerado com boa confiabilidade, validade e ampla aplicação [79], tendo sido, ainda, adaptado para serviço educacional (Anexo H).[80]

Modificamos algumas questões para contemplar o método de teleducação (Anexo I), o que resultou num instrumento com 20 questões, subdivididas em cinco domínios:

- Tangibilidade (aparência física das instalações, equipamentos e pessoas);
- Confiabilidade (habilidade em prestar serviço confiável e de forma correta);
- Presteza (disposição em ajudar consumidores e proporcionar serviço com presteza);
- Segurança (conhecimento e cortesia dos empregados, bem como capacidade de inspirar confiança ao consumidor) e
- Empatia (atenção e carinho individualizados e proporcionados aos clientes).

As questões foram dispostas como a seguir:

Tangibilidade:

1. *Homepages* atraentes e claras para suporte ao aluno;
2. Recursos tecnológicos utilizados no Curso;
3. Acervo da biblioteca compatível com as exigências do Curso.

Confiabilidade:

4. Fornecer o Curso conforme o prometido;
5. Oferta de módulos conforme calendário;
6. Programação científica para a capacitação profissional;
7. Professores que inspiram confiança;
8. Professores com comportamento profissional.

Presteza:

9. Manter os alunos bem informados sobre o Curso;
10. Disponibilidade em atender o aluno;
11. Professores capacitados a darem respostas aos alunos.

Segurança:

12. Fazer com que os alunos se sintam seguros durante as aulas;
13. Utilidade do Curso para a capacitação profissional;
14. A sua expectativa foi atingida?;
15. Globalização do conhecimento.

Empatia:

16. Economia de tempo e dinheiro;
17. Telemedicina complementa o currículo médico?;
18. *E-learning* como recurso educacional;
19. Interação entre os participantes;
20. Você recomendaria o Curso?

O instrumento foi desenhado em escala *Likert*, com as opções de respostas: bem abaixo do esperado (1); abaixo do esperado (2); igual ao esperado (3); acima do esperado (4) e bem acima do esperado (5). O escore de cada domínio foi calculado com a soma dos escores dos itens correspondentes. Ao final, foi acrescentada, ainda, uma questão sobre a qualidade geral do Curso.

A consistência interna do questionário foi verificada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, tanto de forma geral, como para cada domínio. No geral, o instrumento foi considerado com boa consistência interna (alfa de *Cronbach* 0,9) e nos demais domínios, conforme segue: Tangibilidade α=0,7; Confiabilidade α=0,9; Presteza α=0,7; Segurança α=0,9 e Empatia α=0,8.

4.6 Tamanho Amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, considerando que faríamos uma avaliação de aprendizado com os mesmos alunos, antes e após o Curso, utilizamos o teste *t* de *Student* pareado (pré-teste *versus* pós-teste). Assumimos um desvio padrão próximo de 3,15 nas notas e uma correlação entre os resultados das duas provas de 0,5. Consideramos, ainda, uma diferença de 1 ponto de melhoria. Com α=0,05 e (1-β)=80% seria necessário recrutarmos 80 alunos.

4.7 Análise Estatística e Tratamento dos Dados

Para cada aluno, foi criada uma pasta contendo uma planilha *Excel,* com dados demográficos e respostas de cada questionário, incluídos imediatamente após seu preenchimento. Esses dados eram controlados semanalmente, de forma a gerar ações de motivação para a continuação do Curso.

Para a análise dos dados, utilizamos o aplicativo *Statistical Analysis System* – SAS e consideramos o nível descritivo de $p<0,05$ (que equivale a 95% de confiança) para determinar a significância das diferenças.

Foi realizada a distribuição dos alunos quanto às características demográficas, bem como a análise da diferença entre os alunos que completaram e não completaram o Curso, de acordo com: ano de residência; sexo e alunos das instituições convidadas ou por demanda livre; perfil médico; resultados das provas (antes e após o Curso). A análise estatística foi realizada por meio dos seguintes instrumentos: teste exato de *Fisher;* teste *t de Student,* para amostras independentes e para amostras dependentes (*t*-pareado).

Analisamos, ainda, o desempenho das respostas por grupos temáticos (dimensões): a. História da Sexualidade e Anatomofisiologia da resposta sexual; b. Disfunções sexuais masculinas e femininas no Ciclo Gravídico Puerperal; e c. Anamnese e tratamentos das disfunções sexuais. Para saber se as médias entre as dimensões eram iguais ou não, foi feita uma análise de variância para medidas repetidas, a qual considera que o mesmo participante respondeu a mais de uma pergunta. Para identificar qual dimensão foi diferente (e de qual dimensão diferia), foi feita uma comparação múltipla pelo método de Tukey.

Para verificar a consistência interna do questionário de avaliação do Curso, utilizamos o coeficiente alfa de *Cronbach*, o qual se baseia na correlação média entre itens que se referem a uma mesma dimensão. Com o alfa de *Cronbach* variando numa escala de 0 a 1, consideramos o valor mínimo de 0,7 como indicador de boa consistência.

Finalmente, calculamos a correlação entre as notas das provas inicial e final. O valor do índice de correlação linear de *Pearson* foi de 0,418, representando um poder de 80% para detectar uma diferença de 0,36 entre os resultados das duas provas, e de 100% para a diferença média de 1,6 encontrada nesse trabalho, considerando um tamanho amostral de 143 participantes.

4.8 Elaboração do Curso de Sexologia *online*

Para a definição do conteúdo programático, fizemos uma consulta ao nosso órgão de classe, FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), perguntando a ele: "Qual deveria ser a programação científica de um Curso de Sexologia que todo médico Ginecologista e Obstetra devesse saber?". A resposta veio através da Comissão de Sexualidade daquele órgão (Anexo J), indicando que o conteúdo de sexologia a ser desenvolvido, de modo sucinto, nas residências médicas de Ginecologia e Obstetrícia englobaria os seguintes tópicos:

- Anatomofisiologia da resposta sexual humana;
- Disfunções, parafilias e inadequações sexuais;
- As principais técnicas psicoterápicas usadas em sexologia;

- O emprego farmacoterápico em sexologia;
- Como tratar as disfunções do desejo;
- Como tratar as disfunções do orgasmo;
- Como tratar as dispareunias psicogênicas e o vaginismo;
- O impacto das disfunções masculinas na mulher;
- O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher;
- Ética no atendimento das disfunções e das inadequações sexuais.

Baseados nessa orientação, procuramos a equipe multiprofissional do Serviço de Sexualidade, do Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM, e pedimos apoio na elaboração de um programa para o Curso, (Quadro 3) que teve a coordenação geral dos seguintes profissionais: Teresa Cristina Souza Barroso Vieira, Eduardo de Souza, Ivaldo da Silva e Mary Uchiyama Nakamura. Tivemos amplo apoio e colaboração, tendo a participação de 14 professores diretamente ligados ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da UNIFESP-EPM: Alessandra Diehl, Carolina Carvalho Ambrogini, Denise Queiroz Ferreira, Fátima Ferreira Bortoletti, Gil Facina, Jales Clemente, Marcelo Rodrigues Cabrini, Maria Cláudia de Oliveira Lordello, Mary Uchiyama Nakamura, Meireluci Costa Ribeiro, Miriam Zanetti, Roney Cesar Signorini Filho, Tânia das Graças Mauadie Santana e Teresa Cristina Souza Barroso Vieira (Anexo L).

O Curso foi desenvolvido com o objetivo de que o aluno pudesse:

- Aprender e valorizar o uso da ferramenta *online* para o processo educacional;

- Adquirir conhecimentos básicos em anatomofisiologia da resposta sexual humana;
- Identificar, diagnosticar e tratar as disfunções, parafilias e inadequações sexuais;
- Identificar particularidades da sexualidade feminina durante a gravidez;
- Reconhecer o impacto das disfunções sexuais masculinas e femininas na qualidade de vida sexual do casal;
- Atender com ética às questões sexuais, otimizando a relação médico-paciente; e
- Aprender a trabalhar com equipe multiprofissional, no manejo com questões sexuais na gestação.

Apesar de a FEBRASGO recomendar temas genéricos, tivemos o cuidado de acrescentar as particularidades no Ciclo Gravídico Puerperal. O conteúdo do Curso foi dividido da seguinte forma: foram definidos 10 temas, e cada um deles foi endereçado a uma aula específica. Dessa forma, o Curso consta de 10 aulas, além da aula inaugural, que davam uma visão da importância do tema; cada aula foi dividida em dois módulos com o seguinte enfoque: módulo A – explanação do tema da aula de uma maneira geral; módulo B – as particularidades do tema no Ciclo Gravídico Puerperal (Quadro 3).

Quadro 3. Programa do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia

Aulas	Módulo A	Módulo B
Inaugural	Apresentação da dinâmica e conteúdo programático	A importância da formação em sexualidade para o ginecologista e obstetra
1	História da sexualidade Anatomia e ciclo de resposta sexual	Adaptações anatômicas no Ciclo Gravídico Puerperal (CGP)
2	Fisiologia da resposta sexual	Modificações da resposta sexual na gravidez
3	Diagnósticos e anamneses sexuais	Singularidades dos diagnósticos e anamneses sexuais no CGP
4	Disfunção sexual feminina	Existe disfunção sexual no CGP?
5	Disfunção sexual masculina	O impacto das disfunções masculinas na mulher grávida
6	Arsenal psicoterapêutico	Arsenal psicoterapêutico no CGP
7	Arsenal farmacoterápico	Qual o arsenal farmacoterápico no CGP?
8	O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher	O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade e suas particularidades na gestação
9	Processo ético: da ciência à pesquisa	Caracterizando o processo ético no CGP Grupo educacional em sexologia
10	Discussão de casos clínicos	Questionário final e avaliação do Curso

Módulo A: Sexologia Geral; Módulo B: Particularidades do Tema no Ciclo Gravídico Puerperal
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Paralelamente, solicitamos autorização à COREME (Comissão de Residências Médicas) para a realização do Curso, como também auxílio na divulgação. Após aprovação, fizemos o contato, telefônico e via *e-mail*, com os coordenadores dos cursos de residência em Ginecologia e Obstetrícia dos serviços selecionados, aprovados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), da capital de São Paulo, para que convidassem seus respectivos residentes, de R1 a R6, a participar do Curso de Sexologia *online*.

Os serviços que oficialmente aderiram ao convite, com a anuência de seus comitês de ética, e o número total de residentes que manifestaram interesse estão no Quadro 4 (Anexo M).

Quadro 4. Serviços que aceitaram o convite para participar do Curso *online* em Sexologia

Serviço
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
Hospital São Paulo
Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Pérola Byington
Hospital Ipiranga

Fonte: Arquivo pessoal da autora

Para viabilização da programação acima descrita, a pesquisadora contratou a produtora Barah Comunicações (Anexo N), que desenvolveu o *website* www.bagagemmedica.com.br para a realização do Curso. No *site* constavam: inscrições; acompanhamento das aulas; *chats*; preenchimento do TCLE (Anexo B); perfil médico diante das questões sexuais de pacientes obstétricas (Anexo C); progressão do aprendizado através de três questionários (inicial [Anexo E], a cada aula [Anexo F] e final [Anexo G]); e, finalmente, a avaliação do Curso (Anexo I).

A produtora também dirigiu e editou as gravações das aulas, que ocorreram no período entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, em anfiteatro cedido pela UNIFESP-EPM. As gravações foram realizadas em Filmadora *Panasonic* AG-AC7 *Full* HD, para prezar o melhor padrão de qualidade na reprodução, bem como microfone sem fio de Lapela *Sony* UWP-V1, para captação de áudio sem interferências. As aulas foram editadas no equipamento ilha de edição *Samsung* HD - com *Adobe Premièr*e CS6 e publicadas em *Wordpress*, com reprodução dos vídeos por canal fechado do *YouTube*.

Os professores foram agendados previamente e receberam orientação via *e-mail* sobre o conteúdo programático e duração da aula. Receberam, ainda, dados específicos para a exposição *online* de aula (olhar diretamente para a câmera, se referir a um aluno somente, não gesticular amplamente na altura do rosto, bem como manter a postura corporal sem grandes ou abruptos desvios). Houve necessidade de regravação de uma aula por problema na captação da voz do professor.

Com as aulas prontas e editadas, dois docentes experientes do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM, com mais de trinta anos de carreira, sem nenhuma relação direta com os orientadores do presente estudo, com a Pesquisadora Principal (TCSBV) ou com o Curso de Sexologia, foram convidados para avaliar o produto final das aulas quanto ao conteúdo, linguagem e estética, por meio da adaptação do protocolo "Lista de Verificação dos Critérios de Conformidade dos Materiais Assíncronos para EAD–LVCEAD", desenvolvido por Schons.[81] Avaliaram, ainda, a pertinência das questões elaboradas pelos professores para avaliação de cada aula (Anexo O). Ambos os professores consideraram todas as aulas adequadas nos três aspectos avaliados, bem como as questões para verificação do conhecimento. Para resguardo do sigilo do conteúdo a ser ministrado, optamos por manter apenas dois avaliadores, uma vez que houve concordância entre suas avaliações.

4.9 Divulgação do Curso

Durante o mês de março de 2014, a pesquisadora principal visitou pessoalmente cada instituição participante, a fim de oferecer o Curso, bem como demonstrar o processo de inscrição e todas as etapas que contariam com a participação dos envolvidos. Além disso, foi ressaltada a importância do tema sexualidade para o atendimento em Ginecologia e Obstetrícia.

Concomitantemente à ida da pesquisadora às instituições, as inscrições para o Curso foram abertas no *site* www.bagagemmedica.com.br, que apresentava informações sobre: propaganda do Curso (Ilustração 1, Anexo L); proposta de ensino (Ilustração 2, Anexo L); corpo docente do Curso, com acesso ao currículo Lattes, via *link* pelo nome do professor (Ilustração 3, Anexo L); descrição do Curso (Ilustração 4, Anexo L); passo a passo para a matrícula e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ilustração 5, Anexo L).

4.10 Realização do Curso

Antes de concluir a matrícula, o aluno teria de responder ao questionário "Perfil Médico diante de questões sexuais de pacientes obstétricas" (Anexo C).

Ao registrar-se, o aluno recebia imediatamente um *e-mail* de confirmação da inscrição, com os respectivos *login* e senha, escolhidos pelo

próprio aluno, e sem qualquer acesso da administração do *site*, garantindo, assim, total segurança e sigilo dos dados.

Com a matrícula confirmada, o aluno deveria fazer *login* no *site* para acesso às aulas. Ao entrar na primeira aula, intitulada Inaugural, o aluno deparava-se com o Questionário Inicial e, após respondê-lo, podia acessar a aula Inaugural, assim como a Aula 1.

O período de matrícula ficou aberto de 14/03/2014 a 31/08/2014. Devido ao pequeno número de inscritos (40), houve necessidade de prorrogação das inscrições originalmente prevista para encerramento em 31/03/2014. Entretanto, foi mantida a data de início do curso em 07/04/2014. Além disso, o interesse pela matrícula foi progressivo, mediante a propaganda veiculada. Surpreendentemente, houve procura de 58 residentes de Ginecologia e Obstetrícia fora das instituições convidadas, levando à necessidade de modificarmos o campo Instituições da Residência em Ginecologia e Obstetrícia, incluindo um, intitulado "outros", com possibilidade de preenchimento do nome da Instituição. Esses residentes foram acolhidos, visto que nosso propósito era difundir o conhecimento sobre o tema, bem como avaliar sua viabilidade dentro da proposta *online* (Figura 2).

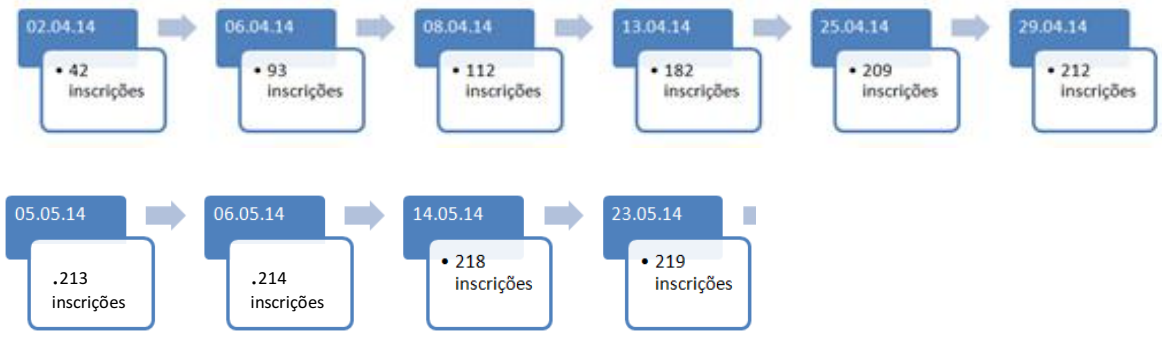


Figura 2. Fluxograma de inscrições no Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A primeira aula foi disponibilizada em 07/04/2014 e, a partir desta data, a próxima aula estava liberada, a cada segunda-feira, juntamente com uma proposta de reflexão via fórum (Anexo P). A pesquisadora principal ficou disponível para solucionar dúvidas via *chat*, durante todo o Curso. Junto com o aviso via *e-mail* da próxima aula, sempre havia um convite para que participassem do fórum, visando a um melhor aproveitamento do tema semanal (Figura 3). Após a matrícula, também foi enviada mensagem de boas-vindas com orientação geral do Curso (Figura 4).

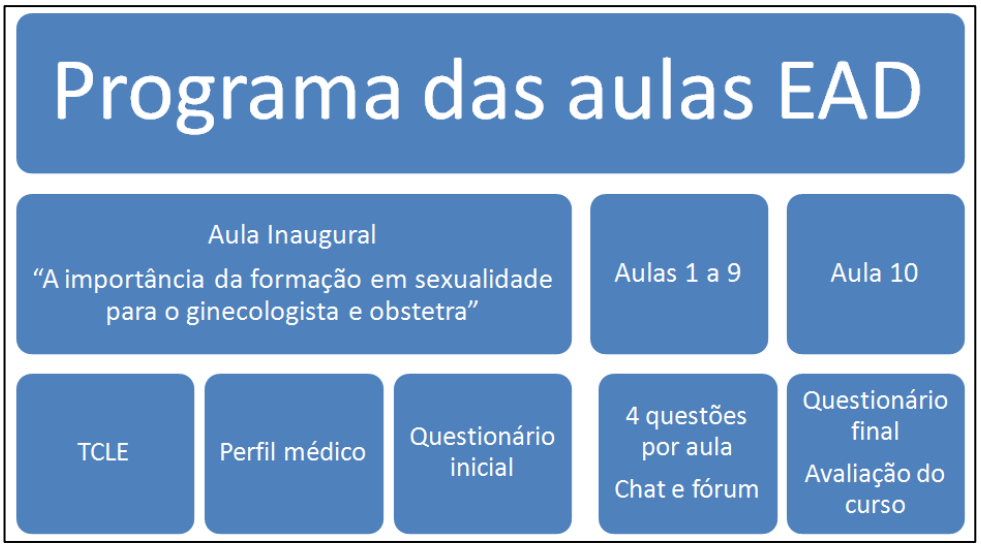


Figura 3. Fluxograma das aulas no Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia
Fonte: Arquivo pessoal da autora

---------- Mensagem encaminhada ----------

De: **Teresa Cristina Souza Barroso Vieira** <tt@barrosovieira.com>

Data: 7 de abril de 2014 12:22

Assunto: Início do Curso de Sexologia para Residentes de GO"

Para: BARAH COMUNICAÇÃO <barahcomunicacao@gmail.com>

Olá,

Sejam bem-vindos ao primeiro dia de aula do

"Curso de Sexologia para Residentes de GO"!

Aqui seguem algumas orientações:

1- Aula nova a cada segunda-feira e você terá até o domingo para assistir à aula e responder às questões.

2- Lembramos que o Curso é *online* com 1 aula semanal de 50 minutos, totalizando 11 aulas e 4 questões a cada aula.

3- Não iremos comparar alunos, nem instituições. Nossa meta é realizar uma pesquisa e se essa metodologia pode promover informação sobre o assunto. Portanto, contamos com a sua colaboração em não deixar de responder a todas as questões. Avaliaremos a sua progressão.

4- Este Curso tem a intenção de fornecer um resumo dos principais tópicos de Sexologia e chamar a atenção para importância do tema, mas não é um curso de especialização.

5- Para melhorar o aprendizado, participe dos *Chats* e fóruns! Atividade essa, não obrigatória, mas aconselhada. Quem tiver 75% de presença nessas atividades extras, levará mais um certificado.

6- Procure assistir ao Curso usando uma internet mais rápida e você terá uma melhor qualidade de resolução, HD. Não sendo possível, diminua sua resolução, para não ficar travando.

7- Caso não possa assistir a alguma aula, por gentileza, entre em contato que abriremos exceção e disponibilizaremos novamente a aula. Mas, por favor, não pode ser uma rotina.

8- As inscrições permanecerão abertas até dia 13/04 e se você ainda não fez, aproveite. Por favor, divulgue.

Ótimo Curso!

Teresa Barroso

Figura 4. Mensagem de boas-vindas aos residentes em Ginecologia e Obstetrícia ao Curso *online* em Sexologia.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

O fórum semanal propunha uma leitura complementar, para ser comentada, com a possibilidade de os alunos postarem comentários, sugestões de leituras e perguntas. A pesquisadora principal consultava o fórum diariamente, tendo respondido a todos os registros efetuados pelos alunos.

Após a primeira aula, para acesso às aulas seguintes, era necessário responder a quatro questões de múltipla escolha, sobre a aula anterior e, assim, sucessivamente, até o final do Curso (Anexo F).

A última aula foi disponibilizada em 09/06/2014. Uma semana após, 11 alunos haviam finalizado o Curso. A partir disso, modificamos a estratégia motivacional, convidando alunos que haviam finalizado o Curso a serem monitores. Elegemos representantes de cada instituição conveniada participante, por ano de residência, a fim de oferecer um suporte próximo para aqueles que alegavam qualquer dificuldade para a conclusão do Curso. Cada monitor se responsabilizou por contatar pessoalmente os colegas de seu ano de residência, trazendo para a pesquisadora todas as ações feitas junto aos seus pares. Foi uma estratégia satisfatória, mantida até o término da pesquisa, em 30/09/2014 (Figuras 5 e 6).

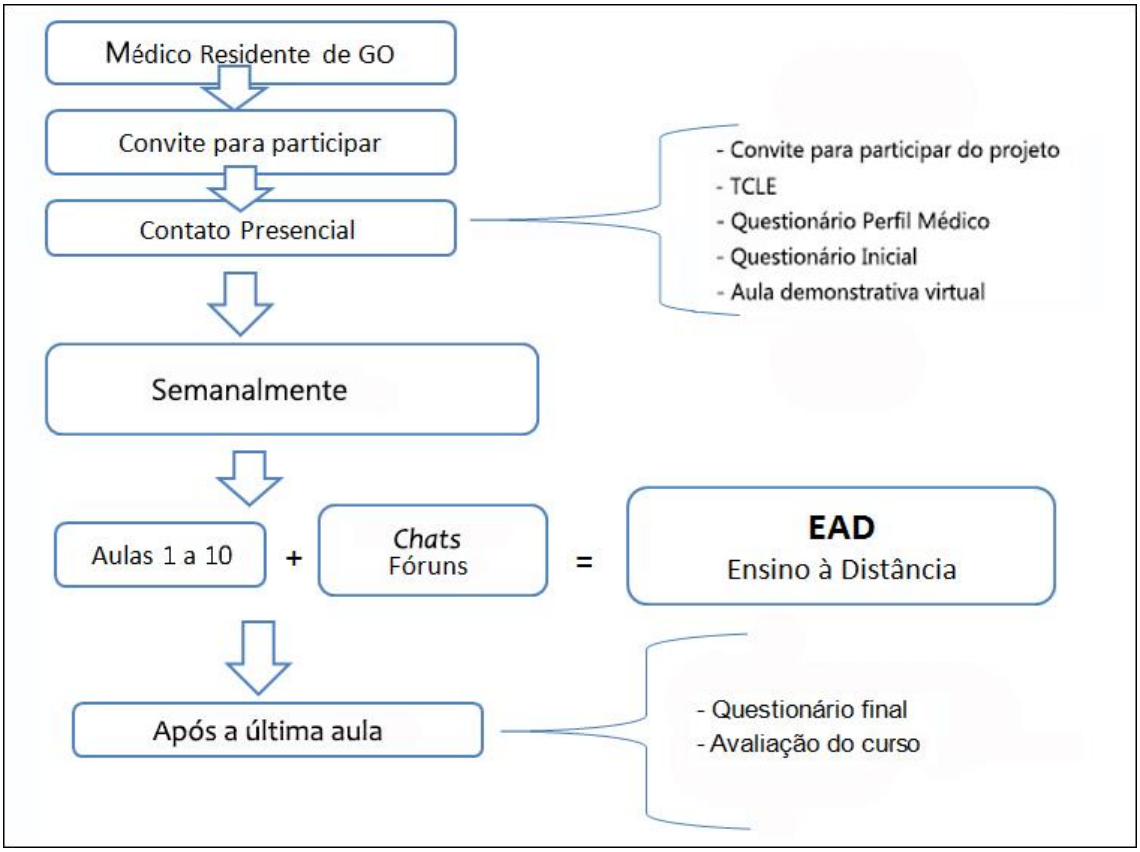


Figura 5. Fluxograma do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

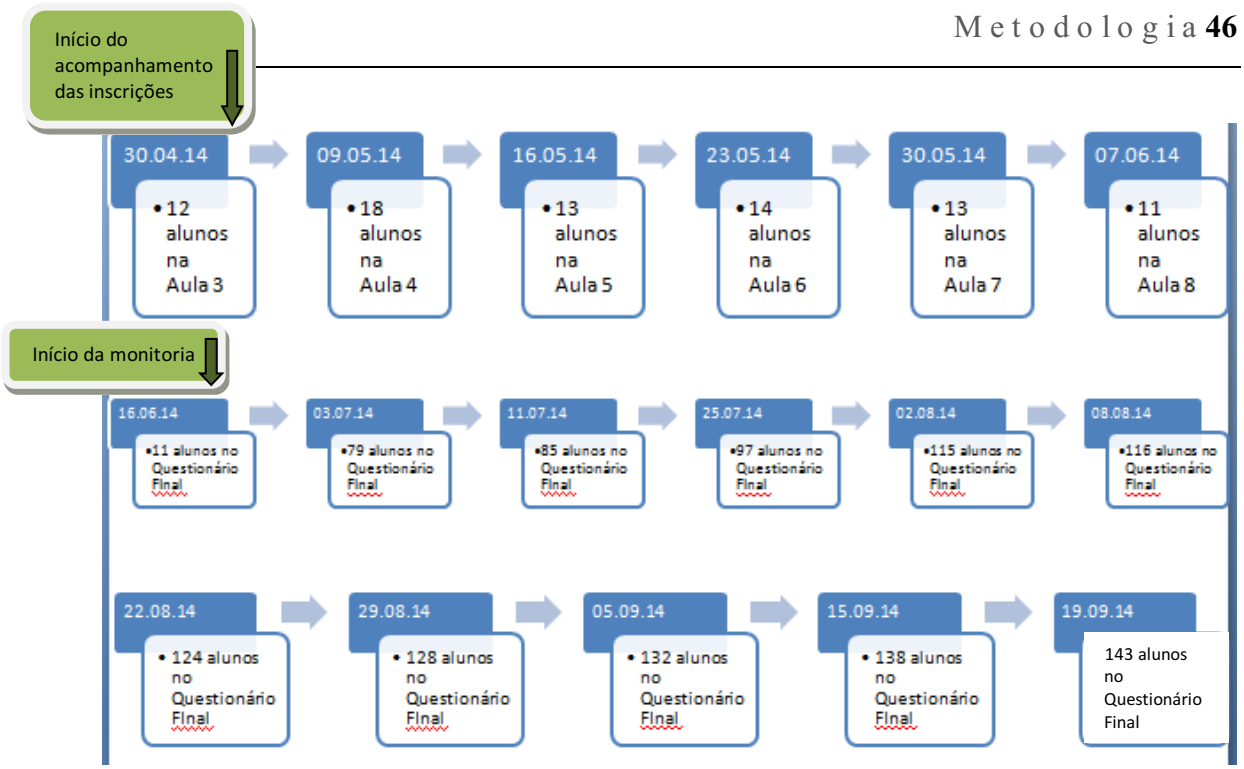


Figura 6. Fluxograma de respostas às aulas do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Ao término do estudo, enviamos uma mala direta virtual (Anexo Q) a cada aluno, agradecendo a participação. Anexamos: a progressão no Curso; o desempenho comparativo dos questionários inicial e final de conhecimentos teóricos; os gabaritos e respectivos questionários; e o certificado de conclusão do Curso. Aos coordenadores dos serviços participantes, foi enviado *e-mail* com agradecimento e informação sobre a devolutiva recebida pelos alunos quanto ao aproveitamento no Curso, além de certificação, emitida pela Pró-Reitora de Extensão (PROEX) da UNIFESP-EPM (Anexo R).

5 RESULTADOS

A Figura 7 apresenta o diagrama do fluxo dos alunos participantes do Curso. Dos 219 residentes inscritos, 143 (65,3%) terminaram o Curso. Do total dos inscritos, 40 (18,3%) não fizeram nenhuma aula: esses não foram considerados como participantes. Quanto à evasão, consideramos os que desistiram como aqueles que, após se inscreverem, não frequentaram ao menos uma aula.

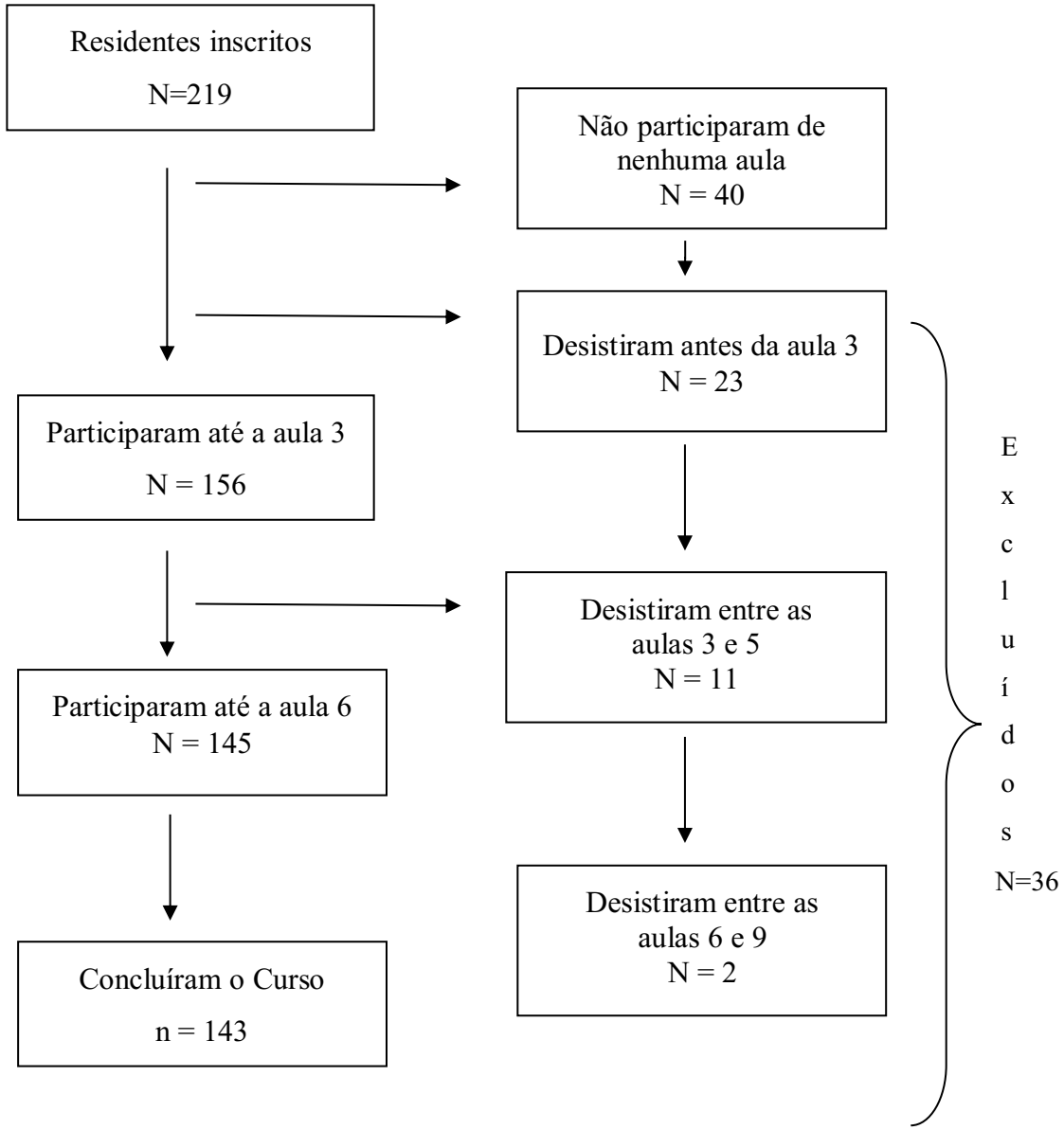


Figura 7. Diagrama de fluxo dos participantes do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A Tabela 1 mostra a distribuição da população quanto ao ano de residência, hospital conveniado ou não, sexo e idade em relação a ter completado o Curso ou não. Dos inscritos, a maioria era do sexo feminino (85,8%), estava nos três primeiros anos de residência médica (R1, R2 e R3) (74%) e fazia parte de hospital conveniado (74%) para a pesquisa. As mesmas características podem ser observadas no grupo de residentes que concluiu o Curso: 87,4% eram do sexo feminino, 81,1% estava cursando os três primeiros anos de residência e 86% eram dos hospitais conveniados.

Tanto no grupo dos desistentes como no dos concluintes houve prevalência do sexo feminino, apesar de não ter havido diferença de prevalência entre os grupos. Entretanto, na distribuição dos alunos quanto à idade e em relação a terem completado o Curso ou não, observamos diferença significativa entre os grupos. A média de idade foi de 27,9 ± 2,1 anos no grupo dos 143 que completaram o Curso, e de 28,8 ± 2,5 anos entre os que não o concluíram (p=0,001) (Tabela 1).

Na distribuição dos 219 alunos quanto ao ano do curso de residência, em relação a ter completado ou não o Curso, houve diferença estatisticamente significante entre os R3 e os R5. Um total de 54 residentes do terceiro ano de residência (R3) se inscreveram, e enquanto 42 (29,4%) completaram o Curso, 12 (15,8%) não o completaram (p=0,03). Também entre os R5, oito (5,6%) dos 20 alunos inscritos finalizaram o Curso, sendo que 12 (15,8%) não o completaram (p=0,02) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia participantes no Curso de Sexologia *online*

Variável	Inscritos (n=219)	Desistentes (n=76)	Concluintes (n=143)	Valor de *p*
Idade, em anos	28,0 ± 2,1	28,8 ± 2,5	27,9 ± 2,1	0,005*
Sexo				
Masculino	31 (100,0)	13 (41,9)	18 (58,1)	
Feminino	188 (100,0)	63 (33,5)	125 (66,5)	0,42
Ano de residência				
R1	52 (100,0)	13 (25,0)	39 (75,0)	0,10
R2	56 (100,0)	21 (37,5)	35 (62,5)	0,69
R3	54 (100,0)	12 (22,2)	42 (77,8)	0,03*
R4	30 (100,0)	14 (46,7)	16 (53,3)	0,15
R5	20 (1000)	12 (60,0)	8 (40,0)	0,02*
R6	7 (100,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,24
Tipo de hospital				
Conveniado	162 (100,0)	39 (24,1)	123 (75,9)	
Não conveniado	57(100,0)	37 (64,9)	20 (35,1)	<0,0001**

Valores apresentados como média ± desvio padrão e acessados com teste *t* de *Student.*
Valores apresentados como n (%) e acessados com teste exato de *Fisher.*
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A Tabela 2 apresenta as horas de aulas de sexologia recebidas pelos residentes na graduação e residência médica, bem como o comportamento e atitudes frente a questões sexuais de pacientes obstétricas, de acordo com o questionário Perfil Médico, respondido antes do início do Curso. A maioria dos inscritos declarou: não ter tido aulas de sexologia na graduação (62,5%) ou residência médica (52,1%); ter se interessado pelo Curso para complementar a formação profissional (64,8%); que, algumas vezes, investigava espontaneamente a função sexual de pacientes obstétricas (39,3%); que não se sentia seguro para lidar com tal assunto (52,1%); que ouvia e orientava sobre o tema quando era indagado (50,2%); que sentia falta de conhecimento específico para orientar as pacientes (84%); e que não frequentaria o Ambulatório de Sexologia durante o Curso (78,1%).

Tabela 2. Conhecimento, atitude e prática sobre sexualidade na gestação dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso *online* de Sexologia

Questões	Inscritos (n=219)	Desistentes (n=76)	Concluintes (n=143)	Valor de *p**
1. Você teve aulas de Sexologia na Graduação?				
Não	137 (62,5)	45 (59,2)	92 (64,3)	
2-4h	38 (17,4)	14 (18,4)	24 (16,8)	
4-6h	24 (11,0)	9 (11,8)	15 (10,5)	
6-10h	9 (4,1)	4 (5,2)	5 (3,5)	
10-15h	6 (2,7)	3 (3,9)	3 (2,1)	
15-20h	5 (2,3)	1 (1,3)	4 (2,8)	0,86
2. Você teve aulas de Sexologia na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia?				
Não	114 (52,1)	45 (59,2)	69 (48,3)	
2-4h	42 (19,2)	8 (10,5)	34 (23,8)	
4-6h	16 (7,3)	5 (6,6)	11 (7,7)	
6-10h	19 (8,7)	10 (13,2)	9 (6,3)	
10-15h	6 (2,7)	3 (3,9)	3 (2,1)	
15-20h	22 (10,0)	5 (6,6)	17 (11,9)	0,06
3. Quais foram os motivos que o levaram a fazer esse Curso de Sexologia? (pode marcar mais de uma alternativa):				
Complementar formação	142 (64,8)	55 (72,4)	87 (60,8)	
Curiosidade	3 (1,4)	0 (0,0)	3 (2,1)	
Interesse pelo tema	73 (33,3)	21 (27,6)	52 (36,4)	
Praticidade	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,7)	0,22

continua

continuação

Tabela 2. Conhecimento, atitude e prática sobre sexualidade na gestação dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso *online* de Sexologia

Questões	Inscritos (n=219)	Desistentes (n=76)	Concluintes (n=143)	Valor de *p**
4. Você costuma investigar/abordar espontaneamente a função sexual de suas pacientes obstétricas, independentemente da dúvida/ queixa que as traz ao seu consultório?				
Nunca	38 (17,4)	15 (19,7)	23 (16,1)	
Raramente	83 (37,9)	25 (32,9)	58 (40,6)	
Algumas vezes	86 (39,3)	31 (40,8)	55 (38,5)	
Frequentemente	9 (4,1)	2 (2,6)	7 (4,9)	
Sempre	3 (1,4)	3 (3,9)	0 (0,0)	0,14
5. Você se sente seguro, do ponto de vista médico, para ouvir e responder às dúvidas sobre dificuldades sexuais de suas pacientes obstétricas?				
Não	114 (52,1)	37 (48,7)	77 (53,8)	
Sim, parcialmente	103 (47,0)	38 (0,5)	65 (45,5)	
Sim, totalmente	2 (0,9)	1 (1,3)	1 (0,7)	0,62
6. Sinceramente, qual tem sido o seu procedimento usual diante das queixas sexuais de suas pacientes obstétricas? Assinale só uma alternativa.				
Faço a prescrição necessária	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Faço uma brincadeira para aliviar o clima	5 (2,3)	0 (0,0)	5 (3,5)	
Fico envergonhado(a), sem graça, sem ação	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Minimizo o problema, dizendo que “"não é nada”, “"acontece”"	17 (7,8	5 (6,6)	12 (8,4)	
Ouço e oriento	110 (50,2)	42 (55,3)	68 (47,6)	
Ouço tranquilo, mas não sei o que fazer	81 (37,0)	26 (34,2)	55 (38,5)	
Tento mudar de assunto	4 (1,8)	3 (3,9)	1 (0,7)	0,27

continua

conclusão

Tabela 2. Conhecimento, atitude e prática sobre sexualidade na gestação dos 219 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso *online* de Sexologia

Questões	Inscritos (n=219)	Desistentes (n=76)	Concluintes (n=143)	Valor de *p**
7. Caso você tenha dificuldade em atender queixas sexuais de suas pacientes obstétricas, esta dificuldade se deve a (pode marcar mais de uma alternativa):				
Escassez de recursos terapêuticos suficientes e apropriados no mercado	4 (1,8)	2 (2,6)	2 (1,4)	
Falta de conhecimento específico para esse atendimento	184 (84,0)	60 (78,9)	124 (86,7)	
Falta de tempo na consulta	16 (7,3)	7 (9,2)	9 (6,3)	
Não tenho esta dificuldade	8 (3,7)	2 (2,6)	6 (4,2)	
Outra	7 (3,2)	5 (6,6)	2 (1,4)	0,20
8. Você participará do Ambulatório de Sexualidade nas próximas doze semanas em que será realizado o Curso de Formação em Sexologia?				
Não	171 (78,1)	63 (82,9)	108 (75,5)	
Sim	48 (21,9)	13 (17,1)	35 (24,5)	0,23

Todos os valores apresentados em N (%) e acessados com teste exato de *Fisher*.

Fonte: Arquivo pessoal da autora

A prova inicial e a final foram respondidas por 143 participantes. A média do número de respostas corretas das 36 questões foi de 15,8 (± 5,3) no questionário inicial e 21,5 (± 4,6) no final, indicando um aumento de 5,7 na média de respostas corretas ao completarem o Curso (p<0,0001) (Tabela 3 e Figura 8). A nota média do questionário (que ia de 0 a 10) foi de 4,4 (±1,6) no início e 6,0 (±1,3) no final (p<0,0001) (Tabela 3 e Figura -9). A Figura 10 mostra as linhas de notas médias (inicial e final) dos residentes e apresenta, ainda, a evolução ou involução de cada aluno do início ao final do Curso.

