

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PESQUISA EM SAÚDE**

RENATA SAMPAIO RODRIGUES SOUTINHO

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES DA
CIDADE DE MACEIÓ-ALAGOAS**

**Maceió – AL
2014**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PESQUISA EM SAÚDE**

RENATA SAMPAIO RODRIGUES SOUTINHO

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES DA
CIDADE DE MACEIÓ-ALAGOAS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre Profissional em Pesquisa em Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde do Centro Universitário Cesmac.

Orientador: Prof. Dr. Euclides Maurício Trindade Cunha

**Maceió – Al
2014**

RENATA SAMPAIO RODRIGUES SOUTINHO

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES DA CIDADE DE MACEIÓ-
ALAGOAS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Saúde, pelo Programa de Mestrado Profissional em Pesquisa em Saúde do Centro Universitário Cesmac.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Centro Universitário Cesmac

Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Centro Universitário Cesmac

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e a finalização de mais um ciclo a:

Meu esposo, companheiro das horas alegres e tristes, com quem eu sempre pude dividir minhas ansiedades e angústias, por todo amor e apoio dedicado em todos os momentos. Obrigada por sempre acreditar em mim, mesmo quando nem eu acreditei!

À minha família, com quem eu sempre pude contar e sempre serviu como meu alicerce: mãe, pai, irmãs, sogra, sogro, cunhada e tios e, principalmente, a minha Voinha, por todas as suas orações!

Aos meus filhos, que vivenciaram tanto minha ausência. Um dia vocês entenderão que tudo foi feito por vocês e para vocês!

Aos amigos, pela constante torcida.

A Deus, por direcionar meus caminhos e sempre colocar pessoas boas ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Ao querido Professor Euclides, que tanto me orientou nesta caminhada, tornando mais simples aquilo que, por vezes, parecia inexplicável.

A todos os Professores do curso, por compartilhar saberes e fazer crescer em nós o espírito da pesquisa científica.

Aos amigos do Mestrado, por conseguirem tornar mais prazerosos nossos dias de estudos, mesmo com o cansaço de nossas atribuições diárias.

Aos alunos voluntários, por todo empenho e dedicação durante a coleta de dados da pesquisa.

À querida Maria do Desterro, colega de trabalho e irmã de coração, por toda compreensão nos momentos de ausência e por contribuir com uma parcela importante para a construção deste trabalho.

A todas as mulheres, guerreiras, que lutam dia a dia, sem perder a ternura e feminilidade próprias do nosso gênero, obrigada pela confiança. Sem vocês, não teria sido possível.

Aos meus amores, marido e filhos. Vocês são a razão da minha vida!

RESUMO

Objetivo

Avaliar por meio de inquérito populacional domiciliar a função sexual de mulheres residentes na zona urbana do município de Maceió, Alagoas.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, analítico de caráter transversal, com 448 mulheres entre 18 e 60 anos, moradoras da zona urbana de Maceió, Alagoas, em 2013, através de amostragem por conglomerados. As questões relacionadas a aspectos sóciodemográficos e econômicos, doenças auto-referidas, hábitos de vida e antecedentes gineco-obstétricos foram obtidas através de um formulário de coleta de dados. A avaliação da função sexual foi realizada através do instrumento “Índice de Funcionamento Sexual Feminino – IFSF”. Na análise estatística inferencial a presença de associação entre a variável dependente função sexual e as variáveis independentes estado civil, escolaridade, renda per capita, paridade, tipo de parto foi realizada através do teste Kruskal Wallis seguido do pós-teste de Dunn. Para comparação entre as variáveis menopausa, ocupação e cirurgias uro-ginecológicas foi realizado Man-Whitney. Para avaliar a presença de correlação entre as variáveis idade e função sexual foi utilizado o coeficiente de spearman. Em todas as análises considerou-se como significativo o valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

A análise da função sexual feminina por meio do IFSF revelou escore médio de $29,14 \pm 5,09$. Houve maior comprometimento nas dimensões desejo e excitação. O menor comprometimento foi observado para satisfação e dor. Houve associação entre as variáveis função sexual e idade, escolaridade, menopausa e uso de medicação de rotina. A prevalência de disfunção sexual na população estudada foi de 20,86%.

Conclusão

A função sexual destas mulheres foi considerada boa e um maior declínio foi observado em mulheres acima de 45 anos, com baixa escolaridade, menopausadas e que usam medicação de rotina. Sugere-se acompanhamento sistemático destas para permitir melhor abordagem das disfunções sexuais.

Descritores

Sexualidade. Mulheres. População urbana. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objectives

Evaluate by household population survey on sexual function in women living in the urban area of the city of Maceió, Alagoas.

Material and Methods

This is an observational, analytical transversal character, with 448 women between 18 and 60 years living in the urban area of Maceió, Alagoas, in 2013, through cluster sampling. Issues related to socio-demographic and economic factors, self-reported diseases, lifestyle and gynecological-obstetric history were obtained through a form of data collection. The evaluation of sexual function was performed by the instrument "Index of Sexual Functioning for Women - IFSF". Inferential statistical analysis in the presence of association between the dependent variable sexual function and independent variables marital status, education, per capita income, parity, mode of delivery was performed using the Kruskal Wallis test followed by Dunn's post-test. For comparison between menopause variables, occupation and uro-gynecological surgeries Man-Whitney test was performed. To assess the presence of correlation between age and sexual function Spearman coefficient was used. In all analyzes were considered as the significant value of $p \leq 0.05$.

Results

The analyzes of female sexual function through IFSF revealed a mean score of 29.14 ± 5.09 . There was a greater impairment in desire and arousal dimensions. The lower impairment was observed for satisfaction and pain. There was an association between sexual function and variables age, education, menopause and medication routine. The prevalence of sexual dysfunction in the studied population was 20.86%.

Conclusion

Sexual function these women was considered good and greater decline noted women above 45 with low schooling menopausal and using routine medication. It is suggested to allow systematic monitoring of these best approach to sexual dysfunction.

Keywords:

Urban Population. Cross-Sectional Studies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	8
ARTIGO 1	15
CONCLUSÃO.....	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	9
APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados	Erro! Indicador não definido.
ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisas com humanos	45
ANEXO B - Índice de Funcionamento Sexual Feminino – IFSF.....	

INTRODUÇÃO GERAL

A sexualidade é reconhecida atualmente como base da qualidade de vida, sendo sua aproximação pelas especialidades médicas cada vez mais valorizada. Caracteriza-se por ser de grande dimensão, ou seja, não é influenciada somente por fatores físicos e biológicos, mas também por aspectos socioculturais e psicológicos.^{1,2}

Nos últimos anos, foi possível observar que a população feminina tem buscado, com maior frequência, cuidados médicos na procura de soluções para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial os que são relacionados à qualidade de vida sexual.^{3,4}

O ciclo de resposta sexual da mulher é resultante da coordenação e da integração de diversos componentes distintos e relativamente independentes. Inicialmente definido por Masters e Jonhson⁵, depois modificado por Kaplan⁶, ele representa a base para a atual classificação das disfunções sexuais femininas.⁷

Esse ciclo é dividido em fases: desejo – que se relaciona à experiência subjetiva que incita a pessoa a buscar atividade sexual; excitação – que corresponde à resposta do corpo ao desejo, representado por modificações fisiológicas, como a produção de secreção vaginal, congestão vascular e miotomia; orgasmo – caracterizado pela liberação da tensão sexual acumulada; e resolução – representada pela regressão das alterações fisiológicas ocorridas durante a resposta sexual e o retorno dos tecidos reativos a um estado de repouso.^{8,9}

Em função de observações acerca das diferenças no comportamento sexual de homens e mulheres, atualmente é aceito um modelo alternativo para a resposta sexual feminina. Considera-se que mulheres tem uma necessidade biológica reduzida para liberar a tensão sexual. O desejo é apenas um dos inúmeros fatores que motivam a mulher para a atividade sexual e a excitação sexual na mulher é mais subjetiva que no homem, podendo ou não ser acompanhada de alterações fisiológicas.¹⁰

