UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Avaliação da Função Sexual durante a Transição
Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres
Participantes do *PROSAPIN* – Projeto de Saúde
de Pindamonhangaba**

Erika Flauzino da Silva

SÃO PAULO
2013

**Avaliação da Função Sexual durante a Transição
Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres
Participantes do *PROSAPIN* – Projeto de Saúde
de Pindamonhangaba**

Erika Flauzino da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Professora Dra. Maria Regina
Alves Cardoso.

SÃO PAULO

2013

*Dedico esse trabalho a todos que
de alguma forma me apoiaram e
estiveram ao meu lado nessa fase
tão importante. Em especial ao meu
querido noivo Carlos, a minha
família e aos meus grandes amigos!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que não me desamparou em momento algum e me deu forças para seguir em frente.

A Capes que proporcionou a bolsa de estudos para essa pesquisa.

A minha orientadora, Professora Dra. Maria Regina, pela paciência, dedicação e confiança.

Ao professor Dr. José Mendes Aldrighi, por autorizar a utilização do banco de dados e permitir minha entrada no grupo de pesquisa.

As professoras Dra. Carmita Abdo e Dra. Aparecida Pacetta pelas ótimas contribuições.

A minhas amigas e professoras Elaine, Ana Carolina, Wendry, Mayra e Rúbia, pelo incentivo, apoio e por toda a ajuda com o banco de dados.

Ao meu noivo Carlos pela paciência, carinho, apoio em todos os sentidos para que eu concretizasse esse sonho. Muito obrigada por tudo, eu amo você.

Aos meus pais, Maria José e Paulo pela paciência e pelo encorajamento nas horas difíceis.

A minha irmã Tatiane, meu cunhado Marcos e meu afilhado Luis Gustavo pela força.

As amigas Kelly e Karina que não me deixaram desanimar.

As amigas Silvânia e Márcia por toda a ajuda que me ofereceram durante esse mestrado. Obrigada por tudo!

A todos os amigos da equipe Geração Jesus, pela amizade, carinho, apoio e orações. Obrigada por estarem presentes e me apoiando sempre!

*“Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas
também sonhar; não apenas
planejar, mas também acreditar.”
(Anatole France)*

RESUMO

Introdução: Durante a transição menopausal, as mulheres podem sofrer alterações na atividade sexual, devido à diminuição dos níveis plasmáticos de estrogênio e androgênio. Além disso, fatores como a idade, o tempo de relacionamento e o aumento de morbidades que causam diminuição do bem-estar podem levar à redução da atividade sexual. **Objetivo:** Estimar a prevalência da disfunção sexual em mulheres no período da transição menopausal e pós-menopausa e identificar potenciais fatores de risco.

Método: estudo transversal que incluiu 756 mulheres de 35 a 65 anos cadastradas na Saúde da Família de Pindamonhangaba. Para avaliar a função sexual, foi utilizado o *Female Sexual Function Index* (FSFI), questionário composto por 19 perguntas referentes às últimas quatro semanas, que abrange seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor. Foi realizado um modelo de regressão múltipla de Poisson, no programa *Stata* 11.

Resultados: A prevalência de disfunção sexual foi de 57,7% (IC_{95%}: 54,0% – 61,4%). Quando consideradas apenas as mulheres sexualmente ativas, foi de 39,8% (IC_{95%}: 35,4% – 44,2%). A disfunção sexual associou-se positivamente a idade ($p<0,001$), ao estado civil ($p<0,001$), a religião ($p=0,003$), a depressão ($p<0,001$) e a diabetes ($p=0,013$). Dentre as mulheres sexualmente ativas, a disfunção sexual associou-se positivamente também com a idade ($p<0,001$), a depressão ($p<0,001$) além do uso de medicamento ansiolítico ($p=0,011$).

Conclusão: Houve alta prevalência de disfunção sexual entre as mulheres participantes do PROSAPIN, e os fatores associados foram: idade, o estado civil, a religião, a depressão, diabetes e uso de medicamento ansiolítico.

Palavras-chave: Sexualidade, climatério, função sexual, mulher.

ABSTRACT

Introduction: During the menopausal transition women may experience changes in sexual activity due to decreased plasma levels of estrogen and androgen. Beyond that, factors such as age, length of relationship and increased morbidities that cause decreased well-being can lead to reduced sexual activity. **Objective:** To estimate the prevalence of sexual dysfunction in women during the menopausal transition and postmenopausal women and to identify potential risk factors. **Method:** A cross-sectional study that included 756 women from 35 to 65 years indexed in the program *Saúde da Família* in Pindamonhangaba. To evaluate sexual function, we used the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire consisting of 19 questions concerning the last four weeks, covering six domains: desire, arousal, lubrication, satisfaction, orgasm and pain. We performed a multiple regression model the Poisson in the Stata 11. **Results:** The prevalence of sexual dysfunction was 57.7% (95% CI: 54.0% - 61.4%). When considered only sexually active women, was 39.8% (95% CI: 35.4% - 44.2%). Sexual dysfunction was positively associated with age ($p < 0.001$), marital status ($p < 0.001$), religion ($p = 0.003$), depression ($p < 0.001$) and diabetes ($p = 0.013$). Among sexually active women, sexual dysfunction also was positively associated with age ($p < 0.001$), depression ($p < 0.001$) and the use of anxiolytic medication ($p = 0.011$). **Conclusion:** there is a high prevalence of sexual dysfunction among women participants PROSAPIN, and associated factors were: age, marital status, religion, depression, diabetes and use of anxiolytic medication.

Keywords: Sexuality, menopause, sexual function, women.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	21
3. MÉTODO.....	22
3.1. Desenho do estudo.....	22
3.2. População de estudo e amostra.....	23
3.3. Procedimento de campo.....	24
3.4. Variáveis de estudo.....	26
3.5. Análise dos dados.....	33
4. RESULTADOS.....	35
4.1. Amostra do Estudo.....	35
4.2. Perfil das Mulheres.....	35
4.2.1. Morbidades.....	37
4.2.2. História ginecológica.....	39
4.2.3. Hábitos de vida.....	40
4.2.4. Dados antropométricos.....	41
4.2.5. Uso de medicamentos.....	41
4.2.6. Dados clínicos e laboratoriais.....	42
4.3. Prevalência de Disfunção Sexual.....	43
4.4. Associações das Variáveis Clínicas e Epidemiológicas com a	47
Disfunção Sexual.....	
5. DISCUSSÃO.....	58
6. CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Pontuação do Índice de Função Sexual Feminina.	33
Tabela 2: Perfil Sócio-demográfico das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	36
Tabela 3: Morbidades das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	38
Tabela 4: História ginecológica e obstétrica das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	39
Tabela 5: Hábitos de vida das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	40
Tabela 6: Medicamentos utilizados pelas mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	42
Tabela 7: Dados clínicos e laboratoriais das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	43
Tabela 8: Descrição das médias e medianas dos domínios por idade.	45
Tabela 9: Descrição das médias e medianas dos domínios por status menopausal.	46
Tabela 10: Descrição das médias e medianas dos domínios por idade das mulheres sexualmente ativas.	46
Tabela 11: Descrição das médias e medianas dos domínios por status menopausal das mulheres sexualmente ativas.	47
Tabela 12: Associação entre disfunção sexual e dados sócio-demográficos das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	48

Tabela 13: Associação entre disfunção sexual e morbididades das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	50
Tabela 14: Associação entre disfunção sexual e história ginecológica e obstétrica das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	51
Tabela 15: Associação entre disfunção sexual e hábitos de vida das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	52
Tabela 16: Associação entre disfunção sexual e dados antropométricos das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	53
Tabela 17: Associação entre disfunção sexual e medicamentos em uso pelas mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	54
Tabela 18: Associação entre disfunção sexual e dados clínicos e laboratoriais das mulheres estudadas e das sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	55
Tabela 19: Modelo de regressão entre a disfunção sexual e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres cadastradas na ESF de Pindamonhangaba – 2007 participantes do PROSAPIN	56
Tabela 20: Modelo de regressão entre a disfunção sexual e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres sexualmente ativas cadastradas na ESF de Pindamonhangaba – 2007 participantes do PROSAPIN.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de coleta.	26
Figura 2: Descrição dos domínios da função sexual das mulheres estudadas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	44
Figura 3: Descrição dos domínios da sexualidade das mulheres sexualmente ativas cadastradas na SF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.	45

1. INTRODUÇÃO

O climatério é a fase da vida da mulher que inclui a transição menopausal e pós-menopausa, ou seja, a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo (Faria Junior *et al*, 1997). Tem início por volta dos 40 anos e compreende uma série de sintomas, tais como: sudorese, ondas de calor, distúrbios do sono e do humor (ansiedade, irritabilidade e depressão), dificuldades cognitivas e de memória, aumento do peso, dores musculoesqueléticas e disfunções sexuais, além do aparecimento de agravos à saúde como a osteoporose e doenças cardiovasculares (Gracia *et al*, 2005).

Quando a mulher alcança aproximadamente 50 anos ocorre um evento denominado menopausa, que se caracteriza por 12 meses consecutivos de amenorréia e é causada por um esgotamento folicular, consequente da falência ovariana (Gracia *et al*, 2005). No Brasil, a idade média da menopausa é de 48,6 anos (Aldrighi *et al*, 2005a) e nos Estados Unidos da América é de 51,3 anos (Avis *et al*, 1991). O processo de falência ovariana tem início no útero materno, mas por volta dos 37/38 anos aparecem as primeiras flutuações hormonais que resultam em alterações do ciclo menstrual. O período em que os ciclos sofrem atrasos ou adiantam em sete dias é denominado transição menopausal precoce e quando ocorrem amenorréias de dois a onze meses, denomina-se transição menopausal tardia, que culmina no evento da menopausa. Após este evento, ocorre a pós-menopausa, que é descrita como o completo esgotamento folicular e ausência da produção do hormônio estrogênio pelos ovários (Gracia *et al*, 2005).

Sabe-se que as repercussões precoces da menopausa compreendem, além

das alterações menstruais, o declínio da fertilidade, sintomas vasomotores, distúrbios do sono, redução da memória e depressão. Dentre as de médio prazo, destacam-se as alterações uroginecológicas, disfunção sexual, aumento do peso, alterações na pele, nos olhos e nos pêlos, osteoporose e doenças cardiovasculares (Aldrighi *et al*, 2002).

The North American Menopause Society considerou três consequências importantes da menopausa para a Saúde Pública: ela atinge todas as mulheres, existe um número crescente de mulheres na pós-menopausa e a maioria delas vive além dos 65 anos (NAMS 2004).

O climatério é um período de muitas mudanças e, devido à flutuação hormonal com consequente diminuição dos níveis plasmáticos de estrogênio e androgênio, as mulheres podem sofrer alterações na função sexual. Fatores como a idade, o tempo de relacionamento e o aumento de morbidades que causam diminuição do bem-estar podem levar à redução da atividade sexual (Borges e Medeiros, 2009).

A disfunção sexual está incluída dentre as alterações ocorridas em médio prazo, e caracteriza-se pela ocorrência de qualquer perturbação ou dificuldade em alguma fase da resposta sexual ou quando ocorre dor associada ao intercuro (APA, 2002). De acordo com Kaplan (1974), as disfunções sexuais são desordens psicossomáticas que não permitem ao indivíduo ter relação sexual e sentir prazer durante o ato.

Em meados de 1960, Masters e Johnson descreveram a resposta sexual feminina como um processo linear. Esse modelo inclui quatro fases: excitação,

plateau, orgasmo e resolução. Todas as fases são descritas de acordo com os aspectos anatômicos e fisiológicos de cada uma. Já em 1974, Kaplan propôs que a fase do desejo iniciaria o ciclo de resposta sexual, surgindo assim o modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo. Este modelo trifásico é a base das classificações atuais de Disfunção Sexual Feminina, que se manifesta por alterações em uma ou mais fases desse ciclo (Masters e Johnson, 1984; Kaplan, 1974; APA, 2002).

O modelo mais atual de resposta sexual feminina foi proposto por Basson, que descreve o desejo sexual sendo mais responsivo que espontâneo. Seu modelo é referido como um modelo biopsicossocial que rompe com o tradicional Modelo de Master e Johnson. Enquanto Master e Johnson fornecem uma análise detalhada das mudanças físicas que ocorrem durante a relação sexual, o modelo de Basson coloca ênfase na contribuição tanto física quanto emocional. A sensação de excitação é que irá desencadear o desejo e não o contrário. A intimidade emocional, a proximidade emocional, compromisso e ternura são necessários para uma mulher responder aos estímulos sexuais (Basson, 2001).