Tabela 3. Média das notas iniciais/finais das provas e evolução dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

Medidas	Média ± DP[1]	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de *p*[2]
Nº de questões corretas							
Inicial	15,8 ± 5,3	1	12,0	17	20,0	24	
Final	21,5 ± 4,6	5	19	22	25	30	<0,0001*
Evolução	5,7 ± 5,4	-5,0	2,0	5,0	9,0	23,0	
Nota no questionário[3]							
Inicial	4,4 ± 1,5	0,3	3,3	4,7	5,6	6,7	
Final	6,0 ± 1,3	1,4	5,3	6,1	6,9	8,3	<0,0001*
Evolução	1,6 ± 1,5	-1,4	0,6	1,4	2,5	6,4	

[1] Desvio Padrão.
[2] Teste *t* de *Student* para amostras dependentes *(t*-pareado).
[3] Questionário composto por 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação.
Valor negativo indica que houve involução do aluno.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

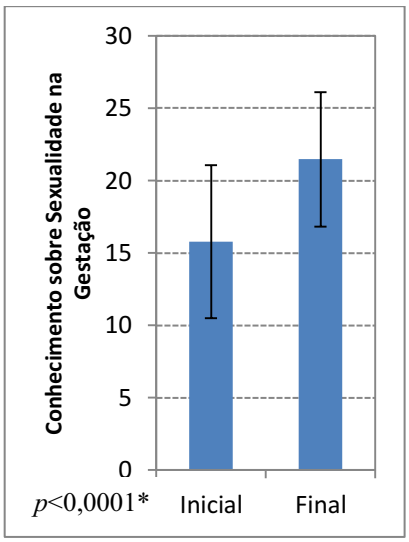


Figura 8. Média do número de acertos nas provas inicial e final dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Eixo *y* indica a média no número de questões certas no questionário, com 36 questões, que avalia o conhecimento sobre sexualidade na gestação. O eixo *x* apresenta as notas médias na prova inicial (antes do início do Curso) e final (após a conclusão do Curso). Comparação entre a média no número de questões certas: Prova Inicial *versus* Prova Final, $p<0,0001$. A linha vertical sobre a barra representa +/- 1 desvio padrão. Valores acessados com o teste exato de Fisher.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

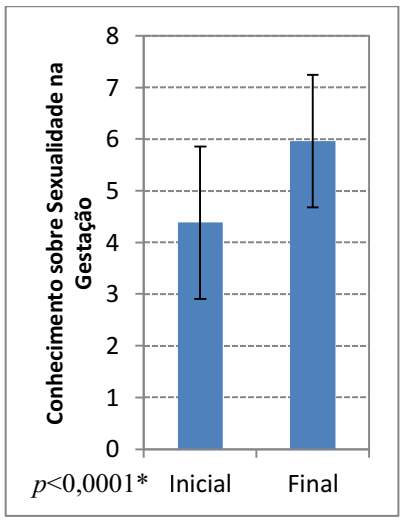


Figura 9. Média das notas das provas inicial e final dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Eixo *y* indica a média das notas obtidas com questionário elaborado pelos autores com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação. O eixo *x* apresenta as médias das notas na prova inicial (antes do início do Curso) e final (após a conclusão do Curso). Comparação das médias das notas das provas inicial e final de todos os participantes, p<0,0001. A linha vertical sobre a barra representa +/- 1 desvio padrão. Valores acessados com o teste *t* de *Student*.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

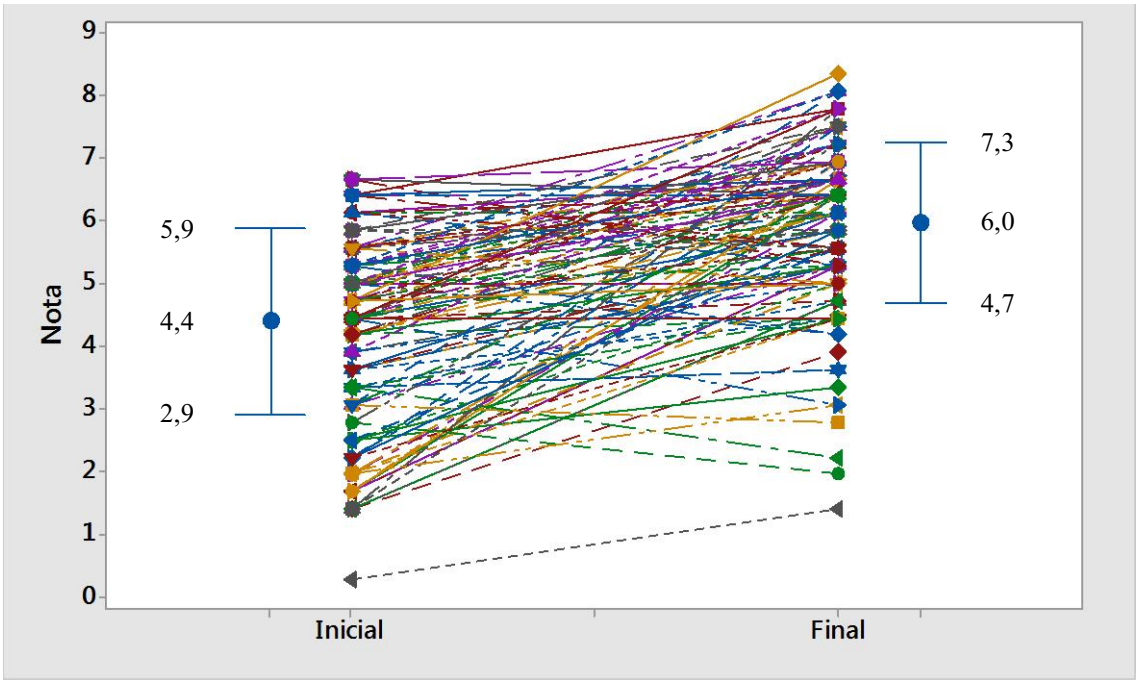


Figura 10. Evoluções individuais das notas iniciais e finais dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A média da nota final foi significativamente mais alta que a média da nota inicial para os R1 (6,4 ± 1,2 *versus* 4,2 ± 1,5, $p< 0,0001$); R2 (5,3 ± 1,6 *versus* 4,0 ± 1,7, $p=0,002$); R3 (6,2 ± 1,1 *versus* 4,6 ± 1,2, $p< 0,0001$) e R4 (5,9 ± 1,0 *versus* 4,7 ± 1,4, $p=0,009$). Também no grupo como um todo, com 143 residentes, a nota final foi maior que a inicial (6,0 ± 1,3 *versus* 4,4 ± 1,6, $p< 0,0001$) (Tabela 4 e Figura 11).

Quanto ao ano de residência, não houve diferença nas notas iniciais dos participantes. No entanto, os R1 tiveram notas mais altas que os R2 (6,4 ± 1,2 *versus* 5,7 ± 1,6, respectivamente, $p=0,003$) e os R3 (6,4 ± 1,2 *versus* 6,2 ± 1,1, respectivamente, $p=0,03$) na prova final (Tabela 5).

Quando comparamos a evolução das notas entre os grupos de residentes, verificamos que os R1 tiveram maior evolução que os R2 (2,2 ±1,6 *versus* 1,3 ±1,8, respectivamente, $p=0,01$) do início ao final do Curso.

Da mesma forma, os R1 tiveram maior evolução que o grupo de R4 a R6, *p*=0,004 (Tabela 5 e Figura 11).

Tabela 4. Média das notas iniciais e finais nas provas dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

Ano de residência	N	Prova Inicial	Prova Final	Valor de *p**
R1	39	4,2 ± 1,5	6,4 ± 1,2	< 0,0001*
R2	35	4,0 ± 1,7	5,7 ± 1,6	0,002*
R3	42	4,6 ± 1,2	6,2 ± 1,1	< 0,0001*
R4	16	4,7 ± 1,4	5,9 ± 1,0	0,009*
R5	8	5,0 ± 1,6	6,2 ± 0,5	0,06
R6	3	5,2 ± 1,2	5,7 ± 0,6	0,55
Total	143	4,4 ± 1,6	6,0 ± 1,3	< 0,0001*

[1] Média das notas obtidas com questionário elaborado pelos autores com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação.
* Valores apresentados como média ± desvio padrão e acessados com teste *t* de *Student* pareado.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

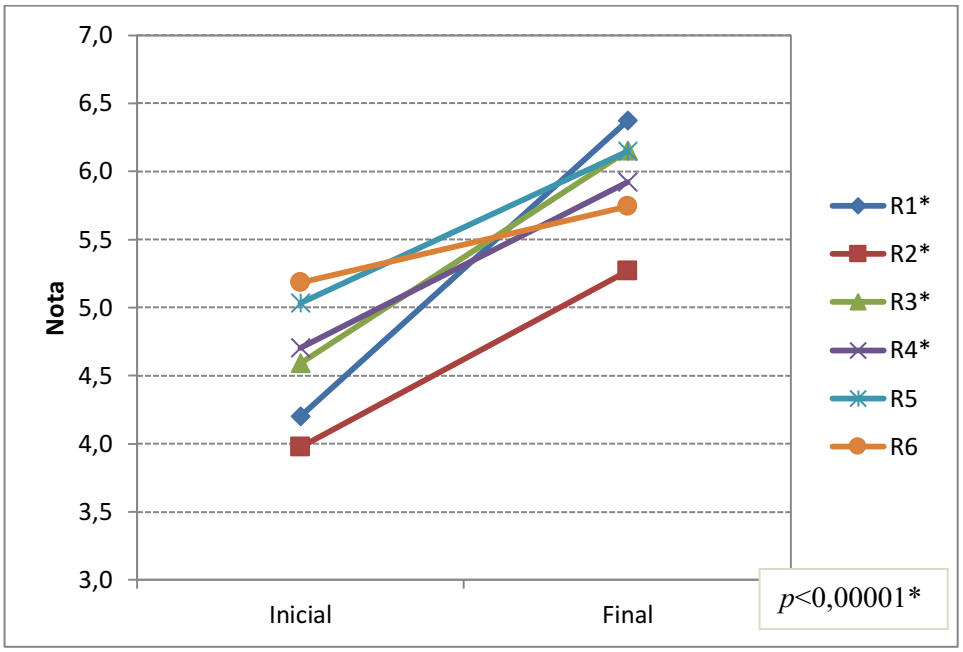


Figura 11. Média das notas iniciais, finais e evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Eixo *y* indica a média das notas obtidas com questionário elaborado pelos autores com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação. O eixo *x* apresenta as médias das notas na prova inicial (antes do início do Curso) e final (após a conclusão do Curso). Comparação entre as médias das notas inicial e final dos residentes do primeiro ano de medicina - R1 (p<0,0001); R2 (p=0,002); R3 (p<0,0001); R4 (p=0,009); R5 (p=0,06) e R6 (p=0,55). Comparação das médias das notas das provas inicial e final de todos os participantes, p<0,0001. Valores acessados com o teste *t* de *Student*.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Tabela 5. Média da evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

Momento	Ano de residência	N	Média ± DP[2]	Valor de *p*[3]	Comparações[4]
Evolução	R1	39	2,2 ± 1,6		R1>R2 (p=0,01)
	R2	35	1,7 ± 1,8		R1>R4aR6 (p=0,01)
	R3	42	1,6 ± 1,2		R1=R3 (p=0,06)
	R4 a R6	27	1,1 ± 1,2	0,017*	R2=R3=R4aR6 (p>0,21)

[1] Média das notas obtidas com questionário elaborado pelos autores com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação.
[2] Desvio Padrão.
[3] Análise de variância para um fator, ANOVA.
[4] Análise de comparações múltiplas pelo método de *Tukey*.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Não foram observadas diferenças entre as notas das provas inicial e final dos residentes, de acordo com o hospital de origem (conveniado ou não), para a pesquisa. A média das notas iniciais dos 123 alunos de hospitais conveniados foi de 4,3 ± 1,5 e os 20 provenientes de hospitais não conveniados obtiveram nota média de 4,8 ± 1,1, p=0,09. A média das notas finais dos alunos de hospitais conveniados foi de 6,0 ± 1,3 (notas finais) e dos 20 provenientes de hospitais não conveniados foi 5,7 ± 1,3, p=0,33. No entanto, o grupo de hospitais conveniados teve maior evolução em relação aos alunos de hospitais não conveniados (1,69 ± 1,54 *versus* 0,90 ± 1,01, respectivamente, p=0,005) (Tabela 6).

Quanto ao sexo, nas provas iniciais, a média da nota foi maior no grupo masculino em relação ao feminino (5,19 ± 1,46 *versus* 4,27 ± 1,44, respectivamente, p=0,02). Entretanto, não houve diferença nas notas finais nem na evolução das notas quanto ao sexo dos participantes (Tabela 6 e Figura 12).

Tabela 6. Média das notas iniciais/finais nas provas e evolução dos 143 médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, participantes do Curso de Sexologia *online*, de acordo com sexo e hospital de origem

	Média	DP[1]	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	N	Valor de p^2
Prova Inicial									
Hospital									
Conveniado	4,32	1,52	0,28	3,33	4,72	5,56	6,67	123	
Não conveniado	4,79	1,05	2,50	4,24	5,00	5,49	6,67	20	0,09
Sexo									
Feminino	4,27	1,44	0,28	3,33	4,72	5,28	6,67	125	
Masculino	5,19	1,46	1,94	4,24	5,56	6,39	6,67	18	0,02*
Prova Final									
Hospital									
Conveniado	6,01	1,28	1,39	5,28	6,39	6,94	8,33	123	
Não conveniado	5,69	1,33	1,94	5,00	5,69	6,60	8,06	20	0,34
Sexo									
Feminino	5,91	1,27	1,39	5,14	6,11	6,67	8,33	125	
Masculino	6,34	1,36	1,94	6,32	6,67	7,01	7,78	18	0,21
Evolução									
Hospital									
Conveniado	1,69	1,54	-1,39	0,56	1,39	2,50	6,39	123	
Não conveniado	0,90	1,01	-0,83	0,07	0,97	1,81	2,78	20	0,005*
Sexo									
Feminino	1,64	1,52	-1,39	0,56	1,39	2,50	6,39	125	
Masculino	1,16	1,29	-0,83	0,21	1,25	1,67	4,17	18	0,16

[1] Desvio Padrão.
***** Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras independentes.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

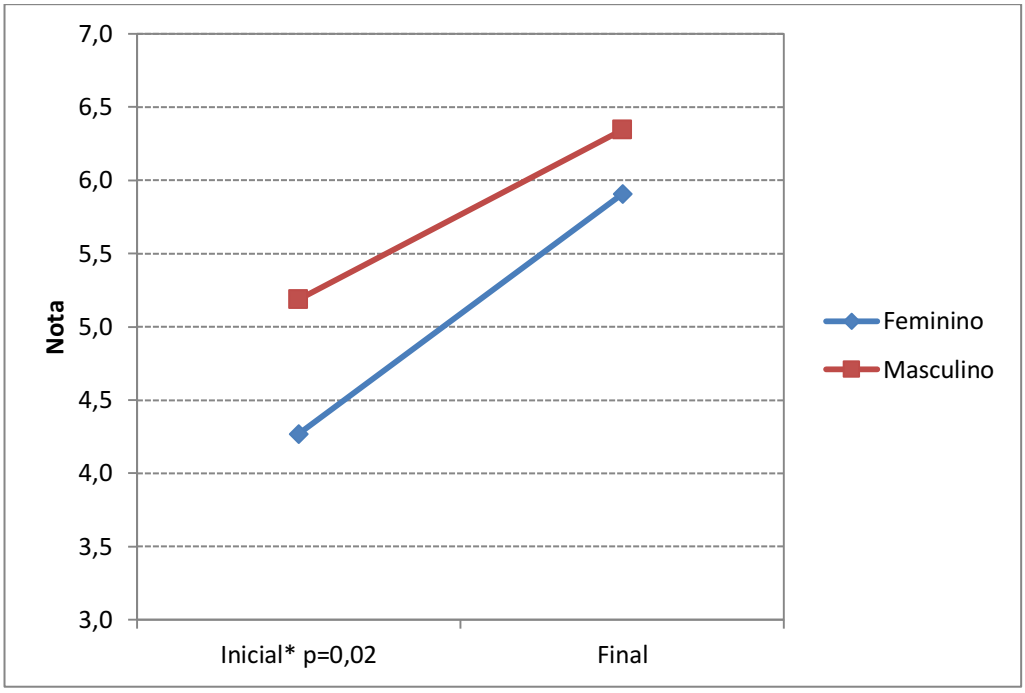


Figura 12. Comparação das médias das notas iniciais e finais de 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*, quanto ao sexo.
Eixo *y* indica a média das notas obtidas com questionário elaborado pelos autores com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação. O eixo *x* apresenta a média das notas na prova inicial (antes do início do Curso) e final (após a conclusão do Curso). Comparação entre residentes do sexo masculino e feminino na prova inicial, p=0,02. Comparação entre residentes do sexo masculino e feminino na prova final, p=0,21. Comparação entre a evolução da média das notas entre os grupos feminino e masculino no início e ao término do Curso, p=0,16. Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras independentes.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A Tabela 7 mostra a distribuição dos acertos de cada questão das provas inicial e final, de conhecimento técnico dos 143 médicos residentes que completaram o Curso.

Nas notas finais, houve maior número de acertos nos seguintes temas, em relação às notas iniciais dos residentes: endocrinologia (testosterona e estrógeno); fisiologia (estímulo sexual); diagnóstico (exame subsidiário); gravidez; sexualidade masculina; psicologia na gravidez; disfunção sexual feminina (DSF)/tratamento/depressão e disfunção sexual (DS) na gravidez (Tabela 7).

O número de acerto nas quatro questões, aplicadas ao final de cada aula, foi comparado em três momentos: antes do início do Curso (Prova Inicial), pós-aula e ao término (Prova Final). Houve diferença significativa nesses três momentos quanto ao conteúdo da aula 1 à aula 8, $p<0,0001$ (após a aula 9, as 4 questões foram respondidas somente na Prova Final). Também houve diferença significativa na comparação do acerto das questões antes do início do Curso e no pós-aula: aulas 1, 2, 3, 4, 5 e 7, $p<0,0001$, bem como nas aulas 6 e 8, $p=0,0001$. Quando comparados os acertos das questões nas provas inicial e final, houve diferença significativa nas aulas 1, 3, 4, 5, 7 e 8, $p<0,0001$, assim como na aula 6, $p=0,0001$. Finalmente, quando comparados os acertos no pós-aula e prova final, houve diferença nas questões conforme segue: Aula 1 ($p=0,0001$); Aula 2 ($p=0,0002$) e Aula 3 ($p=0,02$) (Tabela 8 e Figura 13).

Tabela 7. Distribuição dos acertos de cada questão das provas inicial e final sobre sexualidade na gestação, dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

	Inicial		Final			Tema da questão
Questão	**Acerto**	**%**	**Acerto**	**%**	**Valor de *p*[1]**	
Q01	54	37,8	51	35,7	0,71	História Kinsey
Q02	23	16,1	31	21,7	0,23	História Master
Q03	42	29,4	36	25,2	0,43	Kaplan
Q04	54	37,8	68	47,6	0,09	Fisiologia – Anatomia
Q05	38	26,6	57	39,9	0,02*	Endócrino – testosterona
Q06	71	49,7	57	39,9	0,09	Endócrino- ocitocina e prolactina
Q07	29	20,3	60	42,0	0,00*	Fisiologia – estímulo sexual
Q08	67	46,9	86	60,1	0,02*	Endócrino – estrógeno
Q09	30	21,0	77	53,8	0,00*	Diagnóstico
Q10	43	30,1	76	53,1	0,00*	Diagnóstico
Q11	44	30,8	77	53,8	0,00*	Diagnóstico
Q12	41	28,7	25	17,5	0,02*	Diagnóstico – exame subsidiário
Q13	27	18,9	47	32,9	0,01*	Gravidez
Q14	29	20,3	53	37,1	0,001*	Gravidez
Q15	38	26,6	44	30,8	0,43	Gravidez
Q16	60	42,0	78	54,5	0,03*	Gravidez
Q17	48	33,6	52	36,4	0,62	Sexualidade masculina
Q18	53	37,1	81	56,6	0,001*	Sexualidade masculina
Q19	0	0,0	18	12,6	0,00*	Sexualidade masculina
Q20	23	16,1	38	26,6	0,03*	Sexualidade masculina
Q21	52	36,4	79	55,2	0,001*	Psicologia da gravidez
Q22	57	39,9	82	57,3	0,003*	Psicologia da gravidez
Q23	54	37,8	80	55,9	0,002*	Psicologia da gravidez
Q24	72	50,3	87	60,8	0,07	Psicologia da gravidez
Q25	38	26,6	69	48,3	0,00*	DSF/tratamento/depressão
Q26	21	14,7	45	31,5	0,001*	DSF/tratamento/depressão
Q27	32	22,4	66	46,2	0,00*	DSF/tratamento/depressão
Q28	17	11,9	43	30,1	0,00*	DSF /tratamento/depressão
Q29	58	40,6	69	48,3	0,19	Fisioterapia assoalho pélvico
Q30	50	35,0	57	39,9	0,39	Fisioterapia assoalho pélvico
Q31	27	18,9	16	11,2	0,07	Fisioterapia assoalho pélvico
Q32	57	39,9	69	48,3	0,15	Fisioterapia assoalho pélvico
Q33	17	11,9	41	28,7	0,00*	DS na gravidez
Q34	28	19,6	33	23,1	0,47	DS na gravidez
Q35	35	24,5	41	28,7	0,42	DS na gravidez
Q36	68	47,6	82	57,3	0,10	DS na gravidez

[1] Valores acessados com teste de 2 proporções com aproximação normal.

DSF – Disfunção sexual feminina.

DS – Disfunção sexual.

Fonte: Arquivo pessoal da autora

Tabela 8. Média dos acertos nas questões[1] de cada aula em três momentos: inicial, pós-aula e final, dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

	Momento			Valor de *p*			
Aula	**Inicial**	**Pós-aula**	**Final**	**Inicial x Pós x Final[2]**	**Inicial x Pós[3]**	**Inicial x Final[3]**	**Pós x Final[3]**
Aula 1	1,55 ± 0,77	2,45 ± 1,04	2,04 ± 1,05	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,0001*
Aula 2	2,06 ± 0,98	2,52 ± 0,80	2,13 ± 1,03	<0,0001*	<0,0001*	0,71	0,0002*
Aula 3	1,17 ± 0,97	2,59 ± 1,11	2,29 ± 1,16	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,02*
Aula 4	2,45 ± 1,38	3,41 ± 0,91	3,44 ± 0,91	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,96
Aula 5	1,28 ± 0,92	1,95 ± 0,86	1,91 ± 0,86	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,89
Aula 6	1,75 ± 1,22	2,26 ± 1,23	2,25 ± 1,15	<0,0001*	0,0001*	0,0001*	1,00
Aula 7	1,58 ± 0,97	2,63 ± 0,96	2,62 ± 0,89	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	1,00
Aula 8	2,17 ± 1,24	2,62 ± 0,93	2,76 ± 0,89	<0,0001*	0,0001*	<0,0001*	0,40
Aula 9	1,79 ± 1,02		2,01 ± 1,01	0,03*		0,07	

[1]Acerto de 0 a 4 questões referentes a cada aula.
[2] Valores acessados com teste de Análise de Variância (ANOVA).
[3]Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras dependentes.
Todos os valores são expressos em média ± desvio padrão.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

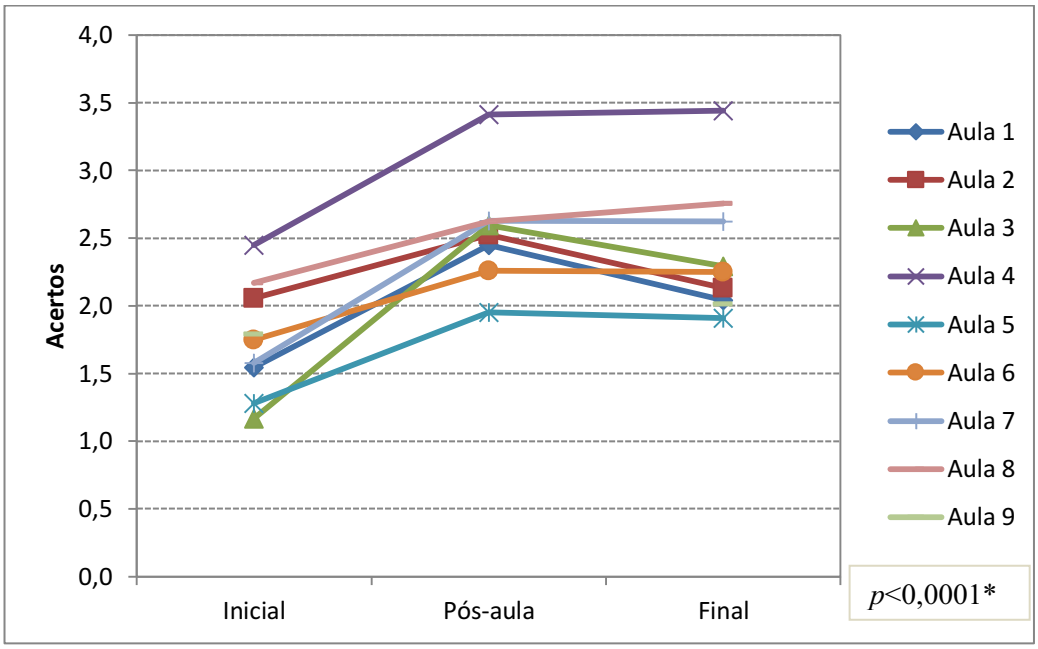


Figura 13. Média dos acertos das questões de cada aula em três momentos: inicial, pós-aula e final, de 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Eixo *y* indica o número médio de acertos obtidos nas 4 questões elaboradas pelos professores do Curso, para cada aula. O eixo *x* apresenta a média dos acertos nas questões na prova inicial (antes do início do Curso), no pós-aula e na prova final (após a conclusão do Curso). Comparação entre as médias de acertos nas questões das aulas de 1 a 8, nos três momentos (inicial, pós-aula e final), *p<0,0001.* Valores acessados com teste de Análise de Variância (ANOVA).
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Na Tabela 9, pode ser observada a análise temática do conhecimento técnico das questões sexuais de pacientes obstétricas em três dimensões, conforme segue: Dimensão 1 (Fundamentos básicos): História da sexualidade e anatomofisiologia da resposta sexual (Questões 01 a 08); Dimensão 2 (Diagnóstico no Ciclo Gravídico Puerperal): Sintomas de disfunção sexual feminina e masculina no Ciclo Gravídico Puerperal (Questões 13 a 20) e Dimensão 3 (Condução do caso clínico): Anamnese e tratamentos das disfunções sexuais (Questões 09 a 12 e 21 a 36).

Nas três dimensões avaliadas, as notas finais foram significativamente mais altas que as iniciais (p<0,0001). Quando comparadas as três dimensões

entre si, quanto à evolução, a Dimensão 1 mostrou maior evolução do que a Dimensão 3, *p*=0,001 (Figura 14).

Houve diferença significativa na comparação da evolução entre as dimensões (*p*=0,02). A Dimensão 1 teve valor de evolução semelhante à Dimensão 2 (*p*=0,22), mas superior à Dimensão 3 (*p*=0,001). A Dimensão 2 e 3 tiveram valor de evolução semelhante (*p*=0,15) (Figura 14).

Tabela 9. Média das notas iniciais, finais e evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

	Momento	Média	DP[1]	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de *p*
Dimensão 1[2]	Pré-curso	4,95	2,24	0,00	3,75	5,00	6,25	10,00	
	Final	5,96	1,78	1,25	5,00	6,25	7,50	10,00	*p*<0,0001*
	Evolução	1,01	2,47	-5,00	0,00	1,25	2,50	8,75	
Dimensão 2[3]	Pré-curso	3,79	2,25	0,00	2,50	3,75	5,00	8,75	
	Final	5,20	2,02	0,00	3,75	5,00	6,25	8,75	*p*<0,0001*
	Evolução	1,42	2,66	-5,00	0,00	1,25	2,50	8,75	
Dimensão 3[4]	Pré-curso	4,40	1,38	0,50	3,50	4,50	5,50	7,50	
	Final	6,27	1,58	2,00	5,50	6,50	7,50	9,00	*p*<0,0001*
	Evolução	1,87	1,73	-1,50	0,50	2,00	3,00	6,00	

[1] Desvio Padrão.
[2] Fundamentos Básicos.
[3] Diagnóstico no Ciclo Gravídico e Puerperal.
[4] Condução do Caso Clínico.
*Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras dependentes.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

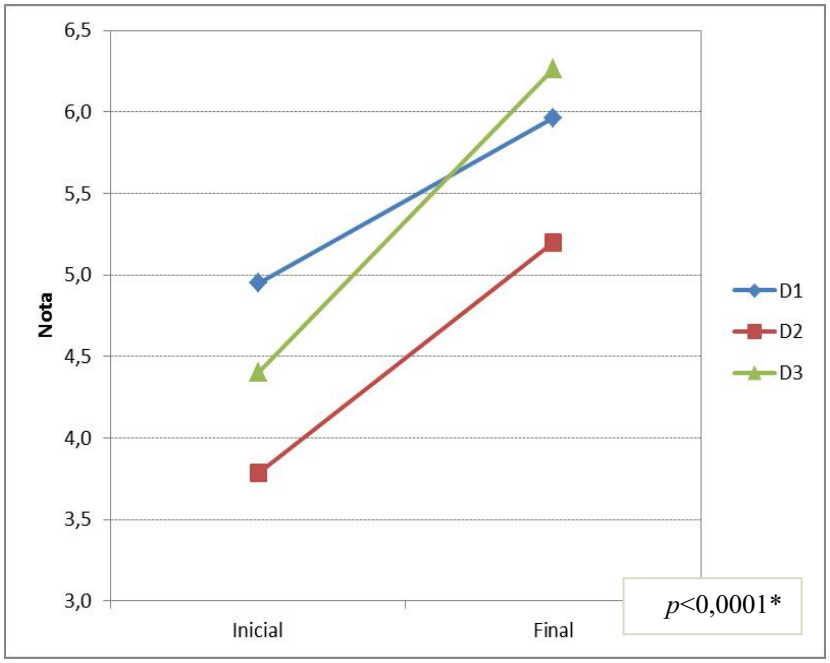


Figura 14. Média das notas iniciais e finais por dimensões dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*.
Eixo *y* indica a média das notas obtidas com questionário elaborado pela pesquisadora principal com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação. A dimensão 1 (D1) refere-se aos Fundamentos Básicos em Sexologia. A dimensão 2 (D2) refere-se ao Diagnóstico de Sintomas de Disfunção Sexual no Ciclo Gravídico e Puerperal. A dimensão 3 (D3) refere-se à Condução do Caso Clínico em Sexologia na Gestação. O eixo *x* apresenta a média das notas na prova inicial (antes do início do Curso) e final (após a conclusão do Curso). Comparação entre D1, D2 e D3 na prova inicial e final, $p<0,0001$. Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras dependentes. Comparação da evolução entre as dimensões, $p=0,02$. Dimensão 1 *vs*. Dimensão 2, $p=0,22$. Dimensão 1 *vs*. Dimensão 3, $p=0,001$, Dimensão 2 *vs*. Dimensão 3, $p=0,15$. Valores acessados com teste de Análise de Variância (ANOVA), com comparações múltiplas pelo método de *Tukey*.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Quanto à evolução dos alunos por dimensão, não houve diferença entre os R1, R2, R3 e R4 a R6 na Dimensão 1 (Fundamentos Básicos). Entretanto, na Dimensão 2 (Diagnóstico no Ciclo Gravídico Puerperal - CGP), os R1 tiveram maior evolução que os R2, $p=0,05$. Já na Dimensão 3 (Condução do Caso Clínico), os R1 tiveram maior evolução que os R3, $p=0,03$ e que o grupo de R4 a R6, $p=0,005$ (Tabela 10 e Figura 15).

Tabela 10. Evolução na nota de 0 a 10 dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*

Dimensão	Ano de residência	Média ± DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	N	Valor de *p*[1]	Comparações[2]
1. Fundamentos básicos	R1	1,03 ± 2,47	-3,75	-1,25	1,25	2,50	6,25	39	0,39	
	R2	1,39 ± 2,76	-5,00	0,00	1,25	3,75	8,75	35		
	R3	1,13 ± 2,37	-5,00	0,00	1,25	2,50	6,25	42		
	R4 a R6	0,32 ± 2,21	-2,50	-1,25	0,00	1,25	6,25	27		
2. Diagnóstico no CGP[3]	R1	2,28 ± 2,88	-5,00	0,00	2,50	3,75	8,75	39	0,04*	R1>R2, *p*=0,05*
	R2	0,68 ± 2,65	-3,75	-1,25	0,00	2,50	6,25	35		R1=R3=R4aR6, *p*>0,15
	R3	1,04 ± 2,44	-3,75	0,00	1,25	2,50	7,50	42		R2=R3=R4aR6, *p*>0,41
	R4 a R6	1,71 ± 2,41	-3,75	0,00	1,25	3,75	6,25	27		
3. Condução do caso clínico	R1	2,59 ± 1,87	-1,00	1,00	3,00	4,00	6,00	39	0,006*	R1>R2, *p*=0,03*
	R2	1,50 ± 1,82	-1,50	0,00	2,00	3,00	5,00	35		R1>R4-R6, *p*=0,005*
	R3	1,94 ± 1,47	-1,00	1,00	2,00	2,63	5,50	42		R1=R3, *p*=0,30
	R4 a R6	1,19 ± 1,42	-1,00	0,00	1,50	2,00	4,00	27		R2=R3=R4-6, *p*>0,26

[1] Valores acessados com teste de Análise de Variância (ANOVA).
[2] Teste de comparações múltiplas *Tukey*, por ano de Residência.
[3] Ciclo gravídico puerperal.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

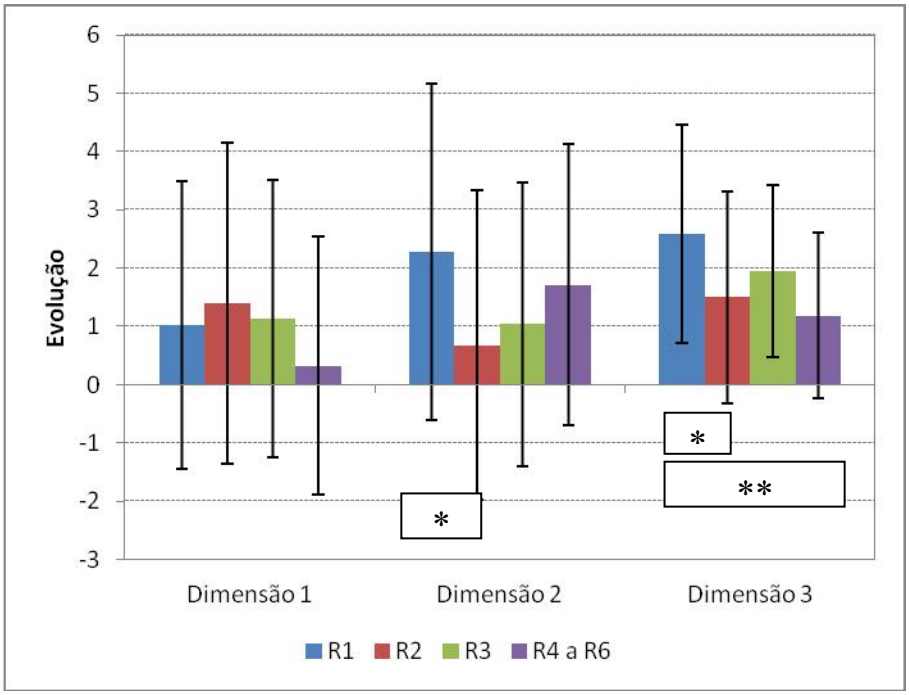


Figura 15. Evolução dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, no Curso de Sexologia *online*
Eixo *y* indica a evolução nas médias das notas dos participantes (nota final subtraída da nota inicial). As notas foram obtidas com questionário elaborado pela pesquisadora principal com 36 questões. O escore total varia de 0 a 10, com maiores escores indicando maior conhecimento sobre sexualidade na gestação. O eixo *x* apresenta a evolução dos residentes por dimensão: dimensão 1 (D1) refere-se aos Fundamentos Básicos em Sexologia. A dimensão 2 (D2) refere-se ao Diagnóstico de Sintomas de Disfunção Sexual no Ciclo Gravídico e Puerperal. A dimensão 3 (D3) refere-se à Condução do Caso Clínico em Sexologia na Gestação. Comparação por dimensão e por ano de residência: Dimensão 1, p=0,39; Dimensão 2, p=0,04 e Dimensão 3 p=0,006. Valores acessados com teste de Análise de Variância (ANOVA).
Fonte: Arquivo pessoal da autora

Os acertos das questões iniciais e após cada aula, dos 36 alunos com curso incompleto, podem ser observados na Tabela 11 e Figura 16. Houve evolução positiva quanto ao acerto das questões comparando as respostas na prova inicial, conforme segue:

Aula 1: Com 35 residentes, a média de acerto de questões foi de 1,46 ± 0,70 *versus* 2,49 ± 1,04, prova inicial e pós-aula, respectivamente, p=0,0002.

Aula 2: Com 24 residentes, a média de acerto de questões foi de 1,88 ± 0,95 *versus* 2,63 ± 0,71, prova inicial e pós-aula, respectivamente, p=0,002.

Aula 3: Com 17 residentes, a média de acerto de questões de 1,35 ± 1,00 *versus* 3,00 ± 1,00, prova inicial e pós-aula, respectivamente, p=0,0003.

Aula 4: Com 13 residentes, a média de acerto de questões foi de 2,77 ± 1,36 *versus* 3,77 ± 0,44, *p*=0,04.

Tabela 11. Média de acertos das questões iniciais e após cada aula dos 36 alunos desistentes do Curso de Sexologia *online*

Aula	Inicial	Pós-aula	N	Valor de *p*[1]
Aula 1	1,46 ± 0,70	2,49 ± 1,04	35	0,0002*
Aula 2	1,88 ± 0,95	2,63 ± 0,71	24	0,002*
Aula 3	1,35 ± 1,00	3,00 ± 1,00	17	0,0003*
Aula 4	2,77 ± 1,36	3,77 ± 0,44	13	0,04*
Aula 5	2,00 ± 0,89	2,00 ± 0,89	6	1,00
Aula 6	3,25 ± 0,96	3,25 ± 0,96	4	1,00
Aula 7	2,00 ± 1,41	2,00 ± 0,00	2	1,00

[1] Valores apresentados como média ± desvio padrão e acessados com teste *t* de *Student* para amostras dependentes.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

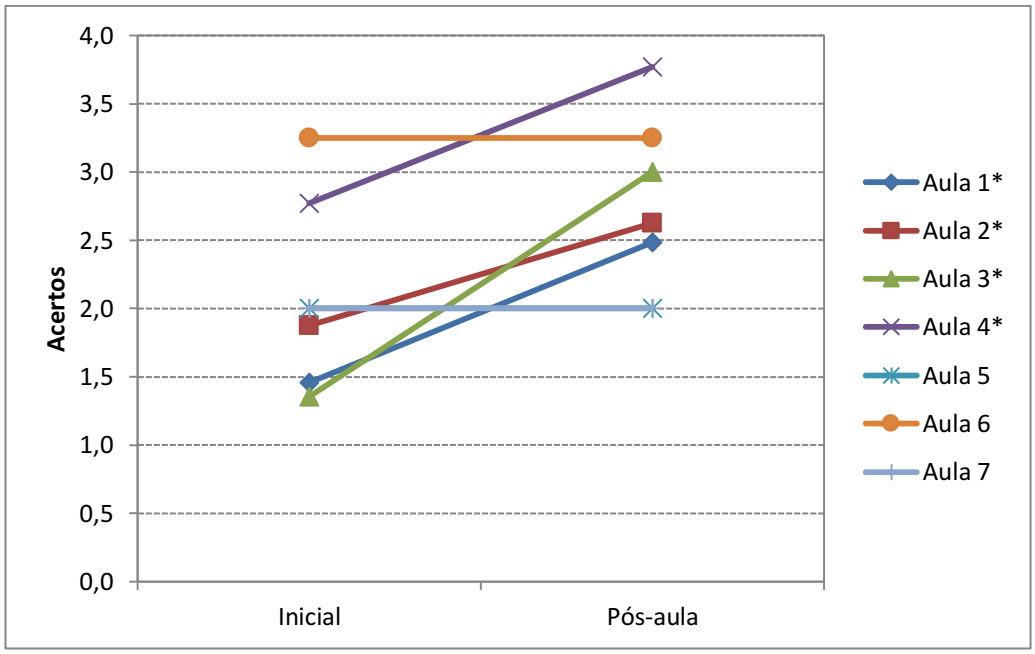


Figura 16. Média de acertos das questões iniciais e após cada aula dos 36 alunos desistentes no Curso de Sexologia *online*.
O eixo *y* mostra a média do número de acertos nas quatro questões elaboradas pelos professores do Curso. O eixo *x* indica a evolução dos alunos antes do início do Curso até a aula com conteúdo correspondente. Aula 1, *p*=0,0002; Aula 2, *p*=00,2; Aula 3, *p*=0,0003; Aula 4, *p*=0,04; Aula 5, *p*=1,00; Aula 6, *p*=1,00 e Aula 7, *p*=1,00. Valores acessados com teste *t* de *Student* para amostras dependentes.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

A Tabela 12 e a Figura 17 mostram a avaliação do Curso feita pelos 143 participantes que o concluíram. A maioria classificou os seguintes itens como "igual ao esperado": tecnologia (53,8%); cumprimento do cronograma (37,1%); programação científica (39,9%); capacitação dos professores (40,6%); fazer com que os alunos se sintam seguros durante as aulas (43,4%); interação entre os discentes (47,6%) e biblioteca compatível com o Curso (39,9%). Dos itens classificados como "acima do esperado", pela maioria dos alunos, estão: clareza de informações (51,7%) e *homepage* (40,6%); cumprimento do conteúdo programático (37,1%); comportamento adequado dos professores (39,9%); confiança profissional (36,4%); experiência satisfatória com *e-learning* (48,3%); conhecimento globalizado (44,1%); complementação do currículo com educação à distância – EAD (40,6%); expectativa atingida (45,5%); utilidade (44,8%); recomendação (41,3%); e qualidade geral (55,9%) do Curso. Finalmente, a maioria dos residentes assinalou "bem acima do esperado" para disponibilidade dos professores (48,3%), e economia de tempo e dinheiro (39,2%).