A partir destas observações, Basson¹¹ desenvolveu um modelo dividido em cinco fases: 1ª – início da atividade sexual com motivação não necessariamente sexual, podendo não haver consciência de desejo sexual; 2ª – excitação subjetiva

com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico; 3ª – vivência da excitação subjetiva, desencadeando a consciência de desejo sexual; 4ª – aumento gradativo da intensidade da excitação e do desejo responsivo, podendo ou não ocorrer orgasmo. 5ª – satisfação física e emocional, com aumento da receptividade para futuros encontros sexuais.¹¹

A resposta sexual feminina apresenta características distintas da resposta sexual masculina. A expressão da sexualidade masculina é centrada na conquista e na posse, e o ato sexual visa ao orgasmo; a expressão da sexualidade feminina, por sua vez, caracteriza-se pela sedução e entrega, sendo a fase de desejo o ponto principal da resposta sexual. Isso se reflete no marcador de satisfação sexual para a mulher, que corresponde ao desejo de se engajar em uma nova relação com o parceiro, após um relacionamento sexual satisfatório, enquanto que o homem finaliza a resposta sexual com o orgasmo.³

A função sexual normal está inserida nos aspectos relacionados ao processo de saúde sexual, que envolve bem-estar geral, qualidade de vida, identidade sexual estabilizada e uma relação sexual satisfatória.⁷

A disfunção sexual feminina é definida como o comprometimento através de bloqueio ou inibição em uma ou mais etapas do ciclo de resposta sexual. A Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (CID-10)⁸, conceitua disfunção sexual como os vários modos em que um indivíduo é incapaz de participar de uma relação sexual como ele/ela gostaria, indicando o aspecto subjetivo como critério diagnóstico.

As causas determinantes desse distúrbio poderão estar ligadas à própria estrutura orgânica do indivíduo ou a influências psicoculturais, que mutilem ou distorçam a funcionalidade sexual.^{4,7}

De acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), as disfunções sexuais femininas são classificadas nas seguintes categorias: distúrbios do desejo sexual (desejo sexual hipotativo e aversão sexual), distúrbios da excitação sexual, transtornos do orgasmo, distúrbios de dor durante o ato sexual (dispareunia, vaginismo e dor sexual não coital), disfunção sexual devido a uma condição médica, disfunção sexual induzida por substância e disfunção sexual sem outra especificação.^{7,11}

O transtorno do desejo sexual hipoativo é definido como uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual. O transtorno de excitação sexual feminina é a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação até a consumação da atividade sexual. Com relação ao transtorno do orgasmo, ocorre quando há atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. A dispareunia é definida como dor associada ao intercurso sexual, podendo ocorrer antes ou após o intercurso. O vaginismo caracteriza-se por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há a tentativa de penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.^{4,12}

Estima-se que entre 40 e 49% das mulheres têm alguma queixa de disfunção sexual. A literatura relata que a disfunção do desejo sexual é uma das mais encontradas, variando de 32 a 58%⁹. A prevalência de disfunção de excitação e anorgasmia gira em torno de 30%, e a dispareunia tem incidência variável: aumenta com o progredir da idade e afeta em torno de 30-40% de mulheres no climatério.^{3,7,14,15}

O climatério é considerado um período crítico à sexualidade por ser uma fase do ciclo de vida da mulher onde múltiplos fatores atuam simultaneamente, de forma positiva ou negativa, implicando em mudanças profundas. Alguns autores relatam que a chegada da menopausa resulta em perda do objetivo primário do sexo – a reprodução – e isto poderá repercutir, com maior ou menor intensidade, no exercício da sexualidade, dependendo de aspectos psicológicos e culturais.¹⁶

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a disfunção sexual como problema de saúde pública, e recomenda sua investigação por causar importantes alterações na qualidade de vida.¹⁵

Apesar de sua grande incidência em mulheres⁷, a disfunção sexual pode ser considerada um problema pouco identificado. Isso se deve ao fato de que, além da dificuldade de discutir o tema com a população em geral, considerando que este ainda é um assunto que envolve muitos tabus, não existem medidas fisiológicas e marcadores biológicos que auxiliem no diagnóstico preciso das disfunções sexuais. Os diagnósticos, basicamente clínicos, contam principalmente com o autorrelato das

pacientes, que, muitas vezes, omitem informações por vergonha ou medo da avaliação negativa do profissional de saúde.¹⁷

São vários os fatores que podem influenciar na função sexual feminina. A idade, o estágio reprodutivo, a gestação, o parceiro e outras questões intra e interpessoais, elementos que formam a base psicobiológica da expressão clínica da disfunção sexual, são considerados pontos-chave da avaliação da saúde sexual feminina.^{7,14,18}

Patologias relacionadas ao trato urinário e aos órgãos sexuais, como infecções urinárias, retais ou vaginais; efeitos de determinadas medicações, como antidepressivos ou anticoncepcionais; alterações relacionadas ao processo de envelhecimento; doenças como diabetes mellitus, hipotireoidismo e hiperprolactinemia; fatores psicológicos e o estresse podem comprometer a função sexual na mulher.^{3,12,19, 20}

As causas psicológicas que contribuem para alteração da função sexual feminina são: aceitação do corpo, timidez e religião, falta de conhecimento do próprio corpo, rotina no sexo, conflito conjugal, desemprego, problemas com filhos e estresse do dia a dia.¹⁴

É de grande importância a saúde sexual para a durabilidade das relações afetivas e para a qualidade de vida em geral do indivíduo. Diferentemente dos tempos remotos, a busca pelo prazer tem se mostrado mais importante do que uma obrigação social, por isso, nos últimos anos, as mulheres têm procurado com mais frequência auxílio médico, a fim de solucionar fatores que perturbem sua vida sexual.^{3,21}

Apesar de seu importante papel na qualidade de vida de homens e mulheres, muitas vezes, a saúde e a satisfação sexual não são corretamente avaliadas por médicos e demais profissionais da área da saúde. Além da questão cultural e de tabus relacionados ao tema, é possível que a falta de instrumentos validados, destinados a avaliar a qualidade e a satisfação subjetiva dos indivíduos, contribua para que casos de disfunção passem despercebidos e sem tratamento adequado.^{4,7,17}

As escalas psicométricas preenchem uma importante lacuna na facilitação do processo de diagnóstico. Além disso, por serem instrumentos padronizados, válidos

e com boa fidedignidade, permitem a comparação de dados entre diferentes populações, viabilizando o estabelecimento de normas para o público-alvo.⁷

Instrumentos autoaplicáveis constituem uma grande ferramenta na identificação de problemas sexuais e facilitam a introdução do tema no cenário terapêutico. Os métodos subjetivos vêm demonstrando elevado grau de credibilidade e validade; baseiam-se em questionários, agenda diária ou registro de eventos sexuais. Entretanto, os questionários parecem ser mais suscetíveis a capturar os aspectos subjetivos e complexos da função sexual feminina, por sua habilidade em avaliar múltiplos componentes da resposta sexual.^{7,17}

Dentre os vários instrumentos existentes, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino – IFSF, traduzido e validado para utilização na língua portuguesa fluente no Brasil, destaca-se por se tratar de um questionário que congrega as características de ser prático para aplicação em estudos de campo, com capacidade para avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis. Foi projetado para ser um instrumento de avaliação em estudos epidemiológicos que respeitem a natureza multidimensional da função sexual feminina. Largamente utilizado em estudos realizados em diferentes regiões do mundo, permite que os dados obtidos sejam comparados entre diferentes culturas.^{17,19-25}

Embora existam alguns estudos restritos a populações específicas, ainda são escassos no Brasil estudos epidemiológicos consistentes que avaliem a prevalência das disfunções sexuais na população brasileira.¹⁷

Entender a função sexual das mulheres é de suma importância no âmbito da saúde, já que se considera que a sexualidade humana é parte integral da personalidade de cada um; é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida.

Além disso, informações sobre a função sexual de uma determinada população podem nortear o planejamento ou até mesmo a implantação de programas de intervenção e prevenção das disfunções sexuais, que alcançam altas taxas de prevalência em todo o mundo.