Historicamente, as classificações de Disfunção Sexual Feminina pelo DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) foram definidas com base no modelo de Kaplan. Porém em resposta à nova compreensão do funcionamento sexual normal, a Conferência Internacional de Desenvolvimento de Consenso sobre Disfunção Sexual Feminina em 2000 publicou um relatório sobre as definições e classificações de Disfunção Sexual Feminina. As quatro classificações originalmente incluídas no DSM-IV foram mantidas, mas também atualizadas para refletir a prática clínica e a

pesquisa atual. O item sofrimento ou dificuldade interpessoal foi adicionado a todas as categorias (Basson *et al*, 2000).

Assim, de acordo com o DSM-IV (APA, 2002) e as atualizações do Relatório da Conferência Internacional (Basson *et al*, 2000), as Disfunções Sexuais foram classificadas da seguinte forma:

- **Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo**: é definido como a deficiência persistente ou recorrente, ou ausência de fantasias ou desejos de se relacionar sexualmente, o que causa sofrimento ou dificuldade interpessoal. Esse baixo desejo sexual pode ser ocasional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica (como ter relação sexual, mas não sentir desejo de se masturbar).

- **Transtorno da Excitação Sexual Feminina**: é definido como a incapacidade de alcançar ou manter excitação sexual suficiente, que causa sofrimento ou dificuldade interpessoal. Pode ser expressa como uma falta de excitação subjetiva ou genital ou outra resposta somática. Em grande parte das mulheres, a excitação subjetiva ou emocional pode ser necessária para a excitação sexual, e a falta de desejo espontâneo nem sempre é vista como disfunção sexual. Na maioria das vezes, as mulheres que sofrem desse transtorno são diagnosticadas com transtorno do desejo sexual hipoativo ou com transtorno orgásmico feminino, pois, por não ficarem excitadas, evitam ter relação sexual e não apresentam orgasmo.

- **Transtorno Orgásmico Feminino**: é definido como ausência persistente ou recorrente de orgasmo após a fase de excitação sexual. Algumas mulheres necessitam de um estímulo de maior duração ou intensidade para alcançar o orgasmo e esse fato pode prejudicar o diagnóstico correto. A ausência do orgasmo

causa um grande sofrimento ou dificuldade interpessoal.

- **Transtornos de Dor Sexual:** esses transtornos incluem a dispareunia e o vaginismo. A dispareunia é a dor genital associada com a relação sexual. Embora a dor apareça com maior frequência durante a relação sexual, ela também pode ocorrer antes ou depois. A intensidade dos sintomas pode variar desde um leve desconforto até uma dor aguda, que causa sofrimento ou dificuldade interpessoal. O vaginismo é a contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando se tenta qualquer penetração vaginal, seja com o pênis, dedo, tampão ou espéculo, o que causa um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. Em algumas mulheres, até mesmo pensar na penetração vaginal pode provocar espasmo muscular. A contração pode ser leve, que induz alguma tensão e desconforto, ou grave, que impede a penetração.

- **Transtorno de Aversão Sexual:** é a aversão do contato sexual genital com um parceiro. Isso causa um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. Geralmente, quem apresenta esse transtorno relata ansiedade, medo ou repulsa ao ficar diante de uma oportunidade de relação sexual com um parceiro. A aversão ao contato genital pode ser concentrada em um determinado aspecto da experiência sexual (como aversão por secreções genitais ou por penetração vaginal). Algumas mulheres podem apresentar repulsa generalizada a qualquer estímulo sexual, inclusive beijos e toques. A intensidade da reação quando exposta aos estímulos aversivos pode variar desde uma ansiedade moderada e falta de prazer, até um extremo sofrimento psicológico.

As disfunções sexuais também são classificadas como primárias (quando

aparecem desde o início da vida sexual) ou secundárias (aparecem após algum tempo de funcionamento normal); transitórias ou permanentes; situacionais (ocorrem em algumas situações) ou gerais (ocorrem em qualquer situação) (Marques *et al*, 2008).

Para a realização do diagnóstico de uma disfunção sexual, ela deve estar presente há no mínimo seis meses, ser persistente ou recorrente (e não ocasional) e causar sofrimento interpessoal. É de extrema importância investigar se é realmente uma disfunção ou se está havendo estímulo inadequado ou insuficiente. Deve-se identificar a etiologia psicogênica ou orgânica por meio de uma completa história médica e sexual, um detalhado exame físico e alguns exames laboratoriais e complementares (caso seja necessário). É importante também verificar se a disfunção sexual é resultante de doenças ou de efeitos adversos de medicamentos (Marques *et al*, 2008).

Novi e Book (2009) relataram em seu estudo que 53% das mulheres dos Estados Unidos apresentaram queixa de disfunção sexual, sendo que a prevalência foi maior em mulheres do que em homens. A prevalência aumenta com a idade, cerca de $\frac{3}{4}$ das mulheres com mais de 60 anos relataram inatividade sexual, dificuldade para ter relação sexual ou dispareunia.

Algumas mudanças psicossociais podem causar ou contribuir para disfunção sexual, como distúrbios do sono, fadiga e irritabilidade. A presença de doenças na mulher ou no parceiro podem também ter impacto na função sexual. Além disso, componentes estressores podem causar ansiedade e depressão, que podem influenciar negativamente na função sexual e esses fatores são comumente

presentes nas mulheres climatéricas (Gutmann, 2005).

A diminuição de estrogênio causa uma série de mudanças no sistema geniturinário, como aumento da tensão muscular, alterações na contração e relaxamento vaginal, diminuição na lubrificação vaginal, alteração na reatividade do clitóris e contrações uterinas associadas ao orgasmo. As pacientes costumam relatar sintomas secundários a essas mudanças fisiológicas, que incluem secura vaginal, dispareunia, diminuição da sensibilidade clitoriana e na intensidade do orgasmo. O aumento no desconforto e a diminuição do prazer associado com a relação sexual resultam na diminuição do desejo em ter uma relação sexual (Gutmann, 2005).

Um estudo populacional confirmou que a secura vaginal é um fator independente na diminuição da libido e, na maioria dos estudos, o baixo nível de estrogênio está relacionado com o aumento da disfunção sexual durante a perimenopausa. Porém sabe-se que a circulação de androgênios diminui durante os anos reprodutivos tardios e a deficiência de androgênios está associada com a baixa libido, diminuição de fantasias sexuais, diminuição da sensibilidade mediante estimulação sexual, diminuição da excitação e do orgasmo. Entretanto, estudos de base populacional não mostraram associação entre nível de androgênios e satisfação na função sexual (Gracia *et al*, 2005; Gutmann, 2005).

Devido ao crescente interesse científico pelos problemas sexuais femininos, tem-se buscado um consenso diagnóstico. Diferente dos manuais existentes, como o manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o DSM-IV, as propostas atuais para o diagnóstico levam em consideração novos modelos da

resposta sexual feminina e classificam os problemas sexuais de uma forma mais global reconhecendo e incorporando, por exemplo, algumas das dimensões não genitais e subjetivas da excitação feminina e não apenas a etiologia das disfunções. Assim, tem-se buscado o desenvolvimento de questionários que avaliem múltiplos aspectos da resposta sexual feminina. Os instrumentos validados mais estudados atualmente são: o *Brief Sexual Function Index for Women*, o *The Derogatis Interview for Sexual Functioning* e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Pacagnella *et al*, 2009).

Dentre os instrumentos citados, o FSFI é o mais recente e foi desenvolvido de acordo com os novos modelos da resposta sexual feminina. Esse questionário foi proposto por Rosen e colaboradores em 2000 nos Estados Unidos e foi elaborado para ser um instrumento de avaliação para estudos epidemiológicos (Rosen *et al*, 2000).

O FSFI é um questionário breve, que deve ser autoaplicado e que avalia a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Ele é composto por dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Existe um padrão de respostas para cada questão em que as opções recebem pontuação de zero a cinco de forma crescente em relação à presença da função questionada. Nas questões sobre dor, a pontuação é invertida. É apresentado um escore total no final da aplicação, que é resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que diminui a influência de cada domínio no resultado total. Escores iguais ou abaixo do ponto de corte (definido como 26,55 de acordo com a população de origem do

instrumento e mantido para a população brasileira) indicam Disfunção Sexual e domínios com baixa pontuação indicam em qual deles há maior prejuízo à função sexual. O FSFI é prático para ser aplicado em estudos populacionais, converte medidas subjetivas em objetivas e avalia a força relativa de cada componente da resposta sexual feminina, além de ser um instrumento bem estudado e validado, capaz também de avaliar intervenções (Rosen *et al*, 2000; Thiel *et al*, 2008).

Até o momento, observa-se na literatura maior enfoque nas disfunções sexuais masculinas e nos diversos tratamentos possíveis, embora haja alta prevalência de Disfunção Sexual Feminina. As pesquisas sobre o tema têm aumentado, mas os aspectos da sexualidade em mulheres climatéricas ainda são pouco estudados.

Assim, em face da escassez de informações sobre a prevalência de Disfunção Sexual Feminina e seus fatores de riscos epidemiológicos e clínicos para a população brasileira, especificamente para as mulheres no climatério, propõe-se este estudo.

2. OBJETIVOS

1) Estimar a prevalência da Disfunção Sexual em mulheres no período da transição menopausal e pós-menopausa, investigando os domínios: desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor.

2) Identificar potenciais fatores de risco para a Disfunção Sexual nestas mulheres.

3. MÉTODO

Este estudo usou dados coletados pelo Projeto de Saúde de Pindamonhangaba – o PROSAPIN – que foi realizado em 2008. O PROSAPIN foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com o Protocolo de Pesquisa nº 1324. (ANEXO 1) e autorizado pela Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba (ANEXO 2).

3.1. Desenho do estudo

O PROSAPIN foi um estudo transversal que coletou dados clínicos e epidemiológicos de 875 mulheres de 35 a 65 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pindamonhangaba. Os critérios de exclusão foram: mudança de domicílio para fora do território de abrangência da ESF, incapacidade física ou mental para participar da coleta de dados e gestação.

As informações levantadas foram: idade; escolaridade; religião; estado civil; raça; ocupação; renda; história ginecológica e de morbidade pregressa pessoal e familiar; medicamentos; atividade física; tabagismo; consumo de álcool; hábito alimentar; depressão; ansiedade; sono; função sexual; índice de massa corporal; peso; altura; medida de circunferências abdominal e de quadril; pressão arterial; síndrome metabólica e avaliação bioquímica.

3.2. População de estudo e Amostra

O PROSAPIN foi realizado em Pindamonhangaba, SP. A cidade situa-se na região central do Vale do Paraíba, leste do Estado de São Paulo, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,815 e população segundo censo demográfico de 2010 (IBGE, 2012) de 146.117 habitantes, sendo 74.724 mulheres.

Segundo dados da Secretaria de Saúde, o município contava à época do estudo com uma rede assistencial básica composta de 18 equipes da ESF, cobrindo 45.537 pessoas (BRASIL 2005a). Para identificar a população de estudo, mulheres cadastradas nas 18 equipes de março a julho do ano de 2007, foi feito o levantamento do nome, número da família, data de nascimento, micro área e Unidade de Saúde da Família (USF) de todas as mulheres com 35 a 65 anos - período da transição e após a menopausa (Aldrighi *et al*, 2005) - resultando em 7212 mulheres.

O cálculo do tamanho da amostra levou em consideração a menor prevalência esperada dentre todas as variáveis de estudo encontradas na literatura atual, correspondendo à síndrome metabólica com 20%*. Desta forma, para um erro máximo de 3% em 95% das possíveis amostras, seria necessário incluir 690 mulheres no estudo. Considerando possíveis perdas, o tamanho final da amostra foi estimado em 875.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{0,20 \cdot 0,80 \cdot 1,96^2}{0,03^2}$$

$$n_0 \sim 690$$

$$n = n_0 / 0,80$$

$$n \sim 875 \text{ mulheres}$$

* Esta foi a menor prevalência encontrada na literatura referente à América Latina (Royer *et al*, 2007).

A população de estudo foi estratificada pela idade e unidade de saúde e a amostra foi selecionada usando o procedimento de amostragem sistemática.

3.3. Procedimento de campo

As etapas para a realização de toda a coleta de dados estão apresentadas na Figura 1. As mulheres selecionadas para este estudo foram procuradas em suas residências pelos agentes comunitários da USF correspondente à sua área e foram agendados os dias para realização da entrevista, da avaliação antropométrica e da coleta de sangue.