Tabela 12. Avaliação do Curso *online* de Sexologia, de acordo com a opinião dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia

Questão[1]	Bem abaixo do esperado nota 1		Abaixo do esperado nota 2		Igual ao esperado nota 3		Acima do esperado nota 4		Bem acima do esperado nota 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tangibilidade										
1. Manter os alunos bem informados sobre o Curso	0	0,0	2	1,4	30	21,0	74*	51,7	37	25,9
2. *Homepages* atraentes e claras	1	0,7	6	4,2	50	35,0	58*	40,6	28	19,6
3. Disponibilidade em atender o aluno	2	1,4	0	0,0	16	11,2	56	39,2	69*	48,3
Confiabilidade										
4. Recursos tecnológicos	1	0,7	9	6,3	77*	53,8	38	26,6	18	12,6
5. Fornecer o Curso conforme o prometido	0	0,0	2	1,4	47	32,9	53*	37,1	41	28,7
6. Oferta de módulos conforme calendário	0	0,0	1	0,7	53*	37,1	41	28,7	48	33,6
7. Programação científica para a capacitação profissional	3	2,1	3	2,1	57*	39,9	53	37,1	27	18,9
8. Professores capacitados	2	1,4	2	1,4	58*	40,6	47	32,9	34	23,8
Presteza										
9. Professores com comportamento profissional	0	0,0	3	2,1	49	34,3	57*	39,9	34	23,8
10. Professores que inspiram confiança	1	0,7	7	4,9	51	35,7	52*	36,4	32	22,4
11. Fazer com que os alunos se sintam seguros durante as aulas	0	0,0	4	2,8	62*	43,4	50	35,0	27	18,9
Segurança										
12. *E-learning* como recurso educacional	0	0,0	2	1,4	53	37,1	69*	48,3	19	13,3
13. Interação entre os participantes	2	1,4	19	13,3	68*	47,6	36	25,2	18	12,6
14. Globalização do conhecimento	1	0,7	1	0,7	50	35,0	63*	44,1	28	19,6
15. Economia de tempo e dinheiro	3	2,1	2	1,4	30	21,0	52	36,4	56*	39,2

continua

conclusão

Tabela 12. Avaliação do Curso *online* de Sexologia, de acordo com a opinião dos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia

Questão[1]	**Bem abaixo do esperado nota 1**		**Abaixo do esperado nota 2**		**Igual ao esperado nota 3**		**Acima do esperado nota 4**		**Bem acima do esperado nota 5**	
Empatia										
16. Telemedicina complementa o currículo médico?	0	0,0	0	0,0	33	23,1	58*	40,6	52	36,4
17. Acervo da biblioteca compatível com as exigências do Curso	1	0,7	4	2,8	57*	39,9	44	30,8	37	25,9
18. A sua expectativa foi atingida?	1	0,7	5	3,5	34	23,8	65*	45,5	38	26,6
19. Utilidade do Curso para a capacitação profissional	0	0,0	4	2,8	38	26,6	64*	44,8	37	25,9
20. Você recomendaria o Curso?	0	0,0	1	0,7	26	18,2	59*	41,3	57	39,9
21. Qualidade geral do Curso	0	0,0	0	0,0	10	7,0	80*	55,9	53	37,1

[1] Respostas obtidas em questionário elaborado com base no questionário SERVQUAL[79]. O escore total varia de 20 a 100 pontos, com maiores escores indicando melhor qualidade do Curso.

* Opção mais frequente

Fonte: Arquivo pessoal da autora

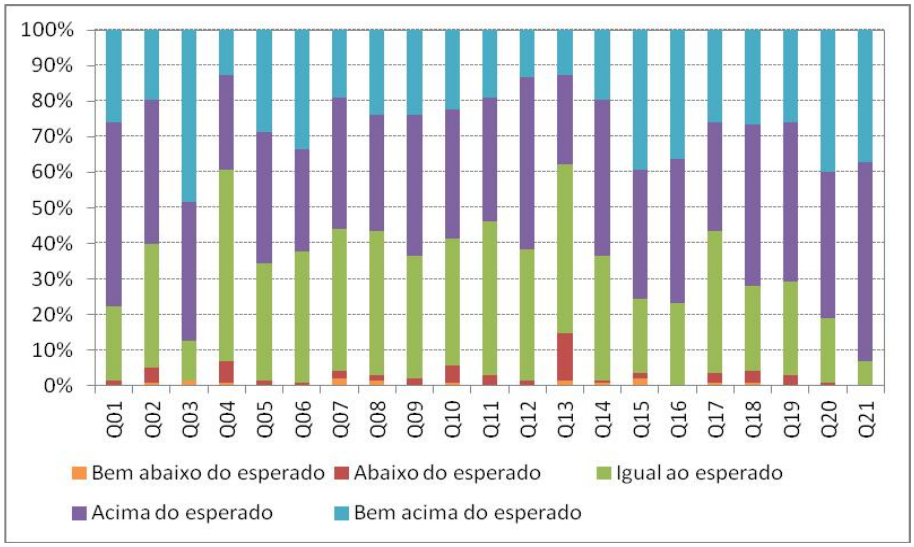


Figura 17. Avaliação da qualidade do Curso *online* de Sexologia feita por 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia.
O eixo *y* indica o percentual de alunos que avaliou a qualidade da intervenção educacional recebida. Respostas obtidas em questionário elaborado com base no questionário SERVQUAL[79]. O escore total varia de 20 a 100 pontos, com maiores escores indicando melhor qualidade do Curso. O eixo *x* indica os parâmetros avaliados: Tangibilidade (Questões 1 a 3); Confiabilidade (Questões 4 a 8); Presteza (Questões 9 a 11); Segurança (Questões 12 a 15); Empatia (Questões 16 a 20) e Qualidade Geral do Curso (Questão 21).
Fonte: Arquivo pessoal da autora

As respostas de avaliação do Curso foram agrupadas quanto aos domínios avaliados em relação à qualidade da prestação de serviço: tangibilidade, presteza, confiabilidade, segurança e empatia. Todas as médias ficaram acima de 3,5 entre "Igual ao esperado" e "Acima do esperado"; presteza teve a maior média de resultados; tangibilidade obteve a média mais baixa e as variabilidades dos domínios foram parecidas (Tabela 13 e Figura 18).

Como podemos ver na Tabela 13, as variáveis de avaliação do Curso *online* de Sexologia se apresentam da seguinte maneira: Tangibilidade<confiabilidade, presteza, segurança, empatia, $p<0,0002$. Confiabilidade=segurança=empatia, $p>0,50$. Confiabilidade, segurança, empatia<presteza, $p<0,01$. Valores acessados por teste de comparação múltipla pelo método de *Tukey*.

Tabela 13. Avaliação da qualidade do Curso feita pelos 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia, do Curso de Sexologia *online*

Variável	Média* ± Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Tangibilidade	3,66 ± 0,67	1,67	3,00	3,67	4,00	5,00
Confiabilidade	3,83 ± 0,69	2,20	3,40	3,80	4,40	5,00
Presteza	4,04 ± 0,62	2,00	3,67	4,00	4,33	5,00
Segurança	3,85 ± 0,68	2,00	3,25	3,75	4,25	5,00
Empatia	3,90 ± 0,59	2,80	3,40	3,80	4,40	5,00

Respostas obtidas em questionário elaborado com base no questionário SERVQUAL[79]. O escore total varia de 20 a 100 pontos, com maiores escores indicando melhor qualidade do Curso (vide tabela 12).
* Os valores representam os escores médios dos respondentes sobre os parâmetros avaliados pelo instrumento.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

O instrumento de avaliação de qualidade do Curso de Sexologia *online* apresenta uma boa consistência interna (Figura 18).

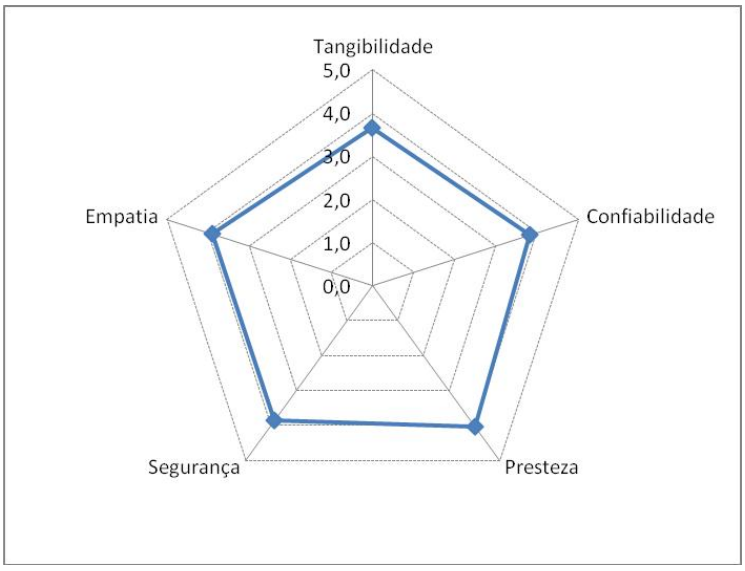


Figura 18. Avaliação da qualidade do Curso *online* de Sexologia feita por 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia.
O valor de alfa de *Cronbach* para o instrumento foi de 0,942, indicando boa consistência interna. Comparação entre os parâmetros: empatia, segurança, presteza, confiabilidade e tangibilidade, $p<0,0001$. Valor acessado com teste de Análise de Variância para medidas repetidas (ANOVA). A linha azul representa o escore médio dos respondentes no questionário de avaliação de qualidade do Curso.
Fonte: Arquivo pessoal da autora

6 DISCUSSÃO

Há um tempo em que é preciso
Abandonar as roupas usadas, que já tem
a forma do nosso corpo, e esquecer os
nossos caminhos, que nos levam sempre
aos mesmos lugares. É o tempo da
travessia: e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem
de nós mesmos
Fernando Pessoa

É com muita satisfação que apresentamos o presente trabalho, pois representa uma etapa importante nas pesquisas da autora sobre o tema de sexualidade, iniciado a partir de 2007.

Depois de alguns anos de formada, esta pesquisadora identificou uma lacuna na prática clínica que era o embaraço para responder às questões sobre sexualidade, no serviço público e na clínica privada. Finalmente, com 21 anos de formada, a autora completa o Curso de Especialização em Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O trabalho de conclusão desse Curso foi uma revisão de literatura sobre o ensino de sexualidade nas escolas médicas. Constatou-se existir falha no ensino da sexualidade, na maioria dos serviços estudados, e que essa realidade é generalizada em grande parte dos serviços ao redor do mundo.[32, 33, 39, 42, 43, 45, 46]

Assim sendo, surgiu o questionamento sobre qual seria o comportamento, diante de questões sobre sexualidade, dos alunos que cursavam a residência médica na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), serviço ao qual a pesquisadora pertence desde 1989.

Realizamos, então, uma pesquisa anterior[27], com 154 residentes médicos de três áreas: Clínica Médica, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia, sobre treinamento, atitude e prática em questões de sexualidade. Essas especialidades foram escolhidas por serem as que têm maior probabilidade de

se depararem com questionamentos sobre o assunto. Verificamos, nesse estudo, que menos de 25% dos participantes diziam ter segurança total em atender pacientes com dúvidas sobre o tema. E, quando questionados sobre a causa dessa falta de segurança, a maioria (70%) afirmou que era devido à falta de conhecimento técnico sobre sexualidade. Verificamos, ainda, que a grande maioria afirmou acreditar que pacientes com tais questões deveriam ser encaminhadas ao ginecologista, apesar de não termos encontrado diferenças quanto ao nível de conhecimento sobre o tema entre as diferentes especialidades. Isso nos mostrou que mesmo os ginecologistas não se sentiam preparados para lidar com questões sexuais de pacientes durante a gravidez.

Diante desse cenário, procuramos algumas formas de contemplar melhor o tema sexualidade na residência médica de Ginecologia e Obstetrícia, na UNIFESP-EPM. Escolhemos começar pela residência, já que essa seria a última oportunidade de transmitir esse conhecimento, antes que a turma terminasse e entrasse no mercado de trabalho. Inicialmente, em 2009, elaboramos um curso presencial e semanal, com duração de um ano, no qual fizemos um estudo de todo o conteúdo de sexologia em formato de aula expositiva e discussão de caso clínico. Participaram médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O assunto de cada aula era previamente estudado pelos alunos participantes de acordo com a bibliografia referida. As aulas foram ministradas pelo grupo de Sexologia do Hospital Pérola Byington. Embora o Curso tenha sido montado visando à melhoria do ensino para os residentes, nenhum deles participou.

A seguir, em 2010, depois dessa experiência, concluímos que durante a semana ficaria difícil o comparecimento dos residentes, e, sendo assim, realizamos um Workshop de Sexologia em um sábado, com a presença de

98 pessoas das mais diversas áreas¸ bem como da maioria dos professores do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM. Foi um evento que contou com a presença de professores convidados de outros serviços, ministrando aulas e coordenando mesas redondas. A troca de experiências foi riquíssima, no entanto contamos com a presença de somente três residentes. Quando perguntado o motivo da ausência, a grande maioria justificou o não comparecimento por terem realizado plantões ou, ainda, outros afazeres. Vale ressaltar que o dia da semana e o formato de curso foram sugeridos pelos próprios residentes.

Concluímos que, na forma presencial, seria difícil contar com a presença dos residentes de GO no Curso de Sexologia. Optamos, então, por um curso não presencial, na forma *online*. Procuramos seguir orientações para a construção de estratégias fundamentais que visam à promoção de interações e atitudes para o melhor desempenho dos alunos.[77] Segundo Hirumi[77], as experiências de professores pelo método tradicional, o presencial, não garantem eficiência no Curso à distância, cabendo, ainda, ao educador a tarefa de planejar e administrar as interações entre os alunos, dispondo do uso da tecnologia. Para isso, o autor desenvolveu estratégias a serem seguidas, mantendo três níveis de interações e cinco passos para aplicação de modelo direcionado ao educador sobre como elaborar cursos.[77]

Diversos autores[62, 63, 82] têm sinalizado modelos de cursos de educação à distância (EAD) quanto à forma, duração e número de aulas para um bom aproveitamento do conteúdo programático pelos alunos. Além disso, ressaltam a necessidade de fácil acesso dos alunos aos professores, como uma forma de atração e maior aderência em EAD. Enfatizam que a telemedicina é utilizada como método de ensino, mas sua efetividade

depende do planejamento estratégico quanto ao tempo, local e público-alvo, para que se evite possível desperdício de recurso financeiro. Recomendam, ainda, que se façam vários projetos-pilotos para que cada etapa vá sendo testada. Em conformidade com essas considerações, incorporamos ao nosso trabalho aulas com áudio/vídeo com duração de cerca de 50 minutos, bem como disponibilizamos *chats* e fóruns para facilitar a comunicação e ampliação de conteúdo. Acrescentamos, ainda, discussões de casos na prática para melhor fixação do assunto, testando sempre o passo a passo da elaboração do Curso em projetos-pilotos, com o objetivo de garantir otimização financeira e temporal.

Neste estudo, 219 alunos se inscreveram para o Curso, um número quase três vezes maior do que a estimativa estatística calculada inicialmente. Os participantes se inscreveram voluntariamente, o que revela interesse em aprender mais sobre o tema. Um terço referiu ter interesse pelo assunto, e a maioria (65%) disse ter necessidade de complementar a formação médica. Isso também foi observado em nosso estudo anterior[27] com 154 residentes de diferentes especialidades (Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria e Medicina Interna) que responderam pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática que tinham frente a questões sexuais de pacientes grávidas. Quase todos (97%) declararam que gostariam de participar de atividades educativas para incrementar o conhecimento nessa área.[27]

Antes de iniciar o Curso, os inscritos responderam ao questionário Perfil Médico, que avalia conhecimento, atitude e prática sobre sexualidade na gestação. Verificamos que a maior parte (62,5%) deles não teve aulas de sexologia na graduação; metade (52%) não as teve durante a residência médica e para os que tiveram (37,5%), o máximo de tempo de estudo sobre

o tema foi de seis horas. A mesma falta de informação sobre sexualidade na graduação e residência médica foi relatada em outros estudos em diferentes contextos culturais.[52, 53, 83, 84] Além disso, a grande maioria (95%) afirmou que nunca, raramente ou algumas vezes, falam sobre sexualidade com seus pacientes, enquanto 84% referiram que o motivo da omissão desse tema nas consultas é por falta de conhecimento específico sobre o assunto. Do mesmo modo, Rosen et al.[40] também verificaram que a maioria (91%) de 46 residentes americanos de várias especialidades não investigava dados da história sexual de seus pacientes e se queixava de falta de conhecimento sobre o assunto. Em 2003, Yolsal et al.[83] verificaram que, além da falta de conhecimento, residentes turcos referiam o interesse em receber treinamento em saúde reprodutiva por profissionais de diversas especialidades.

Em teoria, jovens médicos deveriam ser treinados para atenderem às dúvidas e queixas sexuais de suas pacientes[40], porém nossos achados mostraram que apenas 1% dos participantes sentia segurança total para responder a questões relacionadas à sexualidade, enquanto pouco mais da metade (52%) afirmou não ter segurança para responder a tais questões de pacientes obstétricas. Do mesmo modo, metade afirmou que, quando as gestantes perguntam sobre sexualidade, ouve e orienta, e 37% disseram ouvir tranquilamente, mas não sabem o que fazer. No entanto, fica uma dúvida: se a grande maioria dos residentes refere falta de conhecimento sobre o assunto e mais da metade afirma orientar, que tipo de orientação é oferecida às pacientes?

O pré-natal é uma janela de oportunidade para o médico esclarecer as modificações que o ciclo gravídico puerperal acarreta à sexualidade do casal.[21, 85] Assim sendo, diminui tabus e mitos, e melhora a relação conjugal e a relação médico/paciente.[19, 22]

Sabe-se que o preparo para o profissional lidar com sexualidade humana requer mais que a aquisição de conhecimento sobre o assunto, sendo necessário, ainda, o desenvolvimento de habilidades em comunicação e técnicas de entrevistas sexuais.[40,84] Mas, se grande parte de nossos residentes refere sentir dificuldades em lidar com questões de sexualidade, por falta de conhecimento sobre o assunto, isso também tem sido verificado em outros contextos. Médicos residentes americanos que participaram de pesquisa nacional sobre a educação e treinamento que haviam recebido sobre sexualidade feminina também mencionaram a mesma dificuldade e sugerem que a confiança em lidar com o tema melhoraria com atividades extracurriculares como palestras, observação de pacientes e módulos *online*.[86]

A literatura mostra, também, relato de residentes médicos, na Turquia, que não foram treinados em habilidades de aconselhamento em saúde sexual durante a graduação médica.[83]

Em nosso estudo, 65% dos alunos inscritos terminaram o Curso, sendo que 40 (18%) deles não fizeram nenhuma aula. Tal fato, possivelmente, demonstra que a desistência não tenha correlação com a qualidade do Curso, mas com outros motivos, como verificou Frydenberg[87], ao avaliar a taxa de evasão de 2323 alunos matriculados em cursos *online*, num período de dois anos, na Universidade da Califórnia. Nesse período, verificou que 13% desistiram do Curso antes mesmo de receberem qualquer instrução.

A maioria de nossos participantes era do sexo feminino, o que parece ser uma característica dos alunos que escolhem a carreira de Ginecologia e Obstetrícia. Nas últimas décadas, a literatura aponta para o aumento no número de mulheres nas residências médicas.[88] Elas têm representado metade de todos os ingressantes, e despertam a atenção para possíveis singularidades

deste grupo, sendo talvez necessário que se reestruture o modelo histórico dos cursos, quando ainda havia poucas mulheres na medicina.

Não encontramos na literatura descrição de suporte ao aluno presencial como o oferecido aqui. Há relatos sugerindo ferramentas que disponibilizem espaços para discussão e dúvidas (*chats*, fóruns para acesso fácil ao professor).[69,89] A monitoria aqui desenvolvida aproximou a pesquisadora principal (TCSBV) dos alunos representantes, via *e-mail*, telefone e *WhatsApp*, colocando-a em contato com os impedimentos individuais, possibilitando, consequentemente, a elaboração de estratégias para viabilizar o término do Curso. Essa aproximação com os 24 monitores gerou uma busca pela pesquisadora principal, por parte dos alunos em conclusão do Curso, para solicitar aumento de prazo, justificar atrasos etc., principalmente após a disponibilização dos contatos pessoais da pesquisadora. Por e-mail houve comentários espontâneos dos alunos sobre as aulas e o Curso de uma maneira geral (Anexo P). Esse fato parece confirmar que, para um desempenho satisfatório de cursos EAD, é necessária uma estreita comunicação entre alunos e gestores.[67,90]

Foi comunicado aos alunos que, caso desejassem, poderiam frequentar o ambulatório de sexologia, no Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM, durante o Curso. Isso poderia ser um viés em nossos resultados, visto que dados mostram que o aprendizado pode ser mais efetivo, quando a prática ocorre de forma conjunta à teoria.[91] Todavia, dos 22% que afirmaram que iriam ao ambulatório, apenas 4% o fizeram e, portanto, não tivemos interferência externa para o aprendizado sobre o tema durante o desenvolvimento da pesquisa.

Nossos achados mostraram que houve aumento no conhecimento técnico sobre questões sexuais desde o início até o término do Curso. Para os 143 participantes que realizaram os dois testes, a média do número de respostas corretas das 36 questões foi de 15,8 ± 5,3 no questionário inicial para 21,5 ± 4,6 no final, indicando um aumento médio de 5,7 nas respostas corretas ao completarem o Curso (p<0,0001). A nota média do questionário inicial (que ia de 0 a 10) foi de 4,4 ±1,5 e 6,0 ±1,3, no final (p<0,0001). Esse resultado confirma a eficácia da modalidade de curso *online* para educação formal, tanto para o tema sexualidade, quanto para outros tópicos, conforme dados da literatura.[78]

Em 2003, Yolsal et al.[83], na Turquia, desenvolveram curso presencial, com 17 horas e meia de duração, subdivididas em três dias, sobre saúde reprodutiva para médicos residentes. O estudo foi realizado com 163 participantes dos departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Urologia, Medicina Familiar, Saúde Pública e Pediatria, de hospital escola. Ao final do Curso, também observaram aumento significativo no acerto de questões sobre o tema, em comparação com o mesmo teste aplicado antes do início das aulas. Os autores referem que a maioria (87%) do partipantes respondeu corretamente às questões após o Curso, apesar de o estudo ter sido realizado com metodologia e em contexto cultural diferentes do nosso. Vale ressaltar que os residentes referiram que se sentiram mais preparados, motivados e confiantes para lidar com questões sexuais em suas consultas após o Curso.

Alunos de hospitais conveniados para a pesquisa não apresentaram notas iniciais e finais diferentes das dos residentes de hospitais não conveniados. No entanto, apresentaram maior evolução de conhecimento técnico durante o Curso, quando comparados a seus colegas de hospitais não

conveniados. Tal achado pode ser indicativo de que uma atuação mais próxima, através de coordenadores e monitores, junto aos alunos possa influenciar no aproveitamento de um curso de educação à distância.

No presente estudo, o grupo masculino mostrou ter mais conhecimento técnico sobre sexualidade na gestação que o grupo feminino, antes do início do Curso. Difícil identificar as causas de tais diferenças, mas achados de outro estudo brasileiro foram contrários aos nossos. De Medeiros et al.[92] verificaram que, dentre os 183 alunos da graduação médica, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, participantes do sexo feminino mostravam maior nível de conhecimento técnico em determinados assuntos, como por exemplo saúde reprodutiva.

Em nosso estudo, as questões foram subdivididas em três dimensões: fundamentos básicos (dimensão 1), diagnóstico no Ciclo Gravídico Puerperal (dimensão 2) e condução do caso clínico (dimensão 3), sendo que todas apresentaram aumento significativo na média das notas, do início ao final do Curso (p<0,0001). No entanto, a dimensão 3 foi a que apresentou melhores notas e evoluções, e uma hipótese para isso seria por se tratar de assunto mais ligado à prática médica, o que despertaria mais interesse nos alunos. Além disso, a décima aula foi desenvolvida com discussões de três casos clínicos, em que a proposta de estrutura terapêutica apresentada no Curso foi utilizada para construção da anamnese, elaboração do diagnóstico passo a passo e possível tratamento. Possivelmente, tal prática colaborou para um resultado mais significativo nessa dimensão.

Nas três dimensões, foram, ainda, comparadas as médias das notas dos participantes, de acordo com o ano de residência. Os alunos do primeiro ano de residência médica (R1) se sobressaíram nas notas, pois tiveram valores

maiores que os R2 na dimensão 2 (p=0,05). Também na dimensão 3, os R1 tiveram notas maiores que os R3 (p=0,003) e o grupo de residentes do quarto ao sexto ano (p=0,005). Tal fato contraria nossa hipótese inicial de que residentes mais experientes pudessem se interessar mais pelo tema, uma vez que a literatura mostra esses alunos no terceiro e quarto anos de residência envolvidos no atendimento a mulheres com queixas sexuais.[86]

O fato de se verificar aumento de conhecimento técnico sobre sexualidade em cursos como o nosso parece primordial para que obstetras e ginecologistas se sintam seguros no manejo com tais questões, no atendimento a gestantes. Discutir, perguntar, tratar, informar e orientar sobre sexualidade na gestação pode promover a qualidade da vida sexual do casal durante esse período.[37, 93]

Embora não tenham tratado especificamente acerca do período gestacional, Pancholy et al.[86] realizaram pesquisa *online* com 234 alunos americanos do terceiro e quarto anos de residência médica, com o objetivo de acessar o conhecimento e confiança desses profissionais com relação à função e à disfunção sexual feminina. Nesse grupo, a grande maioria afirmou acreditar que sua confiança no atendimento a pacientes com queixas sexuais aumentaria com palestras (97,9%) e módulos *online* (90,6%) sobre o tema.

De acordo com o questionário SERVQUAL, a qualidade geral do nosso Curso atingiu as expectativas de 100% dos participantes, uma vez que esse quesito foi avaliado com 3 pontos (igual ao esperado) ou mais. A expectativa da telemedicina complementar o currículo médico também foi atingida por todos os residentes. Além disso, 142 respondentes (99,3%) recomendariam o Curso a um amigo. É possível que esse alto grau de satisfação se deva também à equipe multidisciplinar de profissionais que

ministrou as aulas, uma vez que essa integração de conhecimentos vem sendo solicitada por residentes, a fim de que adquiram segurança ao lidar com a sexualidade de suas pacientes.[83]

Praticamente todos (20/21) os itens avaliados pelo instrumento foram considerados por mais de noventa por cento dos alunos como igual ao esperado ou mais. Vale salientar que a economia de tempo e dinheiro vem sendo citada na literatura como uma das vantagens de curso em EAD.[94] Nossos achados mostraram que uma pequena porcentagem de participantes classificou três itens como "abaixo do esperado": recursos tecnológicos utilizados no Curso (6,3%), professores que inspiram confiança (4,9%) e interação entre os participantes (13%). Uma hipótese para esses quesitos terem ficado aquém das expectativas, para alguns, talvez se deva ao fato de que tiveram dificuldades em acessar o Curso em seu local de trabalho e alguns professores terem sentido dificuldades com a gravação, devido à iluminação, que os incomodava. Finalmente, a falta de interação entre os alunos já vem sendo questionada com uma das desvantagens de cursos de EAD[94], mas, ainda assim, a pesquisadora principal procurou aproximar os alunos entre si, bem como dos monitores, para que se sentissem apoiados em seu processo de aprendizagem. E mesmo que somente poucos participantes tenham classificado esses pontos como aquém de suas expectativas, estamos atentos a esses aspectos para cursos futuros.

Este estudo teve vários pontos fortes. Foi um estudo abrangente a explorar o treinamento, atitude e prática de residentes tocoginecologistas sobre sexualidade na gestação.

A maioria, 83,6% dos alunos, foi motivada a concluir o curso. Censo de 2014 apresenta coletânea de 61 cursos à distância, em que verificou que

47,5% desses cursos apresentaram evasão de até 25%; outros 47,5% tiveram evasão entre 26 e 50%; e os restantes 3% tiveram evasão entre 51 e 75%[91]. Portanto, a taxa de 16,4%, deste Curso foi uma baixa evasão. Além disso, foi inédito em apresentar curso sobre o tema, em telemedicina. E a avaliação da qualidade geral foi considerada pela maioria dos alunos como acima do esperado. Esses mesmos alunos afirmam que o Curso tem utilidade para capacitação profissional e conseguiu atingir sua expectativa, além de o *e-learning* como recurso educacional complementar o currrículo médico.

Este estudo apresenta como limitações: viés de seleção quanto aos residentes de hospitais não conveniados que se apresentaram de uma forma espontânea, demonstrando um interesse maior pelo assunto. Porém, comparando características sociodemográficas e de conhecimento em sexualidade entre conveniados e não conveniados no "baseline" não foram observadas diferenças significantes. A segunda limitação deste trabalho é que não foi incluído um grupo controle nem tampouco a amostra foi submetida a randomização entre o grupo experimental e o controle. Infelizmente, pela complexidade dessa pesquisa, não usamos essas ferramentas e sim optamos por desenvolver um estudo piloto com pré-teste e pós-teste, com um maior número de participantes. Além disso, nesse estudo objetivamos a habilitação de serviços e o treinamento de equipes na atuação em pesquisa com fins educativos no tema sexualidade na gestação.

Com base nos resultados deste estudo piloto, observamos que o curso é factível e os indicativos sugerem eficácia. Em seguimento, futura pesquisa poderá utilizar este modelo para ser testado num estudo randomizado e controlado; no qual sugere-se uma "run-in-phase", ou seja, é um estágio de inclusão, onde você introduz uma etapa preliminar, cujo efeito não terá

relevância, e permite que participantes com baixo potencial de permanência, desistam do estudo neste estágio a fim de reduzir o "drop-out" ou abandono dos participantes do estudo. Também se sugere a inclusão de monitores dentro do desenho da intervenção experimental já que pareceu favorecer a retenção dos participantes e a motivação. Nossos achados, bem como o modelo de curso que utilizamos, podem servir de base para que se elaborem atividades educativas no currículo médico, com o intuito de incrementar o conhecimento sobre sexualidade humana durante a gestação. Esse tipo de iniciativa poderia ser útil para melhorar a formação dos futuros especialistas em tocoginecologia.

Finalmente, uma vez que nosso estudo foi pioneiro em oferecer a residentes médicos módulos de educação à distância sobre sexualidade na gestação, são necessárias novas pesquisas que repliquem nossa investigação em outros contextos de modo que os dados possam ampliar a generalização.

7 CONCLUSÕES

Após analisar e comparar as notas das provas, antes e após o Curso de Sexologia, via telemedicina, aplicado a médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, extraímos as seguintes conclusões em relação ao conhecimento técnico sobre sexualidade na gestação:

O Curso via telemedicina sobre sexualidade na gestação promoveu aumento significativo do conhecimento técnico entre os residentes de Ginecologia e Obstetrícia, à luz de muitos dados estudados:

- Melhoria das notas finais;
- Evolução satisfatória na progressão do conhecimento sobre o assunto pertinente;
- Maior acerto nos diagnósticos e tratamentos dos casos clínicos apresentados.

Outrossim, em resposta aos objetivos específicos, cumpre assinalar que:

- Residentes do primeiro ano de medicina (R1) adquiriram mais conhecimento técnico que os R2 na dimensão 2 (Diagnóstico de Sintomas de Disfunção Sexual no Ciclo Gravídico e Puerperal) e dimensão 3 (Condução do Caso Clínico em Sexologia na Gestação). Também adquiriram mais conhecimento técnico que o grupo de R4 a R6, na dimensão 3.
- Alunos de hospitais conveniados para a pesquisa não apresentaram notas iniciais e finais diferentes das dos residentes de hospitais não conveniados. No entanto, apresentaram maior evolução de

conhecimento técnico durante o Curso, quando comparados a seus colegas de hospitais não conveniados.

- Participantes do sexo feminino mostraram menos conhecimento técnico sobre sexualidade na gestação, antes do Curso. Apresentaram evolução semelhante ao grupo masculino, durante o estudo e, ao final, não houve diferença nas médias das notas entre os participantes, de acordo com o sexo.
- A qualidade geral da intervenção educacional foi considerada acima do esperado, pela maioria dos alunos.

8 REFERÊNCIAS

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 Nov;41(10):1403-9.

2. Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. Minerva Ginecol. 2010 Aug;62(4):349-59.

3. Giuliano F, Pfaus J, Srilatha B, Hedlund P, Hisasue S, Marson L, et al. Experimental models for the study of female and male sexual function. J Sex Med. 2010 Sep;7(9):2970-95.

4. Wylie K, Rees M, Hackett G, Anderson R, Bouloux PM, Cust M, et al. Androgens, health and sexuality in women and men. Maturitas. 2010 Nov;67(3):275-89.

5. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of Life Assesment. Psychol Med. 1998 May;28(3):551-8.

6. Jannini EA, Fisher WA, Bitzer J, McMahon CG. Is sex just fun? How sexual activity improves health. J Sex Med. 2009 Oct;6(10):2640-8.

7. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med. 2011 May;8(5):1267-84.

8. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65.

9. Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. Int J Gynaecol Obstet. 2002 Sep;78(3):249-50.

10. Santana T. Sexualidade no ciclo grávidico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J NM, Santana M, Mattar R, editors. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2007. p. 132-8.

11. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med. 2010 Jan;7(1 Pt 1):136-42.

12. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana T, et al. [Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012 Sep;34(9):409-13.

13. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Mancini PE, Forte BM, et al. Maternal overweight and sexual function in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Jan;95(1):45-51.

14. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Scomparini FB, Mattar R. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus - a cross-sectional study. PLoS One. 2014 Apr;9(4):e95094.

15. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria. ISRN Obstet Gynecol. 2011;2011:856586.

16. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. J Egypt Public Health Assoc. 2007;82(1-2):65-90.

17. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res. 2005 Mar-Apr;17(2):154-7.

18. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Oct;84(10):934-8.

19. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2006 Aug;46(4):282-7.

20. Francisco Mde F, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. [Sexuality and depression among pregnant women with recurrent spontaneous abortion]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014 Ap;36(4):152-6.

21. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG. 2000 Aug;107(8):964-8.

22. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. J Sex Marital Ther. 2005 May-Jun;31(3):201-15.

23. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras. 2009 Sept-Oct;55(5):563-8.

24. Kisa S, Zeyneloglu S, Yilmaz D, Guner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. J Sex Marital Ther. 2014;40(4):309-22.

25. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet. 200 Mar9;279(3):353-6.

26. Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Jan;120(1):82-4.

27. Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Leite AP, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. J Sex Med. 2012 Oct;9(10):2516-24.

28. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. CMAJ. 2011 Apr;183(7):815-8.

29. Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. J Sex Med. 2015 May;12(5):1154-7.

30. Vieira TC, de Souza E, Nakamura MU, Mattar R. [Sexuality in pregnancy: are Brazilian physicians prepared to conduct these questions?]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012 Nov;34(11):485-7. Portuguese.

31. Wagner G. Sexual medicine in the medical curriculum. Int J Androl. 2005;28 Suppl 2:7-8.

32. Abdo C, Oliveira Junior W. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. Rev Bras Med. 2002;59(3):179.

33. Abdulmohsen MF, Abdulrahman IS, Al-Khadra AH, Bahnassy AA, Taha SA, Kamal BA, et al. Physicians' knowledge, attitude and practice towards erectile dysfunction in Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2004 Jul-Sep;10(4-5):648-54.

34. Cook A, Salle JL, Reid J, Chow KF, Kuan J, Razvi H, et al. Prospective evaluation of remote, interactive videoconferencing to enhance urology resident education: the genitourinary teleteaching initiative. J Urol. 2005 Nov;174(5):1958-60.

35. Pfefferle PI, Van den Stock E, Nauerth A; "E-learning assistant"-project group. The LEONARDO-DA-VINCI pilot project "e-learning-assistant" - Situation-based learning in nursing education. Nurse Educ Today. 2010 Jul;30(5):411-9.

36. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. 2000;34:316-9.

37. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, do Amaral MLS, Puga MES, et al. Treatments of Female Sexual Dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. Sex Med Rev. 2014;2(1):1-9.

38. Pellegrini Junior O. A sexualidade na gestação. Femina. 2003 Jan-Fev;31(1):79-83.

39. Abdo C, Moreira Junior E, Santos D, Wroclawski E, Fitipaldi J. Perceptions and attitude of Brazilian physicians about erectile dysfunction: Results of the "Evaluation Project". Rev Bras Med 2004;61:608-12.

40. Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. J Sex Med. 2006 Jan;3(1):37-46.

41. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. Int J Impot Res. 2003 Oct;15 Suppl 5:S41-5.

42. Rodrigues Junior O, Costa M. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana-II: a abordagem da sexualidade da paciente. Reprodução. 1987;3:235-9.

43. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc Sci Med. 2004 Jun;58(11):2093-103.

44. Alencar RA. Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/AIDS com alunos de graduação em enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica; 2007.

45. Garcia M, Fisher WA. Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counselling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Jan;30(1):59-66.

46. Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. Int Psychogeriatr. 2008 Oct;20(5):1019-27.

47. Steinauer J, LaRochelle F, Rowh M, Backus L, Sandahl Y, Foster A. First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? Contraception. 2009 Jul;80(1):74-80.

48. Kakar SR, Sawleshwarkar S, Russell DB, Hillman RJ. Evaluation of sexual health medicine teaching at medical schools in Australia and New Zealand. Sex Health. 2011 Mar;8(1):86-9.

49. Lamont J, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female sexual health consensus clinical guidelines. J Obstet Gynaecol Can. 2012 Aug;34(8):769-83.

50. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. J Sex Med. 2013 Jan;10(1):3-17; quiz 8.

51. Tsai LY, Huang CY, Liao WC, Tseng TH, Lai TJ. Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. Nurse Educ Today. 2013;33(2):152-9.

52. Sidi H, Loh SF, Mahadevan R, Puteh SE, Musa R, Wong CY, et al. Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: a comparison study. Asia Pac Psychiatry. 2013 Apr;5 Suppl 1:103-9.

53. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. J Sex Med. 2014 May;11(5):1110-7.

54. Soirefmann M, Blom M, Leopoldo L, Cestari T. Telemedicina: Uma revisão de Literatura. Rev HCPA. 2008;28(2):116.

55. Sandars J, Lafferty N. Twelve Tips on usability testing to develop effective e-learning in medical education. Med Teach. 2010;32(12):956-60.

56. Demiris G. Integration of telemedicine in graduate medical informatics education. J Am Med Inform Assoc. 2003 Jul-Aug;10(4):310-4.

57. Phipps R, Merisotis J. Phipps R, Merisotis J; Institute for Higher Education Policy. Quality on the line: benchmarks for success in internet-based distance education [Internet]. Washington (DC): Institute for Higher Education Policy; 2000 Apr [cited 2015 Nov 10]. 33 p. Available from: <http://www.ihep.org/sites/default/files/uploads/docs/pubs/qualityontheline.pdf> . Acesso em: 11. Oct. 2013.

58. Kim YS. Telemedicine in the USA with focus on clinical applications and issues. Yonsei Med J. 2004 Oct;45(5):761-75.

59. Rafiq A, Merrell RC. Telemedicine for access to quality care on medical practice and continuing medical education in a global arena. J Contin Educ Health Prof. 2005 Winter;25(1):34-42.

60. Shaikh N, Lehmann CU, Kaleida PH, Cohen BA. Efficacy and feasibility of teledermatology for paediatric medical education. J Telemed Telecare. 2008;14(4):204-7.

61. Miot H, Paixão M, Wen C. Teledermatologia - Passado, presente e futuro. An Bras Dermatol. 2005;80(5):523.

62. Masic I, Pandza H, Kulasin I, Masic Z, Valjevac S. Tele-education as method of medical education. Med Arh. 2009;63(6):350-3.

63. Wen CL. Telemedicina e telessaúde - um panorama no Brasil. Informática Pública. 2008;10(2):7-15.

64. Galvão MF, Magalhães AV. Sistema de exercício online para apoio a aprendizagem de Medicina Legal na Universidade de Brasília. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):84-91.

65. Diessl S, Verburg FA, Hoernlein A, Schumann M, Luster M, Reiners C. Evaluation of an internet-based e-learning module to introduce nuclear medicine to medical students: a feasibility study. Nucl Med Commun. 2010 Dec;31(12):1063-7.

66. Schlinkert WR, Scarpelini S, Pazin-Filho A. Problems and potentialities of e-Learning for regular undergraduate courses in emergency medicine. Rev. Bras. Educ. Med. 2010 Jul-Sept;34:452-8.

67. Santa-Rosa JG, Struchiner M. Tecnologia educacional no contexto do ensino de histologia: pesquisa e desenvolvimento de um ambiente virtual de ensino e aprendizagem. Rev. Bras. Educ. Med. 2011 Apr-Jun;35(2):289-98.

68. Mezzari A. O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):114-121.

69. Chapman C, White CB, Engleberg C, Fantone JC, Cinti SK. Developing a fully online course for senior medical students. Med Educ Online. 2011 May 6;16

70. Brambilla C, Dalpiaz G, Silva A, Silva JN, Giraffa L, Ferreto T, et al. Ambiente colaborativo para formação de pessoal em medicina nuclear. Radiol Bras. 2011 May-Jun;44(3):177-82.

71. Ramos P, Struchiner M. Desenvolvimento de um ambiente virtual para o ensino da medicina por uma equipe multidisciplinar: fatores que influenciam a análise do problema educativo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2011;15:227-42.

72. Irizarry D, Boedeker BH, Bernhagen M, Miljkovic N, Nicholas Iv T. Telementoring for airway management between a far forward special operations location to a major medical center using inexpensive telemedicine solutions. Stud Health Technol Inform. 2012;173:212-4.

73. Mars M. Building the capacity to build capacity in e-health in sub-Saharan Africa: the KwaZulu-Natal experience. Telemed J E Health. 2012 Jan-Feb;18(1):32-7.

74. Trukhacheva N, Pupyrev N. Blended-learning strategy in the Altay State medical university. Stud Health Technol Inform. 2012;174:72-5.

75. Chipps J, Brysiewicz P, Mars M. A systematic review of the effectiveness of videoconference-based tele-education for medical and nursing education. Worldviews Evid Based Nurs. 2012 Apr;9(2):78-87.