Considerando que a avaliação da função sexual pode contribuir para a identificação e o monitoramento de necessidades específicas da população

feminina, o que possibilita o direcionamento de uma assistência mais adequada, incluindo políticas públicas que lhes confirmam melhor qualidade vida, percebeu-se a necessidade de realizar este estudo, com o objetivo de avaliar, por meio de um inquérito populacional domiciliar, a função sexual de mulheres da cidade de Maceió, Alagoas.

Como resultado do trabalho desenvolvido, foi elaborado 01 (um) artigo científico para publicação em periódico de impacto para a área do conhecimento. O artigo obedece às normas da Revista de Saúde Pública (Editor Executivo: Maria Teresinha Dias de Andrade, **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, Avenida Dr. Arnaldo, 715, CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – Brasil Tel./FAX: +55 (11) 3061-7985, e-mail: revsp@usp.br).

ARTIGO 1

Avaliação da Função Sexual de Mulheres da Cidade de Maceió, Alagoas

Assessment of female sexual function in the city of Maceió, Alagoas

Resumo

Objetivo

Avaliar por meio de inquérito populacional domiciliar a função sexual de mulheres residentes na zona urbana do município de Maceió, Alagoas.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, analítico de caráter transversal, com 448 mulheres entre 18 e 60 anos, moradoras da zona urbana de Maceió, Alagoas, em 2013, através de amostragem por conglomerados. As questões relacionadas a aspectos sócio-demográficos e econômicos, doenças auto-referidas, hábitos de vida e antecedentes gineco-obstétricos foram obtidas através de um formulário de coleta de dados. A avaliação da função sexual foi realizada através do instrumento "Índice de Funcionamento Sexual Feminino – IFSF". Na análise estatística inferencial a presença de associação entre a variável dependente função sexual e as variáveis independentes estado civil, escolaridade, renda per capita, paridade, tipo de parto foi realizada através do teste Kruskal Wallis seguido do pós-teste de Dunn. Para comparação entre as variáveis menopausa, ocupação e cirurgias uro-ginecológicas foi realizado Man-Whitney. Para avaliar a presença de correlação entre as variáveis idade e função sexual foi utilizado o coeficiente de Spearman. Em todas as análises considerou-se como significativo o valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

A análise da função sexual feminina por meio do IFSF revelou escore médio de $29,14 \pm 5,09$. Houve maior comprometimento nas dimensões desejo e excitação. O menor comprometimento foi observado para satisfação e dor. Houve associação entre as variáveis função sexual e idade, escolaridade, menopausa e uso de medicação de rotina. A prevalência de disfunção sexual na população estudada foi de 20,86%.

Conclusão

A função sexual destas mulheres foi considerada boa e um maior declínio foi observado em mulheres acima de 45 anos, com baixa escolaridade, menopausadas e que usam medicação de rotina. Sugere-se acompanhamento sistemático destas para permitir melhor abordagem das disfunções sexuais.

Descritores

Sexualidade. Mulheres. População urbana. Estudos Transversais.

Abstract

Objectives

Evaluate by household population survey on sexual function in women living in the urban area of the city of Maceió, Alagoas.

Material and Methods

This is an observational, analytical transversal character, with 448 women between 18 and 60 years living in the urban area of Maceió, Alagoas, in 2013, through cluster sampling. Issues related to socio-demographic and economic factors, self-reported diseases, lifestyle and gynecological-obstetric history were obtained through a form of data collection. The evaluation of sexual function was performed by the instrument "Index of Sexual Functioning for Women - IFSF". Inferential statistical analysis in the presence of association between the dependent variable sexual function and independent variables marital status, education, per capita income, parity, mode of delivery was performed using the Kruskal Wallis test followed by Dunn's post-test. For comparison between menopause variables, occupation and uro-gynecological surgeries Man-Whitney test was performed. To assess the presence of correlation between age and sexual function Spearman coefficient was used. In all analyzes were considered as the significant value of $p \leq 0.05$.

Results

The analysis of female sexual function through IFSF revealed a mean score of 29.14 ± 5.09 . There was a greater impairment in desire and arousal dimensions. The lower impairment was observed for satisfaction and pain. There was an association between sexual function and variables age, education, menopause and medication routine. The prevalence of sexual dysfunction in the study population was 20.86%.

Conclusion

Sexual function these women was considered good and greater decline noted women above 45 with low schooling menopausal and using routine medication. It is suggested to allow systematic monitoring of these best approach to sexual dysfunction.

Keywords:

Urban Population. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é reconhecida atualmente como base da qualidade de vida, sendo sua aproximação pelas especialidades médicas cada vez mais valorizada. Caracteriza-se por ser de grande dimensão, ou seja, não é influenciada somente por fatores físicos e biológicos, mas também por aspectos socioculturais e psicológicos.¹

O ciclo de resposta sexual da mulher é resultante da coordenação e da integração de diversos componentes distintos e relativamente independentes. Esse ciclo é dividido em fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução, esta última representando a regressão das alterações fisiológicas ocorridas durante a resposta sexual e o retorno dos tecidos reativos a um estado de repouso.²

A disfunção sexual feminina é definida como qualquer desordem em uma ou mais etapas do ciclo de resposta sexual, no que se refere às fases de desejo, excitação, orgasmo e/ ou à presença de dor associada ao ato sexual. Apesar de sua grande incidência em mulheres, é considerada um problema pouco identificado.^{2,3}

São vários os fatores que podem influenciar na função sexual feminina, dentre eles, razões físicas, efeitos de determinadas medicações, alterações relacionadas ao processo de envelhecimento e fatores psicológicos. Patologias relacionadas ao trato urinário e aos órgãos sexuais, como infecções urinárias, retais ou vaginais também podem comprometer a função sexual na mulher.^{2,4}

As causas psicológicas que contribuem para a alteração da função sexual feminina são: aceitação do corpo, timidez e religião, falta de conhecimento do próprio corpo, rotina no sexo, conflito conjugal, desemprego, problemas com filhos e estresse do dia a dia.⁴

É de grande importância a saúde sexual para a durabilidade das relações afetivas e para a qualidade de vida em geral do indivíduo. Diferentemente dos tempos remotos, a busca pelo prazer tem se mostrado mais importante do que uma obrigação social, por isso, nos últimos anos, as mulheres têm procurado com mais frequência auxílio médico, a fim de solucionar fatores que perturbem sua vida sexual.⁵

Apesar de seu importante papel na qualidade de vida de homens e mulheres, muitas vezes, a saúde e a satisfação sexual não são corretamente avaliadas por médicos e demais profissionais da área da saúde. Além da questão cultural e de tabus relacionados ao tema, é possível que a falta de instrumentos adequados, destinados a avaliar a qualidade e a satisfação subjetiva dos indivíduos, contribua para que casos de disfunção passem despercebidos e sem tratamento adequado.^{2,3,6}

Embora existam alguns estudos restritos a populações específicas, ainda são escassos no Brasil estudos epidemiológicos consistentes que avaliem a prevalência das disfunções sexuais na população brasileira. Alguns desses estudos sugerem uma prevalência entre 40% e 49% em mulheres, variando de acordo com a população estudada e instrumentos utilizados. A correlação entre aumento de idade e diminuição na função sexual dos indivíduos e seu consequente impacto na qualidade de vida também tem sido relatada na literatura.⁶

Entender a função sexual das mulheres é de suma importância no âmbito da saúde, já que se considera que a sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um; é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida.

Considerando que a avaliação da função sexual pode contribuir para a identificação e o monitoramento de necessidades específicas da população feminina, o que possibilita o direcionamento de uma assistência mais adequada, incluindo políticas públicas que lhes confirmam melhor qualidade de vida, percebeu-se a necessidade de realizar este estudo, com o objetivo de avaliar, por meio de um inquérito populacional domiciliar, a função sexual de mulheres da cidade de Maceió, Alagoas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico de caráter transversal, com mulheres entre 18 e 60 anos, residentes na zona urbana de Maceió, Alagoas, em 2013. Foram excluídas as mulheres com gravidez suspeita ou confirmada, em

período puerperal, com incapacidade cognitiva e auditiva para responder os instrumentos de pesquisa.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se prevalência de 49% referente à presença de disfunções sexuais em mulheres brasileiras⁷; foi considerado erro amostral de 5% e nível de 95% de confiança. O tamanho da amostra calculado foi de 384 mulheres, acrescentando-se 20% para perdas e recusas; o tamanho amostral mínimo foi de 461 mulheres. O cálculo da amostra foi feito por meio do software EPI-INFO versão 3.3.2.