A entrevista e a avaliação antropométrica foram realizadas no próprio domicílio da mulher e a coleta de amostra de sangue foi na USF, principalmente no período da manhã. As mulheres que não puderam comparecer à USF, receberam visita domiciliar para a coleta de sangue, principalmente no período vespertino.

Uma equipe de quinze professoras do ensino fundamental de Pindamonhangaba (equipe 1) foi habilitada para entrevistar as mulheres. O treinamento desta equipe ocorreu em três dias na cidade de Pindamonhangaba.

Outra equipe (equipe 2), formada por cinco alunos de curso da área de saúde, foi capacitada por dois dias e calibrada para avaliar as medidas antropométricas (circunferências abdominal e quadril, altura e peso) pelo Laboratório de Avaliação Nutricional de População (LANPOP) da Faculdade de Saúde Pública/USP. Para a aferição da pressão arterial, os coordenadores de campo treinaram a equipe da antropometria de acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBH, 2005b).

O sangue para análise bioquímica foi colhido e analisado pela equipe do Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Pindamonhangaba.

Fazendo parte do controle de qualidade, os coordenadores de campo estiveram presentes permanentemente nos locais de coleta e acompanharam silenciosamente uma amostra de entrevistas de cada entrevistadora. Todos os dados foram conferidos pelos coordenadores de campo no mesmo dia da coleta. Cerca de 10% das mulheres foram revisitadas pelos coordenadores de campo, que reaplicaram parcialmente a entrevista, e os dados foram comparados com aqueles obtidos nas entrevistas originais para avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes.

Antes da Coleta de Dados, e estando de acordo, a participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3).

Figura 1: Fluxograma de coleta.

3.4. Variáveis de estudo

Foram levantadas informações sobre as seguintes variáveis:

Dados sócio-demográficos:

Idade: data de nascimento, confirmada por um documento, ou idade presumida para

quem não sabia a data de nascimento.

Escolaridade: nível ou grau do ensino concluído do curso mais elevado que frequentou. Considerou-se como alfabetizada a pessoa que era capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecia.

Religião e o estado civil: classificados conforme o CEDIM, em 2005, o mesmo método usado pelo IBGE no censo demográfico de 2000 (IBGE, 2005).

Cor ou raça: classificação conforme declaração da pessoa arguida (IBGE, 2005).

Ocupação: definida pelo cargo, função, profissão ou ofício exercido. O tipo de ocupação foi disposto de acordo com a (CBO) Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2005b).

Renda: em quantidade de salários mínimos em vigor a partir de maio do ano de 2007 no valor de R\$ 380,00 ou outro tipo de remuneração mensal bruta recebida pela mulher. A renda familiar *per capita* foi calculada de acordo com o número de moradores da residência. O rendimento mensal familiar *per capita* foi igual à divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família (IBGE, 2005). Como limite de pobreza foi considerado o valor inferior a 0,5 salário *per capita*, tendo em vista que, quando criado pela legislação brasileira, o salário mínimo pretendia atender as necessidades básicas de uma família padrão (Dimenstein, 2003).

História de morbidade da mulher: relacionada à hipertensão arterial, diabetes, diabetes gestacional, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos, doença hepática gordurosa não alcoólica, hiperuricemia, osteoporose e osteopenia (com duas perguntas sobre o exame de densitometria óssea).

História de morbidade familiar: hipertensão arterial, diabetes e doença cardiovascular, conforme a recomendação da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBH, 2005a).

História ginecológica: idade da menarca e da menopausa, regularidade menstrual, anticoncepção e terapia hormonal (Aranha, 2004).

Hábitos de vida:

Atividade física habitual: identificada com os questionários de Baecke's, traduzido para o português e validado por Florindo e colaboradores (2003) e Florindo e Latorre (2003), e o Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ CURTO), o qual é uma ferramenta válida e reprodutível em 12 países, incluindo o Brasil (IPAQ, 2005), traduzido para o português e validado por Matsudo *et al.* (2001).

Álcool e tabagismo: seguiu os critérios de Alves *et al.* (2005) questionando detalhadamente a quantidade e frequência de ingestão de cerveja, vinho e bebidas destiladas, bem como a experiência e hábito de fumar.

Hábito alimentar: avaliado pelo *Block Screening Questionnaire*, validado e usado por Block *et al.* (2000), que quantifica rapidamente o consumo de gorduras e de fibras alimentares no último ano. O instrumento gera escore pela frequência semanal de consumo de alimentos que contém gordura e fibras.

Distúrbios emocionais:

Depressão: graduada conforme instruções de Cunha (2001), usando a versão em português do Inventário de Depressão de Beck das Escalas Beck (Gorenstein e Andrade, 1998) para medir a intensidade da depressão; consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes.

Ansiedade: investigada por meio do Inventário de Ansiedade de Beck, versão em português, validado por Cunha (2001). Uma escala sintomática, que mensura a gravidade dos sintomas da ansiedade, sendo composta por 21 itens.

Qualidade do sono: analisada pelo questionário de Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Buysse *et al.*, 1989), o qual pondera a qualidade e distúrbio do sono no último mês quanto à qualidade subjetiva do sono, latência, duração, hábito de sono eficiente, distúrbio, uso de medicamento para dormir e disfunção durante o dia. Também foi verificada a apnéia do sono pelo questionário de Berlin (Netzer *et al.*, 1999). Considerando a presença e frequência de: (1) comportamento de ronco, (2) sonolência ou fadiga e (3) história de obesidade ou hipertensão. As mulheres com sintomas persistentes e frequentes em quaisquer dois destes três domínios foram

consideradas em risco elevado para apnéia do sono.

Dados antropométricos:

Peso: obtido usando balança portátil SECA Omega 870 digital de acordo com técnica padronizada.

Altura: medida com auxílio do antropômetro SECA 206 de acordo com técnica padronizada.

Índice de Massa Corporal: para diagnóstico da obesidade, as mulheres foram classificadas como obesas e não obesas usando o **Índice de Massa Corporal** (IMC), o produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/A^2). Valores maiores que $24,9\text{kg/cm}^2$ indicam sobrepeso e obesidade. O critério diagnóstico utilizado foi o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de população adulta e idosa (WHO, 1997), o qual foi também usado nos estudos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Tavares e Anjos, 1999).

Circunferências do quadril e abdominal: foram mensuradas com fita métrica milimetrada inelástica de acordo com técnicas padronizadas. (Park *et al.* 2004).

Pressão Arterial: seguiu a recomendação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH, 2005b). A pressão arterial foi aferida com o aparelho calibrado, de braço, digital e automático *MicroLife*, testado e validado pela *British Hypertension Society* (England, 2007).

Além disso, foi coletada amostra sanguínea para exame de triglicérides, colesterol e glicemia de jejum. A amostra de sangue foi analisada pelos kits dos testes de triglicérides, colesterol e glicemia de jejum compatíveis com o equipamento *Hitashi 912*.

Síndrome metabólica: seguiu-se o *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel* (NCEP-ATPIII) (NHI, 2001). Considera-se síndrome metabólica quando pelo menos três dos cinco itens estão alterados: os níveis de colesterol de alta densidade abaixo de 50mg/dL; cintura abdominal maior que 88cm; triglicérides iguais ou maiores que 150mg/dL; pressão arterial igual ou maior que 130mmHg para a sistólica ou 85mmHg para a diastólica; e glicemia de jejum igual ou maior que 110mg/dL. A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBH, 2005a) recomenda a mesma definição pela sua praticidade e simplicidade.

História obstétrica: dados sobre número de gestações, partos, abortos, via do parto e cirurgias ginecológicas (Guarisi, 1996), ocorrência de episiotomia, uso de fórceps e peso do maior recém-nascido, segundo critérios usados por Saleh *et al.* (2005).

Incontinência urinária: por meio do *ICIQ - SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form)*, validado para o português por Tamanini e colaboradores (2004), que avalia a presença ou não de incontinência urinária e frequência da perda no último mês. O levantamento sobre os sintomas urinários (frequência, noctúria, urgência, bexiga hiperativa, enurese noturna e perda aos

esforços) e a qualidade de vida das mulheres incontinentes foi feito pelo *King's Health Questionnaire*, validado para o português por Fonseca *et al.* (2005).

Inventário de quedas: baseado no estudo de Perracini (2002), consta de 12 perguntas referentes ao processo de quedas. Quanto às fraturas, as perguntas foram relacionadas ao seu histórico (fraturas por causa de quedas) e histórico familiar de fratura e em que região do corpo elas aconteceram (Dontas, 2007). Foi questionado sobre a realização de densitometria óssea e seu resultado de acordo com os padrões divulgadas pela Organização Mundial da Saúde, em 1994 (Szejnfeld, 2000).

Função Sexual: foi utilizado o Índice de Função Sexual Feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI). De acordo com Rosen *et al.* (2000), este índice tem propriedades psicométricas adequadas para aplicação em estudos epidemiológicos, pois coleta dados subjetivos e transforma em dados objetivos, que são quantificáveis e analisáveis para estudos populacionais. No período do estudo, o questionário em espanhol foi validado, mas em 2008, Thiel *et al.* validaram para o português. O instrumento é composto por 19 perguntas, referentes às últimas quatro semanas, agrupadas em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ANEXO 4). Cada questão tem 5 ou 6 alternativas, atribuindo uma pontuação a elas que varia de 0 a 5. A pontuação de cada domínio é multiplicada por um fator correspondente e o resultado final é a soma aritmética dos domínios (Tabela 1). O ponto de corte definido de acordo com a população de origem do questionário é de 26,55 pontos no escore total, que permaneceu o mesmo para as mulheres

brasileiras (Thiel *et al*, 2008). Valores iguais ou a abaixo de 26,55 sugerem Disfunção Sexual.

Tabela 1: Pontuação do Índice de Função Sexual Feminina

Domínio	Perguntas	Pontuação	Fator	Mínimo	Máximo
Desejo	1- 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3- 6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dor	17-19	0-5	0,4	0	6
Total	-	-	-	2	36

3.5. Análise dos Dados

Um técnico em informática desenvolveu e alimentou um banco de dados no Programa *Microsoft Access 2003*.

Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. As distribuições de frequências foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas. Foram estimadas as prevalências, por ponto e por intervalo de confiança de 95%, para os aspectos da sexualidade das mulheres na transição e após a menopausa. Porém, de acordo com o questionário, as mulheres que não tiveram relação sexual nas últimas quatro

semanas são consideradas automaticamente como mulheres que têm disfunção sexual, o que torna necessário fazer uma análise separada das mulheres que eram sexualmente ativas no período do estudo.

Análises bivariadas foram conduzidas para identificar possíveis associações entre disfunção sexual e as variáveis independentes levantadas. Um modelo de regressão múltipla de Poisson foi construído para estimar o peso líquido de cada variável independente (após o ajuste para possíveis fatores de confusão).

4. RESULTADOS

4.1. Amostra do Estudo

Para este estudo, foram selecionadas 875 mulheres cadastradas em 18 USF do município de Pindamonhangaba – SP. Entretanto, 119 (14%) não atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Assim, das 756 mulheres incluídas, foram coletados dados antropométricos de todas (100%), responderam ao questionário 749 (99%) e foram coletadas amostras sanguíneas de 526 (70%) mulheres. Sete mulheres (0,9%) se recusaram a responder o questionário e 230 (30%) não fizeram a coleta de sangue, pois trabalhavam em período integral ou não fizeram o tempo de jejum adequado. Das 749 mulheres que responderam ao questionário, 67 (8,9%) não responderam as questões referentes à função sexual. Desta forma, foram incluídas nestas análises 682 (90%) mulheres.

Quanto à distribuição espacial, 71,3% das mulheres que participaram do estudo residiam na zona urbana, 9,6% na zona rural e 19,0% eram cadastradas em unidades consideradas mistas (zona urbana e rural).

4.2. Perfil das Mulheres

Os dados sócio-demográficos podem ser vistos na Tabela 2. Quanto à idade, a média etária foi de 47,7 anos, com desvio-padrão de 8,1 anos, com maior proporção na faixa entre 35 – 44 anos. A maioria das mulheres era casada (76,0%), 50,5% denominaram-se brancas e 65,1% católicas.

Com relação à escolaridade, 96,6% das mulheres estudaram em escola

pública e a maioria estudou até a 4ª série. Quanto à renda pessoal, 54,9% das voluntárias possuíam renda pessoal de até um salário mínimo, e 79,5% tinham renda *per capita* de até um salário mínimo.