76. Rusnakova V, Bacharova L, Simo J, Krcmeryova T, Finka M, Kovac R. Integration of the e-Learning into the medical university curricula. Bratisl Lek Listy. 2012;113(5):324-30.

77. Hirumi A. Aplicando estratégias fundamentadas para projetar e sequenciar interações em e-learning. Mattar J, tradutor. Rev Tecnol Educ [Internet]. 2013 Jan-Mar [cited 2016 Jun 21];51(200):6-41. Available from: <http://www.abt-br.org.br/images/rte/200.pdf>. Acesso em: dd. mm. aaaa.

78. Macedo CR, Macedo EC, Torloni MR, Atallah AN. Evaluation of a national evidence-based health care course via teleconference in a developing country. J Eval Clin Pract. 2013 Aug;19(4):713-9.

79. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Retailing: critical concepts. 2002;64(1):140.

80. Tureta C, Rosa AR, Oliveira V. Avaliação crítica de serviços educacionais: o emprego do modelo SERVQUAL. REGE Revista de Gestão. 2007;14(4):33-45.

81. Schons C. Validação de critérios para material didático assíncrono em educação à distância [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009 [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Claudine_Schons.pdf>. Acesso em: 13. jun. 2013.

82. Oliven A, Nave R, Gilad D, Barch A. Implementation of a web-based interactive virtual patient case simulation as a training and assessment tool for medical students. Stud Health Technol Inform. 2011;169:233-7.

83. Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, et al. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: a pilot study. Reprod Health Matters. 2004 Nov;12(24):189-99.

84. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. J Sex Med. 2007 Mar;4(2):259-67.

85. Ito P, Saffard R, Oliveira T, Souza E. Associação entre parto pré-termo com atividade física e sexual. Femina. 2002;30(4):227-30.

86. Pancholy AB, Goldenhar L, Fellner AN, Crisp C, Kleeman S, Pauls R. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. J Sex Med. 2011 Feb;8(2):361-6.

87. Frydenberg J. Persistence in University Continuing Education Online Classes. International Review of Research in Open and Distance Learning. 2007 Nov;8(3):1-15.

88. Serrano K. Women residents, women physicians and medicine's future. WMJ. 2007 Aug;106(5):260-5.

89. Chao LW, Silveira PS, Böhm GM. Telemedicine and education in Brazil. J Telemed Telecare. 1999;5(2):137-8.

90. Thurmond VA. Examination of interaction variables as predictors of students' satisfaction and willingness to enroll in future web-based courses while controlling for student characteristics. 2003. Tese (Doutorado)–University of Kansas, 2003. Disponível em: <http://www.bookpump.com/dps/pdf-b/1121814b.pdf>. Acesso em: aa. mm. aaaa.

91. Henderson P, Johnson MH. Assisting medical students to conduct empathic conversations with patients from a sexual medicine clinic. Sex Transm Infect. 2002 Aug;78(4):246-9.

92. de Medeiros RD, de Azevedo GD, Maranhao TM, Goncalves AK, Barros YE, de Araujo AC, et al. [Impact of sexual and reproductive health theme insertion in the undergraduate medical]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(3):107-12. Portuguese.

93. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei E-S, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. J Caring Sci. 2012 Nov 22;1(4):173-81..

94. Tolentino RSS, Gonçalves Filho C, Tolentino RJV, Monteiro PRR. Avaliação da qualidade na educação à distância sob a perspectiva do aluno: proposição e teste de um modelo usando equações estruturais. REGE Revista de Gestão. 2013;20(3):347-66.

NORMAS ADOTADAS

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2015 Oct; cited 2015 Dec 22]. Available from: http://www.icmje.org.
- Orientação normativa para elaboração de trabalhos de conclusão: projetos de pesquisa, teses de mestrado e teses de doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Obstetrícia, Comissão de Pós-Graduação; 2010.
- Rother ET, Braga ME. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª ed. rev. atual. São Paulo; 2005.
- IBGE: Fundação IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular [Internet]. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1993 [cited 2015 Nov 12]. 62 p. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf.

ANEXOS

Sumário

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 107

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .. 108

ANEXO C – QUESTIONÁRIO "PERFIL MÉDICO DIANTE DAS QUESTÕES SEXUAIS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS" 113

ANEXO D – QUESTIONÁRIO UTILIZADO COM MÉDICOS NO PROJETO AVALIAR NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP 114

ANEXO E – QUESTIONÁRIO INICIAL 116

ANEXO F – QUESTIONÁRIO POR AULA 121

ANEXO G – QUESTIONÁRIO FINAL 127

ANEXO H – QUESTIONÁRIO SERVQUAL ADAPTADO PARA SERVIÇO EDUCACIONAL 133

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE SEXOLOGIA* 134

ANEXO J – PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DE CURSO DE SEXOLOGIA VIA FEBRASGO 135

ANEXO L – PROGRAMA DO CURSO 136

1.1 PROPÓSITO 136

1.2 OBJETIVOS DO CURSO 137

1.3 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO 137

1.4 PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO 139

1.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO 139

1.6 BIBLIOGRAFIA BÁSICA 139

DIVULGAÇÃO DO CURSO 140

ANEXO M – ACEITE DE HOSPITAIS CONVENIADOS 146

ANEXO N – PROPOSTA PARA *WEBPAGE* DO CURSO 150

ANEXO O – INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DAS QUESTÕES DE PROVAS..... 151

COMENTÁRIOS ESPONTÂNEOS DOS ALUNOS SOBRE O CURSO VIA E-MAIL 166

ANEXO Q – INFORMES E AGRADECIMENTOS DO CURSO DE SEXOLOGIA..... 171

ANEXO R – AGRADECIMENTO AOS COORDENADORES 173

ANEXO S – ARTIGO PUBLICADO 174

ANEXO T – ARTIGO SUBMETIDO 179

ANEXO U – ARTIGO EM SUBMISSÃO 198

FONTES CONSULTADAS..... 219

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO

Plataforma Brasil

PROJETO DE PESQUISA

Título: Educação da Sexualidade na Residência Médica

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05869712.0.0000.5505

Pesquisador: Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 103.292

Data da Relatoria: 14/09/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Recomendações:

Conforme parecer CEP 86998 de 31/8/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas - projeto aprovado
aprovado ultima versão do questionário

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@epm.br;arpmelet@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator - projeto aprovado

SAO PAULO, 21 de Setembro de 2012

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@epm.br;arpmeleti@unifesp.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **"IMPACTO DO CURSO DE SEXOLOGIA VIA TELEMEDICINA PARA O RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DIANTE DE QUESTÕES SEXUAIS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL".**

Desenho do estudo e objetivo(s): "essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar se o médico que presta assistência ao pré-natal se sente seguro em abordar a sexualidade com as suas pacientes"

Descrição: Será aplicado esse questionário que foi adaptado do Projeto Avaliar que usou um instrumento elaborado e validado pela Profa. Carmita Abdo. Tal Projeto constituiu pesquisa pioneira no Brasil, visando fornecer informações importantes a respeito do comportamento do médico diante das questões de sexualidade apresentadas por pacientes com disfunção sexual. Esse questionário irá fornecer informações importantes a respeito do comportamento do médico diante das questões de sexualidade apresentadas por suas pacientes do sexo feminino. Participarão somente residentes da Ginecologia/Obstetrícia, nos respectivos locais de trabalho, sem identificar o respondente, autorresponsivo com tempo aproximado de quinze minutos. Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo longitudinal, ao longo dos anos da residência, testando a hipótese de que a residência médica oferece pouco preparo para abordagem na questão sexual. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, se os dados confirmarem a necessidade de mudança no currículo de residência médica; Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira que pode ser encontrado no endereço Rua Napoleão de Barros 715, 8º andar. Telefone: 11 9 8245 2518. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepUNIFESP@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua especialização na Instituição;
Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros médicos, não sendo divulgada a identificação de nenhum médico;
Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Impacto do Curso de Sexologia via Telemedicina para o Residente de Ginecologia e Obstetrícia diante de questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal".

Eu discuti com Dra. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Eu, *(nome do médico residente)* declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisadora para a participação neste estudo.

- ○ Concordo
- ○ Não Concordo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para os Residentes do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros

Título do projeto: **"IMPACTO DO CURSO DE SEXOLOGIA VIA TELEMEDICINA PARA O RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DIANTE DE QUESTÕES SEXUAIS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL".**

Desenho do estudo e objetivo(s): "essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar se o médico que presta assistência ao pré-natal se sente seguro em abordar a sexualidade com as suas pacientes

Descrição: Será aplicado esse questionário que foi adaptado do Projeto Avaliar que usou um instrumento elaborado e validado pela Profa. Carmita Abdo. Tal Projeto constituiu pesquisa pioneira no Brasil, visando fornecer informações importantes a respeito do comportamento do médico diante das questões de sexualidade apresentadas por pacientes com disfunção sexual. Esse questionário irá fornecer informações importantes a respeito do comportamento do médico diante das questões de sexualidade apresentadas por suas pacientes do sexo feminino. Participarão somente residentes da Ginecologia/Obstetrícia, nos respectivos locais de trabalho, sem identificar o respondente, autorresponsivo com tempo aproximado de quinze minutos. Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo longitudinal, ao longo dos anos da residência, testando a hipótese de que a residência médica oferece pouco preparo para abordagem na questão sexual. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, se os dados confirmarem a necessidade de mudança no currículo de residência médica; Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira que pode ser encontrado no endereço Rua Napoleão de Barros 715, 8º andar. Telefone: 11 9 8245 2518. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo/SP, (11) 5571-1062, FAX: 5539-7162, e-mail: cepUNIFESP@epm.br ou com o Comitê de ética e Pesquisa do HMLMB – Av. Celso Garcia 2477, São Paulo/SP, (11)2292-4188, e-mail: cep.leonor@gmail.com.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua especialização na Instituição;
Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros médicos, não sendo divulgada a identificação de nenhum médico;
Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.
Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Impacto do Curso de Sexologia via Telemedicina para o residente de Ginecologia e Obstetrícia diante de questões sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal".
Eu discuti com Dra. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Eu, *(nome do médico residente)* declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisadora para a participação neste estudo.

○ Concordo

○ Não Concordo

ANEXO C – Questionário "Perfil médico diante das questões sexuais de pacientes obstétricas"

1. **Você teve aulas de Sexologia na Graduação?**
   ( ) Não
   ( ) 2-4h
   ( ) 4-6h
   ( ) 6-10h
   ( ) 10-15h
   ( ) 15-20h

2. Você teve aulas de Sexologia na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia?
   ( ) Não
   ( ) 2-4h
   ( ) 4-6h
   ( ) 6-10h
   ( ) 10-15h
   ( ) 15-20h

3. Quais foram os motivos que o levaram a fazer esse Curso de Sexologia? (pode marcar mais de uma alternativa):
   ( ) Complementar formação
   ( ) Curiosidade
   ( ) Interesse pelo tema
   ( ) Praticidade

4. Você costuma investigar/abordar espontaneamente a função sexual de suas pacientes obstétricas, independentemente da dúvida/ queixa que as trazem ao seu consultório?
   ( ) Nunca
   ( ) Raramente
   ( ) Algumas vezes
   ( ) Frequentemente
   ( ) Sempre

5. Você se sente seguro, do ponto de vista médico, para ouvir e responder às dúvidas sobre dificuldades sexuais de suas pacientes obstétricas?
   ( ) Não
   ( ) Sim, parcialmente
   ( ) Sim, totalmente

6. Sinceramente, qual tem sido o seu procedimento usual diante das queixas sexuais de suas pacientes obstétricas? Assinale só uma alternativa.
   ( ) Faço a prescrição necessária
   ( ) Faço uma brincadeira para aliviar o clima
   ( ) Fico envergonhado(a), sem graça, sem ação
   ( ) Minimizo o problema, dizendo que "não é nada", "'acontece"'
   ( ) Ouço e oriento
   ( ) Ouço tranquilo, mas não sei o que fazer
   ( ) Tento mudar de assunto

7. Caso você tenha dificuldade em atender queixas sexuais de suas pacientes obstétricas, esta dificuldade se deve a (pode marcar mais de uma alternativa):
   ( ) Escassez de recursos terapêuticos suficientes e apropriados no mercado
   ( ) Falta de conhecimento específico para esse atendimento
   ( ) Falta de tempo na consulta
   ( ) Não tenho esta dificuldade
   ( ) Outra

8. Você participará do Ambulatório de Sexualidade nas próximas doze semanas em que será realizado o Curso de Formação em Sexologia?
   ( ) Não
   ( ) Sim

ANEXO D – Questionário utilizado com médicos no Projeto Avaliar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP

TÓPICOS EM SEXUALIDADE

ANEXO III - QUESTIONÁRIO FINAL PARA MÉDICOS

Prezado Doutor,

Tendo já respondido ao seu QUESTIONÁRIO INICIAL e já aplicado aos seus pacientes a respectiva PESQUISA, solicitamos que, agora (e não antes disso), responda às questões seguintes.
Por gentileza, não se identifique em nenhuma das páginas, para garantir o anonimato de suas respostas.
Agradecemos, mais uma vez, sua participação e nos colocamos à disposição para esclarecimentos.
Encerrado este estudo, nós o colocaremos a par dos resultados.

Q1. A sua participação no presente estudo foi para você (marque quantas alternativas quiser):
1. ( ) Indiferente
2. ( ) Instigante
3. ( ) Cansativa
4. ( ) Educativa
5. ( ) Fora da realidade do atendimento possível
6. ( ) Outra. Especifique: _____

Q2. O(s) ponto(s) positivo(s) da sua participação neste estudo foram (marque quantas alternativas quiser):
1. ( ) Contato mais franco e produtivo com seus pacientes
2. ( ) Melhor entendimento sobre disfunção erétil
3. ( ) Melhor entendimento sobre função erétil x saúde psíquica
4. ( ) Melhor entendimento sobre função erétil x saúde física
5. ( ) Aumento do interesse pelo tema
6. ( ) Não houve ponto(s) positivo(s) relevante(s)
7. ( ) Outro. Especifique: _____

Q3. Selecione uma a três questões que mais chamaram a sua atenção no QUESTIONÁRIO INICIAL PARA MÉDICOS:
( ), ( ), ( ).

Q4. Selecione uma a três questões que mais o incomodaram no QUESTIONÁRIO INICIAL PARA MÉDICOS:
( ), ( ), ( ).

Q5. Selecione uma a três questões que você achou mais interessante (s) no QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES:
( ), ( ), ( ).

Q6. **SINCERAMENTE**, o(s) ponto(s) negativo(s) de sua participação neste estudo foram (marque quantas alternativas quiser):
1. ( ) O tempo dispendido
2. ( ) A natureza do tema (sexo, desempenho sexual, intimidade)
3. ( ) Deparar-se com sua inexperiência neste assunto
4. ( ) A irrelevância do tema para sua atividade profissional
5. ( ) Não houve ponto(s) negativo(s) relevante(s)
6. Outro. Especifique: _____

Q7. Após ter participado desse estudo, você diria que sua atitude diante das queixas de disfunção erétil de seus pacientes e/ou das(os) respectivas(os) parceiras(os):
1. ( ) Não mudou (continuo sentindo-me pouco apto)
2. ( ) Mudou ligeiramente (estou mais confiante e dou abertura)
3. ( ) Mudou significativamente (investigo e me interesso mais)
4. ( ) Não mudou (eu já tinha uma atitude efetiva)
5. ( ) Outra. Especifique: _____

Q8. Como você se sentiu ao fazer perguntas aos seus pacientes sobre função sexual?
1. ( ) Muito constrangido
2. ( ) Constrangido
3. ( ) Nem constrangido, nem à vontade
4. ( ) À vontade
5. ( ) Muito à vontade

Q9. De um modo geral, qual a receptividade dos pacientes para as perguntas sobre função sexual?
1. ( ) Muito boa
2. ( ) Boa
3. ( ) Nem boa, nem ruim
4. ( ) Ruim
5. ( ) Muito ruim

Até que ponto você concorda ou discorda de cada uma das afirmações abaixo? Lembre-se que não há resposta certa ou errada. Dê a sua opinião sincera.
(FAVOR, LER TODAS AS OPÇÕES)

	Concorda totalmente	Concorda em parte	Nem concorda, nem discorda	Discorda em parte	Discorda totalmente
Q10. Conversar com os pacientes sobre sexualidade foi mais fácil do que eu pensava	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q11. Os pacientes não aceitam bem perguntas sobre sexualidade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q12. Disfunção sexual é um problema mais freqüente do que eu pensava	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q13. Questões sobre a função sexual devem fazer parte da anamnese de todos pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q14. Disfunção sexual só deve ser investigada se o paciente fizer a queixa espontaneamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Q15. De que tipo de atividade você participaria, para melhor se habilitar no atendimento às queixas sexuais de seu paciente?
(Marque uma **única** alternativa)
1. ( ) palestras (à noite, durante a semana)
2. ( ) congressos
3. ( ) leituras especializadas (livros, apostilas, revistas)
4. ( ) *sites* interativos (perguntas dirigidas a especialistas)
5. ( ) cursos de fim de semana
6. ( ) não participaria, porque não tenho necessidade
7. ( ) não participaria, porque não me interesso pelo assunto
8. ( ) Outra. Qual? _____

SUMMARY

The authors present three questionaires (Projeto Avaliar), two of them directed to 6.000 physicians and the other one to 120.000 male patients. The questionnaire for patients researches health, habits and sexual problems. The first questionaire for physicians investigates their behavior concerning their patients' sexual complaints. The final questionnaire evaluates the degree of envolvement and the changes in these physician's behavior caused by answering and applying this kind of instruments. After being colleted, these answers will be analyzed and published.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dixon-Woods, M; Regan, J; Robertson, N; Yong, B; Cordle, C; Tobin, M - Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. *Med. Educ.* 2002 May; 36(5): 432-440.
2. Finan, SL - Promoting healthy sexuality: guidelines for early through older adulthood. *Nurse Pract* 1997 Dec; 22(12): 54-6, 59-60, 63-4.
3. Johnson, D - Sexuality and the psyche. *Rust Fam Physician* 1995 May; 24(5): 785-789.
4. Tanner, LA; Hoff, R; Carmichael, LP - Teaching sex education and counseling for the primary physician. *South Med J* 1976 Dec; 69(12): 1591-4.
5. Abdo, CHN; Oliveira Jr., WM; Moreira Jr., ED; Fittipaldi, JAS - Perfil Sexual da População Brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Med* 2002; 59(4): 250-257.

ANEXO E – Questionário inicial

1. **Qual desses autores conduziu na década de 30, a maior pesquisa em sexualidade humana realizada nos EUA, revolucionando os conceitos da época sobre o tema?**
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Sigmund Freud
   ( ) Masters e Johnson
   (x) Alfred Kinsey
   ( ) Nenhuma das anteriores

2. **Qual a contribuição de Masters e Johnson para os estudos da sexualidade humana?**
   ( ) Criação do termo "psicofisiológico", para explicar as causas tanto fisiológicas quanto psicológicas das disfunções sexuais.
   ( ) Criação e sistematização da terapia sexual.
   ( ) Elaboração do ciclo de resposta sexual humana.
   ( ) Expansão dos tratamentos para disfunções sexuais por todo o território americano.
   (x) Todas as anteriores

3. **O ciclo de resposta sexual humana mais utilizado atualmente nas pesquisas em sexualidade, foi reconceituado por:**
   (x) Helen Kaplan
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Alfred Kinsey
   ( ) Masters e Johnson
   ( ) Nenhuma das anteriores

4. **Quais os órgãos eréteis na mulher?**
   ( ) Clitóris e pequenos lábios
   ( ) Clitóris e grandes lábios
   (x) Clitóris e bulbos da vagina
   ( ) Grandes e pequenos lábios
   ( ) Bulbos da vagina e glândulas anexas

5. **A fase do desejo da resposta sexual humana está, sobretudo, sob a ação:**
   ( ) Progesterona
   ( ) Prolactina
   (x) Testosterona
   ( ) Hormônio folículo estimulante
   ( ) Nenhuma das anteriores

6. **Assinale a alternativa correta:**
   (x) A ocitocina endógena pode ser liberada através do tato, olfato e da audição
   ( ) A ocitocina é inibida pelo sistema dopaminérgico
   ( ) A ocitocina promove dor; portanto inibe o desejo sexual
   ( ) O aumento principalmente da prolactina reduz a saciedade sexual após o orgasmo
   ( ) Todas as anteriores

7. **Todas as alternativas são corretas, exceto:**
   (x) A mulher tem menor percepção do seu desejo sexual que o homem por que a resposta genital não ocorre prontamente.
   ( ) O estímulo audiovisual tem maior efeito para despertar desejo sexual para ambos os sexos.
   ( ) Há uma associação entre o nível maior de testosterona no terço médio do ciclo menstrual e maior momento de desejo sexual na mulher.
   ( ) A intimidade emocional interfere no ciclo de resposta sexual feminino.
   ( ) O conceito de desejo responsivo livrou muitas mulheres de serem disfuncionais.

8. **Com relação à endocrinologia na resposta sexual humana, podemos dizer que:**
   (x) O estrógeno tem papel importante na fase da lubrificação.
   ( ) A prolactina não permanece elevada após o orgasmo por mais de 50 minutos.
   ( ) A termografia confirma que a resposta genital e percepção desta resposta na mulher são similares nos homens, após um estímulo sexual.
   ( ) Durante a gravidez, a redução da frequência sexual é conveniente pelos danos que isto pode causar na sua evolução.
   ( ) O hipotireoidismo favorece a resposta sexual satisfatória pois facilita a percepção dos movimentos e sentimentos.

9. Quais são as cinco operações básicas da Proposta de Estrutura Terapêutica (PETE) em atendimento de pré-natal?

( ) Procedência, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
(x) Identificação do paciente, formulação do diagnóstico, planejamento da terapia, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.

10. Na formulação do diagnóstico, quais são as seis etapas fundamentais da PETE, durante o pré-natal?

( ) Identificação do paciente, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
(x) Identificação, qualificação e quantificação do problema, avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas da personalidade.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.

11. Quais são as seis perguntas fundamentais na qualificação do problema, em gestantes?

( ) O que ocorre, o que você entende, o que não ocorre, com quem não ocorre, como evoluiu, o que agrava.
( ) Qual a amplitude, provável etiologia, gravidade do caso, como começou, com quem ocorre e onde ocorre.
( ) Qual a motivação do parceiro, o que você entende, como evoluiu, onde ocorre, quando ocorre, quando não ocorre.
(x) Como ocorre, onde ocorre, quando ocorre, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.
( ) Qual a amplitude, o que ocorre, qual a motivação do par, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.

12. Quais são as principais dosagens laboratoriais de rotina em Sexologia clínica?

( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Triglicérides, hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, 17-KS, 17-OH, T3, T4 e TSH.
(x) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.

13. Os estudos levam à clássica afirmativa de que a função sexual diminui durante a gravidez. Assinale a alternativa incorreta:

( ) A frequência sexual diminui no primeiro trimestre devido à fadiga, labilidade emocional, náuseas, vômitos, mamas doloridas e medo do aborto.
( ) Alguns autores afirmam que no segundo trimestre a função sexual pode melhorar porque os desconfortos físicos, os medos e apreensões diminuem.
( ) No terceiro trimestre há uma queda ponderável da frequência sexual devido ao desconforto postural e dor e aumento do volume do abdômen.
( ) As causas socioculturais e psicológicas, mais do que as orgânicas, exercem uma poderosa força inibitória da atividade sexual durante a gravidez.
(x) As alterações orgânicas que ocorrem na gestação são preponderantes na origem das disfunções sexuais que ocorrem neste período.

14. Durante o ciclo gravídico-puerperal, em quais situações se deve orientar abstinência sexual:

( ) No período inicial da gestação, até completar 8 semanas.
( ) A partir de 38 semanas de gestação até 60 dias após o parto.
( ) Logo quando a gestante começa a apresentar contrações uterinas esparsas e de leve intensidade, no terceiro trimestre.
(x) Apenas quando houver intercorrências como síndromes hemorrágicas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro.
( ) As respostas B e C estão corretas.

15. Assinale a alternativa incorreta:

( ) A dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as disfunções sexuais mais frequentes no Ciclo Gravídico Puerperal.
(x) A diminuição do desejo sexual na gestação e puerpério é devido apenas ao aumento dos níveis de prolactina.

( ) A dor no coito do pré-parto geralmente é determinada pelo infundado temor de ser nocivo ao concepto.
( ) A dispareunia que muitas mulheres referem nas primeiras relações sexuais depois do parto pode ter um componente orgânico importante como o hipoestrogenismo genital e, sobretudo, nos casos de partos normais com episiorrafias.
( ) A dispareunia leva a outras disfunções sexuais como distúrbio do desejo sexual hipoativo e vaginismo.

16. Das condutas médicas abaixo, qual está inadequada para orientar um casal durante o ciclo gravídico-puerperal?
( ) Dar explicações a respeito das alterações anatomofisiológicas que ocorrem durante esse período e que podem influenciar a resposta sexual.
( ) Esclarecer dúvidas, mitos, crenças e tabus que envolvem a sexualidade na gestação e na fase de aleitamento.
(x) Aconselhar o casal a praticar menos o sexo porque pode prejudicar o concepto e desencadear o processo de interrupção da gravidez.
( ) Estimular o casal a investir na relação afetiva e sexual quando não houver nenhuma intercorrência clínica durante a gestação e fase do aleitamento.
( ) Orientar posições sexuais mais confortáveis e adequadas para o terceiro trimestre da gestação e preparar o casal para o retorno da atividade sexual depois do parto.

17. A função da testosterona inclui todas as afirmações abaixo, exceto qual?
( ) Melhora do interesse sexual.
(x) Evita a perda de cabelo no homem.
( ) Aumenta a frequência dos atos sexuais e ereções noturnas.
( ) Mantém a atividade da síntese do NO no pênis.
( ) Melhora o humor.

18. Qual é o neurotransmissor mais provável para a ereção peniana?
( ) Prostaglandina E1
(x) NO
( ) Norepinefrina
( ) Acetilcolina
( ) Papaverina

19. O papel do urologista, na era da farmacoterapia oral para o tratamento da disfunção erétil (DE), inclui a avaliação diagnóstica especializada. As avaliações diagnósticas da DE podem ser benéficas para todos os pacientes selecionados a seguir, exceto qual grupo?
( ) Pacientes com trauma perineal
( ) Pacientes não responsivos ao inibidor da fosfodiesterase
( ) Pacientes com a doença de Peyronie
(x) Homens com 50 anos ou mais com um a três fatores de risco à DE orgânica
( ) Pacientes que se queixam de DE desde o início da maturidade sexual

20. Dentre as comorbidades listadas abaixo, qual não costuma estar relacionados a ejaculação precoce secundária:
( ) Hipertireoidismo
(x) Hiperplasia Prostática Benigna
( ) Prostatite
( ) Disfunção erétil
( ) Distúrbios de ansiedade

21. Assinale a alternativa correta:
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado auge do desenvolvimento psicossexual feminino.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado um período de crise previsível.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise temporário que registra alterações psíquicas que podem comprometer a saúde mental e emocional.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise marcado pela incapacidade de utilizar os recursos egoicos desenvolvidos ao longo da vida.
(x) Todas as alternativas estão corretas.

22. Qual dos grupos abaixo se refere à psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal?
( ) Regressão, introversão, identificação com o feto, desenvolvimento da intuição.
( ) Ambivalência, oscilação de sentimentos, labilidade de humor, hipersensibilidade.
( ) Sonhos diagnósticos, sonhos de realização de desejos, sonhos de expressão de angústias.
( ) Aumento do apetite, desejos, aversões, náuseas, vômitos.
(x) Todas as alternativas estão corretas.

23. Assinale a alternativa que *não* complementa a frase:

A Psicologia Obstétrica tem como principal instrumento o Pré-Natal Psicológico que...

( ) É uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada.
(x) É indicado somente em gestações de alto risco.
( ) Utiliza um protocolo padrão do Curso natural do Ciclo Gravídico Puerperal.
( ) Adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal.
( ) Prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

24. Assinale a alternativa incorreta:

( ) O Pré-Natal Psicológico considera o casal como paciente, e não somente a grávida.
( ) O Pré-Natal Psicológico trabalha os conteúdos de angústia psicoterapicamente.
( ) O Pré-Natal Psicológico aborda os conteúdos de ansiedade através de intervenções psicopedagógicas.
( ) No Pré-Natal Psicológico a conscientização corporal é trabalhada através de técnicas de relaxamento, respiração, massagens, dessensibilização de cesárea e dramatização de parto.
(x) O psicólogo não deve estimular a emergência de expressão de conteúdo sexual nas sessões de Pré-Natal Psicológico.

25. Sobre as disfunções sexuais femininas (DSF), responda a alternativa incorreta:

( ) As taxas de disfunção sexual são altas em mulheres (>43%).
( ) A etiologia da DSF é multifatorial e inclui: condições médicas crônicas, medicações, cirurgias e fatores psicológicos. Todavia, não aumenta, necessariamente, com a idade, pois tanto a mulher em pré-menopausa, quanto a em pós menopausa podem apresentar esta condição.
(x) Já existem tratamentos farmacológicos aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) para o desejo sexual hipoativo, tais como o "viagra feminino" (Flibanserina).
( ) Por causa da preocupação com possíveis eventos adversos sérios como a masculinização e o aumento das chances de câncer de mama, por exemplo, com a suplementação de testosterona em mulheres com desejo sexual hipoativo é que o tratamento deve ser conduzido com estrita cautela.
( ) Entre as contraindicações para a suplementação de testosterona em mulheres com DSH temos: doenças cardiovasculares, dislipidemias, câncer de útero e de ovário, hirsutismo grave, entre outras.

26. Entre os antidepressivos abaixo listados, assinale aquele com maior probabilidade de efeitos colaterais na esfera sexual e piorando a disfunção sexual causada por depressão:

( ) Venlafaxina e Desvenlafaxina
( ) Mirtazapina
( ) Duloxetina
( ) Bupropiona
(x) Paroxetina

27. Sobre o uso de antidepressivos na gestação, assinale a afirmativa incorreta:

( ) Os antidepressivos mais avaliados durante a gestação foram a fluoxetina em doses de 20 a 60 mg/dia e sertralina 50 a 150 mg/dia, principalmente após o terceiro trimestre da gestação.
( ) Não existe escolha farmacológica isenta totalmente de riscos durante a gestação, uma vez que todos os psicofármacos e seus metabolitos atravessam a placenta.
( ) O uso de medicações para disfunção sexual durante a gestação envolve a avaliação de riscos versus benefícios do impacto da depressão e de outros transtornos para a mãe, para o concepto e para a relação conjugal.
(x) Não existe a chamada "síndrome de retirada no neonato" quando se usa antidepressivos durante a gestação, uma vez que esta classe de medicamento não causa dependência.
( ) Não há sugestão de defeitos congênitos com os antidepressivos mais novos tais como: venlafaxina, mirtazapina e escitalopram, mas os estudos são ainda em menor escala. Assim como outros inibidores da recaptação da serotonina e a bupropiona também não parecem causar malformações.

28. Em casos de depressão em que o tratamento deva incluir um inibidor de receptação de serotonina (IRS) por melhor resposta a esta classe de medicamentos e risco de piora dos sintomas depressivos, uma maneira de melhorar os efeitos na esfera sexual da paciente é acrescentar os chamados "antídotos" à prescrição. Assinale a alternativa abaixo que não representa um "antídoto" com esta propriedade.

(x) Bupropiona 150 a 300 mg/dia
( ) Buspirona 30 a 60 mg/dia
( ) Amantadina 100 a 200 mg/dia
( ) Trazodona 50 mg/dia
( ) Amitriptilina 75mg/dia

29. As principais funções do assoalho pélvico são manter a continência urinária e fecal, ajudar no desencadeamento do reflexo orgásmico e sustentar os órgãos pélvicos. Durante a gravidez essa musculatura:
( ) Fica edemaciada, juntamente com a vulva e, por isso, tem suas funções prejudicadas.
( ) Relaxa para se preparar para o parto vaginal, desde o início da gestação.
( ) Sofre sobrecarga do útero gravídico que aumenta, progressivamente, ao longo da gestação.
( ) Tem sua força muscular diminuída para favorecer o crescimento uterino e o novo posicionamento da bexiga.
(x) Sofre sobrecarga com diminuição da força muscular e, no último trimestre, relaxa como preparação para o alongamento necessário para o parto vaginal.

30. Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são fundamentais durante o período gravídico- puerperal e...
( ) Devem ser iniciados após o terceiro mês de gestação para não favorecer o abortamento.
( ) Devem ser iniciados no último trimestre como preparo para o parto vaginal.
(x) Devem ser iniciados desde o início da gestação, podendo ser realizado até o dia do parto.
( ) Devem ser realizados apenas pelas mulheres que querem ter parto vaginal.
( ) Após o parto, devem ser realizados após o período de quarentena.

31. A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal, é uma incisão em mucosa que pode ser mediana e médio-lateral, e que deve ser usada para preservar a região perineal da mulher. As frases abaixo corrigem e explicam a afirmativa acima apresentada. Assinale a alternativa incorreta:
( ) A episiotomia, no Brasil, ainda é realizada de forma rotineira, sendo, portanto, o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal.
( ) Trata-se de uma incisão realizada, na maior parte das vezes, de forma médio-lateral, que secciona os músculos bulboesponjoso, transverso do períneo e, dependendo de sua profundidade, até fibras do levantador do ânus.
( ) A incisão mediana apresenta melhor cicatrização, mas também maior risco de laceração de terceiro e quarto grau, durante o período expulsivo.
( ) A melhor forma de preservar a região perineal da mulher é a manutenção do períneo íntegro. Por isso, durante a gestação o preparo fisioterapêutico perineal é necessário.
(x) A episiotomia gera dor no pós-parto imediato, e quando a sutura é bem feita, não haverá repercussão a longo prazo.

32. Quando a episiotomia deve ser utilizada, segundo a Organização Mundial da Saúde?
( ) Quando a parturiente apresenta feto macrossômico.
(x) Na iminência de laceração severa e sofrimento fetal.
( ) Em todas as primiparturientes.
( ) Quando a parturiente já foi submetida à episiotomia em parto anterior.
( ) Todas as alternativas estão corretas

33. Qual a fase do ciclo de resposta sexual mais comprometida durante a gestação?
(x) Desejo
( ) Excitação
( ) Orgasmo
( ) Resolução
( ) Todas

34. Segundo a literatura, qual a forma de tratamento que vem se mostrando eficaz para sintomas de disfunção sexual feminina na gravidez?
( ) Antidepressivos
( ) Ansiolíticos
(x) Grupos educacionais
( ) Palestras sobre fisiologia da resposta sexual humana
( ) Psicoterapia comportamental

35. Caso uma gestante se queixe que vem sentindo dores durante o coito, a conduta mais apropriada do profissional de saúde é:
( ) Pedir para que o casal se abstenha de relações sexuais até o puerpério.
( ) Orientar outra posição sexual.
(x) Investigar a etiologia da dor.
( ) Receitar analgésicos.
( ) Esclarecer que a gestação é um período diferenciado, e que é normal sentir dor.

36. Qual o período gestacional em que a função sexual feminina mostra-se mais comprometida?
( ) Logo quando o casal toma conhecimento da gravidez.
(x) No terceiro trimestre.
( ) Durante o segundo trimestre.
( ) A partir da 24ª semana.
( ) Durante toda a gestação.

ANEXO F – Questionário por aula

Aula 1

1. **Qual desses autores conduziu na década de 30, a maior pesquisa em sexualidade humana realizada nos EUA, revolucionando os conceitos da época sobre o tema?**
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Sigmund Freud
   ( ) Masters e Johnson
   (x) Alfred Kinsey
   ( ) Nenhuma das anteriores

2. **Qual a contribuição de Masters e Johnson para os estudos da sexualidade humana?**
   ( ) Criação do termo "psicofisiológico", para explicar as causas tanto fisiológicas quanto psicológicas das disfunções sexuais.
   ( ) Criação e sistematização da terapia sexual.
   ( ) Elaboração do ciclo de resposta sexual humana.
   ( ) Expansão dos tratamentos para disfunções sexuais por todo o território americano.
   (x) Todas as anteriores

3. **O ciclo de resposta sexual humana mais utilizado atualmente nas pesquisas em sexualidade, foi reconceituado por:**
   (x) Helen Kaplan
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Alfred Kinsey
   ( ) Masters e Johnson
   ( ) Nenhuma das anteriores

4. **Quais os órgãos eréteis na mulher?**
   ( ) Clitóris e pequenos lábios
   ( ) Clitóris e grandes lábios
   (x) Clitóris e bulbos da vagina
   ( ) Grandes e pequenos lábios
   ( ) Bulbos da vagina e glândulas anexas

Aula 2

1. **A fase do desejo da resposta sexual humana está, sobretudo, sob a ação:**
   ( ) Progesterona
   ( ) Prolactina
   (x) Testosterona
   ( ) Hormônio folículo estimulante
   ( ) Nenhuma das anteriores

2. **Assinale a alternativa correta:**
   (x) A ocitocina endógena pode ser liberada através do tato, olfato e da audição
   ( ) A ocitocina é inibida pelo sistema dopaminérgico
   ( ) A ocitocina promove dor; portanto inibe o desejo sexual
   ( ) O aumento principalmente da prolactina reduz a saciedade sexual após o orgasmo
   ( ) Todas as anteriores

3. **Todas as alternativas são corretas, exceto:**
   (x) A mulher tem menor percepção do seu desejo sexual que o homem por que a resposta genital não ocorre prontamente.
   ( ) O estímulo audiovisual tem maior efeito para despertar desejo sexual para ambos os sexos.
   ( ) Há uma associação entre o nível maior de testosterona no terço médio do ciclo menstrual e maior momento de desejo sexual na mulher.
   ( ) A intimidade emocional interfere no ciclo de resposta sexual feminino.
   ( ) O conceito de desejo responsivo livrou muitas mulheres de serem disfuncionais.

4. **Com relação à endocrinologia na resposta sexual humana, podemos dizer que:**
   (x) O estrógeno tem papel importante na fase da lubrificação.
   ( ) A prolactina não permanece elevada após o orgasmo por mais de 50 minutos.
   ( ) A termografia confirma que a resposta genital e percepção desta resposta na mulher são similares nos homens, após um estímulo sexual.
   ( ) Durante a gravidez, a redução da frequência sexual é conveniente pelos danos que isto pode causar na sua evolução.
   ( ) O hipotireoidismo favorece a resposta sexual satisfatória pois facilita a percepção dos movimentos e sentimentos.

Aula 3

1. **Quais são as cinco operações básicas da Proposta de Estrutura Terapêutica (PETE) em atendimento de pré-natal?**
   ( ) Procedência, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
   ( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
   (x) Identificação do paciente, formulação do diagnóstico, planejamento da terapia, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
   ( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.
   ( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.

2. **Na formulação do diagnóstico, quais são as seis etapas fundamentais da PETE, durante o pré-natal?**
   ( ) Identificação do paciente, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
   ( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
   (x) Identificação, qualificação e quantificação do problema, avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas da personalidade.
   ( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
   ( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.

3. **Quais são as seis perguntas fundamentais na qualificação do problema, em gestantes?**
   ( ) O que ocorre, o que você entende, o que não ocorre, com quem não ocorre, como evoluiu, o que agrava.
   ( ) Qual a amplitude, provável etiologia, gravidade do caso, como começou, com quem ocorre e onde ocorre.
   ( ) Qual a motivação do parceiro, o que você entende, como evoluiu, onde ocorre, quando ocorre, quando não ocorre.
   (x) Como ocorre, onde ocorre, quando ocorre, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.
   ( ) Qual a amplitude, o que ocorre, qual a motivação do par, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.

4. **Quais são as principais dosagens laboratoriais de rotina em Sexologia clínica?**
   ( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
   ( ) Triglicérides, hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
   ( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, 17-KS, 17-OH, T3, T4 e TSH.
   (x) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.
   ( ) Cortisol plasmático, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.

Aula 4

1. **Os estudos levam à clássica afirmativa de que a função sexual diminui durante a gravidez. Assinale a alternativa incorreta:**
   ( ) A frequência sexual diminui no primeiro trimestre devido à fadiga, labilidade emocional, náuseas, vômitos, mamas doloridas e medo do aborto.
   ( ) Alguns autores afirmam que no segundo trimestre a função sexual pode melhorar porque os desconfortos físicos, os medos e apreensões diminuem.
   ( ) No terceiro trimestre há uma queda ponderável da frequência sexual devido ao desconforto postural e dor e aumento do volume do abdômen.

( ) As causas socioculturais e psicológicas, mais do que as orgânicas, exercem uma poderosa força inibitória da atividade sexual durante a gravidez.
(x) As alterações orgânicas que ocorrem na gestação são preponderantes na origem das disfunções sexuais que ocorrem neste período.

2. **Durante o ciclo gravídico-puerperal, em quais situações se deve orientar abstinência sexual:**
( ) No período inicial da gestação, até completar 8 semanas.
( ) A partir de 38 semanas de gestação até 60 dias após o parto.
( ) Logo quando a gestante começa a apresentar contrações uterinas esparsas e de leve intensidade, no terceiro trimestre.
(x) Apenas quando houver intercorrências como síndromes hemorrágicas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro.
( ) As respostas B e C estão corretas.

3. **Assinale a alternativa incorreta:**
( ) A dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as disfunções sexuais mais frequentes no Ciclo Gravídico Puerperal.
(x) A diminuição do desejo sexual na gestação e puerpério é devido apenas ao aumento dos níveis de prolactina.
( ) A dor no coito do pré-parto geralmente é determinada pelo infundado temor de ser nocivo ao concepto.
( ) A dispareunia que muitas mulheres referem nas primeiras relações sexuais depois do parto pode ter um componente orgânico importante como o hipoestrogenismo genital e, sobretudo, nos casos de partos normais com episiorrafias.
( ) A dispareunia leva a outras disfunções sexuais como distúrbio do desejo sexual hipoativo e vaginismo.

4. **Das condutas médicas abaixo, qual está inadequada para orientar um casal durante o ciclo gravídico-puerperal?**
( ) Dar explicações a respeito das alterações anatomofisiológicas que ocorrem durante esse período e que podem influenciar a resposta sexual.
( ) Esclarecer dúvidas, mitos, crenças e tabus que envolvem a sexualidade na gestação e na fase de aleitamento.
(x) Aconselhar o casal a praticar menos o sexo porque pode prejudicar o concepto e desencadear o processo de interrupção da gravidez.
( ) Estimular o casal a investir na relação afetiva e sexual quando não houver nenhuma intercorrência clínica durante a gestação e fase do aleitamento.
( ) Orientar posições sexuais mais confortáveis e adequadas para o terceiro trimestre da gestação e preparar o casal para o retorno da atividade sexual depois do parto.