Para obtenção da amostra, foi considerada a heterogeneidade da cidade, procurando avaliar a função sexual de mulheres em seus diferentes estratos socioeconômicos. A amostra foi realizada pelo método de conglomerados, seguindo os seguintes passos:

1. Teve como ponto de partida a divisão da cidade de Maceió, segundo o IBGE 2010, em oito distritos sanitários, com diferentes níveis socioeconômicos, o que possibilitou a identificação do distrito com melhor, intermediário e pior nível socioeconômico. Esses distritos possuem, ao todo, 50 bairros. Uma ordenação final foi obtida a partir do sorteio entre os distritos, pelo qual se identificou a ordem para iniciar a pesquisa.
2. Em seguida, foram identificados os bairros de cada distrito; cada um recebeu uma ordenação alfabética e um número para sorteio referente à quantidade de mulheres com idade entre 18 e 60 anos de cada bairro. O bairro com maior número de mulheres teve duplicidade de sorteio, para que houvesse uma maior chance de pertencer à amostra; a partir daí, procedeu-se o sorteio de dois bairros por distrito e, por sua vez, foram selecionados dezesseis.
3. Dentro dos bairros, foi feita a identificação dos setores censitários, sendo excluídos os setores comerciais. Os setores censitários de cada bairro foram selecionados através de processo aleatório e proporcional ao número de mulheres com idade entre 18 e 60 anos de acordo com cada setor, considerando o cálculo e o tamanho da amostra, mais 20% (para as perdas e recusas).
4. Em cada setor, foram numerados todos os quarteirões e suas respectivas faces (ruas, avenidas e vilas). O processo de seleção dos domicílios foi iniciado de forma aleatória, seguindo o sentido horário, adotando-se um intervalo de dez endereços

entre as casas. Foi percorrido um determinado número de domicílios (definido conforme o total de domicílios do setor), realizando-se sistematicamente as entrevistas das mulheres, pela própria pesquisadora e por voluntárias graduandas da área de saúde, previamente treinadas.

Caso não houvesse moradora no domicílio com idade entre 18 e 60 anos, a pesquisadora se deslocava ao próximo domicílio até a identificação de uma mulher elegível, refazendo-se posteriormente a busca sistemática. Caso o domicílio visitado possuísse uma mulher elegível, mas esta não se encontrasse no momento, uma nova visita era marcada nesse domicílio, por no máximo duas vezes, para considerá-lo como perda. Frente à ocorrência de mais de uma mulher com idade entre 18 e 60 anos residindo no domicílio, todas eram entrevistadas.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A), baseado na resolução 196/96, que atualmente foi atualizada pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS), os dados foram colhidos por um pesquisador de forma individualizada no domicílio da participante, aplicando-se uma entrevista estruturada.

As variáveis independentes, como aspectos sócio-demográficos e econômicos, doenças auto-referidas, hábitos de vida e antecedentes gineco-obstétricos, foram coletadas por meio de um formulário de coleta de dados. A variável dependente “função sexual” foi obtida através do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – IFSF”.

As variáveis independentes do estudo incluíram: idade, escolaridade (definida pelo período de frequência à escola ou nível de aprendizado adquirido), estado civil, ocupação remunerada (dicotomizada em sim ou não), renda *per capita* (considerada como a razão entre o rendimento total e o número de moradores do domicílio), religião, menopausa (definida como a presença de amenorreia por pelo menos 01 [um] ano), paridade, tipo de parto, realização de cirurgia uro-ginecológica prévia, presença de doença crônica e tipo de doença crônica, tabagismo (categorizada, segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde – OMS, em não fumante; fumante diário; fumante ocasional; ex-fumante), prática de atividade física regular (três ou quatro vezes por semana, por pelo menos 40 minutos) e uso de medicação diária.

Para avaliar a função sexual, foi utilizado o instrumento “Índice de Funcionamento Sexual Feminino – ISFS”, traduzido e validado para o português em 2008.^{1,8,9} A escala, que é considerada importante para a avaliação clínica de problemas sexuais, tem avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação, sendo um questionário desenvolvido para ser auto-aplicado e que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. O questionário é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas anteriores à sua aplicação, e apresentam escores em cada componente. Para cada questão, existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. Para obter o escore total da escala, somam-se os escores para cada domínio, variando de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual. É estabelecido um ponto de corte, indicando que um escore total menor que 26,55 sugere disfunções sexuais.¹⁰

Os resultados obtidos foram registrados em banco de dados e analisados. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de tabela de frequência.

Na análise estatística inferencial a presença de associação entre a variável dependente função sexual e as variáveis independentes estado civil, escolaridade, renda per capita, paridade, tipo de parto foi realizada através do teste Kruskal Wallis seguido do pós-teste de Dunn. Para comparação entre as variáveis menopausa, ocupação e cirurgias uro-ginecológicas foi realizado o teste Man-Whitney. Para avaliar a presença de correlação entre as variáveis idade e função sexual foi utilizado o coeficiente de spearman. Em todas as análises considerou-se como significativo o valor de $p \leq 0,05$. Os procedimentos estatísticos foram realizados

utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC) versão 12*.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesmac, sob o número de protocolo 1524/12.

RESULTADOS

Das 461 mulheres elegíveis, 3 foram consideradas perda devido ao preenchimento incompleto do questionário e 10 foram consideradas recusas, totalizando 448 participantes, com média de idade de $33,3 \pm 10,23$, com mínima de 18 e máxima de 60 anos.

A maioria das entrevistadas declararam-se solteiras (48,7%), tendo ocupação remunerada (60,5%) com ≥ 9 anos completos de estudo (62%). A renda familiar per capita predominante foi entre 1 a 3 salários mínimos (33,7%).

Quanto aos antecedentes gineco-obstétricos foi possível observar que a maior parte das participantes não era menopausada (89%). Quanto a paridade, a maioria era nulípara (43,9%) e o tipo de parto predominante foi cesáreo (29,4%). Apenas 24,8% relatou ter realizado algum tipo de cirurgia uroginecológica.

Quando questionadas sobre doenças existentes e hábitos de vida, a maior parte das entrevistadas referiu não apresentar diabetes (98,4%) e hipertensão (92,4%), não ser tabagista (94,1%) e não praticar atividade física de rotina (58,9%). Quanto a religião, a maioria relatou ser católica (69%). Apenas 18,5% das entrevistadas referiu fazer uso de medicação diária e as medicações mais citadas foram os contraceptivos orais (10,9%) e os anti-hipertensivos (2,5%).

A Tabela 1 descreve as características da amostra, divididas em Grupo 1 – referente as mulheres que não tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas anteriores a coleta (105 – 23,4%) e Grupo 2 (343 – 76,6%) – referente as mulheres que relataram relação sexual neste período.

No que diz respeito a frequência das relações sexuais nas últimas quatro semanas, nas 343 (76,6%) mulheres que referiram ter tido relação sexual, foi possível observar que 178 (39,6%) relataram ter tido um número inferior a 5 relações; 106 (23,6%) entre 5 e 9 relações e 59 (13,1%) de 10 a mais relações. A

média da frequência de relações sexuais no último mês entre as pesquisadas que foi de $6\pm 5,2$.

A análise global da avaliação da função sexual por meio do ISFS, referente as mulheres que relataram atividade sexual na quatro semanas que antecederam a coleta, revelou escore médio de 29,14 ($\pm 5,09$). Maiores escores foram obtidos nos domínios satisfação ($5,24\pm 1,03$) e dor ($5,18\pm 1,13$). Houve maior comprometimento nos domínios desejo ($4,12\pm 0,99$) e excitação ($4,66\pm 1,10$) (Tabela 2).

Considerando o ponto de corte proposto pelo instrumento – escore geral de 26.55, é possível inferir que a prevalência de disfunção sexual na população estudada é de 20,86%.