Tabela 2: Perfil Sócio-demográfico das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS		N	%
Idade	35-44	311	41,6
	45-54	268	35,8
	55-65	169	22,6
Estado civil	Casada	540	76,0
	Separada/Divorciada	109	15,3
	Viúva	62	8,7
Cor	Branca	376	50,5
	Parda	307	41,3
	Outras	61	8,2
Religião	Católica	488	65,1
	Evangélica	208	27,8
	Outras	53	7,1
Escolaridade	Até a 4ª série	374	53,0
	Da 5ª a 8ª série	140	19,8
	1º colegial ou mais	163	23,1
	Supletivo	29	4,1
Renda pessoal (salário mínimo)	Até 1 salário mínimo		
	Mais que 1 salário	200	54,9
	mínimo	164	45,1
Renda <i>per capita</i> (salário mínimo)	Até 1 salário mínimo	540	79,5
	Mais que 1 salário	139	20,5
	mínimo		

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.2.1. Morbidades

Os dados referentes às morbididades ginecológicas, doenças cardiovasculares e metabólicas estão expostos na Tabela 3. 40,9% das mulheres relataram Hipertensão Arterial e 11,4% eram cardiopatas. A prevalência de Síndrome Metabólica foi de 42,6% de acordo com o NCEP ATP III e 49,2% segundo critérios do IDF.

Tabela 3: Morbidades das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008

MORBIDADES			n	%
Hipertensão Arterial	Sim		304	40,9
	Não		439	59,1
NCEP ATP III	Sim		224	42,6
	Não		302	57,4
Síndrome Metabólica	Sim		286	49,2
	Não		295	50,8
Diabetes Mellitus	Sim		79	10,8
	Não		650	89,2
Incontinência Urinária	Sim		129	17,3
	Não		617	82,7
Síndrome dos Ovários Policísticos	Sim		126	17,6
	Não		592	82,4
Cardiopatia	Sim		82	11,4
	Não		638	88,6
Hiperuricemia	Sim		80	11,4
	Não		619	88,6
AVC	Sim		35	4,7
	Não		709	95,3
Apnéia Obstrutiva do Sono	Baixo Risco		548	74,9
	Alto Risco		184	25,1
	Normal		496	66,2
Depressão	Leve		140	18,7
	Média		71	9,5
	Severa		42	5,6
	Mínima		376	50,2
Ansiedade	Leve		177	23,6
	Moderada		124	16,6
	Grave		72	9,6

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.2.2. História Ginecológica

Os dados sobre a História Ginecológica e Obstétrica podem ser observados na Tabela 4. A maioria das mulheres já tinha engravidado, 66,8% tiveram parto vaginal e 60,7% já tiveram ao menos um parto cesárea. A média da idade da menopausa foi de 45,8 anos, com desvio-padrão de 6,8 anos, sendo que 52,2% das mulheres iniciaram a menopausa com até 47 anos.

Tabela 4: História ginecológica e obstétrica das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		n	%
Engravidou	Sim	713	95,2
	Não	36	4,8
Parto Vaginal	Sim	474	66,8
	Não	236	33,2
Parto Cesárea	Sim	431	60,7
	Não	279	39,3
Sofreu Aborto	Sim	218	30,7
	Não	493	69,3
Menopausa	Pré-menopausa	416	55,7
	Pós-menopausa	331	44,3
Idade da Menopausa	Até 47 anos	163	52,2
	47 anos ou mais	149	47,8
Usou Hormônio	Sim	74	9,9
	Não	673	90,1
Usa hormônio atualmente	Sim	20	27,0
	Não	54	73,0

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.2.3. Hábitos de vida

Os dados referentes aos hábitos de vida podem ser observados na Tabela 5. A maioria das mulheres não fumava, mas, dentro desse grupo, a maior parte delas já havia feito uso do tabaco em algum momento da vida. Quanto ao uso de álcool, a maior parte das mulheres era abstinente. Quanto à atividade física, 82,4% das mulheres foram consideradas ativas em suas atividades habituais.

Tabela 5: Hábitos de vida das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

HÁBITOS DE VIDA		n	%
Tabagismo			
Fumante	Sim	152	35,6
	Não	275	64,4
Não fumante	Já fumou	427	57,1
	Nunca fumou	321	42,9
	Alto Risco	66	8,8
Etilismo	Baixo Risco	98	13,1
	Abstinente	585	78,1
	Muito alto	51	6,8
	Alto	40	5,3
Consumo de Gorduras	Relativamente Alto	57	7,6
	Baixo	119	15,9
	Mínimo	482	64,4
	Baixo	283	37,8
Consumo de Fibras	Regular	452	60,3
	Adequado	14	1,9
Atividade Física	Sedentário	132	17,6
	Ativo	617	82,4

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.2.4. Dados antropométricos

Dentre as 638 mulheres avaliadas, 84,4% apresentaram circunferência abdominal maior que a recomendada pela OMS (2000) que é de 80cm. A média da circunferência abdominal foi de 92,3cm, com desvio-padrão de 13,1cm. Foi possível calcular o IMC para 519 mulheres, sendo que 68,7% delas apresentaram IMC maior que 24,9Kg/m². A média da altura das participantes foi de 155,2cm com desvio-padrão de 6,7cm e a média do peso foi de 67,8kg com desvio-padrão de 14,4kg.

4.2.5. Uso de Medicamentos

Com relação ao uso de medicamentos, no total, 57,8% das mulheres utilizavam algum tipo de fármaco sendo que a média era de 1,3 tipos, com desvio-padrão de 1,6 tipos. Os resultados podem ser observados na Tabela 6. Os fármacos mais frequentemente usados foram os anti-hipertensivos.

Tabela 6: Medicamentos utilizados pelas mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

MEDICAMENTOS		n	%
Anti-hipertensivos	Sim	234	31,2
	Não	515	68,8
Analgésicos	Sim	48	6,4
	Não	701	93,6
Antidislipidêmicos	Sim	21	9,0
	Não	728	91,0
Hipoglicemiantes	Sim	714	4,7
	Não	35	95,3
Antidepressivos	Sim	47	6,3
	Não	702	93,7
Ansiolíticos	Sim	38	5,0
	Não	711	95,0
Anticoncepcional	Sim	67	9,0
	Não	682	91,0
Insulina	Sim	11	1,5
	Não	738	98,5

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.2.6. Dados clínicos e laboratoriais

Foi realizada análise sanguínea em 69,6% das mulheres (n=526). Os resultados dos exames dessas mulheres estão na Tabela 7.

Tabela 7: Dados clínicos e laboratoriais das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS	n	%
Hipertensão Arterial > 85 ou 130mmHg	277	36,7
Glicemia de jejum IDF >100mg/dl	123	22,8
Glicemia de Jejum ATP > 110mg/dl	75	13,9
Triglicérides > 150mg/dl	223	41,3
Colesterol HDL < 50mg/dl	257	48,7

* Há diferença no total de mulheres devido à ausência de respostas.

4.3. Prevalência da Disfunção Sexual

De acordo com o FSFI, a prevalência de disfunção sexual global foi de 57,7% (IC_{95%}: 54,0% – 61,4%). Se considerarmos apenas as mulheres sexualmente ativas, a prevalência de disfunção sexual foi de 39,8% (IC_{95%}: 35,4% – 44,2%).

Com relação às fases do climatério, considerando todas as participantes do estudo, 55,7% das que apresentaram disfunção sexual estavam no período pré-menopausal e 44,3% estavam no período pós-menopausal. Dentre as sexualmente ativas, 64,0% estavam na pré-menopausa e 36,0% estavam na pós-menopausa.

A descrição de cada domínio dentre todas as participantes do estudo é apresentada na Figura 2. A média para o domínio Desejo foi de 3,0, com desvio-padrão de 1,4 e a mediana também foi de 3,0. Para o domínio Excitação, a média foi de 2,7, com desvio-padrão de 2,0 e a mediana foi de 3,0. O domínio Lubrificação teve uma média de 3,2 com desvio-padrão de 2,5 e a mediana foi de 3,9. O domínio Satisfação obteve uma média de 3,3, com desvio-padrão de 2,5 e a mediana foi de 4,8. Para o domínio orgasmo, a média foi de 3,1, com desvio-padrão de 2,4 e a

mediana foi de 3,6. Enfim, o domínio Dor teve uma média de 3,6 com desvio-padrão de 2,6 e a mediana foi de 4,8. A pontuação mínima do domínio desejo foi de 1,2 e dos demais domínios 0,0. Quanto à pontuação máxima, foi de 6,0 para todos os domínios.

Figura 2: Descrição dos domínios da função sexual das mulheres estudadas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

A descrição de cada domínio do questionário, incluindo somente as mulheres sexualmente ativas pode ser observada na Figura 3. A média para o domínio Desejo foi de 3,3 com desvio-padrão de 1,3 e a mediana foi de 3,6. Para o domínio Excitação, a média foi de 3,8, com desvio-padrão de 1,3 e a mediana foi de 4,2. O domínio Lubrificação obteve uma média de 4,6 com desvio-padrão de 1,5 e a mediana foi de 5,4. O domínio Satisfação teve uma média de 4,7, com desvio-padrão de 1,6 e a mediana foi de 5,2. Para o domínio orgasmo, a média foi de 4,4, com desvio-padrão de 1,4 e a mediana foi de 4,8. Enfim, o domínio Dor teve uma média de 5,0 com desvio-padrão de 1,4 e a mediana foi de 6,0. A pontuação mínima

do domínio desejo foi de 1,2, do domínio excitação foi de 0,9 e dos demais domínios foi 0,0. Quanto à pontuação máxima, foi de 6,0 para todos os domínios.

Figura 3: Descrição dos domínios da função sexual das mulheres sexualmente ativas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Na Tabela 8 pode-se observar que as pontuações são mais altas em todos os domínios na faixa etária de 35 a 44 anos.

Tabela 8: Descrição das médias e medianas dos domínios por idade.

DOMÍNIO	35 – 44 anos		45 – 54 anos		55 – 65 anos	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Desejo	3,3	3,6	2,9	3,0	2,3	1,8
Excitação	3,2	3,9	2,5	2,7	1,7	1,2
Lubrificação	4,1	5,4	2,9	3,3	1,9	0,0
Satisfação	4,1	4,8	3,1	4,4	1,9	0,0
Orgasmo	3,9	4,8	2,8	3,2	2,1	0,0
Dor	4,3	6,0	3,3	4,4	2,5	1,0

Pode-se observar na Tabela 9 que mulheres na pré-menopausa apresentam maior pontuação quando comparadas às mulheres na pós-menopausa.

Tabela 9: Descrição das médias e medianas dos domínios por status menopausal.

DOMÍNIO	Pré-menopausa		Pós-menopausa	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Desejo	3,2	3,0	2,6	3,3
Excitação	3,1	3,6	2,0	1,5
Lubrificação	3,9	5,1	2,3	2,1
Satisfação	3,9	4,8	2,5	2,0
Orgasmo	3,7	4,4	2,3	2,0
Dor	4,1	5,6	2,8	3,2

Na Tabela 10 pode-se observar que quando analisadas somente as mulheres sexualmente ativas a pontuação tende a diminuir conforme o aumento da idade.

Tabela 10: Descrição das médias e medianas dos domínios por idade das mulheres sexualmente ativas.

DOMÍNIO	35 – 44 anos		45 – 54 anos		55 – 65 anos	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Desejo	3,4	3,6	3,3	3,3	2,8	3,0
Excitação	3,9	4,2	3,8	4,0	3,3	3,4
Lubrificação	5,0	5,7	4,5	5,1	3,9	4,0
Satisfação	4,9	5,2	4,7	5,6	4,8	4,2
Orgasmo	4,7	5,2	4,4	4,8	3,8	4,0
Dor	5,1	6,0	5,0	6,0	4,8	5,8

Na Tabela 11 é possível observar que a pontuação das mulheres sexualmente ativas tende a diminuir no período pós-menopausal.

Tabela 11: Descrição das médias e medianas dos domínios por status menopausal das mulheres sexualmente ativas.

DOMÍNIO	Pré-menopausa		Pós-menopausa	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Desejo	3,4	3,6	3,1	3,0
Excitação	3,9	4,2	3,5	3,6
Lubrificação	4,9	5,4	4,1	4,2
Satisfação	4,9	5,6	4,5	4,8
Orgasmo	5,2	4,6	4,1	4,4
Dor	5,2	6,0	4,9	6,0

4.4. Associações das Variáveis Clínicas e Epidemiológicas com a Disfunção Sexual

A associação entre disfunção sexual e dados sociodemográficos, morbidades, história ginecológica e obstétrica, dados antropométricos, hábitos de vida, uso de medicamentos e dados laboratoriais foram avaliados por meio da Razão de Prevalências (RP).