Aula 5

1. **A função da testosterona inclui todas as afirmações abaixo, exceto qual?**
( ) Melhora do interesse sexual.
(x) Evita a perda de cabelo no homem.
( ) Aumenta a frequência dos atos sexuais e ereções noturnas.
( ) Mantém a atividade da síntese do NO no pênis.
( ) Melhora o humor.

2. **Qual é o neurotransmissor mais provável para a ereção peniana?**
( ) Prostaglandina E1
(x) NO
( ) Norepinefrina
( ) Acetilcolina
( ) Papaverina

3. **O papel do urologista, na era da farmacoterapia oral para o tratamento da disfunção erétil (DE), inclui a avaliação diagnóstica especializada. As avaliações diagnósticas da DE podem ser benéficas para todos os pacientes selecionados a seguir, exceto qual grupo?**
( ) Pacientes com trauma perineal
( ) Pacientes não responsivos ao inibidor da fosfodiesterase
( ) Pacientes com a doença de Peyronie
(x) Homens com 50 anos ou mais com um a três fatores de risco à DE orgânica
( ) Pacientes que se queixam de DE desde o início da maturidade sexual

4. **Dentre as comorbidades listadas abaixo, qual não costuma estar relacionados a ejaculação precoce secundária:**
( ) Hipertireoidismo
(x) Hiperplasia Prostática Benigna
( ) Prostatite
( ) Disfunção erétil
( ) Distúrbios de ansiedade

Aula 6

1. **Assinale a alternativa correta:**
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado auge do desenvolvimento psicossexual feminino.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado um período de crise previsível.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise temporário que registra alterações psíquicas que podem comprometer a saúde mental e emocional.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise marcado pela incapacidade de utilizar os recursos egoicos desenvolvidos ao longo da vida.
   (x) Todas as alternativas estão corretas.

2. **Qual dos grupos abaixo se refere à psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal?**
   ( ) Regressão, introversão, identificação com o feto, desenvolvimento da intuição.
   ( ) Ambivalência, oscilação de sentimentos, labilidade de humor, hipersensibilidade.
   ( ) Sonhos diagnósticos, sonhos de realização de desejos, sonhos de expressão de angústias.
   ( ) Aumento do apetite, desejos, aversões, náuseas, vômitos.
   (x) Todas as alternativas estão corretas.

3. **Assinale a alternativa que *não* complementa a frase:**
   A Psicologia Obstétrica tem como principal instrumento o Pré-Natal Psicológico que...
   ( ) É uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada.
   (x) É indicado somente em gestações de alto risco.
   ( ) Utiliza um protocolo padrão do Curso natural do Ciclo Gravídico Puerperal.
   ( ) Adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal.
   ( ) Prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

4. **Assinale a alternativa incorreta:**
   ( ) O Pré-Natal Psicológico considera o casal como paciente, e não somente a grávida.
   ( ) O Pré-Natal Psicológico trabalha os conteúdos de angústia psicoterapicamente.
   ( ) O Pré-Natal Psicológico aborda os conteúdos de ansiedade através de intervenções psicopedagógicas.
   ( ) No Pré-Natal Psicológico a conscientização corporal é trabalhada através de técnicas de relaxamento, respiração, massagens, dessensibilização de cesárea e dramatização de parto.
   (x) O psicólogo não deve estimular a emergência de expressão de conteúdo sexual nas sessões de Pré-Natal Psicológico.

Aula 7

1. **Sobre as disfunções sexuais femininas (DSF), responda a alternativa incorreta:**
   ( ) As taxas de disfunção sexual são altas em mulheres (>43%).
   ( ) A etiologia da DSF é multifatorial e inclui: condições médicas crônicas, medicações, cirurgias e fatores psicológicos. Todavia, não aumenta, necessariamente, com a idade, pois tanto a mulher em pré-menopausa, quanto a em pós menopausa podem apresentar esta condição.
   (x) Já existem tratamentos farmacológicos aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) para o desejo sexual hipoativo, tais como o "viagra feminino" (Flibanserina).
   ( ) Por causa da preocupação com possíveis eventos adversos sérios como a masculinização e o aumento das chances de câncer de mama, por exemplo, com a suplementação de testosterona em mulheres com desejo sexual hipoativo é que o tratamento deve ser conduzido com estrita cautela.
   ( ) Entre as contraindicações para a suplementação de testosterona em mulheres com DSH temos: doenças cardiovasculares, dislipidemias, câncer de útero e de ovário, hirsutismo grave, entre outras.

2. **Entre os antidepressivos abaixo listados, assinale aquele com maior probabilidade de efeitos colaterais na esfera sexual e piorando a disfunção sexual causada por depressão:**
   ( ) Venlafaxina e Desvenlafaxina
   ( ) Mirtazapina
   ( ) Duloxetina
   ( ) Bupropiona
   (x) Paroxetina

3. **Sobre o uso de antidepressivos na gestação, assinale a afirmativa incorreta:**
   ( ) Os antidepressivos mais avaliados durante a gestação foram a fluoxetina em doses de 20 a 60 mg/dia e sertralina 50 a 150 mg/dia, principalmente após o terceiro trimestre da gestação.
   ( ) Não existe escolha farmacológica isenta totalmente de riscos durante a gestação, uma vez que todos os psicofármacos e seus metabolitos atravessam a placenta.
   ( ) O uso de medicações para disfunção sexual durante a gestação envolve a avaliação de riscos *versus* benefícios do impacto da depressão e de outros transtornos para a mãe, para o concepto e para a relação conjugal.
   (x) Não existe a chamada "síndrome de retirada no neonato" quando se usa antidepressivos durante a gestação, uma

vez que esta classe de medicamento não causa dependência.

( ) Não há sugestão de defeitos congênitos com os antidepressivos mais novos tais como: venlafaxina, mirtazapina e escitalopram, mas os estudos são ainda em menor escala. Assim como outros inibidores da recaptação da serotonina e a bupropiona também não parecem causar malformações.

4. **Em casos de depressão em que o tratamento deva incluir um inibidor de receptação de serotonina (IRS) por melhor resposta a esta classe de medicamentos e risco de piora dos sintomas depressivos, uma maneira de melhorar os efeitos na esfera sexual da paciente é acrescentar os chamados "antídotos" à prescrição. Assinale a alternativa abaixo que não representa um "antídoto" com esta propriedade.**
   (x) Bupropiona 150 a 300 mg/dia
   ( ) Buspirona 30 a 60 mg/dia
   ( ) Amantadina 100 a 200 mg/dia
   ( ) Trazodona 50 mg/dia
   ( ) Amitriptilina 75mg/dia

Aula 8

1. **As principais funções do assoalho pélvico são manter a continência urinária e fecal, ajudar no desencadeamento do reflexo orgásmico e sustentar os órgãos pélvicos. Durante a gravidez essa musculatura:**
   ( ) Fica edemaciada, juntamente com a vulva e, por isso, tem suas funções prejudicadas.
   ( ) Relaxa para se preparar para o parto vaginal, desde o início da gestação.
   ( ) Sofre sobrecarga do útero gravídico que aumenta, progressivamente, ao longo da gestação.
   ( ) Tem sua força muscular diminuída para favorecer o crescimento uterino e o novo posicionamento da bexiga.
   (x) Sofre sobrecarga com diminuição da força muscular e, no último trimestre, relaxa como preparação para o alongamento necessário para o parto vaginal.

2. **Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são fundamentais durante o período gravídico- puerperal e...**
   ( ) Devem ser iniciados após o terceiro mês de gestação para não favorecer o abortamento.
   ( ) Devem ser iniciados no último trimestre como preparo para o parto vaginal.
   (x) Devem ser iniciados desde o início da gestação, podendo ser realizado até o dia do parto.
   ( ) Devem ser realizados apenas pelas mulheres que querem ter parto vaginal.
   ( ) Após o parto, devem ser realizados após o período de quarentena.

3. **A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal, é uma incisão em mucosa que pode ser mediana e médio-lateral, e que deve ser usada para preservar a região perineal da mulher. As frases abaixo corrigem e explicam a afirmativa acima apresentada. Assinale a alternativa incorreta:**
   ( ) A episiotomia, no Brasil, ainda é realizada de forma rotineira, sendo, portanto, o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal.
   ( ) Trata-se de uma incisão realizada, na maior parte das vezes, de forma médio-lateral, que secciona os músculos bulboesponjoso, transverso do períneo e, dependendo de sua profundidade, até fibras do levantador do ânus.
   ( ) A incisão mediana apresenta melhor cicatrização, mas também maior risco de laceração de terceiro e quarto grau, durante o período expulsivo.
   ( ) A melhor forma de preservar a região perineal da mulher é a manutenção do períneo íntegro. Por isso, durante a gestação o preparo fisioterapêutico perineal é necessário.
   (x) A episiotomia gera dor no pós-parto imediato, e quando a sutura é bem feita, não haverá repercussão a longo prazo.

4. **Quando a episiotomia deve ser utilizada, segundo a Organização Mundial da Saúde?**
   ( ) Quando a parturiente apresenta feto macrossômico.
   (x) Na iminência de laceração severa e sofrimento fetal.
   ( ) Em todas as primiparturientes.
   ( ) Quando a parturiente já foi submetida à episiotomia em parto anterior.
   ( ) Todas as alternativas estão corretas

Aula 9

1. **Qual a fase do ciclo de resposta sexual mais comprometida durante a gestação?**
   (x) Desejo
   ( ) Excitação
   ( ) Orgasmo
   ( ) Resolução
   ( ) Todas

2. **Segundo a literatura, qual a forma de tratamento que vem se mostrando eficaz para sintomas de disfunção sexual feminina na gravidez?**
   ( ) Antidepressivos
   ( ) Ansiolíticos
   (x) Grupos educacionais
   ( ) Palestras sobre fisiologia da resposta sexual humana
   ( ) Psicoterapia comportamental

3. **Caso uma gestante se queixe que vem sentindo dores durante o coito, a conduta mais apropriada do profissional de saúde é:**
   ( ) Pedir para que o casal se abstenha de relações sexuais até o puerpério.
   ( ) Orientar outra posição sexual.
   (x) Investigar a etiologia da dor.
   ( ) Receitar analgésicos.
   ( ) Esclarecer que a gestação é um período diferenciado, e que é normal sentir dor.

4. **Qual o período gestacional em que a função sexual feminina mostra-se mais comprometida?**
   ( ) Logo quando o casal toma conhecimento da gravidez.
   (x) No terceiro trimestre.
   ( ) Durante o segundo trimestre.
   ( ) A partir da 24ª semana.
   ( ) Durante toda a gestação.

ANEXO G – Questionário Final

1. **Qual a fase do ciclo de resposta sexual mais comprometida durante a gestação?**
   (x) Desejo
   ( ) Excitação
   ( ) Orgasmo
   ( ) Resolução
   ( ) Todas

2. **Segundo a literatura, qual a forma de tratamento que vem se mostrando eficaz para sintomas de disfunção sexual feminina na gravidez?**
   ( ) Antidepressivos
   ( ) Ansiolíticos
   (x) Grupos educacionais
   ( ) Palestras sobre fisiologia da resposta sexual humana
   ( ) Psicoterapia comportamental

3. **Caso uma gestante se queixe que vem sentindo dores durante o coito, a conduta mais apropriada do profissional de saúde é:**
   ( ) Pedir para que o casal se abstenha de relações sexuais até o puerpério.
   ( ) Orientar outra posição sexual.
   (x) Investigar a etiologia da dor.
   ( ) Receitar analgésicos.
   ( ) Esclarecer que a gestação é um período diferenciado, e que é normal sentir dor.

4. **Qual o período gestacional em que a função sexual feminina mostra-se mais comprometida?**
   ( ) Logo quando o casal toma conhecimento da gravidez.
   (x) No terceiro trimestre.
   ( ) Durante o segundo trimestre.
   ( ) A partir da 24ª semana.
   ( ) Durante toda a gestação.

5. **As principais funções do assoalho pélvico são manter a continência urinária e fecal, ajudar no desencadeamento do reflexo orgásmico e sustentar os órgãos pélvicos. Durante a gravidez essa musculatura:**
   ( ) Fica edemaciada, juntamente com a vulva e, por isso, tem suas funções prejudicadas.
   ( ) Relaxa para se preparar para o parto vaginal, desde o início da gestação.
   ( ) Sofre sobrecarga do útero gravídico que aumenta, progressivamente, ao longo da gestação.
   ( ) Tem sua força muscular diminuída para favorecer o crescimento uterino e o novo posicionamento da bexiga.
   (x) Sofre sobrecarga com diminuição da força muscular e, no último trimestre, relaxa como preparação para o alongamento necessário para o parto vaginal.

6. **Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são fundamentais durante o período gravídico-puerperal e...**
   ( ) Devem ser iniciados após o terceiro mês de gestação para não favorecer o abortamento.
   ( ) Devem ser iniciados no último trimestre como preparo para o parto vaginal.
   (x) Devem ser iniciados desde o início da gestação, podendo ser realizado até o dia do parto.
   ( ) Devem ser realizados apenas pelas mulheres que querem ter parto vaginal.
   ( ) Após o parto, devem ser realizados após o período de quarentena.

7. **A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal, é uma incisão em mucosa que pode ser mediana e médio-lateral, e que deve ser usada para preservar a região perineal da mulher. As frases abaixo corrigem e explicam a afirmativa acima apresentada. Assinale a alternativa incorreta:**
   ( ) A episiotomia, no Brasil, ainda é realizada de forma rotineira, sendo, portanto, o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal.
   ( ) Trata-se de uma incisão realizada, na maior parte das vezes, de forma médio-lateral, que secciona os músculos bulboesponjoso, transverso do períneo e, dependendo de sua profundidade, até fibras do levantador do ânus.
   ( ) A incisão mediana apresenta melhor cicatrização, mas também maior risco de laceração de terceiro e quarto grau, durante o período expulsivo.
   ( ) A melhor forma de preservar a região perineal da mulher é a manutenção do períneo íntegro. Por isso, durante a gestação o preparo fisioterapêutico perineal é necessário.
   (x) A episiotomia gera dor no pós-parto imediato, e quando a sutura é bem feita, não haverá repercussão a longo prazo.

8. Quando a episiotomia deve ser utilizada, segundo a Organização Mundial da Saúde?
( ) Quando a parturiente apresenta feto macrossômico.
(x) Na iminência de laceração severa e sofrimento fetal.
( ) Em todas as primiparturientes.
( ) Quando a parturiente já foi submetida à episiotomia em parto anterior.
( ) Todas as alternativas estão corretas

9. Sobre as disfunções sexuais femininas (DSF), responda a alternativa incorreta:
( ) As taxas de disfunção sexual são altas em mulheres (>43%).
( ) A etiologia da DSF é multifatorial e inclui: condições médicas crônicas, medicações, cirurgias e fatores psicológicos. Todavia, não aumenta, necessariamente, com a idade, pois tanto a mulher em pré-menopausa, quanto a em pós menopausa podem apresentar esta condição.
(x) Já existem tratamentos farmacológicos aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) para o desejo sexual hipoativo, tais como o "viagra feminino" (Flibanserina).
( ) Por causa da preocupação com possíveis eventos adversos sérios como a masculinização e o aumento das chances de câncer de mama, por exemplo, com a suplementação de testosterona em mulheres com desejo sexual hipoativo é que o tratamento deve ser conduzido com estrita cautela.
( ) Entre as contraindicações para a suplementação de testosterona em mulheres com DSH temos: doenças cardiovasculares, dislipidemias, câncer de útero e de ovário, hirsutismo grave, entre outras.

10. Entre os antidepressivos abaixo listados, assinale aquele com maior probabilidade de efeitos colaterais na esfera sexual e piorando a disfunção sexual causada por depressão:
( ) Venlafaxina e Desvenlafaxina
( ) Mirtazapina
( ) Duloxetina
( ) Bupropiona
(x) Paroxetina

11. Sobre o uso de antidepressivos na gestação, assinale a afirmativa incorreta:
( ) Os antidepressivos mais avaliados durante a gestação foram a fluoxetina em doses de 20 a 60 mg/dia e sertralina 50 a 150 mg/dia, principalmente após o terceiro trimestre da gestação.
( ) Não existe escolha farmacológica isenta totalmente de riscos durante a gestação, uma vez que todos os psicofármacos e seus metabolitos atravessam a placenta.
( ) O uso de medicações para disfunção sexual durante a gestação envolve a avaliação de riscos *versus* benefícios do impacto da depressão e de outros transtornos para a mãe, para o concepto e para a relação conjugal.
(x) Não existe a chamada "síndrome de retirada no neonato" quando se usa antidepressivos durante a gestação, uma vez que esta classe de medicamento não causa dependência.
( ) Não há sugestão de defeitos congênitos com os antidepressivos mais novos tais como: venlafaxina, mirtazapina e escitalopram, mas os estudos são ainda em menor escala. Assim como outros inibidores da recaptação da serotonina e a bupropiona também não parecem causar malformações.

12. Em casos de depressão em que o tratamento deva incluir um inibidor de receptação de serotonina (IRS) por melhor resposta a esta classe de medicamentos e risco de piora dos sintomas depressivos, uma maneira de melhorar os efeitos na esfera sexual da paciente é acrescentar os chamados "antídotos" à prescrição. Assinale a alternativa abaixo que não representa um "antídoto" com esta propriedade.
(x) Bupropiona 150 a 300 mg/dia
( ) Buspirona 30 a 60 mg/dia
( ) Amantadina 100 a 200 mg/dia
( ) Trazodona 50 mg/dia
( ) Amitriptilina 75mg/dia

13. Assinale a alternativa correta:
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado auge do desenvolvimento psicossexual feminino.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado um período de crise previsível.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise temporário que registra alterações psíquicas que podem comprometer a saúde mental e emocional.
( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise marcado pela incapacidade de utilizar os recursos egoicos desenvolvidos ao longo da vida.
(x) Todas as alternativas estão corretas.

14. Qual dos grupos abaixo se refere à psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal?
( ) Regressão, introversão, identificação com o feto, desenvolvimento da intuição.
( ) Ambivalência, oscilação de sentimentos, labilidade de humor, hipersensibilidade.
( ) Sonhos diagnósticos, sonhos de realização de desejos, sonhos de expressão de angústias.
( ) Aumento do apetite, desejos, aversões, náuseas, vômitos.
(x) Todas as alternativas estão corretas.

15. Assinale a alternativa que *não* complementa a frase:
A Psicologia Obstétrica tem como principal instrumento o Pré-Natal Psicológico que...
( ) É uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada.
(x) É indicado somente em gestações de alto risco.
( ) Utiliza um protocolo padrão do Curso natural do Ciclo Gravídico Puerperal.
( ) Adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal.
( ) Prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

16. Assinale a alternativa incorreta:
( ) O Pré-Natal Psicológico considera o casal como paciente, e não somente a grávida.
( ) O Pré-Natal Psicológico trabalha os conteúdos de angústia psicoterapicamente.
( ) O Pré-Natal Psicológico aborda os conteúdos de ansiedade através de intervenções psicopedagógicas.
( ) No Pré-Natal Psicológico a conscientização corporal é trabalhada através de técnicas de relaxamento, respiração, massagens, dessensibilização de cesárea e dramatização de parto.
(x) O psicólogo não deve estimular a emergência de expressão de conteúdo sexual nas sessões de Pré-Natal Psicológico.

17. A função da testosterona inclui todas as afirmações abaixo, exceto qual?
( ) Melhora do interesse sexual.
(x) Evita a perda de cabelo no homem.
( ) Aumenta a frequência dos atos sexuais e ereções noturnas.
( ) Mantém a atividade da síntese do NO no pênis.
( ) Melhora o humor.

18. Qual é o neurotransmissor mais provável para a ereção peniana?
( ) Prostaglandina E1
(x) NO
( ) Norepinefrina
( ) Acetilcolina
( ) Papaverina

19. O papel do urologista, na era da farmacoterapia oral para o tratamento da disfunção erétil (DE), inclui a avaliação diagnóstica especializada. As avaliações diagnósticas da DE podem ser benéficas para todos os pacientes selecionados a seguir, exceto qual grupo?
( ) Pacientes com trauma perineal
( ) Pacientes não responsivos ao inibidor da fosfodiesterase
( ) Pacientes com a doença de Peyronie
(x) Homens com 50 anos ou mais com um a três fatores de risco à DE orgânica
( ) Pacientes que se queixam de DE desde o início da maturidade sexual

20. Dentre as comorbidades listadas abaixo, qual não costuma estar relacionados a ejaculação precoce secundária:
( ) Hipertireoidismo
(x) Hiperplasia Prostática Benigna
( ) Prostatite
( ) Disfunção erétil
( ) Distúrbios de ansiedade

21. Os estudos levam à clássica afirmativa de que a função sexual diminui durante a gravidez. Assinale a alternativa incorreta:
( ) A frequência sexual diminui no primeiro trimestre devido à fadiga, labilidade emocional, náuseas, vômitos, mamas doloridas e medo do aborto.
( ) Alguns autores afirmam que no segundo trimestre a função sexual pode melhorar porque os desconfortos físicos, os medos e apreensões diminuem.
( ) No terceiro trimestre há uma queda ponderável da frequência sexual devido ao desconforto postural e dor e aumento do volume do abdômen.

( ) As causas socioculturais e psicológicas, mais do que as orgânicas, exercem uma poderosa força inibitória da atividade sexual durante a gravidez.
(x) As alterações orgânicas que ocorrem na gestação são preponderantes na origem das disfunções sexuais que ocorrem neste período.

22. Durante o ciclo gravídico-puerperal, em quais situações se deve orientar abstinência sexual:
( ) No período inicial da gestação, até completar 8 semanas.
( ) A partir de 38 semanas de gestação até 60 dias após o parto.
( ) Logo quando a gestante começa a apresentar contrações uterinas esparsas e de leve intensidade, no terceiro trimestre.
(x) Apenas quando houver intercorrências como síndromes hemorrágicas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro.
( ) As respostas B e C estão corretas.

23. Assinale a alternativa incorreta:
( ) A dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as disfunções sexuais mais frequentes no Ciclo Gravídico Puerperal.
(x) A diminuição do desejo sexual na gestação e puerpério é devido apenas ao aumento dos níveis de prolactina.
( ) A dor no coito do pré-parto geralmente é determinada pelo infundado temor de ser nocivo ao concepto.
( ) A dispareunia que muitas mulheres referem nas primeiras relações sexuais depois do parto pode ter um componente orgânico importante como o hipoestrogenismo genital e, sobretudo, nos casos de partos normais com episiorrafias.
( ) A dispareunia leva a outras disfunções sexuais como distúrbio do desejo sexual hipoativo e vaginismo.

24. Das condutas médicas abaixo, qual está inadequada para orientar um casal durante o ciclo gravídico-puerperal?
( ) Dar explicações a respeito das alterações anatomofisiológicas que ocorrem durante esse período e que podem influenciar a resposta sexual.
( ) Esclarecer dúvidas, mitos, crenças e tabus que envolvem a sexualidade na gestação e na fase de aleitamento.
(x) Aconselhar o casal a praticar menos o sexo porque pode prejudicar o concepto e desencadear o processo de interrupção da gravidez.
( ) Estimular o casal a investir na relação afetiva e sexual quando não houver nenhuma intercorrência clínica durante a gestação e fase do aleitamento.
( ) Orientar posições sexuais mais confortáveis e adequadas para o terceiro trimestre da gestação e preparar o casal para o retorno da atividade sexual depois do parto.

25. Quais são as cinco operações básicas da Proposta de Estrutura Terapêutica (PETE) em atendimento de pré-natal?
( ) Procedência, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
(x) Identificação do paciente, formulação do diagnóstico, planejamento da terapia, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.

26. Na formulação do diagnóstico, quais são as seis etapas fundamentais da PETE, durante o pré-natal?
( ) Identificação do paciente, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
(x) Identificação, qualificação e quantificação do problema, avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas da personalidade.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.

27. Quais são as seis perguntas fundamentais na qualificação do problema, em gestantes?
( ) O que ocorre, o que você entende, o que não ocorre, com quem não ocorre, como evoluiu, o que agrava.
( ) Qual a amplitude, provável etiologia, gravidade do caso, como começou, com quem ocorre e onde ocorre.
( ) Qual a motivação do parceiro, o que você entende, como evoluiu, onde ocorre, quando ocorre, quando não ocorre.
(x) Como ocorre, onde ocorre, quando ocorre, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.
( ) Qual a amplitude, o que ocorre, qual a motivação do par, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.

28. Quais são as principais dosagens laboratoriais de rotina em Sexologia clínica?
( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Triglicérides, hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, 17-KS, 17-OH, T3, T4 e TSH.
(x) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.
( ) Cortisol plasmático, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.

29. A fase do desejo da resposta sexual humana está, sobretudo, sob a ação:
( ) Progesterona
( ) Prolactina
(x) Testosterona
( ) Hormônio folículo estimulante
( ) Nenhuma das anteriores

30. Assinale a alternativa correta:
(x) A ocitocina endógena pode ser liberada através do tato, olfato e da audição
( ) A ocitocina é inibida pelo sistema dopaminérgico
( ) A ocitocina promove dor; portanto inibe o desejo sexual
( ) O aumento principalmente da prolactina reduz a saciedade sexual após o orgasmo
( ) Todas as anteriores

31. Todas as alternativas são corretas, exceto:
(x) A mulher tem menor percepção do seu desejo sexual que o homem por que a resposta genital não ocorre prontamente.
( ) O estímulo audiovisual tem maior efeito para despertar desejo sexual para ambos os sexos.
( ) Há uma associação entre o nível maior de testosterona no terço médio do ciclo menstrual e maior momento de desejo sexual na mulher.
( ) A intimidade emocional interfere no ciclo de resposta sexual feminino.
( ) O conceito de desejo responsivo livrou muitas mulheres de serem disfuncionais.

32. Com relação à endocrinologia na resposta sexual humana, podemos dizer que:
(x) O estrógeno tem papel importante na fase da lubrificação.
( ) A prolactina não permanece elevada após o orgasmo por mais de 50 minutos.
( ) A termografia confirma que a resposta genital e percepção desta resposta na mulher são similares nos homens, após um estímulo sexual.
( ) Durante a gravidez, a redução da frequência sexual é conveniente pelos danos que isto pode causar na sua evolução.
( ) O hipotireoidismo favorece a resposta sexual satisfatória pois facilita a percepção dos movimentos e sentimentos.

33. Qual desses autores conduziu na década de 30, a maior pesquisa em sexualidade humana realizada nos EUA, revolucionando os conceitos da época sobre o tema?
( ) Rosemary Basson
( ) Sigmund Freud
( ) Masters e Johnson
(x) Alfred Kinsey
( ) Nenhuma das anteriores

34. Qual a contribuição de Masters e Johnson para os estudos da sexualidade humana?
( ) Criação do termo "psicofisiológico", para explicar as causas tanto fisiológicas quanto psicológicas das disfunções sexuais.
( ) Criação e sistematização da terapia sexual.
( ) Elaboração do ciclo de resposta sexual humana.
( ) Expansão dos tratamentos para disfunções sexuais por todo o território americano.
(x) Todas as anteriores

35. O ciclo de resposta sexual humana mais utilizado atualmente nas pesquisas em sexualidade, foi reconceituado por:
(x) Helen Kaplan
( ) Rosemary Basson
( ) Alfred Kinsey
( ) Masters e Johnson
( ) Nenhuma das anteriores

36. Quais os órgãos eréteis na mulher?
( ) Clitóris e pequenos lábios
( ) Clitóris e grandes lábios
(x) Clitóris e bulbos da vagina
( ) Grandes e pequenos lábios
( ) Bulbos da vagina e glândulas anexas

ANEXO H – Questionário SERVQUAL adaptado para serviço educacional

	Bem abaixo do esperado	Abaixo do esperado	Igual ao esperado	Acima do esperado	Bem acima do esperado
1. Instalações físicas adequadas (confortáveis, arejadas, etc.)	1	2	3	4	5
2. Acervo da biblioteca compatível com as exigências do Curso	1	2	3	4	5
3. *Homepages* atraentes e claras para suporte ao aluno	1	2	3	4	5
4. Recursos tecnológicos utilizados no Curso	1	2	3	4	5
5. Fornecer o Curso conforme o prometido	1	2	3	4	5
6. Oferta de módulos conforme calendário	1	2	3	4	5
7. Utilidade das disciplinas para a capacitação profissional	1	2	3	4	5
8. Professores capacitados a darem respostas aos alunos	1	2	3	4	5
9. Cumprimento do conteúdo previsto para os módulos	1	2	3	4	5
10. Professores com comportamento profissional	1	2	3	4	5
11. Solucionar as dúvidas dos alunos	1	2	3	4	5
12. Manter os alunos bem informados sobre o Curso	1	2	3	4	5
13. Demonstrar interesse em ajudar o aluno	1	2	3	4	5
14. Disponibilidade em atender o aluno	1	2	3	4	5
15. Domínio pelos professores dos assuntos tratados	1	2	3	4	5
16. Professores que inspiram confiança	1	2	3	4	5
17. Fazer com que os alunos se sintam seguros durante as aulas	1	2	3	4	5
18. Professores sempre corteses com os alunos	1	2	3	4	5
19. Professores que se preocupam com os alunos	1	2	3	4	5
20. Levar em consideração as sugestões dadas pelos alunos	1	2	3	4	5
21. Professores que entendem as necessidades dos alunos	1	2	3	4	5
22. Atender os alunos em horários convenientes	1	2	3	4	5
QUALIDADE GERAL DO CURSO	1	2	3	4	5

ANEXO I – Questionário de avaliação do Curso de Sexologia*

	Bem abaixo do esperado	Abaixo do esperado	Igual ao esperado	Acima do esperado	Bem acima do esperado
1. Manter os alunos bem informados sobre o Curso	1	2	3	4	5
2. *Homepages* atraentes e claras para suporte ao aluno	1	2	3	4	5
3. Disponibilidade em atender o aluno	1	2	3	4	5
4. Recursos tecnológicos utilizados no Curso	1	2	3	4	5
5. Fornecer o Curso conforme o prometido	1	2	3	4	5
6. Oferta de módulos conforme calendário	1	2	3	4	5
7. Programação científica para a capacitação profissional	1	2	3	4	5
8. Professores capacitados a darem respostas aos alunos	1	2	3	4	5
9. Professores com comportamento profissional	1	2	3	4	5
10. Professores que inspiram confiança	1	2	3	4	5
11. Fazer com que os alunos se sintam seguros durante as aulas	1	2	3	4	5
12. *E-learning* como recurso educacional	1	2	3	4	5
13. Interação entre os participantes	1	2	3	4	5
14. Globalização do conhecimento	1	2	3	4	5
15. Economia de tempo e dinheiro	1	2	3	4	5
16. Telemedicina complementa o currículo médico	1	2	3	4	5
17. Acervo da biblioteca compatível com as exigências do Curso	1	2	3	4	5
18. A sua expectativa foi atingida	1	2	3	4	5
19. Utilidade do Curso para a capacitação profissional	1	2	3	4	5
20. Você recomendaria o Curso	1	2	3	4	5
QUALIDADE GERAL DO CURSO	1	2	3	4	5

* Instrumento elaborado com base no questionário SERVQUAL adaptado para serviço educacional

ANEXO J – Programação científica de Curso de Sexologia via FEBRASGO

Remetente: habilitacao@febrasgo.org.br

Prezada Dra. Teresa Cristina,

Conforme sua solicitação segue o seguinte **programa teórico** a ser desenvolvido, de modo sucinto, nas residências:

1. Anatomofisiologia da resposta sexual humana
2. Disfunções, Parafilias e Inadequações
3. As principais técnicas psicoterápicas usadas em sexologia
4. O emprego farmacoterápico em sexologia
5. Como tratar as disfunções do desejo
6. Como tratar as disfunções do orgasmo
7. Como tratar as dispareunias psicogênicas e o vaginismo
8. O impacto das disfunções masculinas na mulher
9. O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher
10. Ética no atendimento das disfunções e das inadequações sexuais

Atenciosamente,

Vera Fonseca

Diretora Administrativa

FEBRASGO

Tel.: +55 21 2487-6336

Fax: +55 21 2429-5133

email: anuidades@febrasgo.org.br; habilitação@febrasgo.org.br

ANEXO L – Programa do Curso

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CURSO de Sexologia para Residentes em Ginecologia e Obstetrícia

CARGA HORÁRIA: 24 h **TEÓRICO/PRÁTICO**

Duração: 3 meses – Início: abril de 2014

1.1 PROPÓSITO

A OMS inclui a Sexualidade como um dos itens da qualidade de vida. Portanto, este conhecimento se faz necessário na formação médica geral, especialmente nas áreas afins. A abordagem do atendimento à Sexualidade é Multiprofissional e dentre as áreas médicas, ressaltamos a importância da Ginecologia-Obstetrícia e Psiquiatria como áreas com maior demanda de procura pelos pacientes com dúvidas a respeito do tema. Com uma formação estruturada e dirigida, o profissional poderá contemplar essas questões em sua consulta, melhorando assim a relação médico-paciente, tornando-a mais aberta e aumentando a adesão ao tratamento de forma geral.

Devido aos mitos e tabus em relação à Sexualidade, a formação nessa área ainda é escassa, com enfoque nas patologias apenas. Não há preparo técnico adequado e os profissionais em formação referem insegurança e falta de domínio para abordar a sexualidade com seus pacientes (Abdo, 2001 e Vieira, 2012).

A minoria dos currículos médicos (40%) inclui a formação nessa área, e quando isto ocorre, poucas horas em média (10h) são destinadas a esse propósito , demonstrando assim uma insuficiência do profissional médico para prestar ajuda aos seus pacientes [31].

Desta forma, propomos uma formação básica em Sexualidade em formato possível para a rotina de médicos em formação nas áreas afins. Tal metodologia compreende um ciclo de aulas à distância (EAD), com maior flexibilidade de acesso à informação, sem prejuízo do conteúdo. As temáticas serão discutidas de forma interativa, via chats e fóruns e fixação de conteúdos por meio de registros semanais.

Público Alvo: Médicos Residentes da Ginecologia e Obstetrícia interessados em Curso de Sexologia no formato EAD

Coordenação geral: Dra. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira, Prof. Dr. Ivaldo da Silva

Profa. Dra. Mary Uchiyama Nakamura e Prof. Dr. Eduardo de Souza

Equipe:

Alessandra Diehl
Carolina Carvalho Ambrogini
Denise Queiroz Ferreira
Fátima Ferreira Bortoletti
Gil Facina
Jales Clemente
Marcelo Rodrigues Cabrini
Maria Cláudia de Oliveira Lordello

Mary Uchiyama Nakamura
Meireluci Costa Ribeiro
Miriam Zanetti
Roney Cesar Signorini Filho
Tânia das Graças Mauadie Santana e
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

1.2 OBJETIVOS DO CURSO

- Aprender e valorizar a usar a ferramenta online para o processo educacional
- Adquirir conhecimentos básicos em anatomofisiologia da resposta sexual humana
- Identificar particularidades da sexualidade feminina na gravidez
- Reconhecer o impacto das disfunções sexuais masculinas e femininas
- Atender com ética as questões sexuais, otimizando a relação médico-paciente
- Aprender a trabalhar com equipe Multiprofissional

1.3 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Aula Inaugural

- Convite para participar do projeto
- TCLE
- Questionário Perfil Médico
- Questionário Inicial
- Aula: A importância da formação em Sexualidade para o GO

Aula 1

Módulo A: História da Sexualidade
Anatomia e ciclo de resposta sexual:

- Anatomia dos órgãos genitais
- Órgãos genitais femininos
- Órgãos genitais masculinos

Módulo B: Adaptações anatômicas no Ciclo Gravídico Puerperal

Aula 2

Módulo A: Fisiologia da resposta sexual

- Fisiologia da resposta sexual humana
- Respostas extragenitais
- Respostas genitais
- Centros sexuais encefálicos
- Neurotransmissores
- Fisiologia do desejo sexual
- Fisiologia da excitação sexual
- Fisiologia da ejaculação e do orgasmo
- Orgasmo: aspectos biopsicossociológicos

Módulo B: Modificações da resposta sexual na gravidez

Aula 3

Módulo A: Diagnósticos e anamneses sexuais

- Identificação do cliente
- Formulação do diagnóstico
- Identificação do problema
- Qualificação do problema
- Quantificação do problema
- Avaliação subjetiva do problema
- Análise etiológica das áreas da personalidade

Módulo B: Singularidades dos diagnósticos e anamneses sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal

Aula 4

Módulo A: Disfunção sexual feminina

- Classificação, incidência e etiologia
- Empregos de drogas/hormônios
- Causas psicossociológicas
- Inapetência sexual
- Disfunções do orgasmo
- Vaginismo
- Dispareunia

Módulo B: Existe disfunção sexual no Ciclo Gravídico Puerperal?

Aula 5

Módulo A: Disfunção sexual masculina

- Classificação, incidência e etiologia
- Empregos de drogas/hormônios
- Causas psicossociológicas
- Inapetência sexual
- Disfunções eréteis
- Distúrbios da ejaculação
- Disfunções do orgasmo
- Tratamento farmacológico da ejaculação prematura

Módulo B: O impacto das disfunções masculinas na mulher grávida

Aula 6

Módulo A: Arsenal psicoterapêutico

- Técnicas TREC (Terapia Racional Emotivo-Comportamental) preferenciais, gerais e próprias da terapia sexual

Módulo B: Arsenal psicoterapêutico no Ciclo Gravídico Puerperal

Aula 7

Módulo A: Arsenal farmacoterápico

- Depressão e sexualidade
- Drogas para tratamento do desejo sexual hipoativo
- Drogas para o tratamento das deficiências da excitação sexual

Módulo B: Qual o arsenal farmacoterápico no Ciclo Gravídico Puerperal?

Aula 8

Módulo A: O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher

Aula 9

Módulo A: Processo ético
Entrevista terapêutica

- Prontuário geral
- Aplicando técnicas ao tratamento das disfunções
- Instrumentos validados em Sexologia
- Ética no atendimento das disfunções e das inadequações sexuais

Módulo B: Grupo Educacional em Sexologia para o casal grávido

Aula 10

Discussão de casos clínicos

- Questionário final
- Avaliação do Curso

1.4 PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

- Curso com 11 aulas, sendo 1 presencial (inaugural) e 10 *online*.
- As aulas serão teórico-prática, contemplando o conteúdo programático geral em Sexologia (Módulo A) e específico para o Ciclo Gravídico Puerperal (Módulo B), com aulas expositivas de 50 minutos de duração e discussões de casos clínicos.
- Os alunos terão acesso à referência bibliográfica para estudo prévio para discussões em fóruns virtuais.

1.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

- Duas avaliações com questões de múltipla escolha, antes da primeira aula e após a última.

1.6 BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- Cavalcanti R e Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006.
- Cavalcanti R. Manual prático de tratamento clínico das disfunções sexuais. São Paulo: Roca, 2012.
- Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Editorial, 2000.
- Cavalcante RC e Cavalcante MI. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2012.
- Abdo C. Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa). São Paulo: Vizoo, 2007.
- Leiblum SR. Princípios e Prática da Terapia Sexual. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2011.
- Glina S e Ankier C. Manual prático de condutas em medicina sexual e sexologia. Santos: São Paulo, 2013.
- Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. 4ª ed. Leitura Médica: São Paulo, 2012
- Diehl A e Vieira DL. Sexualidade: do prazer ao sofrer. Roca: São Paulo, 2013.

DIVULGAÇÃO DO CURSO

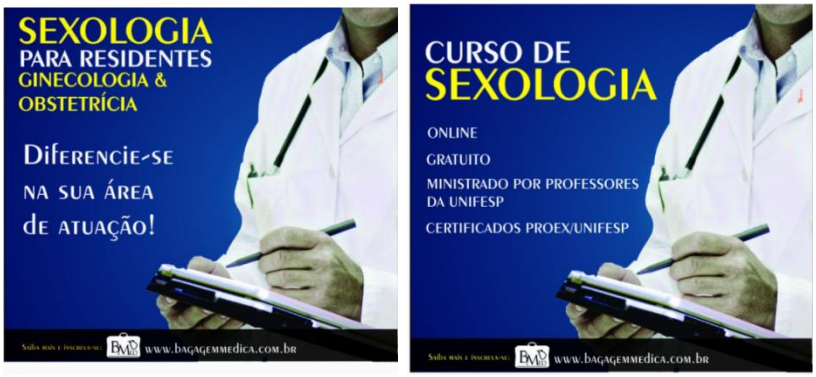


Ilustração 1. Propaganda do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

Ilustração 2. Proposta de ensino do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

Ilustração 3. Corpo docente do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

Titulação dos Professores da Bagagem Médica

Meireluci Costa Ribeiro
- Especialista em Sexualidade Humana (FMUSP) e Saúde da Mulher no Climatério (FSPUSP)
- Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde (UNIFESP-EPM)

Maria Claudia de Oliveira Lordello
- Psicóloga, Sexóloga e Coordenadora da Psicologia do Projeto Afrodite – Ambulatório de Sexualidade Feminina – UNIFESP-EPM
- Área de Atuação: Psicologia Clínica e Sexologia
- Mestre em Ciências da Saúde – UNIFESP – EPM

Marcelo Rodrigues Cabrini
- Médico Urologista do Ambulatório de Disfunções Sexuais da UNIFESP – EPM
- Membro da Sociedade Brasileira de Urologia – (SBU)
- Fellow Medicina Sexual – Johns Hopkins Hospital

Denise Queiroz Ferreira

- Médica Ginecologista Assistente do Ambulatório de Genitoscopia do Hospital Pérola Byington
- Responsável pelo Ambulatório de Sexologia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
- Mestre em Ciências (UNIFESP-EPM)

Carolina Ambrogini

- Médica Ginecologista e Obstetra da UNIFESP
- Especialista em Sexualidade Humana pela USP
- Coordenadora do Ambulatório de Sexualidade feminina da UNIFESP

Fátima Ferreira Bortoletti

- Psicoterapeuta, Psicóloga Hospitalar, Psicóloga Obstétrica
- Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP-EPM
- Tutora de Psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher – Dpto Obstetrícia UNIFESP

Roney Cesar Signorini Filho

- Mestre e Doutor em Medicina pela EPM-UNIFESP
- Médico Assistente do Dep. de Obstetrícia da EPM-UNIFESP
- Chefe da Oncologia Cirúrgica do Hospital Pérola Byington

Mary Uchiyama Nakamura

- Professora Associada Livre-Docente do Departamento de Obstetrícia UNIFESP-EPM
- Linha de pesquisa no curso de Pós-Graduação: Qualidade de vida em Obstetrícia
- Formação em Acupuntura e Medicina Antroposófica

Alessandra Elena Diehl Branco dos Reis

- Psiquiatra com formação em Pesquisa Clínica (INVITARE), Especialização em Dependência Química (UNIFESP) e Sexualidade Humana (USP), Mestre e Doutoranda em Ciências pela UNIFESP

Jales Clemente

- Psiquiatra pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, com Especialização em Sexologia Humana (USP)
- Médico Psiquiatra do Projeto Afrodite – Ambulatório de Sexualidade Feminina-UNIFESP-EPM

Tânia das Graças Mauadie Santana

- Médica Ginecologista Obstetra (UFBA), Especialista em Sexualidade Humana (SBRASH) e Saúde da Mulher no Climatério (USP)
- Fundadora e Coordenadora do Setor de Sexologia do Hospital Pérola Byington – CRESEX

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

- Médica Ginecologista do Departamento de Obstetrícia pela UNIFESP-EPM
- Área de atuação: Sexologia (FMUSP e FEBRASGO)
- Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde (UNIFESP-EPM)

Gil Facina

- Médico Ginecologista
- Área de atuação: Mastologia
- Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Mastologia – Departamento de Ginecologia UNIFESP – EPM

Míriam Raquel Diniz Zanetti

- Fisioterapeuta, Especialista em Fisiologia do Exercício UNIFESP
- Mestre e Doutora em Ciências pela UNIFESP
- Professora e supervisora da UNIFIEO

Ilustração 4. Descrição do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

Ilustração 5. Passo a passo para a matrícula do Curso *online* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

ANEXO M – Aceite de hospitais conveniados

PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

A Instituição Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, CNPJ 46.329148/0010-00 oficializa sua participação no Projeto de Pesquisa " Curso de Sexologia para Residentes de Ginecologia e Obstetrícia" com a manifestação de interesse por 34 residentes.