A análise da associação entre o escore geral da função sexual e demais variáveis estudadas, demonstrou haver diferença significativa com melhor função sexual em mulheres na faixa etária de 31-45 anos ($p=0,021$), com 9 ou mais anos de estudo ($p=0,037$), não menopausadas ($p=0,006$) e que não utilizam medicação de rotina ($p=0.04$) (Tabela 3, 4 e 5).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, antecedentes gineco-obstétricos, doenças auto-referidas e hábitos de vida em mulheres sem (Grupo 1) e com atividade sexual (Grupo 2).

Variável	GRUPO 1*		GRUPO 2**		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Estado Civil						
Casada	7	3,5	198	96,5	205	45,5
Separada	14	58,3	11	45,9	25	5,4
Solteira	82	37,6	134	62,4	218	48,7
Viúva	2	100	0	0	2	0,4
Ocupação remunerada						
Sim	59	21,7	212	78,3	271	60,5
Não	46	26	131	74	177	39,5
Grau de Escolaridade						
9 ou mais	55	19,8	223	80,2	278	62
de 5 a 8	41	31,3	90	68,7	131	29,2
até 4	8	22,3	28	77,7	36	8
não alfabetizada	1	33,4	2	66,6	3	0,8
Renda per capita						
acima de 5	14	11,6	107	88,4	121	27
acima de 3 a 5	21	22,6	72	77,4	93	20,7
de 1 a 3	42	27,8	109	72,2	151	33,7
até 1	28	33,8	55	66,2	83	18,6
Menopausa						
Sim	24	49	25	51	49	11
Não	81	20,3	318	79,7	399	89
Paridade						
Nulípara	61	31	136	69	197	44
Primípara	18	18,4	80	81,6	98	21,8
Múltipara	26	17	127	83	153	34,2
Tipo de Parto						
Não se aplica	61	31	136	69	197	44
Cesáreo	9	6,8	123	93,2	132	29,5
Vaginal	19	22,7	65	77,3	84	18,7
Ambos	16	45,8	19	54,2	35	7,8
Cirurgias uroginecológicas						
Não	84	25	252	75	336	75
Sim	21	18,7	91	81,3	112	25
Diabetes						
Não	103	23,4	338	76,6	441	98,4
Sim	2	28,6	5	71,4	7	1,6
Hipertensão						
Não	95	23	319	77	414	92,4
Sim	10	29,5	24	70,5	34	7,6
Tabagismo						
Não	87	20,6	335	79,4	422	94,2
Sim	18	69,3	8	30,7	26	5,8
Atividade Física de Rotina						
Não	70	26,5	194	73,5	264	58,9
Sim	35	19,1	149	80,9	184	41,1
Uso de medicação diária						
Não	73	24,5	225	75,5	298	66,5
Sim	32	21,3	118	78,7	150	33,5
Religião						
Católica	74	24	235	76	309	68,9
Evangélica	11	16	58	84	69	15,4
Espirita	15	40,6	22	59,4	37	8,3
Não pratica	5	15,2	28	84,8	33	7,4

Tabela 2 – Distribuição dos Escores da função sexual avaliados segundo o Índice de Funcionamento Sexual Feminino - IFSF

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Desejo	343	1,2	6	4,12	0,99
Excitação	343	0	6	4,66	1
Lubrificação	343	0	6	5,10	1,03
Orgamo	343	0	6	4,96	1,19
Satisfação	343	0,8	6	5,24	1,03
Dor	343	0	6	5,18	1,13
Escore Total	343	2	36	29,14	5,09

Tabela 3 – Distribuição dos Escores do Índice de Funcionamento Sexual Feminino - IFSF segundo variáveis sociodemográficas e econômicas.

Variáveis	n (%)	Escores – IFSF Média (DP)	P
Idade (em anos)			
18-30	155 (45,2)	29,49±4,4	0,021
31-45	154 (44,9)	29,67±4,3	
46-60	34 (9,9)	26,55±6,9	
Estado civil			
Solteira	134 (39,1)	29,9±4,1	0,95
Casada/união estável	198 (57,7)	28,9±5,0	
Separada/divorciada	11 (3,2)	27,5±5,4	
Ocupação remunerada			
Sim	212 (61,8)	28,9±4,9	0,107
Não	131 (38,2)	29,7±4,3	
Escolaridade			
Analfabeta	2 (0,5)	27,5±4,1	0,037
Até 4	28 (8,1)	27,45±4,9	
5 a 8	90 (26,2)	28,79±6,1	
≥ 9	223 (65,2)	29,72±4,0	
Renda familiar per capita			
Acima de 5	55 (66,2)	29,35±4,8	0,412
Acima de 3 a 5	109 (72,2)	28,7±4,7	
De 1 a 3	72 (77,4)	29,8±4,1	
Até 1	107 (88,4)	28,73±5,4	

Tabela 4 – Distribuição dos Escores do Índice de Funcionamento Sexual Feminino - IFSF segundo antecedentes gineco-obstétricos.

Variáveis	n (%)	Escores – IFSF Média (DP)	P
Menopausa			
Sim	25 (7,2)	25,99±7,1	0,006
Não	318 (92,8)	29,54±4,4	
Paridade			
Nulípara	136 (39,6)	29,82±4,7	0,091
Primípara	80 (23,3)	28,70±4,8	
Múltipara	127 (37,1)	29,07±4,6	
Tipo de parto			
Cesáreo	123 (35,8)	28,67±4,7	0,35
Vaginal	65 (18,9)	29,36±4,9	
Ambos	19 (5,5)	29,07±3,8	
Cirurgias uroginecológicas			
Sim			0,19
Não	91 (26,5)	28,57±5,09	
	252 (73,5)	29,54±4,6	

Tabela 5 – Distribuição dos Escores do Índice de Funcionamento Sexual Feminino - IFSF segundo doenças auto-referidas e hábitos de vida.

Variáveis	n (%)	Escores – IFSF Média (DP)	P
Diabetes			
Sim	5 (29,27±4,7	0,81
Não	338	29,86±2,7	
Hipertensão			
Sim	24	29,33±4,6	0,98
Não	319	28,66±5,6	
Tabagismo			
Sim	8	25,68±9,9	0,19
Não	335	29,37±4,5	
Atividade física			
Sim	149	29,59±4,3	0,28
Não	194	29,04±5,0	
Uso de medicação			
Sim	118	28,10±5,5	0,04
Não	224	29,90±4,1	
Religião			
Católica	235	29,26±4,8	0,170
Evangélica	58	29,80±4,0	
Espírita	22	30,5±3,3	
Não pratica	28	27,44±6,1	

DISCUSSÃO

Sabe-se que a função sexual é resultante da interação entre diversos fatores, e os aspectos subjetivos tornam sua investigação ainda mais complexa. Os questionários utilizados nestas pesquisas possibilitam uma avaliação mais sofisticada da resposta sexual, porque acessam estes aspectos subjetivos e favorecem a visão multidimensional.¹

Este trabalho realizou um inquérito populacional na Cidade de Maceió, Alagoas, na tentativa de obter uma visão geral de como se apresenta a função sexual de mulheres deste município. A metodologia utilizada na presente pesquisa, considerou a heterogeneidade da cidade, procurando avaliar a função sexual de mulheres em seus diferentes estratos socioeconômicos, o que se torna relevante já que considera-se que diferenças culturais e sociais, afetam significativamente o comportamento e a resposta sexual^{1,11}.

A média do escore geral do IFSF foi de $29,14 \pm 5,09$, valor próximo ao encontrado no estudo de Prado, Lima e Lima¹², avaliando mulheres com média de idade muito próxima a do presente estudo. É importante ressaltar que este instrumento possui um ponto de corte deste escore - $26,55^{10}$, utilizado por alguns autores^{11,13} que auxilia o diagnóstico de disfunções sexuais.

Na população pesquisada, a média do escore geral do IFSF foi superior ao ponto de corte e os casos abaixo deste indicam uma prevalência de 20,86% de disfunções sexuais femininas, taxa um pouco mais baixa que estatísticas em mulheres brasileiras, que apontam uma prevalência entre 30% a 50%.^{4,14}

Prevalência muito próxima a da presente pesquisa foi encontrada em dois estudos realizados em Sergipe. Um em 2009¹¹, com o objetivo de verificar se havia associação entre disfunção sexual e renda familiar e escolaridade, onde foi observado que a prevalência em mulheres do setor público foi de 20% ao passo que no grupo do setor privado foi 23,4%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. E outro em 2012¹², com 177 gestantes e 181 não gestantes, indicando prevalência global de 31,7%, sendo que 23,3% nas não gestantes.