A associação da disfunção sexual com os dados sociodemográficos por meio de análises bivariadas pode ser observada na Tabela 12. Houve associação positiva com relação à idade, com o estado civil (ser separada/divorciada ou viúva) e com a religião (ser evangélica). Quando foram consideradas apenas as mulheres sexualmente ativas, foi encontrada associação positiva da disfunção sexual com a localização da USF (zona rural), com a idade (55 a 65 anos) e com a religião (evangélicas).

Tabela 12: Associação entre disfunção sexual e dados sócio-demográficos para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF - PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Dados Sócio-demográficos	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Localização da USF					
Zona Urbana	534	1		1	
Zona Rural	72	1,18	0,97 – 1,42	1,40	1,02 – 1,90
Mista	143	1,03	0,87 – 1,22	1,16	0,89 – 1,53
Idade					
35-44 anos	311	1		1	
45-54 anos	268	1,37	1,16 – 1,61	1,18	0,91 – 1,54
55-65 anos	169	1,84	1,58 – 2,14	1,87	1,45 – 2,41
Estado Civil					
Casada	540	1		1	
Separada/ divorciada	109	1,58	1,37 – 1,83	0,67	0,38 – 1,19
Viúva	62	1,87	1,64 – 2,13	1,24	0,69 – 2,21
Religião					
Católica	488	1		1	
Evangélica	208	1,21	1,06 – 1,39	1,26	1,00 – 1,59
Outras	53	1,13	0,89 – 1,44	0,98	0,60 – 1,60
Cor					
Branca	376	1		1	
Parda	307	1,06	0,92 – 1,21	1,09	0,87 – 1,37
Outras	61	1,10	0,88 – 1,38	0,95	0,60 – 1,51
Escolaridade					
Até 8ª série	543	1		1	
Ensino médio/mais	163	0,87	0,73 – 1,03	0,75	0,56 – 1,02
Renda Pessoal					
Até 1 salário mínimo	200	1		1	
Mais que 1 salário mínimo	164	0,90	0,74 – 1,08	0,89	0,63 – 1,25
Renda <i>per capita</i>					
Até 1 salário mínimo	540	1		1	
Mais que 1 salário mínimo	139	0,95	0,80 – 1,13	0,96	0,73 – 1,27

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

Com relação às morbidades, pode ser observado na Tabela 13 que houve associação positiva entre a disfunção sexual e a presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hiperuricemia, acidente vascular cerebral e depressão (nos estágios leve, média ou severa). Dentre as mulheres sexualmente ativas, foi encontrada associação positiva entre disfunção sexual e hipertensão arterial sistêmica, síndrome metabólica (IDF), diabetes mellitus, incontinência urinária, hiperuricemia e depressão (nos estágios leve, média ou severa).

Tabela 13: Associação entre disfunção sexual e morbidades para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Morbidades	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Hipertensão Arterial Sistêmica	304	1,18	1,04 – 1,34	1,28	1,03 – 1,60
Síndrome Metabólica					
NCEP ATP III	224	1,10	0,94 – 1,28	1,25	0,96 – 1,63
IDF	273	1,15	0,98 – 1,35	1,37	1,05 – 1,81
Diabetes Mellitus	79	1,30	1,11 – 1,52	1,51	1,14 – 1,98
Incontinência Urinária	129	1,13	0,97 – 1,32	1,41	1,11 – 1,79
Síndrome dos Ovários Policísticos	126	1,04	0,89 – 1,23	1,20	0,92 – 1,55
Cardiopatia	82	1,10	0,91 – 1,33	0,95	0,64 – 1,41
Hiperuricemia	80	1,20	1,01 – 1,42	1,37	1,03 – 1,83
Acidente Vascular Cerebral	35	1,27	1,02 – 1,59	1,34	0,86 – 2,09
Apneia Obstrutiva do Sono	184	1,06	0,92 – 1,23	1,00	0,77 – 1,31
Depressão					
Normal	496	1		1	
Leve	140	1,51	1,31 – 1,75	2,20	1,74 – 2,78
Média	71	1,48	1,23 – 1,77	1,88	1,34 – 2,64
Severa	42	1,86	1,62 – 2,13	2,94	2,30 – 3,75
Ansiedade					
Mínima	376	1		1	
Leve	177	0,97	0,82 – 1,13	0,89	0,67 – 1,19
Moderada	124	0,92	0,76 – 1,12	0,99	0,74 – 1,34
Grave	72	1,02	0,83 – 1,28	0,98	0,66 – 1,47

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

A Tabela 14 mostra as análises bivariadas entre disfunção sexual e a história ginecológica e obstétrica das mulheres participantes do PROSAPIN. Houve associação positiva com a pós-menopausa e o uso de hormônio em algum momento da vida. Estas mesmas associações foram observadas entre as mulheres sexualmente ativas.

Tabela 14: Associação entre disfunção sexual e história ginecológica e obstétrica para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

História Ginecológica e Obstétrica	N	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Engravidou	713	0,92	0,69 – 1,24	0,93	0,54 – 1,61
Sofreu aborto	218	1,08	0,92 – 1,27	0,88	0,67 – 1,16
Menopausa					
Pré-menopausa	416	1		1	
Pós-menopausa	331	1,52	1,34 – 1,73	1,51	1,22 – 1,88
Idade da Menopausa					
Até 47 anos	163	1		1	
47 anos ou mais	149	1,02	0,89 – 1,19	0,92	0,67 – 1,25
Usou Hormônio	74	1,40	1,21 – 1,62	1,73	1,35 – 2,23
Usa hormônio	20	0,75	0,52 – 1,09	0,69	0,38 – 1,22

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

Pode-se observar nas análises bivariadas apresentadas na Tabela 15 que a disfunção sexual não se associou com nenhum hábito de vida.

Tabela 15: Associação entre disfunção sexual e hábitos de vida para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF – PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Hábitos de Vida	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Tabagismo					
Não fumante	275	1		1	
Fumante	152	0,97	0,81 – 1,16	0,98	0,71 – 1,35
Etilismo					
Abstinente	585	1		1	
Baixo risco	98	0,92	0,75 – 1,13	0,94	0,67 – 1,32
Alto risco	66	0,96	0,76 – 1,21	1,03	0,71 – 1,48
Consumo de Gorduras					
Mínimo	482	1		1	
Baixo	119	0,84	0,69 – 1,03	0,89	0,65 – 1,20
Relativamente alto	57	0,88	0,68 – 1,15	0,83	0,52 – 1,31
Alto	40	0,69	0,47 – 1,01	0,50	0,24 – 1,04
Muito alto	51	1,02	0,80 – 1,30	1,06	0,70 – 1,61
Consumo de Fibras					
Adequado	14	1		1	
Regular	452	1,41	0,70 – 2,83	1,07	0,47 – 2,41
Baixo	283	1,67	0,83 – 3,35	1,42	0,63 – 3,23
Atividade Física					
Ativo	617	1		1	
Sedentário	132	1,05	0,89 – 1,24	1,00	0,74 – 1,35

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

Quanto à relação entre disfunção sexual e dados antropométricos (Tabela 16) também não foi encontrada nenhuma associação nas análises bivariadas.

Tabela 16: Associação entre disfunção sexual e dados antropométricos para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF - PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Dados antropométricos	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Circunferência abdominal > 80cm	638	1,01	0,84 – 1,21	1,19	0,83 – 1,69
IMC > 24,9kg/cm²	519	1,01	0,87 – 1,16	1,18	0,91 – 1,53

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

Com relação aos medicamentos em uso, foi encontrada associação positiva entre disfunção sexual e o uso de anti-hipertensivos, analgésicos e ansiolíticos, como pode ser observado na Tabela 17. Já com relação às mulheres sexualmente ativas, houve associação positiva apenas entre disfunção sexual e uso de medicamentos com ação ansiolítica.

Tabela 17: Associação entre disfunção sexual e medicamentos em uso para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF - PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Medicamentos em uso	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Anti-hipertensivos	234	1,14	1,00 – 1,30	1,07	0,84 – 1,36
Analgésicos	48	1,31	1,08 – 1,58	1,05	0,61 – 1,81
Antidislipidêmicos	21	1,28	0,97 – 1,69	1,37	0,79 – 2,39
Hipoglicemiantes	35	1,20	0,94 – 1,53	1,19	0,73 – 1,94
Antidepressivos	47	0,99	0,75 – 1,30	1,09	0,71 – 1,67
Ansiolíticos	38	1,44	1,20 – 1,74	1,91	1,42 – 2,56
Anticoncepcional	67	0,82	0,62 – 1,07	1,10	0,80 – 1,53
Insulina	11	1,26	0,87 – 1,82	1,44	0,75 – 2,76

*RP: Razão de Prevalências, IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

Por último, com relação aos dados clínicos e laboratoriais, foi encontrada associação positiva entre disfunção sexual e glicemia de jejum acima de 100mg/dl (IDF) e acima de 110mg/dl (NCEP ATP III), que caracterizam diabetes mellitus. Quanto às mulheres sexualmente ativas, também houve associação positiva entre a disfunção sexual e a glicemia de jejum maior que 100mg/dl (IDF) e acima de 110mg/dl (NCEP ATP III), o que pode ser visto na Tabela 18.

Tabela 18: Associação entre disfunção sexual e dados clínicos e laboratoriais para todas as mulheres estudadas e para as sexualmente ativas cadastradas na ESF - PROSAPIN, Pindamonhangaba, 2008.

Dados clínicos e laboratoriais	n	Disfunção Sexual			
		Todas as mulheres		Sexualmente ativas	
		RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}
Hipertensão arterial > 85 ou 130mmHg	277	1,10	0,96 – 1,25	1,18	0,94 – 1,47
Glicemia de jejum IDF > 100mg/dl	123	1,33	1,14 – 1,55	1,51	1,15 – 1,97
Glicemia de jejum NCEP ATP III > 110mg/dl	75	1,38	1,17 – 1,62	1,66	1,25 – 2,20
Triglicérides > 150mg/dl	223	1,06	0,91 – 1,24	1,06	0,81 – 1,38
Colesterol HDL < 50mg/dl	271	1,05	0,90 – 1,23	1,11	0,85 – 1,45

* RP: Razão de Prevalências; IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%.

A Tabela 19 mostra os resultados da análise multivariável para todas as mulheres do estudo.

Pode-se observar que foi encontrada associação positiva entre a disfunção sexual e a idade (maior que 45 anos), o estado civil (ser separada, divorciada ou viúva), a religião (ser evangélica), ter depressão (leve, moderada ou severa) e diabetes (glicemia em jejum > 110mg/dl).

Tabela 19: Resultados da análise multivariável para disfunção sexual e as variáveis epidemiológicas e clínicas para todas as mulheres cadastradas na ESF de Pindamonhangaba participantes do PROSAPIN, 2008.

Variáveis	RP ajustada	IC_{95%}	P
Idade			
35 – 44	1		
45 – 54	1,36	1,11 – 1,67	0,002
55 – 65	1,67	1,38 – 2,02	< 0,001
Estado Civil			
Casada	1		
Separada /divorciada	1,48	1,24 – 1,77	< 0,001
Viúva	1,63	1,39 – 1,92	< 0,001
Religião			
Católica	1		
Evangélica	1,26	1,08 – 1,46	0,003
Outras	0,88	0,63 – 1,23	0,460
Depressão			
Normal	1		
Leve	1,53	1,29 – 1,82	< 0,001
Média	1,48	1,20 – 1,83	< 0,001
Severa	1,95	1,56 – 2,44	< 0,001
Glicose > 110 mg/dl			
Não	1		
Sim	1,25	1,04 – 1,49	0,013

Na Tabela 20, é possível observar que, com relação às mulheres sexualmente ativas, foram encontradas algumas diferenças. A disfunção sexual associou-se positivamente com a idade (maior que 55 anos), ter depressão (leve, moderada ou severa) e fazer uso de medicamento ansiolítico.

Tabela 20: Resultados da análise multivariável para disfunção sexual e as variáveis epidemiológicas e clínicas para as mulheres sexualmente ativas cadastradas na ESF de Pindamonhangaba participantes do PROSAPIN, 2008.