Dr. José Roberto G. Ferreira

UNIFESP

São Paulo, 26 de junho de 2013

Ao Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

Ref: Curso **Sexologia na Residência Médica**
Prezado Diretor Técnico de Departamento de Saúde III
Prof Dr Corintio Mariani Neto

Venho por meio desta, convidar os residentes em Ginecologia e Obstetrícia desta Instituição para o "Curso de formação em Sexologia na Residência Médica", a ser ministrado pela Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UNIFESP.

O curso provavelmente acontecerá no segundo semestre de 2013, em formato de ensino à distância (EAD). Segue anexa reportagem recente ressaltando a importância dessa via de ensino. Tal curso será composto por 12 aulas semanais, sendo 2 presenciais (primeira e última) e 10 via plataforma virtual Moodle. Tais aulas serão teórico-prática, contemplando o conteúdo programático geral em Sexologia (Módulo A) e específico para o Ciclo Gravídico Puerperal (Módulo B), detalhado abaixo, com aulas expositivas de duas horas de duração e discussões de casos clínicos.

Tal curso faz parte do meu projeto de Doutorado "Efetividade do curso de formação do médico residente frente às questões sexuais de pacientes obstétricas", sendo que os residentes das diversas Instituições convidadas que aceitarem participar da pesquisa, responderão a dois instrumentos de avaliação na primeira e última aula do curso.

Os alunos terão acesso às referências bibliográficas utilizadas pelos professores e deverão elaborar uma redação de um parágrafo com análise crítica do conteúdo programático de cada aula, registrado na plataforma Moodle. Além disso, os alunos deverão participar de pelo menos um fórum semanal de duração de uma hora, com o professor de cada aula e com a pesquisadora, para elucidação de dúvidas e discussão de casos clínicos pertinentes à temática.

Este projeto já foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da UNIFESP, e portanto esta Instituição entrará como co-participante. Aguardamos a confirmação desta Instituição até 05/07/2013 e solicitamos que a mesma seja manifestada por escrito para o e-mail tcbarroso@hotmail.com.

Temos a certeza que a participação do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros neste projeto de pesquisa será fundamental para que os nossos resultados sejam valorizados. Agradeço desde já a oportunidade de contar com sua prestimosa e relevante contribuição.

Atenciosamente,

Teresa Barroso

De acordo
15.7.13

---------- Mensagem encaminhada ----------

De: **Gerência de Ensino** <crsm-ge@saude.sp.gov.br>

Data: 31 de julho de 2013 12:55

Assunto: RES: Agradecimento ao Prof. Nelson Gonçalves

Para: Teresa Cristina Souza Barroso Vieira <tt@barrosovieira.com>

Prezada Dra. Tereza Cristina Souza Barroso Vieira

O Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington, oficializa o aceite na participação do Projeto de Pesquisa "Curso de Sexologia para Residentes de Ginecologia e Obstetrícia", sendo representado por dr. Nelson Gonçalves, CRM 25603, Presidente da COREME; e Dra. Tânia das Graças Mauadie Santana, responsável pelo Setor de Sexologia da Instituição.

Atenciosamente,

OBS: 20 residentes manifestaram interesse na participação desse projeto.

HOSPITAL IPIRANGA

São Paulo, 16 de agosto de 2013.

A Instituição UNIDADE DE GESTÃO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA - SP, CNPJ 46374500011633, OFICIALIZA SUA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA " CURSO DE SEXOLOGIA PARA RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA", COM A MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE POR 18 RESIDENTES.

R3
Denise Tame: denisetame12@hotmail.com tel 982112744
Kamille Farah Said : Kamille_ts@msn.com tel 970311512
Lorena Abude : loabude@hotmail.com Tel 960664778
Fernanda Nascimento: fer_zinhamaria@hotmail. Tel 984821552
Renata Viana : dra.rvp@gmail.com tel 984332773
Elisa Bastos : bisasousa@hotmail.com tel 985244232

R2
Marcela Teixeira : marcela42@hotmail.com tel 995997458
Caroline Evelise: carol.evelise@gmail.com tel 984556756
Fernanda Siso: fernanda_siso@hotmail.com tel 994253155
Juliana Prandini : jprandini@uol.com.br tel 996117075
Thiago Braga : anoes_cfps@hotmail.com tel 972651071
Bianca Ponce: bibi_ponce@hotmail.com tel 77798717

R1
Jamille Gazzoni: millegs@gmail.com tel 941511616
Thais Cassaro: tatacassaro@hotmail.com tel 955558136
Mariana Giusti: mariana.giusti@hotmail.com tel 949748334
Ana Paula Ribeiro : apfr2@hotmail.com Tel 958578584
Bruna Ribeiro : brunademoraesribeiro@hotmail.com tel 981141471
Amanda Brunet: amandabrunet@gmail.com. Tel 87 96235664

DR. MARCOS TADEU GARCIA
Médico
CRM-SP 85951

Dr. Marcos Tadeu Garcia
Diretor da Clínica de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia

ANEXO N – Proposta para *Webpage* do Curso

Remetente: BARAH COMUNICAÇÃO

Boa noite, Teresa, tudo bem?

Seguem detalhes do trabalho:

Criação de um site de uma escola virtual com webaulas via intranet.
Etapas:

- Desenvolvimento de uma logomarca para a escola, ou seja, a criação de uma identidade visual para comprovação da mesma;

- Desenvolvimento de um site com sistema de intranet para acesso restrito do aluno;
- No site haverão páginas institucionais, para acesso livre; páginas essas que contarão sobre a escola: quem somos, nossa missão, o Curso, inscrições e fale conosco;
- O site será desenvolvido em sistema open source – wordpress e com domínio e hospedagem próprios;

- A inscrição: ficha cadastral, com especificidade de hospital pertencente, isento de pagamento;

- A intranet: acesso restrito para o alunos e professores;

- O acesso para o aluno será para que ele assista as webaulas e, desta forma, registre sua presença também; Será disponibilizado para ele um chat, para que o aluno possa sanar suas dúvidas com os professores tanto no horário das aulas, como posteriormente;

- O acesso para o professor será para que ele acompanhe a assiduidade de cada aluno e, também, assista a webaula ministrada por ele, além do chat para interatividade com o aluno;

- Para a doutoranda: o acesso na intranet será para acompanhamento de todo o processo, desde a inscrição do aluno, quem é ele, qual hospital pertence até sua assiduidade no Curso; esses demonstrativos serão através de gráficos; e, também, acesso ao chat para interatividade com o aluno;
- As webaulas: serão previamente gravadas e editadas e disponibilizadas na intranet via youtube;
- As gravações: com duração de uma hora, cada webaula será gravada com microfone lapela e câmera hd;
- As edições: cada webaula será editada para maior dinâmica de vídeo despertando o interesse do aluno pela matéria dada; serão dispostas na tela a imagem do professor e do slide aplicado, invertendo a imagem quando for preciso um destaque maior do assunto;
- O cenário: o cenário será aleatório, mas sempre seguindo a ideia de sala de aula/ambiente de trabalho do professor/doutor;

Cronograma: Logomarca e site desenvolvido para 01 de outubro; gravações das webaulas em novembro; início das aulas em março de 2014.

ANEXO O – Instrumentos para avaliação das questões de provas

Prezado Professor,

Minha linha de pesquisa é em Sexualidade Humana e por ocasião da Especialização e do Mestrado nessa área identifiquei uma lacuna na formação médica durante a Residência em Ginecologia. Poucos têm segurança no atendimento de questões sexuais de pacientes obstétricas (somente 22%). Tal fato é atribuído à falta de conhecimento específico por 70% dos entrevistados. Essa realidade nos preocupou quanto ao tipo de atendimento que está sendo prestado em nosso Serviço Acadêmico e posteriormente nas clínicas particulares destes profissionais.

Com essa motivação, meu projeto de Doutorado é o desenvolvimento de um curso de formação nessa área, no formato de Educação à Distância (EAD), para que seja mais acessível ao residente. Tivemos a grata satisfação de contar com o interesse de cinco programas de Residência da capital e o Curso será desenvolvido ao longo de 11 aulas, com duração de uma hora cada, com salas de discussão e fóruns com os professores envolvidos.

Apesar do Curso seguir as orientações da FEBRASGO quanto ao seu conteúdo, é imprescindível a validação da qualidade por professores que atuam na formação do médico residente de Ginecologia e Obstetrícia. Para tal, contamos com sua preciosa colaboração para compor uma junta de avaliação do Curso.

Tal avaliação compõe-se de análise de conteúdo, linguagem e estética das aulas gravadas e editadas. Foi realizada uma adaptação do protocolo LVCEAD (Schons, 2009) com itens discriminados à análise.

Solicitamos a gentileza de que sigam as seguintes orientações:

1. Assistir a aula e ater-se ao conteúdo e linguagem.
2. Assistir novamente, se necessário, e com interrupções que julgar conveniente, para avaliar as questões estéticas ou outras.
3. Avaliar a pertinência das questões de avaliação do aluno.

LVCEAD – Lista de Verificação dos Critérios de Conformidade dos Materiais Assíncronos para EAD

Aula no. _____Título:_____
Avaliador:_____

LEGENDA A = ATENDE NA = NÃO ATENDE P = PARCIAL

CONTEÚDO	A	NA	P	OBSERVAÇÃO
Ter conhecimento do público-alvo				
Manter uma ordem lógica e relação X entre as diferentes frases e parágrafos				
Conter bibliografia de referências				
Apresentar objetivos de aprendizagem claros e específicos				
Ter conteúdos que geram interatividade e motivação				
Apresentar coesão do conteúdo com seções autossuficientes				
Sequenciar e segmentar o conteúdo				
Ter acréscimo de glossário				
Concretizar os conceitos através de exemplos				
Destacar claramente quais são as ideias principais				
Apresentar descrição geral de caso do uso em termos educacionais				
Respeitar questão de direitos autorais				
Apresentar durabilidade e funcionalidade				
Recapitular ideias principais ao fim das seções				
Oferecer nos títulos pistas para recordar				

LVCEAD – Lista de Verificação dos Critérios de Conformidade dos Materiais Assíncronos para EAD

Aula no. _____ Título:_____
Avaliador:_____

LEGENDA A = ATENDE NA = NÃO ATENDE P = PARCIAL

LINGUAGEM	A	NA	P	OBSERVAÇÃO
Apresentar conceitos e argumentos claros				
Manter estilo conversacional com incentivos e amigável				
Utilizar abordagem lógica com método dedutivo e método indutivo				
Apresentar linguagem inclusiva e acessível				
Ter parágrafos com uma ou duas ideias principais				
Propor frases curtas, bem estruturadas e conectadas entre si				
Apresentar orações sem negações em excesso				
Utilizar verbos ativos e diretos, verbos de ação, em voz ativa e no presente				
Apresentar palavras concretas				
Explicar todos os termos técnicos e expressões idiomáticas				
Estruturar as ideias por tópico-a-tópico				
Utilizar estilo pessoal, usando "você" aos alunos e referindo-se a si por "eu"				
Não economizar conectivos entre palavras e frases				
Evitar as palavras desnecessárias e difíceis de entender				
Evitar o uso de verbos substantivados				
Usar pronomes pessoais e possessivos				
Utilizar de forma equilibrada metáforas, analogias, repetições e comparações				

LVCEAD – Lista de Verificação dos Critérios de Conformidade dos Materiais Assíncronos para EAD

Aula no. _____Título:_____
Avaliador:_____

Prezado Professor,
Para a avaliação do item ESTÉTICA, gostaríamos de informá-lo que os professores preocuparam-se em oferecer mais informações escritas em seus slides, como forma de garantir uma melhor compreensão, uma vez que o acesso à aula não acontece em tempo real, permitindo que as dúvidas sejam sanadas por chat ou fórum, em momento posterior.

LEGENDA A = ATENDE NA = NÃO ATENDE P = PARCIAL

ESTÉTICA	A	NA	P	OBSERVAÇÃO
Manter consistente esquema de títulos e subtítulos em cada unidade				
Planejar as ilustrações a serem incluídas				
Apresentar capa da aula com nome da instituição e do Professor, título do Curso, título da aula				
Apresentar tamanho das letras (corpo) não muito pequenos				
Usar diferentes estilos para dar ênfase				
Utilizar imagens próximas ao texto a que se referem				
Apresentar ilustrações autoexplicativas				
Apresentar legendas e títulos nas ilustrações				
Acompanhar as ilustrações com explicações e clarear acrescentando informações valiosas				
Apresentar figuras, diagramas e gráficos simples				
Colocar texto sobre um fundo de cor sólida				
Apresentar tipologia (fonte) não misturada.				
Escolher linhas de texto que não sejam muito longas nem excessivamente curtas				
Usar iniciais maiúsculas, ortografia e abreviações padronizadas				
Mostrar fotografias que retratam a realidade				
Utilizar sinais e símbolos de forma adequada				
Evitar imagem com resolução pobre				

Avaliação das questões de verificação da aula

Considerando que o conteúdo foi abordado na aula expositiva de forma satisfatória para a resposta à questão elaborada.

Aulas 1

História da Sexualidade
(Profª. Maria Cláudia de Oliveira Lordello)

Anatomia e ciclo de resposta sexual
Adaptações anatômicas no Ciclo Gravídico Puerperal
(Profa. Carolina Carvalho Ambrogini)

1. **Qual desses autores conduziu na década de 30, a maior pesquisa em sexualidade humana realizada nos EUA, revolucionando os conceitos da época sobre o tema?**
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Sigmund Freud
   ( ) Masters e Johnson
   (x) Alfred Kinsey
   ( ) Nenhuma das anteriores

2. **Qual a contribuição de Masters e Johnson para os estudos da sexualidade humana?**
   ( ) Criação do termo "psicofisiológico", para explicar as causas tanto fisiológicas quanto psicológicas das disfunções sexuais.
   ( ) Criação e sistematização da terapia sexual.
   ( ) Elaboração do ciclo de resposta sexual humana.
   ( ) Expansão dos tratamentos para disfunções sexuais por todo o território americano.
   (x) Todas as anteriores

3. **O ciclo de resposta sexual humana mais utilizado atualmente nas pesquisas em sexualidade, foi reconceituado por:**
   (x) Helen Kaplan
   ( ) Rosemary Basson
   ( ) Alfred Kinsey
   ( ) Masters e Johnson
   ( ) Nenhuma das anteriores

4. **Quais os órgãos eréteis na mulher?**
   ( ) Clitóris e pequenos lábios
   ( ) Clitóris e grandes lábios
   (x) Clitóris e bulbos da vagina
   ( ) Grandes e pequenos lábios
   ( ) Bulbos da vagina e glândulas anexas

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 2

Fisiologia da resposta sexual e Modificações da resposta sexual na gravidez
(Profª. Mary Uchiyama Nakamura)

1. **A fase do desejo da resposta sexual humana está, sobretudo, sob a ação:**
   ( ) Progesterona
   ( ) Prolactina
   (x) Testosterona
   ( ) Hormônio folículo estimulante
   ( ) Nenhuma das anteriores

2. **Assinale a alternativa correta:**
   (x) A ocitocina endógena pode ser liberada através do tato, olfato e da audição
   ( ) A ocitocina é inibida pelo sistema dopaminérgico
   ( ) A ocitocina promove dor; portanto inibe o desejo sexual
   ( ) O aumento principalmente da prolactina reduz a saciedade sexual após o orgasmo
   ( ) Todas as anteriores

3. **Todas as alternativas são corretas, exceto:**
   (x) A mulher tem menor percepção do seu desejo sexual que o homem por que a resposta genital não ocorre prontamente.
   ( ) O estímulo audiovisual tem maior efeito para despertar desejo sexual para ambos os sexos.
   ( ) Há uma associação entre o nível maior de testosterona no terço médio do ciclo menstrual e maior momento de desejo sexual na mulher.
   ( ) A intimidade emocional interfere no ciclo de resposta sexual feminino.
   ( ) O conceito de desejo responsivo livrou muitas mulheres de serem disfuncionais.

4. **Com relação à endocrinologia na resposta sexual humana, podemos dizer que:**
   (x) O estrógeno tem papel importante na fase da lubrificação.
   ( ) A prolactina não permanece elevada após o orgasmo por mais de 50 minutos.
   ( ) A termografia confirma que a resposta genital e percepção desta resposta na mulher são similares nos homens, após um estímulo sexual.
   ( ) Durante a gravidez, a redução da frequência sexual é conveniente pelos danos que isto pode causar na sua evolução.
   ( ) O hipotireoidismo favorece a resposta sexual satisfatória pois facilita a percepção dos movimentos e sentimentos.

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 3

Diagnósticos e anamneses sexuais
Singularidades dos diagnósticos e anamneses sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal
(Profª. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira)

1. **Quais são as cinco operações básicas da Proposta de Estrutura Terapêutica (PETE) em atendimento de pré-natal?**
   ( ) Procedência, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
   ( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.

(x) Identificação do paciente, formulação do diagnóstico, planejamento da terapia, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.

2. **Na formulação do diagnóstico, quais são as seis etapas fundamentais da PETE, durante o pré-natal?**
( ) Identificação do paciente, quantificação do problema, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, avaliação dos resultados.
( ) Análise das áreas de personalidade, fatores nosológicos, fatores comportamentais, aspectos psicossocioculturais, avaliação qualitativa.
(x) Identificação, qualificação e quantificação do problema, avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas da personalidade.
( ) Qualificação do problema, quantificação do problema, fatores etiológicos, aplicação de procedimentos, avaliação dos resultados.
( ) Avaliação subjetiva, análise etiológica, análise das áreas de personalidade, aspectos psicossocioculturais, avaliação dos resultados.

3. **Quais são as seis perguntas fundamentais na qualificação do problema, em gestantes?**
( ) O que ocorre, o que você entende, o que não ocorre, com quem não ocorre, como evoluiu, o que agrava.
( ) Qual a amplitude, provável etiologia, gravidade do caso, como começou, com quem ocorre e onde ocorre.
( ) Qual a motivação do parceiro, o que você entende, como evoluiu, onde ocorre, quando ocorre, quando não ocorre.
(x) Como ocorre, onde ocorre, quando ocorre, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.
( ) Qual a amplitude, o que ocorre, qual a motivação do par, com quem ocorre, quando iniciou e como evoluiu.

4. **Quais são as principais dosagens laboratoriais de rotina em Sexologia clínica?**
( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Triglicérides, hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, colesterol total e frações, 17-OH, T4 e TSH.
( ) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, 17-KS, 17-OH, T3, T4 e TSH.
(x) Hemograma completo, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.
( ) Cortisol plasmático, testosterona plasmática total e livre, LH, FSH, prolactina, glicemia, colesterol total e frações, T3, T4 e TSH.

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 4

Disfunção sexual feminina
(Profª. Denise Queiroz Ferreira)

Existe disfunção sexual no Ciclo Gravídico Puerperal?
(Profª. Tânia das Graças Mauadie Santana)

1. **Os estudos levam à clássica afirmativa de que a função sexual diminui durante a gravidez. Assinale a alternativa incorreta:**
( ) A frequência sexual diminui no primeiro trimestre devido à fadiga, labilidade emocional, náuseas, vômitos, mamas doloridas e medo do aborto.
( ) Alguns autores afirmam que no segundo trimestre a função sexual pode melhorar porque os desconfortos físicos, os medos e apreensões diminuem.

( ) No terceiro trimestre há uma queda ponderável da frequência sexual devido ao desconforto postural e dor e aumento do volume do abdômen.
( ) As causas socioculturais e psicológicas, mais do que as orgânicas, exercem uma poderosa força inibitória da atividade sexual durante a gravidez.
(x) As alterações orgânicas que ocorrem na gestação são preponderantes na origem das disfunções sexuais que ocorrem neste período.

2. **Durante o ciclo gravídico-puerperal, em quais situações se deve orientar abstinência sexual:**
( ) No período inicial da gestação, até completar 8 semanas.
( ) A partir de 38 semanas de gestação até 60 dias após o parto.
( ) Logo quando a gestante começa a apresentar contrações uterinas esparsas e de leve intensidade, no terceiro trimestre.
(x) Apenas quando houver intercorrências como síndromes hemorrágicas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro.
( ) As respostas B e C estão corretas.

3. **Assinale a alternativa incorreta:**
( ) A dispareunia e a diminuição do desejo sexual são as disfunções sexuais mais frequentes no Ciclo Gravídico Puerperal.
(x) A diminuição do desejo sexual na gestação e puerpério é devido apenas ao aumento dos níveis de prolactina.
( ) A dor no coito do pré-parto geralmente é determinada pelo infundado temor de ser nocivo ao concepto.
( ) A dispareunia que muitas mulheres referem nas primeiras relações sexuais depois do parto pode ter um componente orgânico importante como o hipoestrogenismo genital e, sobretudo, nos casos de partos normais com episiorrafias.
( ) A dispareunia leva a outras disfunções sexuais como distúrbio do desejo sexual hipoativo e vaginismo.

4. **Das condutas médicas abaixo, qual está inadequada para orientar um casal durante o ciclo gravídico-puerperal?**
( ) Dar explicações a respeito das alterações anatomofisiológicas que ocorrem durante esse período e que podem influenciar a resposta sexual.
( ) Esclarecer dúvidas, mitos, crenças e tabus que envolvem a sexualidade na gestação e na fase de aleitamento.
(x) Aconselhar o casal a praticar menos o sexo porque pode prejudicar o concepto e desencadear o processo de interrupção da gravidez.
( ) Estimular o casal a investir na relação afetiva e sexual quando não houver nenhuma intercorrência clínica durante a gestação e fase do aleitamento.
( ) Orientar posições sexuais mais confortáveis e adequadas para o terceiro trimestre da gestação e preparar o casal para o retorno da atividade sexual depois do parto.

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 5

Disfunção sexual masculina
O impacto das disfunções masculinas na mulher grávida
(Prof. Marcelo Rodrigues Cabrini)

1. **A função da testosterona inclui todas as afirmações abaixo, exceto qual?**
( ) Melhora do interesse sexual.
(x) Evita a perda de cabelo no homem.
( ) Aumenta a frequência dos atos sexuais e ereções noturnas.
( ) Mantém a atividade da síntese do NO no pênis.
( ) Melhora o humor.

2. **Qual é o neurotransmissor mais provável para a ereção peniana?**
   ( ) Prostaglandina E1
   (x) NO
   ( ) Norepinefrina
   ( ) Acetilcolina
   ( ) Papaverina

3. **O papel do urologista, na era da farmacoterapia oral para o tratamento da disfunção erétil (DE), inclui a avaliação diagnóstica especializada. As avaliações diagnósticas da DE podem ser benéficas para todos os pacientes selecionados a seguir, exceto qual grupo?**
   ( ) Pacientes com trauma perineal
   ( ) Pacientes não responsivos ao inibidor da fosfodiesterase
   ( ) Pacientes com a doença de Peyronie
   (x) Homens com 50 anos ou mais com um a três fatores de risco à DE orgânica
   ( ) Pacientes que se queixam de DE desde o início da maturidade sexual

4. **Dentre as comorbidades listadas abaixo, qual não costuma estar relacionados a ejaculação precoce secundária:**
   ( ) Hipertireoidismo
   (x) Hiperplasia Prostática Benigna
   ( ) Prostatite
   ( ) Disfunção erétil
   ( ) Distúrbios de ansiedade

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 6

Arsenal psicoterapêutico
(Profª. Maria Cláudia de Oliveira Lordello)

Arsenal psicoterapêutico no Ciclo Gravídico Puerperal
(Profª. Fátima Ferreira Bortoletti)

1. **Assinale a alternativa correta:**
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado auge do desenvolvimento psicossexual feminino.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é considerado um período de crise previsível.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise temporário que registra alterações psíquicas que podem comprometer a saúde mental e emocional.
   ( ) O Ciclo Gravídico Puerperal é um período de crise marcado pela incapacidade de utilizar os recursos egoicos desenvolvidos ao longo da vida.
   (x) Todas as alternativas estão corretas.

2. **Qual dos grupos abaixo se refere à psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal?**
   ( ) Regressão, introversão, identificação com o feto, desenvolvimento da intuição.
   ( ) Ambivalência, oscilação de sentimentos, labilidade de humor, hipersensibilidade.
   ( ) Sonhos diagnósticos, sonhos de realização de desejos, sonhos de expressão de angústias.
   ( ) Aumento do apetite, desejos, aversões, náuseas, vômitos.
   (x) Todas as alternativas estão corretas.

3. **Assinale a alternativa que *não* complementa a frase:**
   A Psicologia Obstétrica tem como principal instrumento o Pré-Natal Psicológico que...
   ( ) É uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada.
   (x) É indicado somente em gestações de alto risco.
   ( ) Utiliza um protocolo padrão do Curso natural do Ciclo Gravídico Puerperal.
   ( ) Adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal.
   ( ) Prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

4. **Assinale a alternativa incorreta:**
   ( ) O Pré-Natal Psicológico considera o casal como paciente, e não somente a grávida.
   ( ) O Pré-Natal Psicológico trabalha os conteúdos de angústia psicoterapicamente.
   ( ) O Pré-Natal Psicológico aborda os conteúdos de ansiedade através de intervenções psicopedagógicas.
   ( ) No Pré-Natal Psicológico a conscientização corporal é trabalhada através de técnicas de relaxamento, respiração, massagens, dessensibilização de cesárea e dramatização de parto.
   (x) O psicólogo não deve estimular a emergência de expressão de conteúdo sexual nas sessões de Pré-Natal Psicológico.

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 7

Arsenal farmacoterápico

Qual o arsenal farmacoterápico no Ciclo Gravídico Puerperal?

(Profª. Alessandra Diehl e Prof. Jales Clemente)

1. **Sobre as disfunções sexuais femininas (DSF), responda a alternativa incorreta:**
   ( ) As taxas de disfunção sexual são altas em mulheres (>43%).
   ( ) A etiologia da DSF é multifatorial e inclui: condições médicas crônicas, medicações, cirurgias e fatores psicológicos. Todavia, não aumenta, necessariamente, com a idade, pois tanto a mulher em pré-menopausa, quanto a em pós menopausa podem apresentar esta condição.
   (x) Já existem tratamentos farmacológicos aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) para o desejo sexual hipoativo, tais como o "viagra feminino" (Flibanserina).
   ( ) Por causa da preocupação com possíveis eventos adversos sérios como a masculinização e o aumento das chances de câncer de mama, por exemplo, com a suplementação de testosterona em mulheres com desejo sexual hipoativo é que o tratamento deve ser conduzido com estrita cautela.
   ( ) Entre as contraindicações para a suplementação de testosterona em mulheres com DSH temos: doenças cardiovasculares, dislipidemias, câncer de útero e de ovário, hirsutismo grave, entre outras.

2. **Entre os antidepressivos abaixo listados, assinale aquele com maior probabilidade de efeitos colaterais na esfera sexual e piorando a disfunção sexual causada por depressão:**
   ( ) Venlafaxina e Desvenlafaxina
   ( ) Mirtazapina
   ( ) Duloxetina
   ( ) Bupropiona
   (x) Paroxetina

3. **Sobre o uso de antidepressivos na gestação, assinale a afirmativa incorreta:**
   ( ) Os antidepressivos mais avaliados durante a gestação foram a fluoxetina em doses de 20 a 60 mg/dia e sertralina 50 a 150 mg/dia, principalmente após o terceiro trimestre da gestação.
   ( ) Não existe escolha farmacológica isenta totalmente de riscos durante a gestação, uma vez que todos os psicofármacos e seus metabolitos atravessam a placenta.
   ( ) O uso de medicações para disfunção sexual durante a gestação envolve a avaliação de riscos *versus* benefícios do impacto da depressão e de outros transtornos para a mãe, para o concepto e para a relação conjugal.
   (x) Não existe a chamada "síndrome de retirada no neonato" quando se usa antidepressivos durante a gestação, uma vez que esta classe de medicamento não causa dependência.

( ) Não há sugestão de defeitos congênitos com os antidepressivos mais novos tais como: venlafaxina, mirtazapina e escitalopram, mas os estudos são ainda em menor escala. Assim como outros inibidores da recaptação da serotonina e a bupropiona também não parecem causar malformações.

4. **Em casos de depressão em que o tratamento deva incluir um inibidor de receptação de serotonina (IRS) por melhor resposta a esta classe de medicamentos e risco de piora dos sintomas depressivos, uma maneira de melhorar os efeitos na esfera sexual da paciente é acrescentar os chamados "antídotos" à prescrição.**
Assinale a alternativa abaixo que não representa um "antídoto" com esta propriedade.
(x) Bupropiona 150 a 300 mg/dia
( ) Buspirona 30 a 60 mg/dia
( ) Amantadina 100 a 200 mg/dia
( ) Trazodona 50 mg/dia
( ) Amitriptilina 75mg/dia

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 8

O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher

Mama (Prof. Gil Facina)
Pélvica (Prof. Roney Cesar Signorini Filho)
Prevenção para parto normal (Profª. Miriam Zanetti)

1. **As principais funções do assoalho pélvico são manter a continência urinária e fecal, ajudar no desencadeamento do reflexo orgásmico e sustentar os órgãos pélvicos. Durante a gravidez essa musculatura:**
( ) Fica edemaciada, juntamente com a vulva e, por isso, tem suas funções prejudicadas.
( ) Relaxa para se preparar para o parto vaginal, desde o início da gestação.
( ) Sofre sobrecarga do útero gravídico que aumenta, progressivamente, ao longo da gestação.
( ) Tem sua força muscular diminuída para favorecer o crescimento uterino e o novo posicionamento da bexiga.
(x) Sofre sobrecarga com diminuição da força muscular e, no último trimestre, relaxa como preparação para o alongamento necessário para o parto vaginal.

2. **Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são fundamentais durante o período gravídico-puerperal e...**
( ) Devem ser iniciados após o terceiro mês de gestação para não favorecer o abortamento.
( ) Devem ser iniciados no último trimestre como preparo para o parto vaginal.
(x) Devem ser iniciados desde o início da gestação, podendo ser realizado até o dia do parto.
( ) Devem ser realizados apenas pelas mulheres que querem ter parto vaginal.
( ) Após o parto, devem ser realizados após o período de quarentena.

3. **A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal, é uma incisão em mucosa que pode ser mediana e médio-lateral, e que deve ser usada para preservar a região perineal da mulher. As frases abaixo corrigem e explicam a afirmativa acima apresentada. Assinale a alternativa incorreta:**
( ) A episiotomia, no Brasil, ainda é realizada de forma rotineira, sendo, portanto, o procedimento cirúrgico mais utilizado no parto vaginal.
( ) Trata-se de uma incisão realizada, na maior parte das vezes, de forma médio-lateral, que secciona os músculos bulboesponjoso, transverso do períneo e, dependendo de sua profundidade, até fibras do levantador do ânus.
( ) A incisão mediana apresenta melhor cicatrização, mas também maior risco de laceração de terceiro e quarto grau, durante o período expulsivo.
( ) A melhor forma de preservar a região perineal da mulher é a manutenção do períneo íntegro. Por isso, durante a gestação o preparo fisioterapêutico perineal é necessário.
(x) A episiotomia gera dor no pós-parto imediato, e quando a sutura é bem feita, não haverá repercussão a longo prazo.

4. **Quando a episiotomia deve ser utilizada, segundo a Organização Mundial da Saúde?**
   ( ) Quando a parturiente apresenta feto macrossômico.
   (x) Na iminência de laceração severa e sofrimento fetal.
   ( ) Em todas as primiparturientes.
   ( ) Quando a parturiente já foi submetida à episiotomia em parto anterior.
   ( ) Todas as alternativas estão corretas

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

Aula 9

Processo ético – da pesquisa à ciência

(Profª. Teresa Cristina Souza Barroso Vieira)

Grupo Educacional em Sexologia para o casal grávido

(Profª. Meireluci Costa Ribeiro)

1. **Qual a fase do ciclo de resposta sexual mais comprometida durante a gestação?**
   (x) Desejo
   ( ) Excitação
   ( ) Orgasmo
   ( ) Resolução
   ( ) Todas

2. **Segundo a literatura, qual a forma de tratamento que vem se mostrando eficaz para sintomas de disfunção sexual feminina na gravidez?**
   ( ) Antidepressivos
   ( ) Ansiolíticos
   (x) Grupos educacionais
   ( ) Palestras sobre fisiologia da resposta sexual humana
   ( ) Psicoterapia comportamental

3. **Caso uma gestante se queixe que vem sentindo dores durante o coito, a conduta mais apropriada do profissional de saúde é:**
   ( ) Pedir para que o casal se abstenha de relações sexuais até o puerpério.
   ( ) Orientar outra posição sexual.
   (x) Investigar a etiologia da dor.
   ( ) Receitar analgésicos.
   ( ) Esclarecer que a gestação é um período diferenciado, e que é normal sentir dor.

4. **Qual o período gestacional em que a função sexual feminina mostra-se mais comprometida?**
   ( ) Logo quando o casal toma conhecimento da gravidez.
   (x) No terceiro trimestre.
   ( ) Durante o segundo trimestre.
   ( ) A partir da 24ª semana.
   ( ) Durante toda a gestação.

Questão	Contempla	Não contempla	Contempla parcial
1			
2			
3			
4			

ANEXO P – Propostas de reflexão via *chat*

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 01?

Bagagem Médica

Prezado aluno,
Seja bem-vindo ao fórum sobre Sexualidade. Aqui poderemos tirar dúvidas, complementar o conteúdo das aulas e discutir casos clínicos que você poderá trazer.
Para nossa primeira discussão, acesse o link abaixo, leia atentamente e traga suas próprias observações:
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_partevi_2.asp
Estarei pessoalmente acompanhando todo o processo!
À disposição,
Teresa Barroso

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 02?

Bagagem Médica

Olá! Leia este artigo e comente aqui sobre este tema!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_ausencia.asp
Estamos aguardando sua opinião!

Teresa Barroso

Achei muito oportuna essa fala do Dr. Gerson Lopes, nosso colega ginecologista de Belo Horizonte.
http://vinhoesexualidade.wordpress.com/2013/10/11/a-arte-de-amar/
Pf leiam e complementem com suas considerações.
Obrigada.
Abraços,
Teresa Barroso

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 03?

Bagagem Médica

Leia este artigo e deixe seu comentário!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/verde_terapia_sexual.asp
Vamos enriquecer nosso conhecimento trocando opiniões aqui também!

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 04?

Bagagem Médica

Olá! Vamos discutir um pouco mais sobre o tema estudado?
Leia o artigo abaixo e deixe seu comentário aqui no nosso fórum!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_vaginismo.asp
Até mais!

Teresa Barroso

Olá,
Gostaria de dividir com vcs uma interessante colocação sobre as disfunções.
Extremamente didático. Que vcs acham?
http://www.museudosexo.com.br/3_home.asp
Obrigada.
Abraços,
Teresa Barroso

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 05?

Bagagem Médica

Olá! Leia este artigo e vamos continuar nosso aprendizado por aqui?
http://www.iaspformacion.com/academia/sites/default/files/TABAQUISMO_Y_DE_2010.pdf
Deixe aqui também sua contribuição!
Bons estudos!

Teresa Barroso

Olá,
Olhem que complementar é esse artigo ao nosso estudo.
http://www.academiasexologia.org/documentos-aism/estres_y_disf_sex_aism.doc.pdf
Por gentileza postem seus comentários.
Abraços
Teresa Barroso

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 06?

Bagagem Médica

Olá! Já estamos na aula 06! Leia este artigo e comente aqui o que achou:
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_disfuncao.asp
Participe!

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 07?

Bagagem Médica

Olá! E aí, o que achou da aula 07? Enriqueça seu conteúdo, vamos continuar a discussão aqui!
Leia este link e deixe sua opinião:
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_uso_facilitadores.asp

Teresa Barroso

Olá,
Achei esses artigos que complementam a nossa aula.
http://vinhoesexualidade.wordpress.com/2014/01/03/fuja-da-monotonia-sexual/
http://vinhoesexualidade.wordpress.com/2013/12/13/problemas-sexuais-da-mulher/

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 08?

Bagagem Médica

Olá! Já estamos na aula 08! E que tal estendermos um pouco mais nossa discussão?
Acesse este link e deixe aqui sua colaboração sobre este tema!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_sexualidade_cancer.asp
Bons estudos!

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 09?

Bagagem Médica

Olá! Estamos chegando ao final do nosso Curso! Vamos ampliar nossa discussão! Leia este artigo e deixe aqui a sua opinião. Boa leitura!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_maternidade.asp

Vamos discutir um pouco mais sobre a Aula 10?