Um estudo realizado por Ferreira et al¹⁵ em clínica de planejamento familiar de um hospital escola de Recife mostrou que 36% das mulheres entrevistadas referiram algum tipo de disfunção sexual, não tendo sido observada associação entre escolaridade ou renda e disfunção sexual.

É importante levar em consideração que estas prevalências próximas encontradas nestes estudos, podem ter relação com a característica da região nordeste do país, onde considera-se que as mulheres acompanham de forma mais lenta as novas tendências de liberação sexual e, por isso, são mais propensas a um constrangimento em relação ao tema. Assim, independentemente do nível socioeconômico, mitos e tabus são muito prevalentes nesta região do país, o que talvez justifique a similar prevalência de disfunções sexuais nas quatro pesquisas.

No Brasil, em 2000, o estudo do comportamento sexual da população (ECOS) realizado em sete estados (São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro), abrangendo 1219 mulheres com idade média de 35,6 anos, demonstrou que pelo menos uma disfunção sexual estava presente em 49% das entrevistadas, sendo a disfunção do desejo sexual a mais observada, com uma prevalência de 26,7%.⁴

Um estudo realizado na região norte em 2010¹⁶, também sobre a prevalência de disfunções sexuais, comparou o período antes e após a gravidez e estimou uma prevalência de 23,9% antes da gravidez com mulheres com média de idade de 21,52 anos. Uma prevalência mais baixa pode ser atribuída ao fato de 45% da amostra ter sido composta por adolescentes e o instrumento utilizado só avaliar três domínios da disfunção sexual.

Dado mais recente foi obtido em uma pesquisa realizada em São Paulo em 2013, com mulheres que aguardavam por consulta em um ambulatório de ginecologia, onde foi observada uma prevalência de 35,5% de disfunção sexual, onde os fatores relevantes para a presença da disfunção foram depressão, ansiedade, escolaridade, incomodo com o próprio corpo, medo relacionado ao sexo, vergonha durante a ato sexual e educação sexual.¹³

Quanto as etapas da resposta sexual, avaliadas a partir da análise dos seis domínios do instrumento IFSF, foi possível observar que houve maior

comprometimento das fases desejo e excitação, corroborando com os achados de diversos estudos no Brasil e no mundo.^{4,13,17-19}

Ao analisar cada domínio separadamente, não foi possível indicar uma classificação específica de uma disfunção, já que nenhum domínio apresentou média abaixo de 3,9, que é considerada ponto de corte de acordo com o estudo de Safarinejad¹⁸. Segundo este autor, escores menores que 65% da pontuação máxima alcançável em cada domínio são considerados como disfunção sexual neste domínio. Portanto, escores menores que 3,9 em todos os seis domínios devem ser considerados disfunção sexual.

Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas em seus consultórios.¹⁷

No estudo de Lucena 2013¹³, utilizando outro instrumento, o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS)²⁰ que avaliou 110 mulheres com média de idade de 38,5 anos, a prevalência de transtorno de desejo foi de 32,7% seguido de problemas de excitação, presente em 31,8%. Um dado a ser considerado é que mesmo com problema nos domínios sexuais, nem todas as mulheres se mostraram insatisfeitas com as relações que desempenhavam.

Isto também foi confirmado na presente pesquisa, onde o domínio satisfação foi o que apresentou maiores médias, indicando melhor função.

O fato do desejo sexual hipoativo ser a disfunção sexual mais prevalente em mulheres é preocupante, já que a expressão da sexualidade feminina se caracteriza pela sedução e entrega, sendo o desejo sexual o ponto principal da resposta sexual.⁵

O novo modelo proposto por Basson, indica que a mulher inicia a relação com ou sem consciência do desejo, ou porque é receptiva ou responsiva a um estímulo erótico que resulta em excitação subjetiva com resposta física, ou porque tem excitação subjetiva que desencadeia a consciência do desejo que leva aumento gradativo da excitação e mais desejo. Este complexo de prazer e entrega pode culminar ou não em alívio orgástico, resultando em satisfação física e emocional que a torna receptiva para relações sexuais posteriores. Desta forma, pode-se afirmar

que o marcador de satisfação sexual para a mulher, é o desejo de engajar em uma nova relação com o parceiro, após um relacionamento sexual satisfatório.²¹

É importante ressaltar ainda que na mulher, não há uma relação proporcional, como acontece no homem, em que a ereção só existe com o desejo. Conforme a nova proposta circular da resposta sexual feminina²¹, uma mulher pode iniciar seu ciclo com excitação e lubrificação, que são respostas objetivas, e somente depois ter desejo, que é subjetivo.¹

No presente estudo, foi possível observar que houve associação entre a função sexual e as variáveis idade, escolaridade, menopausa e uso de medicação.

Quanto a idade, a função sexual se mostrou significativamente menor no grupo com faixa etária de 45-60 e melhor no grupo com faixa etária de 31-44.

Um Estudo de coorte realizado no Iran¹⁸ com 2626 mulheres entre 20-60 anos mostrou que a prevalência de disfunção sexual aumentou de 26% em mulheres com idade entre 20-39 anos para 39% naqueles maiores que 50 anos. Na faixa etária entre 50-60 anos as chances de ter disfunção sexual foram 4,4 vezes maior que na faixa etária entre 20-39 anos.

Na presente pesquisa, é importante ressaltar que melhor função sexual foi detectada em mulheres na faixa etária de 31-45 anos, fato que pode ser atribuído a uma maior maturidade emocional feminina nesta fase da vida, com visão positiva, relacionada a uma maior independência, autoconfiança e identidade pessoal mais forte que pode resultar em melhor qualidade de vida e atitudes positivas.²²

Maior comprometimento foi encontrado em mulheres com 45-60 anos, sendo importante lembrar que, nesta faixa etária, as mulheres vivenciam o período do climatério. Esta etapa do ciclo de vida da mulher está relacionado a aumento significativo das queixas sexuais como desejo hipotativo, disfunção de orgasmo e dispareunia.^{5,22}

De acordo com a literatura, não se sabe ao certo se a redução na função sexual se dá pela diminuição dos níveis hormonais ou ao progredir da idade. O próprio processo de envelhecimento cursa com alterações dos níveis hormonais, ação ineficiente dos neurotransmissores e neuropeptídios, e redução tecidual dos fatores de crescimento e de outras substâncias envolvidas na função biológica.⁵

O avançar da idade e as mudanças nos níveis hormonais no climatério podem ter repercussões biológicas e psíquicas negativas que são desfavoráveis aos sistemas envolvidos na resposta sexual normal. A percepção do envelhecimento, o nível cultural, o grau de satisfação emocional com o parceiro e a lubrificação vaginal inadequada influenciam as etapas da resposta sexual.⁵

Outro dado interessante é a frequência das relações sexuais inferior a encontrada em estudos nacionais. Foi verificado, entre as pesquisadas, uma média de relações sexuais nas últimas quatro semanas anteriores a coleta de $6 \pm 5,2$. Um estudo realizado por De Lorenzi e Saciloto em 2006²³, mostrou média de $6,3 \pm 3,1$ relações sexuais no último mês em mulheres menopausadas, que é referido como um período que já reduz a frequência de atividade sexual. Os autores deste estudo observaram que a frequência de relações sexuais associou-se negativamente com a idade, nível de satisfação sexual e intensidade de sintomas climatéricos. O número médio de relações sexuais foi significativamente menor entre as mulheres com mais de 50 anos e menor satisfação sexual.

O fato de ter sido encontrada uma frequência inferior a outros estudos pode estar relacionado ao entendimento de que as questões que envolvem a sexualidade feminina podem gerar constrangimento e fatos podem ser omitidos a depender da abordagem da pesquisa. Muitas vezes, é necessário romper a barreira do constrangimento e entrar na intimidade da mulher.