Variáveis	RP	IC_{95%}	P
Idade			
35 – 44	1		
45 – 54	1,20	0,94 – 1,53	0,134
55 – 65	1,89	1,49 – 2,39	< 0,001
Depressão			
Normal	1		
Leve	2,21	1,75 – 2,78	< 0,001
Média	1,75	1,22 – 2,50	0,002
Severa	2,92	2,26 – 3,75	< 0,001
Medicamento ansiolítico			
Não	1		
Sim	1,51	1,10 – 2,07	0,011

5. DISCUSSÃO

Uma vez que a expectativa de vida da população mundial tem aumentado e as mulheres têm vivido mais tempo no período de transição menopausal e principalmente na pós-menopausa, torna-se necessário estudar os aspectos da sexualidade nesse subgrupo populacional, já que fatores fisiológicos e psicossociais, que sofrem alterações com o envelhecimento, podem influenciar diretamente na qualidade de vida e na função sexual.

Este estudo traz uma contribuição mostrando que a prevalência de disfunção sexual na população de mulheres no período da transição menopausal e pós-menopausa, cadastradas na ESF de Pindamonhangaba, foi estimada em 57,7% (IC_{95%} 54,0% – 61,4%).

Contudo, o questionário FSFI – *Female Sexual Function Index* usado neste estudo aborda apenas as últimas quatro semanas, o que gerou um grande número de mulheres consideradas “sem atividade sexual”. Dentre as 689 mulheres estudadas, 205 (29,75%) não relataram atividade sexual durante as últimas quatro semanas, e como tiveram baixa pontuação entraram automaticamente no grupo das mulheres portadoras de disfunção sexual, pois não atingiam a pontuação de corte, acima de 26,55 pontos (Rosen *et al*, 2000). Foi feita então uma análise diferenciada, incluindo apenas as mulheres que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas, que correspondeu a 484 (70,25%), para obter a prevalência de disfunção apenas entre as mulheres sexualmente ativas. Quando analisadas apenas as mulheres sexualmente ativas, a prevalência foi de 39,8% (IC_{95%} 35,4% – 44,2%).

Pode-se observar que na literatura existem alguns estudos que estimam a

prevalência de disfunção sexual feminina em diferentes faixas etárias, mostrando diferentes taxas de prevalência, porém são poucos. Ainda assim, em boa parte desses estudos o método usado para avaliação da disfunção sexual foi o FSFI. Por essa razão muitos destes estudos excluíram as mulheres sem atividade sexual nas quatro semanas precedentes.

No estudo de Blümel e colaboradores (2009), no Chile, foram analisadas 370 mulheres com idades entre 40 e 59 anos que relataram atividade sexual nas últimas quatro semanas e que eram acompanhantes de outros pacientes em três hospitais. Foi aplicado o mesmo questionário, FSFI, e a prevalência encontrada foi de 57,0% de disfunção sexual.

Chedraui e colaboradores (2009) desenvolveram um estudo cuja amostra era composta por 409 mulheres com idades entre 40 e 59 anos que eram visitantes de pacientes em um hospital do Equador. A prevalência encontrada foi de 55,7% utilizando também o FSFI.

Já no estudo de Aslan e colaboradores (2008), realizado em Istambul, foi aplicado o questionário FSFI em uma amostra composta por 1009 mulheres com mais de 20 anos. A prevalência de disfunção sexual encontrada foi de 43,4% e a média etária foi de 38,6 anos.

No estudo de Ibrahim e colaboradores (2012), do Egito, a prevalência de disfunção sexual foi de 52,8%. A amostra foi composta de 509 mulheres egípcias casadas, com idade entre 20 a 59 anos, sendo que a média etária foi de 39,5 anos. O questionário usado também foi o FSFI. Esse estudo incluiu todas as mulheres casadas, sendo elas sexualmente ativas ou não, e foi obtida apenas a prevalência

global, sem diferenciar as mulheres que tinham atividade sexual nas últimas quatro semanas. A amostra era composta por mulheres que procuraram atendimento em um hospital universitário, no departamento de ginecologia e obstetrícia, ou seja, mulheres que estavam buscando cuidar da saúde, além de serem de uma cultura diferente, onde grande parte das mulheres passa pelo processo de circuncisão, em que o clitóris é removido e a função sexual completamente alterada, o que explica essa alta prevalência.

Safarinejad (2006) desenvolveu um estudo populacional com uma amostra composta por 2626 mulheres com idade entre 20 e 60 anos de 28 municípios do Irã. Foi encontrada prevalência de 31,5% de disfunção sexual, também por meio do FSFI.

O estudo de Pakpour e colaboradores (2012) avaliou a disfunção sexual em 604 mulheres iranianas com diagnóstico de infertilidade (caracterizada por 12 meses de relação sexual sem gestação). Esse estudo incluiu mulheres com idades entre 18 e 42 anos, e a prevalência de disfunção sexual encontrada foi de 56%, por meio do questionário FSFI. Por ser um grupo de mulheres com problemas de fertilidade, foi esperada uma alta prevalência, apesar do grande número de mulheres mais jovens e que tinham vida sexual ativa, uma vez que eram pacientes de cinco clínicas de infertilidade e estavam procurando auxílio para engravidar. Por essa razão esses resultados não podem ser considerados aplicáveis a toda população.

No estudo brasileiro de Prado e colaboradores (2010), realizado em Sergipe, também foi usado o questionário FSFI para avaliar a função sexual de 201 mulheres divididas em dois grupos com níveis socioeconômicos diferentes: um grupo atendido

por clínicas particulares e o outro no ambulatório de um hospital público. Foram incluídas mulheres com idades entre 18 e 45 anos e a prevalência global encontrada foi de 21,9% de disfunção sexual.

O estudo de Sidi e colaboradores (2006) avaliou a função sexual de 230 mulheres casadas, com idade entre 18 e 70 anos em clínicas na Malásia. O questionário utilizado foi o FSFI e foi obtida uma prevalência de 29,6% de disfunção sexual. Todas as mulheres participantes eram casadas e com vida sexual ativa nas últimas quatro semanas. Vale ressaltar que o FSFI foi validado e adaptado para a população da Malásia, e por terem incluído apenas mulheres saudáveis e que tinham um parceiro, a prevalência encontrada foi um pouco mais baixa que nos outros estudos.

No estudo de Varghese e colaboradores (2012) foram usados dois instrumentos para avaliar a função sexual: o FSFI e os critérios do DSM-IV. Foram incluídas 150 mulheres indianas, casadas, com idades entre 20 e 55 anos. As participantes que estavam divorciadas ou separadas no período do estudo foram excluídas. A prevalência obtida foi de 32,6% de disfunção sexual.

Em 1999 foi realizado um estudo de base populacional sobre disfunção sexual nos Estados Unidos. Foi o estudo de Laumann e colaboradores (1999) que incluiu 1749 mulheres e 1410 homens com idades entre 18 e 59 anos. A prevalência de disfunção sexual feminina encontrada foi de 43%, mais alta que nos homens (31%). Para estimar essa prevalência foi elaborado um questionário que incluía os domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, os mesmos seis domínios do FSFI e os critérios do DSM-IV. Esse estudo encontrou uma prevalência

alta, e foram incluídas mulheres sexualmente ativas ou não.

O estudo de base populacional de Levine e colaboradores (2008) investigou disfunção sexual e atrofia vulvovaginal em mulheres sexualmente ativas na pós-menopausa dos Estados Unidos. Foram incluídas 1480 mulheres com idade entre 40 e 65 anos e o questionário utilizado foi o *Arizona Sexual Experience Scale* (ASEX), que inclui cinco questões envolvendo três domínios (desejo, excitação e orgasmo) e gera um escore em que valores maiores que 19 pontos sugerem disfunção sexual. Os critérios de definição de atrofia vulvovaginal foram: secura vaginal, prurido vaginal, irritação vaginal, dor ao miccionar e dor ou sangramento vaginal associados à atividade sexual. Foi encontrada prevalência de 55% de disfunção sexual e 57% de atrofia vulvovaginal. A faixa etária foi semelhante a do nosso estudo, porém não foi usado o mesmo questionário.

Já no estudo de Seen-Tsing Lo e Kok (2013), na China, a prevalência encontrada foi de 77,2% de disfunção sexual, mas o meio de avaliação foram os critérios do DSM-IV. Participaram desse estudo 371 mulheres com idade entre 40 e 60 anos, atendidas em centros de saúde da mulher de Hong Kong. Houve alta prevalência de disfunção sexual, porém diferenças culturais, tipo de instrumento usado e o fato dessas mulheres estarem procurando auxílio médico diferem do presente estudo.

O estudo brasileiro de Abdo e colaboradores (2004) encontrou uma prevalência de 49,0% de disfunção sexual feminina por meio de um questionário composto por 38 questões, denominado ECOS (Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro), um questionário multidimensional que abrange quatro grupos, sendo

eles: identificação, saúde geral, hábitos sexuais e práticas sexuais. O ECOS avalia seis domínios da função sexual: desejo, excitação, orgasmo, envolvimento físico e afetivo, dor e satisfação pessoal e do parceiro. A amostra foi composta por 1219 mulheres brasileiras com mais de 18 anos de dez cidades de sete estados do Brasil.

Assim, pode-se observar que nos poucos estudos sobre disfunção sexual feminina encontrados na literatura há considerável variação nas prevalências, devido à faixa etária, fatores culturais e pelo uso de diferentes questionários.

No presente estudo foi encontrada associação positiva da disfunção sexual com a idade. Diversos estudos também encontraram essa associação, que pode ser explicada por alterações fisiológicas do próprio climatério. Ainda no estudo de Blümel e colaboradores (2009) foi encontrada associação entre disfunção sexual e o aumento da idade (maior que 48 anos). No presente estudo, foi encontrada associação positiva da disfunção sexual em mulheres com idade maior que 45 anos. Quando a análise é feita apenas para mulheres sexualmente ativas, a associação é positiva para as mulheres com mais de 55 anos.

No estudo de Ibrahim e colaboradores (2012) também foi encontrada associação positiva entre disfunção sexual e o aumento da idade (maior que 44 anos). Já no estudo de Verit e colaboradores (2009), em que a função sexual de 180 mulheres de 19 a 60 anos foi avaliada pelo FSFI, a prevalência de disfunção sexual encontrada nas mulheres que estavam na pré-menopausa foi de 47,7%, e nas mulheres que estavam na pós-menopausa foi de 85,9%.

Como a diminuição de hormônios ocorre progressivamente e, quanto menor a quantidade de hormônios maiores os sintomas que podem desencadear a disfunção

sexual, com o aumento da idade surgem os maiores problemas relacionados à função sexual feminina. Além disso, como a disfunção sexual é caracterizada não só por fatores fisiológicos, mas também por fatores psicossociais, o aumento da disfunção sexual com o aumento da idade também pode ser explicado pelo fato de que as mulheres mais velhas apresentam maior redução da atividade sexual devido a problemas familiares ou dificuldades sexuais do próprio parceiro. Existem também doenças crônicas que podem alterar a função sexual das mulheres, seja pela própria doença ou pelas medicações usadas para tratá-las e mulheres mais velhas tendem a apresentá-las com mais frequência, o que também explicaria o risco associado à disfunção sexual. Pakpour e colaboradores (2012) também encontraram relação da disfunção sexual com a idade, que foi explicada pela tendência de diminuição na frequência de atividade sexual das mulheres com mais idade.

Com relação aos domínios da sexualidade abordados pelo FSFI, pode-se observar que há significativa diminuição da pontuação conforme o aumento da idade. Ainda quando comparadas com o período menopausal (pré e pós-menopausa) também há diminuição significativa da pontuação e esses dados são observados tanto globalmente quanto para as mulheres sexualmente ativas. Conclui-se assim que, quanto maior a idade, maior o risco de se desenvolver disfunção sexual.