Bagagem Médica

Chegamos em nossa última aula! Mas vamos terminar nossa discussão com este link? Leia e coloque sua opinião!
http://www.terapiadosexo.med.br/HTML/faces_partev_1.asp

COMENTÁRIOS ESPONTÂNEOS DOS ALUNOS SOBRE O CURSO VIA E-MAIL

"Teresa, excelente! Parabéns pela ideia do curso! A aula foi ótima!"
Juliana Hatty
(Enviado em 26/04/2014 às 12:33 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Pra mim, que estou em Belém, é a única forma de participar do curso no momento! Achei excelente a ideia, a iniciativa e as aulas até então ministradas! Parabéns Teresa pela mudança na metodologia para garantir a participação de todos de forma satisfatória! Abraços!"
Jane Bedran Sales
(Enviado em 24/04/2014 às 21:28 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Uma forma pratica de ampliar meus conhecimentos. Muito bom."
Larissa Aparecida Cassiano
(Enviado em 20/04/2014 às 23:47 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Ótima aula. Adorei a ideia do curso e possibilidade de acesso em casa."
Lizzie de Souza Netto Milleo
(Enviado em 15/04/2014 às 21:51 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Aula que trouxe novos conhecimentos em um assunto pouco discutido no curso de graduação!!"
Joice Mara Santos Cançado
(Enviado em 13/04/2014 às 19:50 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Aula bem ministrada."
Tania Cristina Souza
(Enviado em 13/04/2014 às 13:45 em Teste: Aula 1: História da Sexualidade)

"Aula excelente!!! Adorei!!"
Karoline Menezes da Costa Cardoso
(Enviado em 24/05/2014 às 16:13 em Teste Aula 2: Fisiologia da resposta sexual)

Aula ótima, resolução de várias dúvidas."
Luana Carolina Rodrigues
(Enviado em 23/04/2014 às 17:17 em Teste Aula 2: Fisiologia da resposta sexual)

"Gostei bastante da forma que foi abordada a aula, pois me ajudou a entender a forma de abordagem e como organizá-la."
Priscila Giolo
(Enviado em 06/05/2014 as 18:30 em Teste Aula 3: Diagnósticos e anamneses sexuais)

"Gostei muito da proposta da estrutura terapêutica, facilitou minha compreensão na abordagem, além de organizá-la."
Bernardo Roza Altoé
(Enviado em 02/05/2014 às 9:19 em Teste Aula 3: Diagnósticos e anamneses sexuais)

"Aula brilhante da Dra. Denise. Um resumo bem estruturado."
Maria Carolina Caporale Madi
(Enviado em 17/06/2014 às 18:53 em Teste Aula 4: Disfunção sexual feminina)

"O curso está ótimo!"
Fabiano Elisei Serra
(Enviado em 17/06/2014 às 12:16 em Teste Aula 7: Arsenal farmacoterápico)

"Excelente aula!!!"
Brenda Diniz Rodrigues
(Enviado em 19/05/2014 às 15:54 em Aula 4: Disfunção sexual feminina)

"Aula MARAVILHOSA!!!!!"
Beatriz Madid Truyts
(Enviado em 17/05/2014 às 20:36 em Aula 4: Disfunção sexual feminina)

"Aula muito esclarecedora transmitida com simplicidade e fácil compreensão."
Bernardo Roza Altoé
(Enviado em 10/05/2014 às 7:31 em Aula 4: Disfunção sexual feminina)

"Maravilhosa essa aula! Parabéns!!!"
Karol Pereira Ruela Boechat
(Enviado em 01/05/2014 às 21:17 em Aula 4: Disfunção sexual feminina)

"Ótima aula! Estou adorando o curso!"
Beatriz Madid Truyts
(Enviado em 17/05/2014 às 22:04 em Aula 5: Disfunção sexual masculina e o impacto da gravidez na sexualidade masculina)

"Muito didática a aula do Dr. Marcelo. Parabéns!"
Cintia Cardoso Pinheiro
(Enviado em 07/05/2014 às 11:34 em Aula 5: Disfunção sexual masculina e o impacto da gravidez na sexualidade masculina)

"Olá Dra. Teresa! Estou gostando muito do curso, pois estou conseguindo aprimorar os meus conhecimentos."
Stella Catunda Pinho
(Enviado em 03/06/2014 às 22:00 em Aula 8: O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher e suas particularidades na Gestação)

"Obrigada pela belíssima oportunidade de participar do curso, Dra. Teresa!"
Joice Mara Santos Cançado
(Enviado em 13/09/2014 às 15:56 em Avaliação do curso de sexologia)

"Excelente ferramenta de ensino. Parabéns, Dra. Teresa!!!"
Marcela Pires
(Enviado em 09/09/2014 às 23:35 em Avaliação do curso de sexologia)

"Muito bom o curso. Parabéns!"
Renata Gimenez Costa
(Enviado em 31/08/2014 às 18:09 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso, muito proveitoso!!!"
Mayara Santos Montinho
(Enviado em 31/08/2014 às 18:09 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns, Teresa! Sucesso!!"
Giovana Rabitti
(Enviado em 28/08/2014 às 12:25 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns! Achei curso muito bom. Tive uns problemas pessoais e demorei para terminá-lo. Com certeza valeu a pena e contribuiu muito para minha formação. Sucesso! Beijos!"
Luciana Alonso Salão Piedemonte
(Enviado em 26/08/2014 às 20:13 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso! Muito proveitoso e esclarecedor. Com certeza contribuiu muito no meu aprendizado sobre os temas. Agradeço a oportunidade de ter participado do curso. Um grande abraço em todos os colaboradores."
Circe Breder Soares da Cunha
(Enviado em 25/08/2014 às 16:21 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns, Teresa! Ótimo curso!"
OLIVIA OLEA
(Enviado em 08/08/2014 às 20:29 em Avaliação do curso de sexologia)

"Obrigada pela oportunidade, Dra. Teresa! Foi muito bom participar do curso. Adquiri diversos dos livros recomendados como literatura suplementar e estou fascinada pelo assunto! Querendo inclusive fazer pós-graduação na área! Quem sabe em breve?! Um forte abraço! Meus parabéns pela iniciativa e sucesso do curso!"
Jane Bedran Sales
(Enviado em 01/08/2014 às 1:51 em Avaliação do curso de sexologia)

"Dra. Teresa, obrigada pela oportunidade de aprimorar o conhecimento na área!!! Como provavelmente seu trabalho mostrará, nós das residências do SUS, somos muito deficientes no quesito sub especialidades devido à escassez em ambulatórios, mas principalmente em nível teórico!!! Obrigada, mais uma vez."
Bianca Cestari Ponce
(Enviado em 30/07/2014 às 20:22 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso! Obrigada."
Marilia Olivotti
(Enviado em 26/07/2014 às 23:31 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso!"
Vinícius Marcon Bassega
(Enviado em 25/07/2014 às 8:58 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso! Muito bom!"
Andressa de Castro Silva
(Enviado em 23/07/2014 às 21:28 em Avaliação do curso de sexologia)

"Dra. Teresa, concluí o curso. Parabéns, muito interessante e proveitoso!"
Gustavo Barison
(Enviado em 22/07/2014 às 17:47 em Avaliação do curso de sexologia)

"Adorei o curso!"
Luana Carolina Rodrigues
(Enviado em 09/07/2014 às 21:58 em Avaliação do curso de sexologia)

"Parabéns pelo curso!!! Muito bom!!"
Fabiano Elisei Serra
(Enviado em 21/06/2014 às 0:11 em Avaliação do curso de sexologia)

"Curso muito interessante, muito esclarecedor!"
Brenda Diniz Rodrigues
(Enviado em 11/06/2014 às 20:11 em Avaliação do curso de sexologia)

"Querida Professora Teresa, sei que foi um grande sonho seu realizado! Parabéns, te admiro muito! Beijo grande."
Maria Carolina Caporale Madi
(Enviado em 26/06/2014 às 14:01 em Questões finais)

"Ótimo curso! Parabéns pela iniciativa!!"
Guilherme Câmara
(Enviado em 25/06/2014 às 15:12 em Questões finais)

"Parabéns pelo curso, Teresa! Muito satisfatório e essencial na complementação da nossa formação! Beijos."
Juliana Halley Hatty
(Enviado em 14/06/2014 às 15:19 em Questões finais)

"Parabéns pelo curso Dra. Teresa, sem dúvidas complementou muito a nossa formação! Aguardo novas cursos como este. Atenciosamente."
Stella Catunda Pinho
(Enviado em 10/06/2014 às 21:17 em Questões finais)

"O curso foi excelente! Organização, conteúdo, profissionais impecáveis!!!!! Estou disposta a ajudar no que for necessário!! Até mesmo para cursos futuros!!!!!"
Jéssica Crema Tobara
(Enviado em 14/07/2014 às 20:01 em e-mail Dra. Teresa)

ANEXO Q – Informes e Agradecimentos do Curso de Sexologia

Prezado Aluno,

Saudações.

Obrigada pelo seu interesse, participação e conclusão do Curso de Sexologia para Médicos Residentes de GO. Foi muito gratificante trabalharmos juntos; deixou saudades.

Em breve, conto com a sua presença na minha defesa de Doutorado, afinal você foi o protagonista principal dessa história. Conforme prometido, seguem a sua progressão no Curso, os gabaritos e o certificado de conclusão do Curso, esse devidamente registrado na PROEX/UNIFESP (Pró Reitoria de Extensão da UNIFESP).

Ressalto que as aulas ainda continuam disponíveis no site, caso haja interesse em rever. Bom proveito.

Aproveito para lhe desejar um Feliz Natal e que 2015 seja repleto de sonhos realizados!

Felicidades!

Teresa Barroso

Prezado(a) 1MV

Segue abaixo o resultado de sua avaliação

- Avaliação inicial: 23 questões certas → nota 6,4
- Avaliação final: 28 questões certas → nota 7,8

Questão	Prova inicial	Prova final
01	CCCCCCCCCCCCC	AAAAAA
02	Errou	Acertou
03	Acertou	Errou
04	Acertou	Acertou
05	Errou	Acertou
06	Errou	Acertou
07	Acertou	Errou
08	Acertou	Acertou
09	Errou	Acertou
10	Acertou	Errou
11	Acertou	Acertou
12	Acertou	Errou
13	Acertou	Acertou
14	Errou	Acertou
15	Acertou	Acertou
16	Acertou	Acertou
17	Acertou	Acertou
18	Acertou	Acertou

Questão	Prova inicial	Prova final
19	Errou	Errou
20	Acertou	Acertou
21	Acertou	Acertou
22	Acertou	Acertou
23	Errou	Errou
24	Acertou	Acertou
25	Errou	Acertou
26	Acertou	Acertou
27	Acertou	Acertou
28	Errou	Acertou
29	Acertou	Acertou
30	Errou	Acertou
31	Errou	Acertou
32	Acertou	Acertou
33	Acertou	Acertou
34	Errou	Acertou
35	Errou	Errou
36	DDDDDDDDDDD	BBBBBBB

Departamento de Obstetrícia
UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Disciplina de Obstetrícia
Fisiológica e Experimental

CERTIFICADO

CONFERIDO **AO** POR SUA PARTICIPAÇÃO NO "CURSO DE SEXOLOGIA PARA RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA", COMO ALUNO NO CURSO ONLINE COM TOTAL DE 24 HORAS, DIGO 1 HORA PRESENCIAL DE APRESENTAÇÃO E O RESTANTE NO DECORRER DE 07 DE ABRIL A 15 DE JUNHO.

São Paulo, 16 de junho de 2014.

Prof. Dr. Luciano M. M. Nardozza
Chefe do Departamento

Profa. Dra. Mary Uchiyama Nakamura
Chefe da Disc. de Obstetrícia
Fisológica e experimental

Dra. Teresa Cristina S. Barroso Vieira
Coordenadora do Curso

Nº registro: 15873
Livro: 007/2014
Ano: 2014
Página: 28
Data: 08/12/2014
Local: São Paulo
Pró-reitoria de Extensão

ANEXO R – Agradecimento aos coordenadores

Prezado Coordenador,

Saudações!

É com grande alegria que relato a seguir os últimos passos do nosso trabalho.

Aos alunos que terminaram todas as etapas propostas, foram enviados, via e-mail, os certificados de conclusão do Curso de Sexologia para Médicos Residentes de GO, devidamente registrados na PROEX/UNIFESP (Pró Reitoria de Extensão da UNIFESP).

Aos monitores, emitimos um certificado extra, onde consta a carga horária dedicada. Ressalto que estes tiveram um papel fundamental para o sucesso da pesquisa; gostei muito da interação que tivemos. Conseguimos trabalhar de uma maneira extremamente produtiva. Agora, ao término do estudo, já fico com um sentimento de saudade; foi muito estimulante todo o processo.

Todos os alunos receberam suas progressões no Curso, com gabarito, e a sugestão de que revejam as aulas para melhor aproveitamento e conhecimento sobre o tema.

Enfim eu não poderia terminar o ano sem antes lhe dizer: muitíssimo obrigada por tornar este sonho uma realidade!

Espero ter, em breve, sua presença na defesa do Doutorado, que marcará o encerramento com chave de ouro na nossa efetiva parceria.

Aproveito para lhe desejar um Feliz Natal, e que 2015 seja repleto de sonhos realizados!

Felicidades!

Teresa Cristina Barroso Vieira

ANEXO S – Artigo publicado

Dealing with female sexuality: training, attitude and practice of obstetrics and gynecology residents of a developing country.
J Sex Med. 2015 May;12(5):1154-7. doi: 10.1111/jsm.12875.

ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Dealing with Female Sexuality: Training, Attitude, and Practice of Obstetrics and Gynecology Residents from a Developing Country

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira, MD, MSc,* Eduardo de Souza, MD, PhD,* Ivaldo da Silva, MD, PhD,† Maria Regina Torloni, MD, PhD,*‡ Meireluci Costa Ribeiro, LCSW, MSc,* and Mary Uchiyama Nakamura, MD, PhD*

*Department of Obstetrics, São Paulo Federal University (UNIFESP), São Paulo, Brazil; †Department of Gynecology, São Paulo Federal University (UNIFESP), São Paulo, Brazil; ‡Internal Medicine Department, São Paulo Federal University (UNIFESP), São Paulo, Brazil

DOI: 10.1111/jsm.12875

ABSTRACT

Introduction. There is little research on how obstetrics and gynecology (Ob/Gyn) residents deal with female sexuality, especially during pregnancy.

Aim. The aim of this study was to assess the training, attitude, and practice of Ob/Gyn residents about sexuality. *Methods.* A cross-sectional survey of Brazilian Ob/Gyn residents enrolling in an online sexology course was conducted. A questionnaire assessed their training in sexuality during medical school and residency and their attitude and practice on sexual issues during pregnancy.

Main Outcome Measures. Training, attitude, and practice of Ob/Gyn residents regarding sexuality were the main outcome measures.

Results. A total of 197 residents, from 21 different programs, answered the online questionnaire. Mean age was 27.9 ± 2.2, most were female (87%), single (79%), and had graduated in the last 5 years (91%). Almost two-thirds (63%) stated that they did not receive any training at all and 28% reported having only up to 6 hours of training about sexuality in medical school. Approximately half of the respondents (49%) stated that they had received no formal training about sexuality during their residency up to that moment and 29% had received ≤6 hours of training. Over half (56%) never or rarely took a sexual history, 51% stated that they did not feel competent or confident to answer their pregnant patients' questions about sexuality, and 84% attributed their difficulties in dealing with sexual complaints to their lack of specific knowledge on the topic.

Conclusion. The vast majority of Brazilian Ob/Gyn residents enrolling in a sexuality course had little previous formal training on this topic in medical school and during their residency programs. Most residents do not take sexual histories of pregnant patients, do not feel confident in answering questions about sexuality in pregnancy, and attribute these difficulties to lack of knowledge. These findings point to a clear need for additional training in sexuality among Brazilian Ob/Gyn residents. **Vieira TCSB, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, and Nakamura MU. Dealing with female sexuality: Training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. J Sex Med 2015;12:1154–1157.**

Key Words. Female Sexual Function; Sexology; Sexuality; Human Sexuality; Pregnancy; Pregnant Women; Medical Education; Medical Residency; Education; Curriculum; Sexual Health; Attitude

Introduction

In theory, every medical school graduate should have received enough information to be able to deal with basic sexual health questions and obstetrics and gynecology (Ob/Gyn) specialists should receive further training in this area. However, few Ob/Gyns feel prepared and comfortable dealing

© 2015 International Society for Sexual Medicine

with questions about sexuality, especially during pregnancy, a period with a high prevalence of sexual dysfunction symptoms [1–3].

Although training of residents is essential to improve their skills in dealing with sexuality, there is little research in this area. In a previous study, we assessed the skills of residents from different programs in dealing with sexuality [4]. Less than 20% of 47 Ob/Gyn residents routinely asked pregnant women about their sexual health and over 70% of 154 residents declared that lack of knowledge was the main obstacle in evaluating patients' sexual complaints. Based on those findings, we created an online course about sexuality for Brazilian Ob/Gyn residents.

The main objectives of this study were to assess the formal training on sexuality that Ob/Gyn residents had received in medical school and during residency, as well as their attitude and practice patterns when dealing with sexual issues of pregnant women.

Methods

This cross-sectional study was conducted in São Paulo, Brazil (March to May 2014) and involved 197 Ob/Gyn residents who were enrolling in a free, 20-hour online sexology course. The residents were asked to voluntarily fill an anonymous online questionnaire with multiple choice questions that were based on a previous national survey involving Brazilian physicians [5]. The original questionnaire was tested in a group of 15 volunteer residents who did not enroll in the course and modified to improve comprehension.

We used a convenience sample of all residents who enrolled in the course and voluntarily agreed to fill the questionnaire. Differences between junior (first to second year) vs. senior (third to fifth year) Ob/Gyn residents were compared using Student's *t* and chi-square tests.

This study was approved by the Ethics Committee of São Paulo Federal University and all participants gave online written informed consent.

Results

Out of 216 residents who enrolled in the online course, 197 (91.2%) voluntarily filled the questionnaire. Participants were from 21 different institutions, had a mean age of 27.9 ± 2.2 years (range 24–34 years), and 91.4% had graduated in the last 5 years (range 1–11 years). Most were female (87.3%), married (78.7%), and Catholic (67.0%). Almost half were in their first (n = 44) or second (n=51) years of residency, while the other half were in their third (n=47), fourth (n=29), fifth (n=19), or sixth (n=7) year of residency. Over two-thirds (67.5%) of the respondents declared that they enrolled in the course to improve their knowledge about sexuality and 30% because of personal interest on the topic.

Almost two-thirds (63.4%, n = 125) stated that they did not have any classes at all and 27.9% (n=55) had ≤6 hours of training about sexuality in medical school. Almost half (49.2%, n=97) had received no formal training about sexuality during their residency up to that moment, while 28.4% (n = 56) had received only up to 6 hours of training. Junior residents were significantly more likely to have had no training about sexuality up to that moment than senior residents (64.2% vs. 35.3%, $P < 0.0001$, respectively).

Only 5% of the residents frequently or always obtained a sexual history or asked obstetric patients questions about sexuality, while 56% never or rarely did so. Over 40% said that when a woman had a spontaneous sexual complaint during pregnancy, they would listen but did not know what to do and another 7% would try to minimize the problem. Regardless of their year of residency, approximately half stated that they lacked self-confidence when listening and trying to answer questions from pregnant patients about sexual issues and over 80% stated that this difficulty was due to lack of specific knowledge (Table 1). There were no significant differences in the answers of the 25 male vs. the 172 female residents in any of the questions (data not shown).

Discussion

Unsurprisingly, approximately two-thirds of the participants declared that the main motive to enroll in the sexology course was to complement their training. The interest of Brazilian residents for more information about sexuality was evident in our previous study, where 97% of our respondents declared that they would like to participate in educational activities to increase their knowledge on this topic [4].

It was worrying to find that almost two-thirds of our young physicians had not had any classes on sexuality in medical school and that 78% of them had received little or no training on the subject during their residency programs. Other studies

Table 1 Training, attitude, and practice of 197 Brazilian Ob/Gyn residents about sexuality

	All residents n = 197 n (%)	Junior residents n = 95 n (%)	Senior residents n n = 102 n (%)	*P* value*
Did you have any training or classes about sexuality during medical school?				
• No	125 (63.4)	64 (67.4)	61 (59.8)	
• ≤6 hours	55 (27.9)	23 (24.2)	32 (31.4)	
• >6–10 hours	9 (4.6)	3 (3.2)	6 (5.9)	
• >10 hours	8 (4.1)	5 (5.3)	3 (2.9)	0.424
Did you have any training or classes about sexuality during your Ob/Gyn residency up to now?				
• No	97 (49.2)	61 (64.2)	36 (35.3)	
• ≤6 hours	56 (28.4)	21 (22.1)	35 (34.3)	
• >6–10 hours	18 (9.1)	5 (5.3)	13 (12.7)	
• >10 hours	26 (13.2)	8 (8.4)	18 (17.6)	0.0007
Do you routinely take a sexual history or inquire about sexual complaints of your obstetric patients even when they don't spontaneously bring up questions or complaints?				
• Never	34 (17.2)	15 (15.8)	19 (18.6)	
• Rarely	76 (38.6)	36 (37.9)	40 (39.2)	
• Sometimes	77 (39.1)	39 (41.1)	38 (37.3)	
• Frequently	7 (3.6)	3 (3.2)	4 (3.9)	
• Always	3 (1.5)	2 (2.0)	1 (1.0)	0.921
What is your usual procedure when pregnant patient spontaneously voices a sexual complaint?				
• I listen but I don't know what to do	81 (41.1)	47 (49.5)	34 (33.3)	
• I listen and then offer counseling or guidance	94 (47.7)	38 (40.0)	56 (54.9)	
• I minimize the problem and say "don't worry, it's nothing" or "things like that happen"	14 (7.1)	6 (6.3)	8 (7.8)	
• Other	8 (4.1)	4 (4.2)	4 (3.9)	0.134
Do you feel confident when you listen to questions and give answers to the doubts that pregnant women have about sexual issues?				
• No	100 (50.8)	51 (53.7)	49 (48.0)	
• Yes, in part	94 (47.7)	42 (44.2)	52 (51.0)	
• Yes, totally	3 (1.5)	2 (2.1)	1 (1.0)	0.552
If you have difficulty to deal with your obstetrics patients' sexual complaints, this difficulty is due to:				
• Lack of specific knowledge	165 (83.7)	76 (80.0)	89 (87.3)	
• Not enough time available during consultation	14 (7.1)	6 (6.3)	8 (7.8)	
• The lack of effective treatment for these problems	4 (2.0)	4 (4.2)	0 (0.0)	
• I don't have difficulties	7 (3.6)	5 (5.3)	2 (2.0)	
• Other	7 (3.6)	4 (4.2)	3 (2.9)	0.165

*Chi-square test comparing junior vs. senior residents.All values presented as n (%)

report the same lack of sexual education in the curricula of health professionals in different countries [6–8].

Although sexual dysfunction symptoms are very frequent in pregnancy [1–3], over half of our respondents did not feel confident when dealing with these questions and this may explain why most do not routinely take sexual histories in obstetric patients. Similarly, 91% of 46 American residents from various specialties admitted that they did not routinely take the sexual history of their patients [9].

There is a lack of innovation in sexuality education [10]. An educational model developed in 1973 (the Robert Wood model) has proved to be quite successful, even when used in short-term courses [9]. However, this model has cost and time implications that could perhaps be overcome in online courses for medical students and residents of any specialty and it could be adapted to different social and cultural contexts.

Our findings add to a growing body of evidence that indicates that medical residents are interested in and want to have more training about how to deal with female sexuality questions in general and specifically in pregnancy. Torespond to this need, it is necessary to include and to increase the number of hours dedicated to sexuality training in

the curricula of medical schools and residency programs. Pending these changes, extracurricular courses or workshops may be helpful to attend this unmet need.

Corresponding Author: Maria Regina Torloni, MD, PhD, São Paulo Federal University, Rua Borges Lagoa 564 cj 63, São Paulo 04038-000, Brazil. Tel: 55-11-5575-2970; Fax: 55-11-5575-2970; E-mail: ginecologia@terra.com.br

Conflict of Interest: The authors report no conflicts of interest.

Statement of Authorship

Category 1

(a) Conception and Design
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Eduardo de Souza; Mary Uchiyama Nakamura; Maria Regina Torloni

(b) Acquisition of Data
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Meireluci Costa Ribeiro

(c) Analysis and Interpretation of Data
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Ivaldo da Silva; Meireluci Costa Ribeiro; Maria Regina Torloni

Category 2

(a) Drafting the Article
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Maria Regina Torloni; Meireluci Costa Ribeiro

(b) Revising It for Intellectual Content
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Eduardo de Souza; Mary Uchiyama Nakamura; Ivaldo da Silva

Category 3

(a) Final Approval of the Completed Article
Teresa Cristina Souza Barroso Vieira; Eduardo de Souza; Ivaldo da Silva; Maria Regina Torloni; Meireluci Costa Ribeiro; Mary Uchiyama Nakamura

References

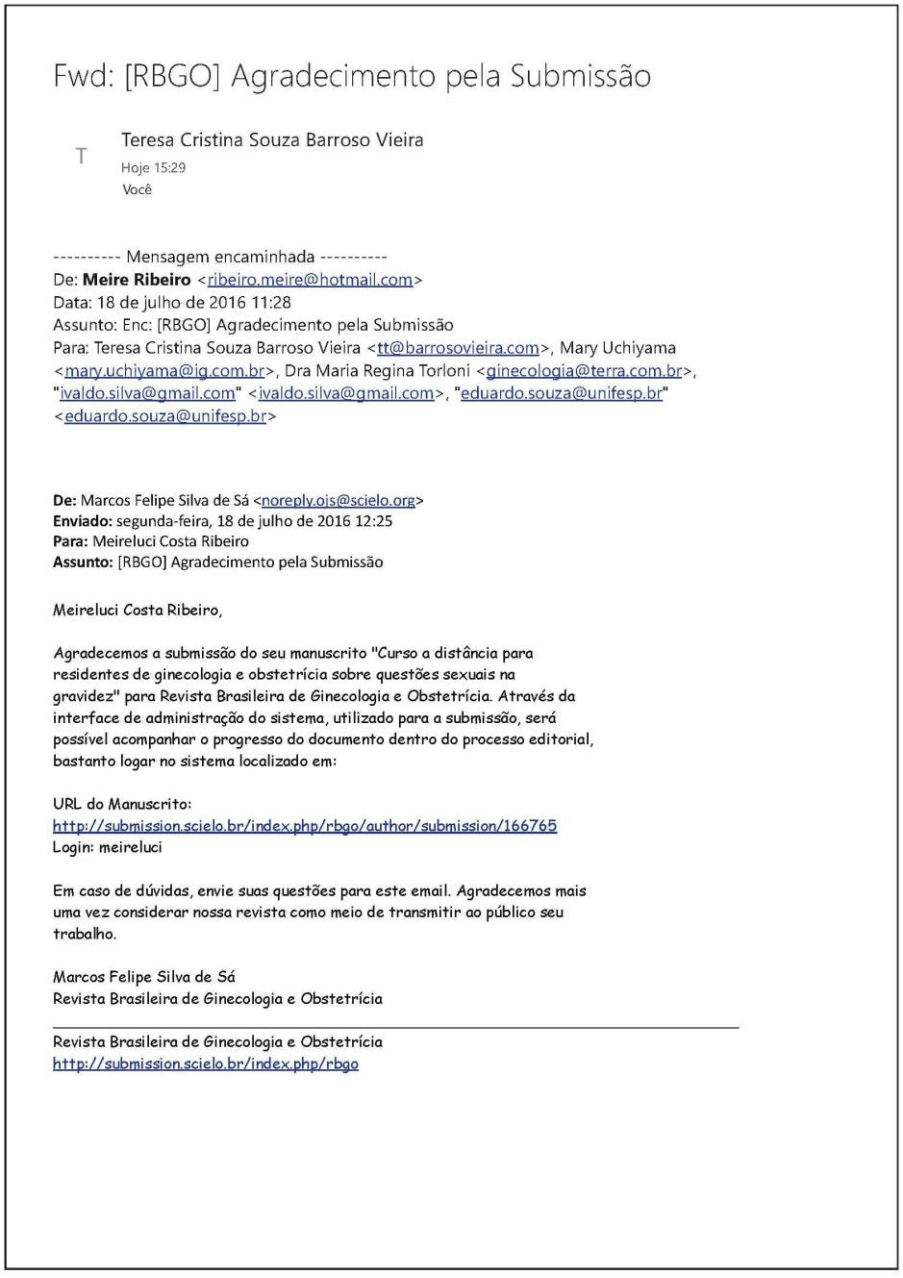
1 Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Méd Bras. 2009;55:563–8.
2 Naldoni LM, Pazmino MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. J Sex Marital Ther. 2011;37:116–29.
3 Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010;7:2782–90.
4 Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Nakamura MU. Brazilian residents' atitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. J Sex Med. 2012;9:2516–24.
5 Abdo CHN, Moreira ED Jr, Santos DB, Wroclawski E, Fitipaldi JAS. [Perceptions and attitude of Brazilian physicians about erectile dysfunction: Results of the "Evaluation Project"]. Rev Bras Med. 2004;61:608–12.
6 Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, Neyzie O. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: A pilot study. Reprod Health Matters. 2004;12:189–99.
7 Rufino AC, Madeiro A, Girao MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. J Sex Med. 2014;11:1110–7.
8 Sidi H, Loh SF, Mahadevan R, Puteh SE, Musa R, Wong CY, Hadi AA, Sa'aid SH, Amali Z, Abidin M, Das S, Saharom MH, Zakaria H. Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: A comparison study. Asia Pac Psychiatry. 2013;5(1 suppl):103–9.
9 Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: The Robert Wood Johnson model. J Sex Med. 2006;3:37-46.
10 Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: Review and commentary. J Sex Med. 2007;4:259-67.

ANEXO T – Artigo submetido

Distance course for Obstetrics and Gynecology residents on sexual issues in pregnancy

Artigo submetido à RBGO em 16 de julho de 2016.

Email confirmando a submissão recebido em 18 de julho de 2016



Fwd: [RBGO] Agradecimento pela Submissão

T Teresa Cristina Souza Barroso Vieira
Hoje 15:29
Você

---------- Mensagem encaminhada ----------
De: **Meire Ribeiro** <ribeiro.meire@hotmail.com>
Data: 18 de julho de 2016 11:28
Assunto: Enc: [RBGO] Agradecimento pela Submissão
Para: Teresa Cristina Souza Barroso Vieira <tt@barrosovieira.com>, Mary Uchiyama <mary.uchiyama@ig.com.br>, Dra Maria Regina Torloni <ginecologia@terra.com.br>, "ivaldo.silva@gmail.com" <ivaldo.silva@gmail.com>, "eduardo.souza@unifesp.br" <eduardo.souza@unifesp.br>

De: Marcos Felipe Silva de Sá <noreply.ojs@scielo.org>
Enviado: segunda-feira, 18 de julho de 2016 12:25
Para: Meireluci Costa Ribeiro
Assunto: [RBGO] Agradecimento pela Submissão

Meireluci Costa Ribeiro,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Curso a distância para residentes de ginecologia e obstetrícia sobre questões sexuais na gravidez" para Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastanto logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/author/submission/166765
Login: meireluci

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Marcos Felipe Silva de Sá
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
http://submission.scielo.br/index.php/rbgo

Distance course for Obstetrics and Gynecology residents on sexual issues in pregnancy

Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/EPM - São Paulo (SP), Brasil

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira[1], Mary Uchiyama Nakamura[2], Ivaldo da Silva[2], Maria Regina Torloni[3], Meireluci Costa Ribeiro[1], Eduardo de Souza[2]

1. Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM - São Paulo (SP), Brasil.
2. Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM - São Paulo (SP), Brasil.
1. Programa de Pós-Graduação de Saúde Baseada em Evidências, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM - São Paulo (SP), Brasil.

vieira.barroso@unifesp.br
mary.toco@epm.br
ivaldo.silva@gmail.com
ginecologia@terra.com.br
ribeiro.meire@hotmail.com
eduardo.souza@unifesp.br

Correspondência:
Teresa Cristina S. B. Vieira. Rua Napoleão de Barros, 875. Vila Clementino. CEP 04124-120. São Paulo (SP), Brasil. Tel.: 11 5081-7279. E-mail: vieira.barroso@unifesp.br

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Resumo

Objetivos: Relatar a experiência de um curso de educação à distância sobre questões sexuais na gestação e puerpério para médicos residentes. **Métodos**: Estudo longitudinal, experimental e analítico, realizado entre abril e setembro 2014, por investigadores da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Os participantes foram 219 médicos (R1 a R6) da cidade de São Paulo, de cinco programas de residência em Ginecologia e Obstetrícia. O curso teve duração de 24 horas (10 videoaulas e discussões *on-line)*. No início do curso, os participantes responderam perguntas sobre treinamento, atitude e prática relativas a questões sexuais na gestação; antes e após o curso, responderam perguntas de conhecimento técnico sobre o tema; ao final, preencheram questionário sobre a qualidade do curso. Teste *t* de *Student* foi utilizado para comparar os testes de conhecimento, antes e após o curso; p <0,05 foi considerado estatisticamente significante. **Resultados**: Um total de 143 residentes concluiu o curso; a maioria estava no 1º (27,2%) ou 3º (29,4%) ano de residência. Houve aumento significativo nas notas médias dos questionários que acessavam o conhecimento sobre o tema: 4,4 (±1,6) *versus* 6,0 (±1,3) (nota máxima: 10) no início e final do curso, respectivamente, (p<0,0001). Todos os participantes declararam que a qualidade geral do curso atingiu suas expectativas e mais de 99% recomendariam o curso a um amigo. **Conclusões**: Esse modelo de curso de Sexologia *on-line* para residentes de Ginecologia e Obstetrícia promoveu o aumento do conhecimento técnico sobre questões sexuais no ciclo gravídico puerperal e atendeu às expectativas dos participantes. Essa experiência pode servir de modelo para outros cursos de sexualidade voltados para esse público.

Palavras-chave: Gravidez; Sexologia; Educação Médica; Instrução por Computador; Educação à distância; Obstetrícia.

Abstract

Objective: To describe the experience of a distance course on sexual issues during pregnancy and after birth for residents. **Methods**: This prospective cohort study was conducted by investigators from São Paulo Federal University – São Paulo Medical School (UNIFESP-EPM), between April and September 2014. The participants were 219 physicians (1st to 6th year residents), from five Obstetrics and Gynecology residency programs in São Paulo city. The course lasted 24 hours (10 video lectures and on-line chats). At baseline, the participants answered questions about their training, attitude and practice on sexual issues during pregnancy and after birth; before and after the course, they answered questions to assess their technical knowledge about the topic; at the end of the course, they answered questions on the quality of the course. Student's *t* test was used to compare the before and after scores of the technical knowledge tests; *p* value <0.05 was considered significant. **Results**: A total of 143 residents concluded the course; most were in their 1st (27.2%) or 3rd (29.4%) year of residency. There was a significant increase in their mean knowledge test scores: 4.4 (±1.6) *versus* 6.0 (±1.3) (maximum score: 10), before and after the course, respectivelly, (p<0,0001). All participants declared that the general quality of the course reached the expectations and over 99% would recommend the course to a friend. **Conclusions**: This model of an on-line sexology course for Obstetrics and Gynecologists residents increased their knowledge about the sexual issues during pregnancy and after birth and fulfilled the participants' expectations. This experience can serve as a model for other sexuality courses targeting this audience.

Keywords: Pregnancy; Sexology; Medical Education; Computer-Assisted Instruction; Distance, Education; Obstetrics.

Curso à distância para residentes de Ginecologia e Obstetrícia sobre questões sexuais na gravidez

Distance course for Obstetrics and Gynecology residents on sexual issues in pregnancy

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde sexual como "a experiência do processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionado à sexualidade. Não se trata de mera ausência de doença, disfunção e/ou enfermidade."[1] Uma das metas propostas pela Organização Panamericana de Saúde (PAHO) e pela Associação Mundial para Saúde Sexual (WAS) para a promoção de saúde sexual é a de promover educação, treinamento e suporte aos profissionais que trabalham em campos relacionados ao assunto.[2]

Ainda assim, poucos programas de medicina sexual vêm sendo desenvolvidos com residentes médicos[3-5], mesmo tendo-se em vista que lidar com sexualidade humana requer conhecimento específico nos diferentes períodos de vida.[6] A gestação, por exemplo, é um período singular na vida dos casais, podendo haver comprometimento no relacionamento conjugal e na qualidade da vida sexual, devido aos sintomas de disfunção sexual, tão comuns nessa fase.[7-10]

E se, por um lado, residentes e médicos especializados em Ginecologia e Obstetrícia têm referido falta de conhecimento específico sobre o assunto, bem como insegurança para lidar com as questões sexuais de suas pacientes obstétricas[11-14], por outro, gestantes declaram que gostariam de receber informações sobre questões sexuais na gravidez dos profissionais que as acompanham durante o pré-natal.[7,15-17]

Médicos residentes têm demonstrado interesse em aprender mais sobre sexualidade na gestação, e alguns sugerem módulos *on-line* sobre o assunto, devido à falta de tempo no dia-a-dia, acreditando que isso possibilitaria aumentar a confiança para tratar suas pacientes.[11] A literatura relata alguns modelos de cursos presenciais[3-5] ou inseridos no currículo de graduação médica[18] sobre saúde sexual e sexualidade no geral, no entanto, até onde sabemos não há modelos de cursos *on-line* e que abordem temas específicos sobre a sexualidade do casal, durante a gestação.

Por isso, desenvolvemos um curso *on-line* de Sexologia na Gestação e Puerpério, para residentes de Ginecologia e Obstetrícia, a fim de complementar a formação profissional desses médicos residentes. O objetivo desse estudo foi relatar a experiência desse modelo de curso de Sexologia no Ciclo Gravídico Puerperal, no modelo de Educação à Distância (EAD), para alunos da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Nossa hipótese é que esse curso possa ser adaptado a outros contextos culturais e educacionais, visando aumentar o conhecimento sobre sexualidade na gestação e puerpério de profissionais de saúde envolvidos com o atendimento a gestantes.

Métodos

Desenho do estudo

Foi realizado estudo coorte prospectivo, na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), no período de abril a setembro de 2014.

Participantes

O curso *on-line* de sexologia na gestação foi inicialmente oferecido a médicos de cinco programas de Ginecologia e Obstetrícia, todos credenciados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), da cidade de São Paulo: Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros; Hospital São Paulo; Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva; Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington e Unidade Assistencial de Gestão II - Hospital Ipiranga. No entanto, residentes de outros programas tomaram conhecimento do evento e solicitaram participação no curso. Foram considerados elegíveis para participar do curso *on-line* todos os residentes de Ginecologia e Obstetrícia que demonstravam interesse, independente do seu local da residência médica, de R1 a R6.

Intervenção Educacional

Elaboração do conteúdo do curso de Sexologia on-line

Para a definição do conteúdo programático, foi feita consulta à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sobre "Qual deveria ser o conteúdo programático de um Curso de Sexologia destinado a

ginecologistas e obstetras". A resposta veio através da Comissão de Sexualidade daquele órgão e o conteúdo sugerido para as residências médicas de Ginecologia e Obstetrícia foi adaptado e dividido em 10 aulas. Cada aula foi composta por dois módulos de 50 minutos cada, com um professor responsável por cada módulo (Figura 1). Os tópicos recomendados foram:

- Anatomia e fisiologia da resposta sexual humana;
- Disfunções, parafilias e inadequações sexuais;
- Principais técnicas psicoterápicas usadas em sexologia;
- Emprego de farmacoterapia em sexologia;
- Tratamento das disfunções do desejo;
- Tratamento das disfunções do orgasmo;
- Tratamento das dispareunias psicogênicas e do vaginismo;
- Impacto das disfunções masculinas na mulher;
- Impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade feminina;
- Ética no atendimento das disfunções e das inadequações sexuais.

Com base em tal orientação, procurou-se equipe multiprofissional do Serviço de Sexualidade, do Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM para apoio na elaboração do programa do curso. Além dos tópicos descritos acima, acrescentou-se um módulo na última videoaula, onde o professor apresentou três casos clínicos hipotéticos. Como nos demais módulos, o aluno teve quatro questões de múltipla escolha para responder a respeito dos casos clínicos apresentados.

O curso foi desenvolvido com o objetivo de que, ao final, o aluno fosse capaz de:

- Possuir conhecimentos básicos de anatomia e fisiologia da resposta sexual humana;
- Identificar, diagnosticar e tratar as disfunções e inadequações sexuais;
- Identificar particularidades da sexualidade feminina durante a gravidez e puerpério;
- Reconhecer o impacto das disfunções sexuais masculinas e femininas na qualidade de vida sexual do casal;

- Atender com ética as questões sexuais, otimizando a relação médico-paciente;
- Trabalhar com equipe multiprofissional, no manejo das questões sexuais na gestação e puerpério;
- Utilizar e valorizar a ferramenta *on-line* no processo educacional.

Paralelamente, foi solicitada autorização para a realização do curso à Comissão de Residências Médicas (COREME) de cada um dos cinco hospitais participantes, como também auxílio na divulgação do mesmo.

Montagem e avaliação da qualidade das videoaulas

Para viabilização da programação *on-line* contratou-se uma companhia especializada na criação e manutenção de *websites* interativos, que desenvolveu um *website* específico para o curso. O *site* tinha ferramentas específicas para inscrições e assinatura do TCLE; acompanhamento das videoaulas; *chats*; dados sociodemográfico; questionário sobre conhecimento, atitude e prática dos participantes em relação a questões sexuais na gravidez e puerpério; progressão do aprendizado através de questionários inicial e final e questionário de avaliação do curso.

A produtora também dirigiu e editou as gravações das videoaulas, que ocorreram no período entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, em anfiteatro cedido pela UNIFESP-EPM. As gravações foram realizadas e a reprodução dos vídeos foi feita por Canal fechado do *YouTube*. A equipe multidisciplinar de professores foi composta por docentes e/ou especialistas em sexualidade humana de diversas especialidades: ginecologistas e obstetras; urologistas; psiquiatras; fisioterapeutas; psicólogos e assistentes sociais. Os professores foram informados que as aulas deveriam ter duração máxima de 30 minutos e receberam orientações sobre técnicas para otimizar videoaulas (olhar diretamente para a câmera, se referir a um aluno somente, não gesticular amplamente na altura do rosto, bem como manter a postura corporal sem grandes ou abruptos desvios). As aulas foram editadas pela companhia contratada para a produção e manutenção do *website*.

Com as aulas prontas e editadas, dois docentes do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM, com mais de trinta anos de experiência e sem nenhuma relação direta com os investigadores ou com o Curso de Sexologia, foram convidados para avaliar criticamente as aulas quanto ao conteúdo, linguagem e estética. Para essa finalidade, usamos uma adaptação do protocolo "Lista de Verificação dos Critérios de Conformidade dos Materiais Assíncronos para EAD–LVCEAD", desenvolvido por Schons.[19] Os dois docentes avaliaram, ainda, a pertinência das questões elaboradas pelos professores e que seriam respondidas pelos alunos para avaliação do conteúdo técnico de cada aula. Ambos os docentes consideraram todas as aulas adequadas nos três aspectos avaliados, bem como as questões para verificação do conhecimento.

Divulgação do curso

Após a aprovação oficial do curso pela COREME de cada hospital participante, os investigadores fizeram contato telefônico e via *e-mail* com os coordenadores dos cinco programas de residência em Ginecologia e Obstetrícia. Nesse contato, foi solicitado que os coordenadores dos programas divulgassem o Curso de Sexologia *on-line* entre todos os seus residentes e incentivassem sua participação, enfatizando que se tratava de curso gratuito e à distância.

Durante o mês de março de 2014, a pesquisadora principal visitou pessoalmente as cinco instituições participantes, a fim de divulgar o curso e explicar o processo de inscrição. Nesse mesmo período, os produtores do *website* o colocaram no ar e abriram as inscrições *on-line*. A primeira página do *website* trazia informações sobre: a proposta de ensino e o conteúdo do curso, o corpo docente do curso (com *link* para Currículo Lattes dos professores) passo a passo para a matrícula e acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realização do curso

Ao registrar-se, o aluno recebia imediatamente um *e-mail* de confirmação da inscrição, com o respectivo *login* e senha, escolhidos pelo próprio aluno, e sem qualquer acesso pela administração do *site*, garantindo assim, total segurança e sigilo dos dados.

Com a matrícula confirmada, os alunos teriam acesso a três questionários utilizados no estudo:

1) Dados sociodemográfico, sobre ano de residência; sexo e programa de origem.

2) Questionário "Perfil Médico". Esse instrumento foi baseado no questionário utilizado no Projeto Avaliar, desenvolvido por Abdo et al.[20] É composto de 8 questões de múltipla escolha que versam sobre conhecimento, atitude e prática dos profissionais, frente a questões de sexualidade durante a gestação e puerpério.

3) "Questionário Inicial" que avaliava o conhecimento dos participantes sobre sexualidade na gestação e puerpério. Cada professor do curso elaborou quatro perguntas de múltipla escolha (com 5 alternativas) referentes ao conteúdo de sua aula. A partir dessas perguntas, a pesquisadora principal elaborou um questionário com um total de 36 perguntas para medir o conhecimento inicial dos participantes sobre questões de sexualidade. O escore total do instrumento varia de 0 a 10, com escores maiores indicando maior conhecimento sobre o assunto. O escore total foi calculado dividindo-se o número de questões (36) por 10, o resultado foi multiplicado pelo número de questões certas. As quatro perguntas específicas relativas a cada videoaula deveriam também ser respondidas ao final de cada aula. Ou seja, para ter acesso à aula seguinte, o aluno deveria responder às quatro questões relacionadas à aula anterior, independente do número de acerto.

Ao final do curso, os alunos teriam acesso a mais dois questionários:

1) "Questionário Final" que avalia o conhecimento sobre sexualidade na gestação, após o curso. Esse questionário continha as mesmas perguntas do Questionário Inicial, mas em ordem alterada.