No que diz respeito a escolaridade, foi observado que quanto maior a escolaridade, melhor a função sexual. A literatura aponta tanto uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade^{18,24,25} quanto uma relação direta entre nível educacional elevado e maior prevalência de disfunção sexual.²⁶ Os achados encontrados nesta pesquisa podem estar associados ao fato de que mulheres com maior nível de escolaridade possuem um maior esclarecimento e amadurecimento das questões sexuais, o que pode contribuir para uma melhor função sexual.

O uso de medicação de rotina, esteve associado a uma menor função sexual. As medicações mais relatadas foram os contraceptivos orais. Nenhuma das entrevistadas relatou o uso de antidepressivos, que de acordo com a literatura,

podem cursar com disfunção sexual, particularmente os inibidores da recaptação da serotonina.^{27,28}

Os anticoncepcionais orais promovem o aumento dos níveis séricos da SHBG (Sex Hormone Binding Globulin), a proteína transportadora dos esteroides sexuais. Esta proteína se liga aos androgênios, resultando em menor disponibilidade de testosterona livre, que é a fração androgênica ativa. Embora a participação dos androgênios na função sexual não esteja esclarecida, existem evidências de que a diminuição dos níveis séricos de testosterona livre pode cursar com diminuição na função sexual. Os anticoncepcionais, em particular os de baixa concentração de estrogênio, podem causar diminuição da lubrificação vaginal e alterações no trofismo da parede vaginal, levando a dispareunia, com repercussões negativas na fase de excitação genital.²⁹

Talvez o fato de fazer uso de alguma medicação de rotina possa fazer inferência a existência de comorbidades clínicas que afetem a qualidade de vida geral e conseqüentemente interfiram na função sexual, o que não foi aprofundado neste estudo.

Este estudo descreve especificamente a função sexual de mulheres em uma capital nordestina, apesar de não poderem ser extrapolados para a totalidade da população feminina do Brasil, espera-se que seus resultados possam subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas e de programas e intervenções no campo da sexualidade feminina.

É necessário considerar o contexto e história pessoal destas mulheres, pois os questionários se limitam a mensurar funcionalidade e são questionados devido a subjetividade das informações, sujeito a viés de memória, adequação de respostas e outros desvios. Por referir-se a comportamentos relacionados a vida privada e íntima das pessoas, o relato dessas informações é particularmente suscetível a pressões sociais e, portanto, pode refletir respostas consideradas socialmente esperadas ou corretas.

Algumas limitações do estudo precisam ser consideradas como o fato de parceiros sexuais não terem sido entrevistados pois sabe-se que, em alguns casos, é o parceiro quem perde a libido e decide por não ter relações sexuais. A menor procura para o ato sexual por parte do parceiro pode ser interpretada como sinal de

desamor e perda do potencial de sedução da mulher, com reflexo negativo em qualquer fase da resposta sexual.

Também é preciso relatar que apesar do ISFS ser largamente utilizado em estudos populacionais sobre a sexualidade feminina, este instrumento não inclui domínios referentes a autoimagem e qualidade de vida sexual, dimensões consideradas relevantes na definição de qualidade sexual da mulher. Também há limitação em avaliar a mulher em período limitado há quatro semanas.

REFERÊNCIAS

1 Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30 (10): 504-10.

2 Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010; 55(1):1-6.

3 Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – revisão de literatura. Femina 2011 març; 39(3):139-142.

4 Abdo CHN, Oliveira Junior WN, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. RBM Rev Bras Med. 2002; 59(4):250-7.

5 Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet, 2008; 30(6):312-21.

6 Pereira VM, O. e Silva AC, Nardi AE, Heinemann LAJ. Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro da Scale for Quality of Sexual Function (QSF). Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2011 julh; 33(2): 87-97.

7 Barbosa RM, Koyama MAH. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. Rev Saúde Pública 2008;42 (Supl 1): 21-33.

8 Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):416-426, fev, 2008.

9 Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev HCPA 2007; 27(1).

- 10 Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
- 11 Prado DS, Mora VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):139-43
- 12 Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obster.* 2013;35(5)205-9.
- 13 Kim SR, Moon YJ, Kim SK, Bai SW. Changes in Sexual Function and Comparison of Questionnaires Following Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Yonsei Med J* 55(1):170-177, 2014.
- 14 Lucena BR. (Dis)função, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.
- 15 Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007, 7(2):143-50.
- 16 Lima AD, Dotto LMG, Mamede MV. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 29(8):1544-1554,2013
- 17 Abdo CHN, Oliveira Junior WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *RBM Rev Bras Med.* 2002; 59(3): 179-86.
- 18 Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res.* 2006;18(4):382-95.
- 19 Perestrelo JMF. Avaliação do Impacto da Infertilidade sobre a função sexual em casais portugueses. [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2012.
- 20 Abdo, CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* 2006; 63(9): 477-482, 2006.
- 21 Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2004;1(1):40-8.
- 22 Lara LAS, Useche B, E Silva, JCR, Ferriani RA, Reis RM, De Sá MFS, De Carvalho BR, Carvalho MACR, E Silva ACJ. Sexuality during climateric period. *Maturitas* 62 (2009) 127-133.

- 23 De Lorenzi DRS, Sacioloto B. Frequencia da atividade Sexual em Mulheres Menopausadas. Rev Assoc Med Bras; 52(4):256-60.
- 24 Abdo CH, Oliveira WMJr, Moreira EDJr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). Int J Impot Res. 2004;16(2):160-6.
- 25 Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int. 2004;72(1):52-7.
- 26 Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. Rev Port Clín Geral. 2006;22(6):701-20.
- 27 Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. Adv Psychosom Med. 2008;29:89-106.
- 28 Laranjeiras M, Athanássios T. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual Rev. psiquiatr. clin; 33(3): 168-173, 2006.
- 29 Graham CA, Bancroft J, Doll HÁ, Greco T, Tanner A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? Psychoneuroendocrinology. 2007;32(3):246-55.

CONCLUSÃO

Utilizando como base o diagnóstico situacional da função sexual, que indicou um estado de saúde sexual bom das mulheres da cidade de Maceió, com maior comprometimento nas dimensões desejo e excitação, sugere-se um acompanhamento sistematizado principalmente de mulheres acima dos 45 anos, com baixa escolaridade, menopausadas e que utilizam medicação de rotina, visando à promoção de saúde, diagnóstico precoce e tratamentos necessários para as que apresentam disfunções sexuais, com intervenção de equipe multidisciplinar, o que poderá proporcionar a essas mulheres viver com uma melhor qualidade de vida sexual.

Este estudo descreve especificamente a função sexual de mulheres em uma capital nordestina, apesar de não poderem ser extrapolados para a totalidade da população feminina do Brasil, espera-se que seus resultados possam subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas e de programas e intervenções no campo da sexualidade feminina, já que cada região necessita adequar seus protocolos de assistência, uma vez que muitas estratégias de intervenção, aplicáveis a uma dada população, não apresentam resultados satisfatórios em culturas diferentes.

REFERÊNCIAS

- 1 Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30 (10): 504-10.
- 2 De Lorenzi DRS, Sacioloto B. Frequencia da atividade Sexual em Mulheres Menopausadas. Rev Assoc Med Bras; 52(4):256-60.
- 3 Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet, 2008; 30(6):312-21.
- 4 Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – revisão de literatura. Femina 2011 març; 39(3):139-142.
- 5 Masters WH, Jonhson VE. Human sexual response. Little, Brown, Boston. 1966.
- 6 Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther. 1977;3:3-9.
- 7 Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010; 55(1):1-6.
- 8 Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993
- 9 Fonseca, MFSM. Beresin, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em enfermagem. O mundo da saúde São Paulo 2008;32(4):430-436.
- 14 Lucena BR. (Dis)função, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.
- 11 Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunctions. J Sex Med. 2004;1(1):40-8.
- 12 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos: DSM-IV-TRTM. Rev Porto Alegre. 2002.
- 13 Abdo CHN. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. Diagn Tratamento. 2010;15:88-90.
- 14 Abdo CHN, Oliveira Junior WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. RBM Rev Bras Med. 2002; 59(3): 179-86.
- 15 Abdo CHN, Oliveira Junior WN, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. RBM Rev Bras Med. 2002; 59(4):250-7.