Um dado importante com relação à disfunção sexual é o nível socioeconômico. Muito se descreve na literatura, porém, nesse estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre nível socioeconômico e disfunção sexual, assim como no estudo brasileiro de Prado e colaboradores (2010), que pretendia verificar se havia diferença na prevalência de disfunção sexual entre

mulheres atendidas no setor público e privado. Para esse estudo foram incluídas 201 mulheres, sendo que 90 eram atendidas no setor público e 111 no setor privado. Usando o FSFI, verificou-se uma prevalência de 21,9% de disfunção sexual e, quando as prevalências foram estimadas separadamente por grupo, foram encontrados os valores de 20% no setor público e 23,4% no setor privado, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Apesar de as diferenças em alguns aspectos, como a idade das mulheres (18 e 45 anos, mais jovens que a do nosso estudo), e o fato de que no nosso estudo foram incluídas apenas mulheres atendidas no setor público, é interessante ressaltar que mulheres com alta ou baixa renda são submetidas a fatores estressantes do cotidiano que podem desencadear a disfunção sexual, mesmo que possam ser fatores diferentes, podem afetar a função sexual feminina igualmente. Porém, no estudo de Varghese e colaboradores (2012) alta renda foi um fator protetor para a disfunção sexual. Como no presente estudo a maioria das mulheres era de classe baixa ou média, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Com relação ao nível educacional, Prado e colaboradores (2010) também não encontraram associação entre nível de escolaridade e disfunção sexual. Entretanto, na literatura há alguns estudos que reportam que alto nível educacional é um fator protetor para disfunção sexual e baixo nível educacional é considerado um risco. No estudo de Varghese e colaboradores (2012) foi descrita proteção associada a altos níveis educacionais e no estudo de Doruk e colaboradores (2005), que estudaram disfunção sexual em mulheres diabéticas e não diabéticas, o baixo nível educacional foi relatado como fator associado à disfunção sexual. Uma possível explicação para os resultados do nosso estudo é que a grande maioria das mulheres possuía nível

educacional mais baixo, concluindo até a 8ª série do ensino fundamental, tornando assim mais difícil a discriminação.

Outra associação positiva que foi encontrada no nosso estudo foi com relação ao estado civil. Mulheres separadas ou divorciadas e viúvas teriam mais disfunção sexual que mulheres casadas. Essa relação entre disfunção sexual e mulheres separadas, divorciadas e viúvas pode ser explicada pelo fato de que essas mulheres, por não terem um parceiro, poderiam ter uma vida sexual menos ativa. Na literatura, há diversos estudos que não incluem mulheres separadas ou viúvas, para evitar perdas entre mulheres que podem não ser sexualmente ativas. No presente estudo, quando foi feita a análise somente com as mulheres sexualmente ativas, não foi encontrada essa associação com o estado civil até porque a grande maioria das mulheres separadas ou divorciadas e viúvas não tinham relação sexual no período do estudo. Já no estudo de Prado e colaboradores (2010) não foi encontrada associação entre disfunção sexual e estado civil.

Quando feita a análise da disfunção sexual com a religião, foi encontrada associação positiva com a religião evangélica e outras (espiritismo, umbanda, candomblé e as que não referiram religião). Mas quando analisadas somente as mulheres sexualmente ativas do estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre disfunção sexual e religião, assim como no estudo de Abdo e colaboradores (2004) que também não encontrou essa associação. Essa diferença nos resultados pode ser explicada pelo fato de que as mulheres evangélicas, em sua maioria, estavam inseridas no grupo das mulheres que não tinham atividade sexual.

No presente estudo, a associação entre disfunção sexual e depressão foi a que mais se destacou. Abdo e colaboradores (2004) também encontraram essa associação, em que mulheres com sintomas depressivos seriam mais propensas a desenvolver disfunção sexual. No estudo de Pakpour e colaboradores (2012) também foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a depressão e a disfunção sexual, até porque o estudo foi realizado com mulheres iranianas inférteis, com grande tendência à depressão.

A associação entre a depressão e a disfunção sexual foi tão significativa que foi encontrada nas duas análises efetuadas: globalmente e nas sexualmente ativas, pois a depressão é um fator determinante no desenvolvimento da disfunção sexual e, uma vez que a mulher depressiva apresenta considerável diminuição em sua qualidade de vida, apresenta assim mais dificuldades para ter relações sexuais por diversos fatores como a diminuição da libido, do desejo, da excitação e do orgasmo, e até mesmo receio de se relacionar com um parceiro.

Outra associação encontrada foi a da disfunção sexual com a glicemia em jejum elevada (maior que 110mg/dl), que caracteriza diabetes mellitus de acordo com os critérios NCEP ATP III. No estudo de Espósito e colaboradores (2010), 595 mulheres com idades entre 35 e 70 anos, portadoras de diabetes mellitus tipo 2 tiveram sua função sexual avaliada por meio do questionário FSFI. A média etária foi de 57,9 anos, e a prevalência de disfunção sexual encontrada foi de 53,4%. No estudo de Doruk e colaboradores (2005) foram avaliadas 127 mulheres com idades entre 21 e 60 anos, divididas em três grupos: o grupo 1 era composto por 21 mulheres portadoras de diabetes mellitus tipo 1, o grupo 2 composto por 50 mulheres com diabetes tipo 2 e o grupo 3 composto por 56 mulheres sem diabetes.

Foi encontrada prevalência de disfunção sexual em 71% das mulheres do grupo 1, 42% das mulheres do grupo 2 e 37,5% as mulheres do grupo 3. As mulheres do grupo um, portadoras de diabetes mellitus tipo 1 e insulíndependentes foram as mais afetadas, com prevalência maior que as dos outros grupos. A explicação de Espósito e colaboradores (2010) e Doruk e colaboradores (2005), que também pode ser aplicada ao nosso estudo, é que fatores patológicos do diabetes podem contribuir para a disfunção sexual, como neuropatias e insuficiência vascular, que implicam na diminuição da lubrificação vaginal, disfunção orgásmica e diminuição da libido. Porém, essa associação não foi encontrada quando analisadas somente as mulheres sexualmente ativas do estudo, pois a maioria das mulheres diabéticas estava entre o grupo de mulheres não sexualmente ativas.

Quando consideradas somente as mulheres que possuíam vida sexual ativa no período do estudo, foram encontradas três associações positivas: o aumento da idade (mulheres com mais de 55 anos), a depressão e o uso de medicamentos ansiolíticos. O estudo de Ghanbarzadeh e colaboradores (2012), do Irã, em que foram investigados seis domínios da sexualidade de 821 mulheres casadas, com idade entre 15 e 72 anos, também encontrou associação positiva da disfunção sexual com uso de medicamento ansiolítico. Esta associação pode ser explicada pelo fato de que as mulheres com depressão também fazem uso desse tipo de medicamento, concomitantemente ao tratamento da depressão. Mais da metade das mulheres que faziam uso do medicamento ansiolítico eram depressivas no nosso estudo.

Com relação ao questionário, o FSFI tem sido muito usado na literatura por ser considerado o questionário mais completo com relação à disfunção sexual.

Contudo, apesar de avaliar seis domínios da função sexual, abrangendo desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor, o FSFI não é projetado para a avaliação de mulheres sexualmente inativas nas últimas quatro semanas. Essas mulheres podem apresentar algum tipo de dificuldade no desejo, no interesse e na excitação sexual, mas não devem ser rastreadas por esse instrumento.

Como o FSFI não possui propriedades de avaliação de mulheres sexualmente inativas nas últimas quatro semanas, um segmento importante da população não pôde ser avaliado adequadamente o que limita o estudo. Uma vez que se avaliam apenas as últimas quatro semanas, muitas mulheres são excluídas, e se inseridas nas análises, podem ser consideradas com disfunção (pelo baixo escore gerado por meio das respostas “não tenho atividade sexual”). Vale lembrar que, de acordo com o DSM-IV, para classificar a mulher com disfunção sexual deve-se considerar a presença dos sintomas persistentes ou recorrentes nos últimos seis meses. Se a mulher estiver passando por um período de dificuldades sexuais, apesar de manter uma vida sexual ativa nos últimos seis meses, ela não pode ter sua função sexual avaliada pelo FSFI. Dessa forma, o questionário usado nesse estudo não possui propriedades para diagnóstico de disfunção sexual feminina (considerando os critérios do DSM-IV, que considera os últimos seis meses), mas ele pode ser usado como uma ferramenta para identificar dificuldades sexuais que devem ser mais profundamente avaliadas para a realização de um diagnóstico.

Enfim, pode-se concluir que foi encontrada alta prevalência de disfunção sexual entre as mulheres participantes do PROSAPIN e, ainda, que consideradas apenas as mulheres sexualmente ativas, a prevalência continua alta e esses resultados assemelham-se aos encontrados na literatura. Outro ponto importante é

que os fatores que se associaram de forma mais relevante confirmam os que já foram encontrados na literatura. Ainda, foi possível verificar que o questionário FSFI, apesar de ser muito usado por abranger diversos domínios da função sexual feminina, não possui propriedades de diagnóstico de disfunção sexual feminina, uma vez que não acompanha os critérios do DSM-IV, em que a dificuldade persistente ou recorrente encontrada em algum domínio da função sexual deve estar presente nos últimos seis meses. Assim, ele pode ser considerado uma ferramenta importante na avaliação de dificuldades sexuais e pode, inclusive, rastrear mulheres que possivelmente são portadoras de disfunção sexual.

Assim, é necessária maior atenção à questão da disfunção sexual feminina e, caso o questionário FSFI seja usado, é importante que os resultados encontrados sejam confirmados por outro instrumento diagnóstico.

6. CONCLUSÃO

A prevalência global de disfunção sexual em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa participantes do PROSAPIN foi de 57,7% (IC95% 54,0% – 61,4%), e para as sexualmente ativas foi de 39,8% (IC95% 35,4% – 44,2%). Os fatores que se associaram à disfunção sexual entre as todas as mulheres foram: o aumento da idade, a depressão, a religião, o estado civil e o diabetes mellitus, enquanto que entre as mulheres sexualmente ativas foram: o aumento da idade e a depressão, além do uso de medicamento ansiolítico.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. ET AL. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 160-166, 2004.

ALDRIGHI, J.M.; ALDRIGHI, C.M.S.; ALDRIGHI, A.P.S. Alterações sistêmicas no climatério. **Rev Bras Méd**, v.59, p.15-21, 2002.

ALDRIGHI, J.M.; ALECRIN, I.N.; OLIVEIRA, P.R.; SHINOMATA, H.O. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev Assoc Med Brás**, v.51, n.1, p.51-53, 2005a.

ALDRIGHI, J.M.; CALVOSO JUNIOR, R; FALUDI, A.A.; MANSUR, A.P. Climatério e menopausa. In: ALDRIGHI, J.M. Doença Cardiovascular no Climatério. São Paulo: **Atheneu**, 2005b.

ALVES, H. et al. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.3, n.51, p.139-143, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARANHA, R.N. et al. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. **Cad Saúde Pública**, v.1, n.20, p.100-108, 2004.

ASLAN, J. et al. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. **Sex Med**. v.5, n.9, p.2044-2052, 2008.

AVIS, N.E., MCKINLAY, S.M. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. **Maturitas**, 65(13), 1991.

BASSON, R. et al. Report of the international Consensus development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urology**. v. 163, p. 888–893, 2000.

BASSON, R. - Human sex response cycles. **J Sex Marital Ther**. v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001.

BLOCK, G. et al. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. **Am J Prev Méd**, v.4, n.18, p.284-8, 2000.

BLÜMEL, J. E. et al. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. **Rev Méd Chile**. v. 137, p. 345-350, 2009.

BORGES & MEDEIROS. Validation of a questionnaire to evaluate the female sexual function in postmenopausal women. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n. 6, p. 293-299, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em <URL:<http://www.datasus.gov.Br/siab/siab.html>>. Acesso em: 1 out.2005a.

BRASIL. **Ministério do Trabalho**: Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em <URL:<http://www.mtecbo.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 7 jan.2005b.

BUYSSE, D.J. et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Reserarch**, n.28,p.193-213, 1989.

CEDIM. **Conselho Estadual dos Direitos da Mulher** / RJ. Disponível em: <<http://www.cedim.rj.gov.br/acondicao/metodologia.htm>>. Acesso em: 7 jan.2005.

CHEDRAUI, P. et al. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. **Climacteric**. v.12, n.3, p.213-221, 2009.

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo. **Casa do Psicólogo**, 2001.

DIMENSTEIN, R. et al. Influência de variáveis socioeconômicas e de saúde materno-infantil sobre os níveis de retinol no colostro humano. **J. Pediatr** (Rio de Janeiro), v.6, n.79, p.513-51, 2003.

DONTAS, I. A. e YIANNAKOPOULOS, C. K. Risk factors and prevention of osteoporosis – related fractures. **J Musc Neuronal Interact**, v.3,n.7, p.268-72, 2007.

DORUK, H. et al. Effect of Diabetes Mellitus on female sexual function and risk factors. **Arch of andrology**. v. 51, p. 51-56, 2005.

ESPOSITO, K. et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. **Int J Impot Res**. v.22, n.3, p. 179-184, 2010.