2) "Questionário Grau de Satisfação". Esse instrumento foi usado para avaliar a satisfação do aluno com o curso. Foi elaborado com base no SERVQUAL, instrumento de mensuração da Qualidade Percebida, criado para avaliar

prestação de serviços. Esse instrumento tem boa confiabilidade, validade e ampla aplicação[21], tendo sido, posteriormente, adaptado para o serviço educacional.[22] Modificamos algumas questões para contemplar o método de teleducação, o que resultou num instrumento com 20 questões, subdivididas em cinco dimensões:

- Tangibilidade (aparência física das instalações, equipamentos e pessoas);
- Confiabilidade (habilidade em prestar serviço confiável e de forma correta);
- Presteza (disposição em ajudar consumidores e proporcionar serviço com presteza);
- Segurança (conhecimento e cortesia dos empregados, bem como capacidade de inspirar confiança ao consumidor) e
- Empatia (atenção e carinho individualizados e proporcionados aos clientes).

As opções das respostas variavam de 1 a 5, sendo que as notas mais altas indicavam maior grau de satisfação. O escore de cada dimensão foi calculado com a soma dos escores dos itens correspondentes. Ao final, foi acrescentada, ainda, uma questão sobre qualidade geral do curso.

A consistência interna do questionário foi verificada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, tanto de forma geral, como para cada domínio. No geral, instrumento foi considerado com boa consistência interna (alfa de *Cronbach* 0,9) e nos demais domínios, conforme segue: Tangibilidade α=0,7; Confiabilidade α=0,9; Presteza α=0,7; Segurança α=0,9 e Empatia α=0,8.

Para ter acesso às aulas, os alunos tinham que responder aos três primeiros questionários.

A primeira aula foi disponibilizada em 07/04/2014, e a partir desta data, a próxima aula estava liberada, a cada segunda-feira, juntamente com uma proposta de reflexão, via fórum. A pesquisadora principal ficou disponível para solucionar dúvidas via *chat*, durante todo o curso. Cada aluno recebia um *e-mail* semanal que o lembrava

da próxima aula, além de convite para participar do fórum, visando um melhor aproveitamento do tema semanal.

O fórum semanal propunha leitura complementar, para ser comentada, por escrito, além da possibilidade de os alunos enviarem perguntas, comentários e sugestões de leituras. A pesquisadora principal consultava o fórum diariamente e respondia a todos os registros efetuados pelos alunos.

Após a primeira aula, para acesso às aulas seguintes era necessário responder a quatro questões de múltipla escolha sobre a aula anterior e assim, sucessivamente, até o final do curso.

A última aula foi disponibilizada em 09/06/2014. Uma semana após, 11 alunos haviam finalizado o curso. A partir disso, modificamos a estratégia motivacional convidando alunos que haviam finalizado o curso a serem monitores. Elegemos representantes de cada instituição conveniada participante, por ano de residência, a fim de oferecer um suporte próximo para aqueles que alegavam qualquer dificuldade para a conclusão do curso. Cada monitor se responsabilizou por contatar pessoalmente os colegas de seu ano de residência, informando a pesquisadora principal sobre todas as ações feitas junto aos seus pares. Foi uma estratégia satisfatória, mantida até o término da pesquisa, em 30/09/2014.

Ao término do estudo, foi enviada mala direta virtual a cada aluno, agradecendo a participação. Anexos estavam: a progressão no curso; o desempenho comparativo dos questionários inicial e final de conhecimentos teóricos; os gabaritos e respectivos questionários e o certificado de conclusão do curso. Aos coordenadores dos serviços participantes, foi enviado *e-mail* com agradecimento e informação sobre a devolutiva recebida pelos alunos, quanto ao aproveitamento no curso, além de certificação, emitida pela Pró-Reitora de Extensão (PROEX) da UNIFESP-EPM.

Aspectos Estatísticos

Para a análise dos dados, utilizamos o aplicativo *Statistical Analysis System* - SAS e consideramos o nível descritivo de $p<0,05$ (que equivale a 95% de confiança) para determinar a significância das diferenças.

Analisamos o perfil dos alunos que completaram e não completaram o curso, de acordo com: ano de residência; sexo e hospital de origem, com o teste exato de *Fisher*. Os resultados das provas (antes e após o curso) foram analisados com teste *t de Student,* para amostras independentes e para amostras dependentes (*t*-pareado).

Aspectos Éticos

O estudo obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, nº 05889712.0.0000.5505. Todos os participantes assinaram formulário *on-line* de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar o curso.

Resultados

Um total de 219 alunos se inscreveu no curso e 143 o concluíram. Dos inscritos, a média de idade foi de 28 (±2,1) anos. A maioria 188 (85,8%) era do sexo feminino e 162 (74,0%) estavam nos três primeiros anos de residência. A média de idade para os 143 que concluíram o curso foi de 27,9 (±2,1) anos, sendo que 125 (87,4%) eram do sexo feminino e 116 (81,1%) eram R1, R2 e R3.

Os dados sobre as características dos participantes e seu conhecimento prévio sobre o tema foram apresentados em outra publicação.[12] A maioria dos inscritos declarou não ter tido aulas de sexologia na graduação (62,5%) ou residência médica (52,1%) e que sentia falta de conhecimento específico para orientar as pacientes (84%).

Para os 143 que concluíram o curso, as notas médias dos questionários de conhecimento sobre o tema aumentaram de forma significativa de 4,4 (±1,6) na avaliação inicial (antes de iniciar o curso) para 6,0 (±1,3) ao final do curso (nota máxima: 10), (p<0,0001).

Todos os 143 participantes apontaram que o curso atingiu suas expectativas, segundo os dados obtidos pelo questionário SERVQUAL. Além disso, 99,3% (142/143) dos respondentes recomendariam o curso a um amigo (Tabela 1).

Discussão

Nossos achados mostraram que o curso *on-line* sobre questões sexuais na gestação e puerpério para residentes de Ginecologia e Obstetrícia (GO) aumentou significativamente o conhecimento técnico desses profissionais em relação ao tema. Além disso, nosso curso *on-line* foi muito bem avaliado pelos alunos. É possível que esse alto grau de satisfação se deva também à equipe multidisciplinar de profissionais que ministrou as aulas, uma vez que essa integração de conhecimentos tem sido apontada por residentes como sendo útil para sua formação.[4]

A motivação principal para os 219 residentes de GO se inscreverem no curso foi a necessidade de complementar a formação médica na área de sexualidade, justificativa apontada por cerca de dois terços dos inscritos. O mesmo foi observado em nosso estudo anterior[13] com 154 residentes de diferentes especialidades (GO, psiquiatria e medicina interna) que responderam pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática que tinham frente a questões sexuais de pacientes grávidas. Quase todos (97%) declararam que gostariam de participar de atividades educativas para incrementar o conhecimento nessa área.[13] Esse achado aponta para a falta de ensino de sexualidade humana tanto durante os cursos de medicina, como durante a residência médica no Brasil. Esse fato não é exclusividade do nosso país, tendo sido apontado em estudos em outros países.[5,11,23]

O aumento nos escores da prova de conhecimento técnico sobre questões sexuais indica que esse curso *on-line* contribuiu de forma efetiva para o aumento do conhecimento dos participantes. Resultados semelhantes foram relatados por Yolsal et al.[4] em curso presencial de três dias (cerca de 20 horas), realizado na Turquia, para 163 médicos residentes de diversas especialidades. Esses autores apontam diferença significativa nos escores médios de conhecimento antes e depois do curso, e relatam que os residentes se sentiam mais preparados, motivados e confiantes para abordarem questões sexuais em suas consultas, após o curso.

O maior conhecimento técnico sobre sexualidade é importante para que obstetras e ginecologistas se sintam seguros no manejo com tais questões, no atendimento a gestantes e possam otimizar a assistência oferecida durante essa fase da vida. Abordar,

perguntar, tratar, informar e orientar sobre sexualidade na gestação pode promover a qualidade da vida sexual do casal durante esse período.[24,25]

O despreparo dos residentes de GO em relação à sexualidade também é comum em outros países. Pancholy et al.[11] realizaram pesquisa *on-line* com 234 residentes americanos (R3 e R4) para acessar o conhecimento e confiança desses profissionais com relação à função e à disfunção sexual feminina. A grande maioria dos respondentes afirmou acreditar que sua confiança no atendimento a pacientes com queixas sexuais aumentaria com palestras (97,9%) e módulos *on-line* (90,6%) sobre o tema.

Vale salientar que cursos à distância como o nosso oferecem diversos benefícios, como a possibilidade de aprendizagem baseado no ritmo individual de cada aluno, a possibilidade de rever as videoaulas e flexibilidade de horário, além da economia de tempo e dinheiro gastos com o deslocamento físico para participar de cursos presenciais.[26]

Nosso estudo foi o maior na América Latina a explorar o treinamento, atitude e prática de residentes tocoginecologistas sobre sexualidade na gestação. Além disso, foi o primeiro curso de sexualidade a usar o formato de educação à distância. Portanto, essa experiência pode servir de modelo para outras iniciativas semelhantes. Porém, nossos achados não podem ser generalizados a outros contextos socioeconômicos no Brasil, ou em outros países. Reconhecemos, ainda, que, devido à natureza exclusivamente teórica do curso *on-line* não pudemos explorar as dificuldades dos alunos ao abordarem questões sexuais com suas pacientes, visto que isso demandaria conversas pessoais e uma abordagem mais qualitativa.

Nossos achados, bem como o modelo de curso que utilizamos, podem servir de base para outros investigadores desenvolverem atividades educativas sobre sexualidade nas residências médicas do Brasil. Esse tipo de iniciativa poderia ser útil para melhorar a formação dos futuros especialistas em tocoginecologia e outras especialidades.

São necessárias novas pesquisas para confirmar os achados exitosos desse tipo de abordagem educativa para promover conhecimento sobre sexualidade em jovens médicos.

Agradecimentos

Agradecemos aos colegas e professores que colaboraram com ideias, sugestões e suporte material para a concretização desse estudo: Marco Scanavino, Roseli Nomura, Jorge Hosomi, Renato Santana, Luiz Kulay, Anamaria Facina, Marina Padovani e Eliana Spinelli Luciano. Agradecemos, ainda, a preciosa contribuição dos professores que ministraram as videoaulas: Alessandra Diehl, Carolina Ambrogini, Denise Queiroz Ferreira, Fátima Ferreira Bortoletti, Gil Facina, Jales Clemente, Marcelo Rodrigues Cabrini, Maria Cláudia de Oliveira Lordello, Mary Uchiyama Nakamura, Meireluci Costa Ribeiro, Miriam Zanetti, Roney Cesar Signorini Filho, Tânia das Graças Mauadie Santana e Teresa Cristina Souza Barroso Vieira. Finalmente, a Marcus Vinicius Castro pelo precioso trabalho com a análise dos dados.

Referências

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January, 2002 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2006. Chapter 3, Working definitions; [cited 2016 May 19]; p. 4-5. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

2. Pan American Health Organization. World Health Organization. World Association for Sexology. Promotion sexual health of recommendations for action. Proceedings of a Regional Consultation; 2000 May 19-22; Antigua Guatemala, Guatemala. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2000 [cited 2016 May 19]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf.

3. Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. J Sex Med. 2006;3(1):37-46.

4. Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, et al. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: a pilot study. Reprod Health Matters. 2004;12(24):189-99.

5. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. J Sex Med. 2007;4(2):259-67.

6. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):51-65.

7. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med. 2010;7(1):136-42.

8. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med. 2011;8(5):1267-84.

9. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Scomparini FB, Mattar R. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus - a cross-sectional study. PLoS One. 2014;9(4):e95094.

10. Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. Int J Gynaecol Obstet. 2013;120(1):82-4.

11. Pancholy AB, Goldenhar L, Fellner AN, Crisp C, Kleeman S, Pauls R. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. J Sex Med. 2011;8(2):361-6.

12. Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. J Sex Med. 2015;12(5):1154-7.

13. Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Leite AP, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. J Sex Med. 2012;9(10):2516-24.

14. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med. 2013;10(11):2658-70.

15. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(10):934-8.

16. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet. 2009;279(3):353-6.

17. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2006;46(4):282-7.

18. de Medeiros RD, de Azevedo GD, Maranhao TM, Goncalves AK, Barros YE, de Araujo AC, et al. [Impact of sexual and reproductive health theme insertion in the undergraduate medical]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(3):107-12. Portuguese.

19. Schons C. Validação de critérios para material didático assíncrono em educação a distância [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009 [cited 2016 Jul 04]. Available from: http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Claudine_Schons.pdf.

20. Abdo C, Moreira Junior E, Santos D, Wroclawski E, Fitipaldi J. Perceptions and attitude of Brazilian physicians about erectile dysfunction: Results of the "Evaluation Project". Rev Bras Med 2004;61:608.

21. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Retailing: critical concepts. 2002;64(1):140.

22. Tureta C, Rosa A, Oliveira V. Avaliação crítica de serviços educacionais: o emprego do modelo SERVQUAL. REGE Revista de Gestão. 2007;14(4):33.

23. Waineo E, Arfken CL, Morreale MK. Sexual health education: a psychiatric resident's perspective. Acad Psychiatry. 2010;34(5):357-60.

24. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, do Amaral MLS, Puga MES, et al. Treatments of Female Sexual Dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. Sex Med Rev. 2014;2:1-9.

25. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei E-S, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. Journal of Caring Sciences. 2012;1(4):173-81.

26. Tolentino RSS, Gonçalves Filho C, Tolentino RJV, Monteiro PRR. Avaliação da qualidade na educação a distância sob a perspectiva do aluno: proposição e teste de um modelo usando equações estruturais. REGE Revista de Gestão 2013;20(3):347-66.

Aulas	Módulo A*	Módulo B*
Inaugural	Apresentação da dinâmica e conteúdo programático	A importância da formação em sexualidade para o ginecologista e obstetra
1	História da sexualidade Anatomia e ciclo de resposta sexual	Adaptações anatômicas no Ciclo Gravídico Puerperal (CGP)
2	Fisiologia da resposta sexual	Modificações da resposta sexual na gravidez
3	Diagnósticos e anamneses sexuais	Singularidades dos diagnósticos e anamneses sexuais no Ciclo Gravídico Puerperal
4	Disfunção sexual feminina	Existe disfunção sexual no CGP?
5	Disfunção sexual masculina	O impacto das disfunções masculinas na mulher grávida
6	Arsenal psicoterapêutico	Arsenal psicoterapêutico no CGP
7	Arsenal de farmacoterapia	Qual o arsenal de farmacoterapia no CGP?
8	O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade da mulher	O impacto das cirurgias ginecológicas sobre a sexualidade e suas particularidades na gestação
9	Processo ético: da ciência à pesquisa	Caracterizando o processo ético no CGP Grupo de educação sexual na gestação
10	Discussão de casos clínicos	Questionário final e avaliação do curso

Figura 1. Programa do curso *on-line* em Sexologia para residentes em Ginecologia e Obstetrícia. Módulo A: Sexologia Geral; Módulo B: Particularidades do Tema no Ciclo Gravídico Puerperal

* Duração: 30 minutos

Tabela 1. Avaliação da qualidade[1] do Curso de Sexologia *on-line* feita por 143 residentes em Ginecologia e Obstetrícia

Domínio	Média ± Desvio Padrão
Tangibilidade	3,7 ± 0,7
Confiabilidade	3,8 ± 0,7
Presteza	4,0 ± 0,6
Segurança	3,9 ± 0,7
Empatia	3,9 ± 0,6

1. Baseada no questionário SERVQUAL[21] adaptado. O escore total varia de 0 a 10 pontos, com maiores escores indicando melhor qualidade do curso.

* Os valores representam os escores médios dos respondentes sobre os parâmetros avaliados pelo instrumento.

ANEXO U – Artigo em submissão

Experience of an online course sexuality during pregnancy for residents

Artigo a ser submetido ao J Sex Med.

Journal of Sexual Medicine

THE JOURNAL OF
SEXUAL MEDICINE
An Official Journal of The International Society for Sexual Medicine

Experience of an online course on sexuality during pregnancy for residents

Journal:	*Journal of Sexual Medicine*
Manuscript ID	Draft
Article type:	Original Research
Keywords:	Female sexual function, Sexology, Pregnancy, Medical Education, Medical Residency, Sexuality
Subject Area:	Pregnancy and sexuality
Abstract:	Introduction: Many obstetrics and gynecology (Ob/Gyn) residents report insufficient knowledge about female sexuality and that this has a negative impact on their capacity to manage their patients. Aim: To describe an online course about sexuality during pregnancy for Brazilian Ob/Gyn residents and evaluate their knowledge acquisition. Methods: Longitudinal study involving 219 Brazilian Ob/Gyn residents; the online course lasted 24 hours (10 video lectures and discussion chats). Upon enrollment the participants answered a questionnaire about their training, attitude and practice about sexual issues during pregnancy. We evaluated knowledge acquisition of the participants using a pre- and post-course test about sexuality in pregnancy. At the end of the course, participants were asked to evaluate their educational experience. Student's t and chi-square tests were used to analyze the pre- and post-course test scores. P values <0.05 were considered statistically significant. Main outcome measures: Changes in knowledge about sexual issues during pregnancy after completion of the online sexology course. Results: A total of 143 Ob/Gyns (65.3% of those enrolled), mostly females in their 2nd-3rd year of residency, completed the course. At baseline, most participants reported that they did not have any sexology classes as undergraduates (62.5%) or in their residency (52.1%) and that they lacked specific knowledge in this area to manage their patients. Mean test scores increased significantly at the end of the course: 4.4 (±1.6) versus 6.0 (±1.3) (out of maximum score of 10), before and after the course, respectively ($p<0.0001$). Most of the residents rated the overall quality of the course as "higher than expected". Conclusions: An online course for Ob/Gyn residents was associated with a significant increase in knowledge about sexuality during pregnancy. This type of educational initiative can be useful to improve the knowledge about sexuality of future Ob/Gyn specialists, especially in resource-constrained areas.

SCHOLARONE™
Manuscripts

For Peer Review

Experience of an online course on sexuality during pregnancy for residents

Abstract

Introduction: Many obstetrics and gynecology (Ob/Gyn) residents report insufficient knowledge about female sexuality and that this has a negative impact on their capacity to manage their patients.

Aim: To describe an online course about sexuality during pregnancy for Brazilian Ob/Gyn residents and evaluate their knowledge acquisition.

Methods: Longitudinal study involving 219 Brazilian Ob/Gyn residents; the online course lasted 24 hours (10 video lectures and discussion chats). Upon enrollment the participants answered a questionnaire about their training, attitude and practice about sexual issues during pregnancy. We evaluated knowledge acquisition of the participants using a pre- and post-course test about sexuality in pregnancy. At the end of the course, participants were asked to evaluate their educational experience. Student's *t* and chi-square tests were used to analyze the pre- and post-course test scores. *P* values <0.05 were considered statistically significant.

Main outcome measures: Changes in knowledge about sexual issues during pregnancy after completion of the online sexology course.

Results: A total of 143 Ob/Gyns (65.3% of those enrolled), mostly females in their 2nd-3rd year of residency, completed the course. At baseline, most participants reported that they did not have any sexology classes as undergraduates (62.5%) or in their residency (52.1%) and that they lacked specific knowledge in this area to manage their patients. Mean test scores increased significantly at the end of the course: 4.4 (±1.6) *versus* 6.0 (±1.3) (out of maximum score of 10), before and after the course, respectively ($p<0.0001$). Most of the residents rated the overall quality of the course as "higher than expected".

Conclusions: An online course for Ob/Gyn residents was associated with a significant increase in knowledge about sexuality during pregnancy. This type of educational initiative can be useful to improve the knowledge about sexuality of future Ob/Gyn specialists, especially in resource-constrained areas.

Key-words: Female sexual function; Sexology; Sexuality; Pregnancy; Medical Education; Medical Residency.

For Peer Review

Experience of an online course on sexuality during pregnancy for residents

Introduction

The World Health Organization (WHO) defines sexual health as "the experience of the ongoing process of physical, psychological and socio-cultural well being related to sexuality. It is not the merely the absence of dysfunction, disease and/or infirmity." [1] In 2000, the Pan American Health Organization (PAHO) and the World Association for Sexual Health (WAS) recommended that in order to promote sexual health, it was important to provide education, training and support to professionals working in sexual health related fields. [2]

There are few sexual education programs specifically targeted at medical residents. [3-5] Yet, specific knowledge is needed in order to manage problems related to sexuality in different periods of life. [6] Pregnancy is a unique period in the life of couples when sexual dysfunction symptoms are very frequent. [7-10] Many studies report that pregnant women would like to receive more information about sexual issues during pregnancy from their health care providers. [7, 11-13] However, obstetrics-gynecology (Ob/Gyn) residents often report that they lack knowledge in this area and that they feel insecure managing their patients' sexual complaints. [14-17] Residents would like to have more education in this area and have suggested that online modules could be useful to improve their knowledge and confidence to deal with sexual issues. [14] Based on a previous survey with Brazilian residents, [16] we developed an online sexology course for Ob/Gyn residents to complement their training. We hypothesized that this online course would improve the participants' knowledge about sexuality during pregnancy.

Aims

We describe the experience of an online course on sexuality during pregnancy for Ob/Gyn residents in a developing country. Our main objective was to evaluate the knowledge acquisition of the participants. Secondary objectives were the assessment of the training attitude and practice of the participants on sexuality at the onset of the course and their satisfaction with this educational experience.

Methods

For Peer Review

This was a longitudinal, educational intervention study conducted in the city of Sao Paulo, Brazil in 2014. The study protocol was approved by the Ethics Committee of São Paulo Federal University and all the participants gave online informed consent when registering for the course.

Any medical doctors enrolled in officially accredited Ob/Gyn residency programs were eligible to participate.

The course lasted a total of 24 hours, divided in 10 online lectures lasting 1 hour and 40 minutes each and weekly discussion chats. The lectures were recorded in the studios of a professional company specifically hired for this purpose and to create the course web platform. The course content included history of sexuality, anatomy and physiology of human sexual response, male and female sexual dysfunctions in pregnancy and after delivery, sexual history taking and treatments of sexual dysfunctions (Figure 1). The content of the online course was developed according to recommendations of the Brazilian Federation of Obstetrics and Gynecologists. The lecturers were medical doctors (Ob/Gyn, urologists and psychiatrists), psychologists, social workers and physiotherapists specialized in sexology.

The principal investigator personally contacted each of the Ob/Gyn residency coordinators in São Paulo city, informed them about the course and asked them to disseminate the information among their residents and to encourage them to enroll in the free online sexology course. Participants could enroll online, in a website specifically created for this course during a period of seven months (March to September 2014)

Upon registration, the residents provided socio demographic information (e.g. gender, age, year of residency and marital status) and filled an anonymous online questionnaire to assess their training about sexuality during medical school and residency, as well as their attitude and practice related to sexuality in pregnancy. Before watching the first online video lecture, the residents had to answer the pre-course test (Test A) with 36 multiple-choice questions on human sexuality.

The weekly online modules were posted on a YouTube channel and could be assessed at any time (through individual student login) during a period of seven months (April 7 to September 30 2014). Each Monday, a new video lecture was posted by the course organizers, along with topics for online discussion in the course chat room. The

For Peer Review

principal investigator checked the postings daily and was available throughout the course to answer questions, make comments and to give information. The last video was posted on June 9th 2015, along with post-course test course (Test B) and a questionnaire to assess their satisfaction with the course.

After turning in the post-course test, the participants received an email with their scores in the pre- and post-course tests, the correct answers to both tests and a certificate of completion endorsed by Sao Paulo Federal University. The residency coordinators of each institution also received individual emails with the results of their residents' progress (pre- and post-course test scores) and their evaluation of the course. These data were de-identified so that the names of the individual residents did not appear on the resident coordinators´ reports.

Evaluation of Outcomes

Training, attitude and practice

To evaluate the participants' previous training, attitude and practice regarding sexual issues during pregnancy, we used an online questionnaire, based on a previous national survey involving Brazilian physicians. [18]

Knowledge acquisition

Knowledge acquisition was evaluated using pre- (test A) and post- (test B) course tests about sexual issues during pregnancy. Both tests consisted of 36 multiple-choice questions. Each lecturer was asked to provide 4 questions about their topic; the principal investigator used these questions to create the tests. The mean total score of each test was calculated by dividing the total number of questions (36) by 10 and multiplying the result by the number of correct questions. The total test score ranged from 0 to 10, with higher scores indicating higher knowledge about the topic. Test B consisted of the same 36 questions as Test A, in a different order.

Degree of Satisfaction

For Peer Review

We assessed the residents´ satisfaction using 20 multiple choice questions divided in five domains, plus a general quality question, based on the SERVQUAL scale, a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality [19] that was adapted to educational services. [20] The specific domains assessed: (1) tangibles: physical facilities, equipment and appearance of personnel, (2) reliability: ability to perform the promised service dependably and accurately, (3) responsiveness: willingness to help the students and provide prompt service, (4) assurance: the teachers' knowledge and courtesy and their ability to inspire trust and confidence and (5) empathy: caring, attention the teachers provide the students. The residents rated each domain using a five-point Likert scale ranging from "much less than expected" (1 point) to "much higher than expected" (5 points). This scale had good internal consistency (Cronbach's alpha 0,942).

For Peer Review

Statistical Aspects

Sample size was calculated considering a before- and after- course learning evaluation, using Student's *t*-test. We assumed a test score standard deviation of approximately 3.15 and a 0.5 correlation between the results of the pre- and post-course tests and a 1 point increase in the final test. With α=0.05 and β=80%, a total of 80 participants would be needed to detect this difference.

The Student's *t* and chi-square tests were used to analyze the results of pre- and post-course test scores. Socio demographic characteristics, training, attitude and practice of the participants are presented descriptively. Descriptive statistics were used to report participants' degree of satisfaction with the course. We used Cronbach's alfa to evaluate the internal consistency of the course satisfaction questionnaire. We considered 0.7 as the minimum score to indicate good internal consistency.

InStat 3 software (Statistical Services Centre, University of Reading, Reading, UK) was used for statistical analyses.

Main Outcome Measures

The acquisition of knowledge about sexuality during pregnancy in an online sexology course was our main outcome.

Results

A total of 219 residents enrolled in the course: 162 (74%) were from five Ob/Gyn residency programs in Sao Paulo city and 57 (26%) were from other Ob/Gyn residency programs outside of the city who had heard about the course and spontaneously requested to enroll. Approximately 18% (n=40) of the residents did not watch any of the lectures and 16% (n=36) dropped out of the course between the 3rd and the 10th lecture. A total of 143 residents (65.3% of those who enrolled) completed all the course activities and took the final test (Figure 2). The residents who dropped out of the course were significantly older and a larger proportion of them was in the last years of their residency than those who completed the course (Table 1). Most of the residents who completed the course were female (87.4%) and in the first two years of residency (51.7%) (Table 1).

Training, attitude and practice

Over 60% of the enrolled participants reported having no previous training or classes about sexology during medical school and nearly 70% declared that they had received less than six hours of sexology training during their residency up to that moment. Over 55% of the participants declared that they never or rarely took a sexual history of obstetric patients, 41% did not know what to do when faced with a sexual complaint from these patients, 51% did not feel confident giving answers about sexual issues during pregnancy and nearly 84% of them attributed this difficulty to lack of specific knowledge on the topic (Table 2).

Acquisition of knowledge

The mean pre-course test score of the 143 participants who concluded the course was 4.4 ± 1.5 (range 0.3 to 6.7), compared to 6.0 ± 1.3 (range 1.4 to 8.3) in the post-course test ($p<0.0001$).

Satisfaction with the course

All 143 participants agreed with the statement that the general quality of the course was "equal", "higher" or "much higher" than expected and all except one

For Peer Review

(99.3%) would recommend the course to a friend. Twenty one participants (14.7%) stated that they were dissatisfied with the interactions among the participants in the chat room. Most of the participants (65.2%) graded the 21 items evaluated in the satisfaction questionnaire as "higher than expected" or "much higher than expected".

Discussion

Our findings indicate that this online course about sexual issues during pregnancy for Ob/Gyn residents was effective in increasing knowledge acquisition assessed through test score increase and was approved by the vast majority of the participants. The improvement in the participants´ knowledge was consistent with other similar educational interventions. Yolsal *et al*. [4] reported that 163 Turkish residents from different programmes had a significant increase in test scores at the end of a three-day (17 hours) presencial course about reproductive and sexual health and that the residents felt more prepared, motivated and confident to manage sexual issues with their patients. Similarly, online courses on other health topics also report significant increase in the participants' upon course completion. [21, 22]

Knowledge and skills are essential for any physician to feel confident and prepared to bring up and discuss sexual issues with their patients. This is especially relevant to Ob/Gyns since counseling about sexuality in pregnancy may improve the sexual quality of life of couples during this period. [23, 24] Nevertheless, a recent Brazilian study involving 207 professors from 110 medical schools found that over 55% of the respondents (n=113) devoted only up to 6 hours to teaching sexual health topics and only 19% of them devoted 7–15 hours to this subject in the medical school curriculum. [25]

The high level of satisfaction of most of our participants may in part be attributed to the multiprofessional lecturers, since the presentation of information by different specialists was previously pointed by residents as an important factor to help them feel more confident in dealing with their patients' sexual questions. [4] The possibility of viewing video lectures when and where they prefererd is also an important strong point of online recorded courses. [22] This was also spontaneously reported by several of our participants as a strong point of the course: "I live in Belém (north part of Brazil) and, for me, this was the only way to participate in this course. Excellent idea!"

For Peer Review

and "I loved the online format of the course and the possibility to access it from home!" A small number of participants were unsatisfied by the "participants' interaction" in the forums, a problem also mentioned by other investigators as one of the disadvantages of online courses. [26]

The majority of 219 Ob/Gyn residents had little or no previous training about sexuality in medical school or in their residency program, yet the number of dropouts after enrollment was high (34.7%). This is a common finding in online courses in health sciences and may be related to difficulties in organizing the time and discipline necessary to participate in this type of activity. [21]

The main reason reported by the residents for enrolling in the course was their need to complement their very limited training during medical school and in their residency program. Similarly, 97% of 154 Brazilian residents from different medical specialties (Ob/Gyn, psychiatry and internal medicine) reported that they wanted to have more sexual education activities to increase their knowledge on this topic. [16] The same lack of training about sexuality during medical school was reported by several other investigators from different countries. [4, 5, 14, 25, 27, 28] Although there are many publications on the subject that could help to fill this gap, a lecture or a course about sexuality are often important in giving young physicians the initial motivation to embark on the journey of self-education. As stated by one of the residents who participated in our course: "During the course I bought several books recommended as additional reading by the lecturers and I am now fascinated with the topic. I am even planning to do a post-graduation in this area!"

Although this model of an online course can increase the participants´ theoretical knowledge about sexuality, it does not substitute the practical training that can only be obtained from supervised contact with patients during medical school or residency. [5, 29] According to Parish and Clayton, [5] few residency training programs have proposed innovations in sexual health education, since the Robert Wood Johnson Medical School (RWJMS) was developed, in 1973. Only recently, a parallel pilot model [3] was developed incorporating the three elements described in RWJMS: (i) integration of cognitive and attitudinal learning; (ii) role of a multidisciplinary team in managing sexual issues; and (iii) clinical skills, including communication skills and sexual history taking. The program was a half-day intensive workshop and enrolled 46 residents of different specialties. Most of the respondents (92.6%, n=34) to the post-test evaluation

For Peer Review

reported that the workshop was informative and they specifically praised the live interviews and panels.

A limitation of our study was that we did not assess the participants' knowledge some time after course completion. Yolsal *et al*. [4] sent a qualitative questionnaire four to six months after his residents had participated in a presential course on sexuality and approximately 60% of them responded. Most were satisfied with the experience and valued the newly acquired knowledge. [4]

This study had several strong points. It was the largest survey to date on the training, attitude and practice of Ob/Gyn residents about sexuality during pregnancy. To the best of our knowledge, our course was also the first online educational intervention specifically focused on sexuality during pregnancy and after birth. However, the course was limited to residents from Ob/Gyn programs in Brazil and therefore our findings can not be generalized to other settings or countries. New studies are needed to confirm the these results. We acknowledge that due to its online nature, the course did not allow the residents to fully explore their individual difficulties in dealing with their patients. An additional presential module with individual or group tutoring would be needed to deal with these difficulties.

Our course may serve as a model for other investigators interested in increasing the knowledge and skills of residents about sexuality during pregnancy. This type of initiative can be especially useful in resource constrained settings and in places where presential courses can be difficult due to geographic factors. .

For Peer Review

Conclusion

An online 24-hours sexology course improved the knowledge of Ob/Gyn residents about female sexuality during pregnancy. This type of initiative can be an additional educational alternative to train young physicians about this important but often neglected topic.

References

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January, 2002 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2006. Chapter 3, Working definitions; [cited 2016 May 19]; p. 4-5. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

2. Pan American Health Organization. World Health Organization. World Association for Sexology. Promotion sexual health of recommendations for action. Proceedings of a Regional Consultation; 2000 May 19-22; Antigua Guatemala, Guatemala. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2000 [cited 2016 May 19]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf.

3. Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. J Sex Med 2006;3(1):37-46.

4. Yolsal N, Karabey S, Bulut A, Topuzoglu A, Agkoc S, Onoglu N, Neyzie O. Courses for medical residents and trainers in Turkey for promotion of quality of reproductive health services: a pilot study. Reprod Health Matters 2004;12(24):189-99.

5. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. J Sex Med 2007;4(2):259-67.

For Peer Review

6. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther 2000;26(1):51-65.

7. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010;7(1 Pt 1):136-42.

8. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med 2011;8(5):1267-84.

9. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino Mde T, Scomparini FB, Mattar R. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus - a cross-sectional study. PLoS One 2014;9(4):e95094.

10. Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. Int J Gynaecol Obstet 2013;120(1):82-4.

11. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84(10):934-8.

12. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet 2009;279(3):353-6.

13. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006;46(4):282-7.

14. Pancholy AB, Goldenhar L, Fellner AN, Crisp C, Kleeman S, Pauls R. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. J Sex Med 2011;8(2):361-6.

For Peer Review

15. Vieira TC, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. J Sex Med 2015;12(5):1154-7.

16. Vieira TC, de Souza E, Abdo CH, Torloni MR, Santana TG, Leite AP, Nakamura MU. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. J Sex Med 2012;9(10):2516-24.

17. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. J Sex Med 2013;10(11):2658-70.

18. Abdo C, Moreira Junior E, Santos D, Wroclawski E, Fitipaldi J. Perceptions and attitude of Brazilian physicians about erectile dysfunction: Results of the "Evaluation Project". Rev Bras Med 2004;61:608.

19. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Retailing: critical concepts 2002;64(1):140.

20. Tureta C, Rosa A, Oliveira V. Avaliação crítica de serviços educacionais: o emprego do modelo SERVQUAL. REGE Revista de Gestão 2007;14(4):33.

21. Macedo CR, Macedo EC, Torloni MR, Atallah AN. Evaluation of a national evidence-based health care course via teleconference in a developing country. J Eval Clin Pract 2013;19(4):713-9.

22. Chapman C, White CB, Engleberg C, Fantone JC, Cinti SK. Developing a fully online course for senior medical students. Med Educ Online 2011;16.

For Peer Review

23. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino MT, do Amaral MLS, Puga MES, Mattar R. Treatments of Female Sexual Dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. Sex Med Rev 2014;2:1-9.

24. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei E-S, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. Journal of Caring Sciences 2012;1(4):173-81.

25. Rufino AC, Madeiro A, Girao MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. J Sex Med 2014;11(5):1110-7.

26. Tolentino RSS, Gonçalves Filho C, Tolentino RJV, Monteiro PRR. Avaliação da qualidade na educação a distância sob a perspectiva do aluno: proposição e teste de um modelo usando equações estruturais. REGE Revista de Gestão 2013;20(3):347-66.

27. Sidi H, Loh SF, Mahadevan R, Puteh SE, Musa R, Wong CY, Hadi AA, Sa'aid SH, Amali Z, Abidin M, Das S, Saharom MH, Zakaria H. Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: a comparison study. Asia Pac Psychiatry 2013;5 Suppl 1:103-9.

28. Waineo E, Arfken CL, Morreale MK. Sexual health education: a psychiatric resident's perspective. Acad Psychiatry 2010;34(5):357-60.

29. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. J Sex Med 2013;10(1):3-17.

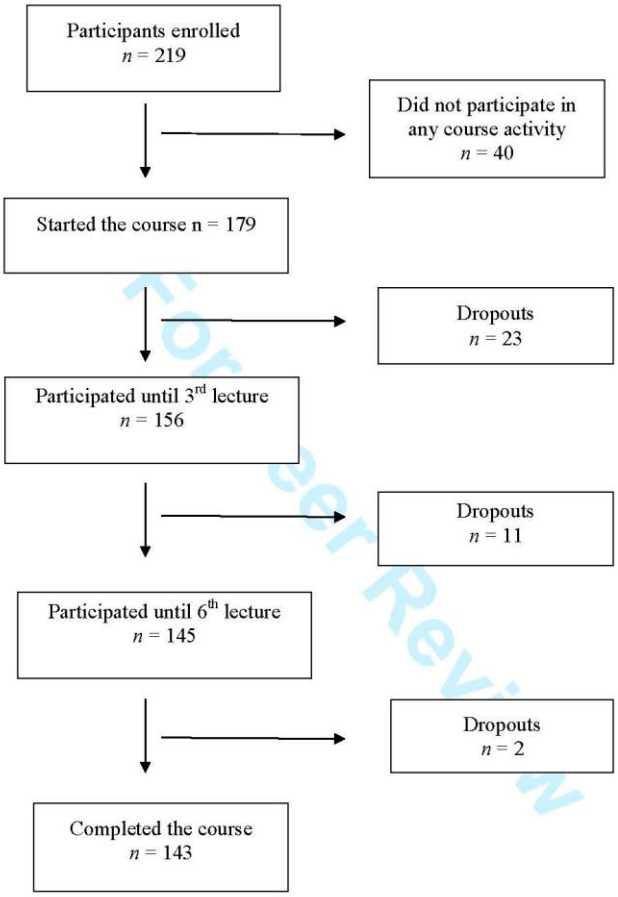
For Peer Review

Figure 1. Program of the online sexology course

Lectures	Module A (50 minutes)	Module B (50 minutes)
Inaugural	Course presentation and course content	Importance of human sexuality for the Ob/Gyn specialist
1	History of sexuality Anatomy of sexual response cycle	Anatomic changes in pregnancy and after childbirth (PC)
2	Physiology of sexual response	Sexual response during pregnancy
3	Treatment of sexual disorders	Treatment of sexual disorders in PC Sexual history taking
4	Female sexual dysfunctions (FSD)	FSD symptoms in pregnancy
5	Male sexual dysfunctions	The impact of male sexual dysfunctions on pregnant woman's sexuality
6	Psychotherapy	Psychotherapy in PC
7	Pharmacotherapy	Pharmacotherapy in PC
8	The impact of gynecological surgeries on female sexuality	The impact of gynecological surgeries on female sexuality in pregnancy
9	Ethical issues Treatment of FSD	Sexual education groups with pregnant couples
10	Clinical case studies	Discussion of test questions and course evaluation Sexology in PC

For Peer Review

Figure 2. Flow chart of course participants



For Peer Review

Table 1 Characteristics of 219 Brazilian Ob/Gyn residents enrolled in an online sexology course

	Registered (n=219)	Dropouts (n=76)	Completed the course (n=143)	*p value*[1]
Age, years	28.0 ± 2.1	28.8 ± 2.5	27.9 ± 2.1	0.005 *
Gender				
Male	31 (14.2)	13 (17.1)	18 (12.6)	
Female	188 (85.8)	63 (82.9)	125 (87.4)	0.42**
Residency year				
R1-R2	108 (49.3)	34 (44.7)	74 (51.7)	
R3-R4	84 (38.4)	26 (34.2)	58 (40.6)	
R5-R6	27 (12.3)	16 (21.1)	11 (7.7)	0.02**

Values presented as mean ± standard deviation or N (%)
1. Comparison between characteristics of dropouts versus residents who completed the course
* Student's *t* test
** Chi-square test

For Peer Review

Table 2. Training, attitude and practice of 219 Brazilian Ob/Gyn residents enrolled in an online course about sexuality

1. Previous training or classes about sexuality during medical school	
None	137 (62.6)
≤6h	62 (28.3)
>6-10h	9 (4.1)
>10h	11 (5.0)
2. Previous training or classes about sexuality during Ob/Gyn residency	
None	114 (52.0)
≤6h	58 (26.5)
>6-10h	19 (8.7)
>10h	28 (12.8)
3. Do you routinely take a sexual history or inquire about sexual complaints of your obstetric patients, even when they don´t spontaneously bring up questions or complaints?	
Never	34 (17.2)
Rarely	76 (38.6)
Sometimes	77 (39.1)
Frequently	7 (3.6)
Always	3 (1.5)
4. What is your usual procedure when pregnant patient voices a sexual function complaint?	
I listen but I don´t know what to do	81 (41.1)
I listen and then offer counseling or guidance	94 (47.7)

For Peer Review

I minimize the problem and say "don´t worry, it´s nothing" or "things like that happen"	14 (7.1)
Other	8 (4.1)
5. Do you feel confident when you listen to questions and give answers to the doubts that pregnant women have about sexual issues?	
No	100 (50.8)
Yes, in part	94 (47.7)
Yes, totally	3 (1.5)
6. If you have difficulty to deal with your obstetrics patients' sexual complaints, this difficulty is due to:	
Lack of specific technical knowledge in this area	165 (83.7)
Not enough time available during consultation	14 (7.1)
The lack of effective treatments for these problems	4 (2.0)
I don't have difficulties	7 (3.6)
Other	7 (3.6)

All values expressed as n (%)

For Peer Review

FONTES CONSULTADAS

- Dicionário Online Michaelis [Internet]. UOL; c2009 [citado 2016 Mar 01]. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/
- Agresti A. Categorical Data Analysis. New York: John Wiley & Sons; 1990. 558p.
- Bussab WO & Morettin PA. Estatística Básica. 4ª ed. São Paulo: Atual Editora; 1987. 321p.
- Neter J, Wasserman W e Kutner MH. Applied Linear Statistical Models. 3ª ed. Homewood, Illinois: Irwin; 1990. 1127p.
- Winer BJ. Statistical Principles in Experimental Designs. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 1971. 907p.