FARIA JUNIOR, D. et al. Endocrinologia do ovário no climatério perimenopáusico. **Reprod clim**, v.2, n.12, p.79-81, 1997.

FLORINDO, A. A.; LATORRE, M.R.D.O. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. **Rev Bras Med Esporte**, v.3 n.9, p.129-35, 2003.

FLORINDO, A. A. et al. Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. **Rev Saúde Pública**, v.2, n.38, p.307-314, 2003.

FONSECA, E.S.M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.5, n.27, p.235-42, 2005.

GHANBARZADEH, N. et al. Female sexual dysfunction in Iran: study of prevalence and risk factors. **Arch Gynecol Obstet**. v. 287, n. 3, p. 533-539, 2012.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.5,n.25,1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>>. Acesso em: 5 out.2007.

GRACIA, C.R. et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. **Menopause**, v.2, n.12, p.128-135, 2005.

GUARISI, T. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. 1996. 67 p. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - **Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas**, Campinas.

GUTMANN, J. N. Exploring sexual dysfunction in the menopausal woman. **Sexuality, Reprodutction & Menopause**. v.3, n.1, p. 8-11, 2005.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico: 2000. Disponível em <URL:<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 8 de out. 2005.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico: 2010. Disponível em <URL:<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 30 de jan. 2012.

IBRAHIM, Z. M. et al. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. **Arch Gynecol Obstet**. 2012.

IPAQ – **International Physical Activity Questionnaire**. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. Revised November 2005 . Disponível em <<http://www.ipaq.ki.se>>. Acesso em 22 out.2007.

KAPLAN, H.S. - A Nova Terapia do Sexo. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

LAUMANN, E. O. et al. Sexual dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. **Jama**. v. 281, n.6, p. 537-545, 1999.

LEVINE, K.B. et al. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. **Menopause**. v. 15, n. 4, p.661-666, 2008.

MARQUES, F. C. Z. et al. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 17, n. 3-6, p. 175-183, 2008.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - A resposta sexual humana. São Paulo: Roca, 1984.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saúde**, n.10, p.5-18, 2001.

NAMS – The North American Menopause Society. Menopause practice: a clinician's guide. USA, 2004.

NETZER, N.C. et al. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. **Ann Intern Med**, v.7, n.131, p.485-91, 1999.

NHI- **National Heart Institute.Executive**. Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, n.285, p. 2486-2497, 2001.

NOVI, J. M. et al. Sexual Dysfunction in Perimenopause a Review. Obstetrical and Gynecological Survey. v. 64, n. 9, p. 624-631, 2009.

PACAGNELLA, R. C. et al. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.11, p.2333-2344, 2009.

PAKPOUR, A.H. et al. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. **Arch Gynecol Obstet**. v. 286, p. 1589-1596, 2012.

PARK, H. S. et al. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. **International journal of Epidemiology**, n.33, p.328-336, 2004.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.6, p. 709-716,2002.

PRADO, D. S. et al. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, n. 3, p. 139-143, 2010.

ROYER, M. et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATIII): prevalence of the metabolic syndrome in post menopausal Latin American women. **Climateric**, v. 2, n. 10, p. 164-170, 2007.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 26, n. 2, p. 191–208, 2000.

SAFARINEJAD, M.R. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. **Int J Impot Res**. v.18, n.4, p.382-395, 2006.

SALEH, N. et al. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? **Maturitas**, v. 50, p. 58-65, 2005.

SBH. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Disponível em <URL:http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_SBH_ORG_BR.pdf>. Acesso em: jan.2005a

SBH- **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Disponível em <URL: http://www.sbh.org.br/download/IV_diretrizes/IV%20Diretrizes%20de%20Hipertens%C3%A3o%20-%20SBH.ORG.BR%20-%20Capitulo%2002%20-203%20a%207.pdf>. Acesso em: jan. 2005b

SEEN-TSING LO, S. e KOK, W. M. Sexuality of Chinese women around menopause. **Maturitas**. v. 74, p. 190-195, 2013.

SZEJNFELD, V. L. Composição e organização do osso e remodelação óssea. In Osteoporose: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: **Sarvier**, 2000. p.03-29/63-74.

TAMANINI, J.T.N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form” (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, v.3, n. 38, p.438-444, 2004.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). **Cad Saúde Pública**, v. 15, p. 759-768, 1999.

THIEL, R. R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

VARGHESE, K. M. et al. Sexual dysfunctions among young married women in southern India. **Int Uroginecol J**. v. 23, p.1771-1774, 2012.

VERIT, F.F. et al. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. **Maturitas**. v.64, n.1, p.38-42, 2009.

WHO - **World Health Organization**. Obesity: preventing and managing the global epidemic (report of a WHO consultation on obesity). Genebra,1997.

ANEXOS

ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 54 /08

Protocolo 1776

Projeto de Pesquisa COORTE DA EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DAS MULHERES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINHAMONHAGABA-SP

Pesquisador(a) Jose Mendes Aldrighi

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

ANEXO 2: Autorização para realização do projeto em Pindamonhangaba

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240
E-mail: jmaldrin@usp.br

São Paulo, 05 de janeiro de 2005

DE: Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública
Professor Doutor José Mendes Aldrighi

PARA: Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, SP
Ilustríssima Senhora Ana Maria Figueiredo de Souza

O presente documento firma um acordo de cooperação técnica científica entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), representado neste pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi, com o Programa de Saúde da Família, representada neste pela Ana Maria Figueiredo de Souza.

A intenção é realizar pesquisas conjuntas, no tocante ao desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, envolvendo Saúde da Mulher.

É entendemos que a cumplicidade científica entre as instituições envolvidas certamente contribuirá não só para formar pós-graduandos de excelência e conhecimento multidisciplinar sobre Saúde da Mulher tão carente nos dias atuais, mas também proporcionar informações para gerar de programas práticos de intervenção em Saúde Pública para a população específica.

José Mendes Aldrighi
Professor Doutor da Universidade de São Paulo

Ana Maria Figueiredo de Souza
Secretária de Saúde do município de Pindamonhangaba, SP

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: **PROSAPIN – PROJETO DE SAÚDE DA MULHER DE PINDAMONHANGABA.**

COORTE DA EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DAS MULHERES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA/SP.

Eu, _____, _____, _____,
 _____ (NOME) _____ (IDADE)
 _____ (RG), _____ (ENDEREÇO) _____ (DDD) _____ (telefone),

Aceito participar do estudo sobre hábitos de vida em mulheres de 35 a 65 anos, sob responsabilidade do pesquisador José Mendes Aldrighi, professor associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Autorizo a realização de entrevista, com perguntas sobre gestações, perda de urina, quedas, fraturas e massa óssea, cujos resultados serão utilizados no desenvolvimento deste projeto, que tem por objetivo ampliar a primeira etapa do projeto e reunir novas informações e melhorar a saúde das mulheres. Tenho consentimento que, provavelmente, serei procurada nos próximos anos para novas perguntas e avaliações. Para tanto, serei consultada para permissão das novas pesquisas. Autorizo que meu sangue, colhido na primeira etapa da pesquisa permaneça guardado para outros exames futuros e serei procurada para autorizar outras análises, quando possível. Os resultados serão entregues para meu conhecimento e se houver alguma alteração serei orientada para tratamento. Posso recusar a participação ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem consequências ou prejuízo para mim. Tenho conhecimento que meus dados serão confidenciais e poderão ser divulgados em eventos e congressos de maneira coletiva sem dizer o meu nome ou outra forma de minha identificação. As informações obtidas serão úteis para possibilitar a prevenção de doenças.

_____/_____/_____
 _____

DATA

ASSINATURA DA PARTICIPANTE

Declaramos _____ cumprir _____ as _____ situações _____ acima
 expostas: _____

Pesquisador – TELEFONE (11) 3061-7703
 Professor Doutor José Mendes Aldrighi

ANEXO 4: Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)

Agora sobre **FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

15. Vou fazer algumas perguntas relativas a sua sexualidade durante as últimas 4 semanas . Considere: i) atividade sexual: refere-se a carícias, jogos sexuais, masturbação e relações sexuais; ii) relação sexual: define-se como penetração do pênis na vagina; iii) estimulação sexual: inclui jogos sexuais com o parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasias sexuais; iv) desejo ou interesse sexual é a sensação que inclui desejo de ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a estimulação sexual do parceiro e ter pensamentos ou fantasias sobre sexo. Escolha somente uma alternativa por pergunta.		
15.1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu desejo ou interesse sexual?	Sempre ou quase sempre	5
	A maioria das vezes (mais que a metade)	4
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca	1
	NS	88
	NR	99
15.2. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desejo ou interesse sexual?	Muito alto	5
	Alto	4
	Moderado	3
	Baixo	2
	Muito baixo ou nada	1
	NS	88
	NR	99
15.3. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais da sexualidade. Pode incluir sensação de calor ou pulsátil nos órgãos genitais, lubrificação vaginal (umidade) ou contrações musculares. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	5
	A maioria das vezes (mais que a metade)	4
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca	1
	NS	88
15.4. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível de excitação durante a atividade sexual?	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito alto	5
	Alto	4
	Moderado	3
	Baixo	2
	Muito baixo ou nada	1
15.5. Nas últimas 4 semanas, qual grau de confiança a Sra tem em excitar-se durante a atividade sexual?	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito alta confiança	5
	Alta confiança	4
	Moderada confiança	3
	Baixa confiança	2
15.6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeito com sua excitação durante a atividade sexual?	Muito baixa ou nenhuma confiança	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	5
	A maioria das vezes (mais que a metade)	4
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
15.7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu lubrificação ou umidade vaginal durante a atividade sexual?	Poucas vezes (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	5
	A maioria das vezes (mais que a metade)	4
15.8. Nas últimas 4 semanas, foi difícil lubrificar-se (umedecer-se) durante a atividade sexual?	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Extremamente difícil ou impossível	1
15.9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu dificuldade em atingir o orgasmo durante a atividade sexual?	Muito difícil	2
	Difícil	3
	Pouco difícil	4
	Não foi difícil	5
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0

15.9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência mantém-se a sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Sempre ou quase sempre a mantenho	5
	A maioria das vezes a mantenho (mais que a metade)	4
	Às vezes a mantenho (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes a mantenho (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca a mantenho até o final	1
	NS	88
	NR	99
15.10. Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual	0
	Extremamente difícil ou impossível	1
	Muito difícil	2
	Difícil	3
	Pouco difícil	4
	Não foi difícil	5
	NS	88
15.11. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, com que frequência atinge o orgasmo ou clímax?	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	5
	A maioria das vezes (mais que a metade)	4
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	2
	Quase nunca ou nunca	1
15.12. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, é difícil atingir o orgasmo ou clímax?	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Extremamente difícil ou impossível	1
	Muito difícil	2
	Difícil	3
	Pouco difícil	4
15.13. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?	Não é difícil	5
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito satisfeita	5
	Moderadamente satisfeita	4
	Nem satisfeita, nem insatisfeita	3
15.14. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com o envolvimento emocional existente durante a atividade sexual entre a Sra e seu parceiro?	Moderadamente insatisfeita	2
	Muito insatisfeita	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito satisfeita	5
	Moderadamente satisfeita	4
15.15. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está nas relações sexuais com seu parceiro?	Nem satisfeita, nem insatisfeita	3
	Moderadamente insatisfeita	2
	Muito insatisfeita	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito satisfeita	5
15.16. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua vida sexual em geral?	Moderadamente satisfeita	4
	Nem satisfeita, nem insatisfeita	3
	Moderadamente insatisfeita	2
	Muito insatisfeita	1
	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0

15.17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>durante</u> a penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	1
	A maioria das vezes (mais que a metade)	2
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	4
	Quase nunca ou nunca	5
	NS	88
15.18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>depois</u> da penetração vaginal?	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Sempre ou quase sempre	1
	A maioria das vezes (mais que a metade)	2
	Às vezes (aproximadamente a metade)	3
	Poucas vezes (menos que a metade)	4
	Quase nunca ou nunca	5
15.19. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desconforto ou dor durante ou depois da penetração vaginal?	NS	88
	NR	99
	Não tenho atividade sexual	0
	Muito alto	1
	Alto	2
	Moderado	3
	Baixo	4
Calculo do Pesquisador Colocar o total de pontos	Muito baixo ou nada	5
	NS	88
	NR	99
	Orgasmo.....	___/___
	Desejo.....	___/___
	Satisfação.....	___/___
	Excitação.....	___/___
Lubrificação.....	Dor.....	___/___
	Total.....	___/___