16 World Health Organization. Gender and reproductive rights [document on the internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2007 Aug]. Available from: www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html

16 Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnoli VR, Assis JS, Pinotti JA. Avaliação da Capacidade Orgástica em Mulheres na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(4):444-50.

17 Pereira VM, O. e Silva AC, Nardi AE, Heinemann LAJ. Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro da Scale for Quality of Sexual Function (QSF). Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2011 julh; 33(2): 87-97.

18 Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TGM, Abdo CHN. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(9):409-13.

19 Borges VLF, Medeiros SF. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina após menopausa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(6):293-9.

20 Lara LAS et al. Sexuality during the climateric period. Maturitas 62 (2009): 127-133.

21 Prado DS, Lima VR, De Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. Rev Bras Ginecol Obstet, 2013;35(5):205-9.

22 Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):416-426, fev, 2008.

23 Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev HCPA 2007; 27(1).

24 Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(8):414-9.

25 Blummel JEM, Binfa EL, Cataldo PA, Carrasco AV, Izaguirre HL, Sarrá SC. Índice de función sexual femenina: um teste para evaluar la sexualidade de la mujer. Rev Chil Obstet Gynecol 2004;69(2):118-25.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Este documento deverá ser emitido em duas vias, onde uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntária do estudo “Avaliação da *Função Sexual de Mulheres da Cidade de Maceió-AL*”, que será realizado nos domicílios da cidade de Maceió e os dados processados na Clínica Escola de Fisioterapia Dr. Rodrigo Ramalho - Centro Universitário CESMAC recebi da Sra. Renata Sampaio Rodrigues Soutinho, Fisioterapeuta,

Especialista em Urologia e Obstetrícia, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a avaliar a função sexual em mulheres da cidade de Maceió-AL;
- 2) Que a importância deste estudo é poder conhecer a função sexual das mulheres de Maceió para a partir disto poder elaborar medidas para aprimoramento da mesma, já que a saúde sexual é um item diretamente relacionado a qualidade de vida.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são a identificação do número de mulheres que possuem alteração na função sexual no município de Maceió bem como os fatores associados a estas alterações;
- 4) Que este estudo começará em abril de 2013 e terminará em dezembro de 2013;
- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: respondendo a algumas perguntas feitas pelos pesquisadores e preenchendo um questionário sem interferência dos pesquisadores;
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde mental podem estar relacionados a algum tipo de constrangimento com algumas perguntas durante avaliação . A pesquisa não oferece nenhum tipo de risco físico.
- 7) Que poderei contar com a assistência da Clínica Escola de Fisioterapia Dr. Rodrigo Ramalho - Centro Universitário CESMAC , sendo responsável por ela a própria pesquisadora principal Sra. Renata Sampaio Rodrigues Soutinho;
- 8) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, é a identificação de necessidades específicas dessas mulheres, assim como, o direcionamento de uma assistência mais adequada e a possibilidade da implantação de políticas de saúde que lhes confirmam melhor qualidade de vida sexual. Quanto aos benefícios, as participantes serão convidadas para uma palestra, que será conferida pela pesquisadora Renata Sampaio Rodrigues Soutinho, e que terá como temática “Disfunções Sexuais femininas”.
- 9) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 10) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 11) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só serão feitas entre os profissionais estudiosos do assunto;

12) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:
Nº:, complemento:Bairro:
Cidade:CEP:.....Telefone:
Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Nome: Renata Sampaio Rodrigues Soutinho
Endereço Postal: rua jornalista José batista dos santos, nº 109, edf. Emanuelle, apt. 101, gruta, Maceió-AL
Fone: (82) 9933-0051/8833-0051

Instituição:

Nome: Clínica Escola de Fisioterapia Dr. Rodrigo Ramalho - Centro Universitário CESMAC.
Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió-AL
Fone: (82) 3215-5000

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino (COEPE), pertencente ao Centro Universitário Cesmac – FEJAL: Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP.: 57021-060. Telefone: 3215-5062. Correio eletrônico: cepcesmac@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal
(rubricar as demais folhas)

Assinatura do responsável pelo Estudo
(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados

Avaliação da Função Sexual de Mulheres da Cidade de Maceió-A

Formulário de coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO:

1. Código do formulário:	2. Data de preenchimento:
	/ / 2013

3. Nome do sujeito da pesquisa:	
1.	
2.	Não sei
3.	Não desejo responder

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

4. Data de nascimento:	5. Idade:
1.	
2.	Não sei
3.	Não desejo responder

6. Estado civil:	
1.	Solteira
2.	Casada ou mora com companheiro
3.	Separada/desquitada/divorciada
4.	Viúva
5.	Não sei
6.	Não desejo responder

7. Ocupação remunerada:	
1.	Sim
2.	Não
3.	Não sei
4.	Não desejo responder

8. Anos completos de estudo:

1.		Analfabeta
2.		Até 4 anos
3.		5 a 8 anos
4.		≥9 anos
5.		Analfabeta
6.		Não sei
7.		Não desejo responder

9. Renda Per capita:		
1.		Até 1 Salário mínimo
2.		De 1 a 3 salários mínimos
3.		Acima de 3 a 5 salários mínimos
4.		Acima de 5 salários mínimos
5.		Não sei
6.		Não desejo responder

11. Religião:		
1.		Católica
2.		Evangélica
3.		Espírita
4.		Outras
5.		Não pratica
6.		Não sei
7.		Não desejo responder

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

12. Menopausa:		
1.		Sim
2.		Não
3.		Não sei
4.		Não desejo responder

13. Paridade:		
1.		Nulípara
2.		Primípara

3.		Múltipara
4.		Não sei
5.		Não desejo responder

14. Tipo de Parto:		
1.		Vaginal
2.		Cesariano
3.		Ambos
4.		Não se aplica
5.		Não sei
6.		Não desejo responder

15. Cirurgias uroginecológicas:		
1.		Sim
2.		Não
3.		Não sei
4.		Não desejo responder
5.		Qual?

DOENÇAS AUTO REFERIDAS

16. Presença de doença crônica:		
1.		Sim
2.		Não
3.		Não sei
4.		Não desejo responder

17. Tipo de doença crônica:		
1.		Hipertensão arterial (pressão alta)
2.		Diabete mérito (açúcar no sangue);
3.		Osteoporose
4.		Outra, Cite:
5.		Não desejo responder
6.		Outras -

HÁBITOS DE VIDA

18. Tabagismo:		
1.	<input type="checkbox"/>	Não fumante
2.	<input type="checkbox"/>	Fumante diário
3.	<input type="checkbox"/>	Fumante ocasional (não fuma diariamente)
4.	<input type="checkbox"/>	Não sei
5.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder

19. Uso de medicações de rotina:		
1.	<input type="checkbox"/>	Sim
2.	<input type="checkbox"/>	Não
3.	<input type="checkbox"/>	Não sei
4.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder
5.	<input type="checkbox"/>	Quais -

20. Atividade física de rotina: (considerar sim se 3 ou mais vezes por semana, pelo menos 40 minutos /vez)		
1.	<input type="checkbox"/>	Sim
2.	<input type="checkbox"/>	Não
3.	<input type="checkbox"/>	Não sei
4.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder
5.	<input type="checkbox"/>	Qual -

ATIVIDADE SEXUAL

21. Número de relações sexuais nas últimas 4 semanas		
1.	<input type="checkbox"/>	Não houve relação
2.	<input type="checkbox"/>	Número de relações -
4.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisas com humanos



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 12 de dezembro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1524/12 **Título:** Função sexual de mulheres da cidade de Maceió-AL

Grupo III Área de conhecimento: Ciências da Saúde **Código:** 4.08

Pesquisador Responsável: Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

Instituição Responsável: Centro Universitário Cesmac

Data de Entrada: 01/06/2012 **Analisado na 141ª Reunião Ordinária Data da Reunião:** 21/11/2012

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

A disfunção sexual feminina é determinada como qualquer discordância em uma ou mais etapas do ciclo de resposta sexual, quando referido ao desejo sexual, excitabilidade, orgasmo e/ou presença de dor associada ao ato sexual. São vários os fatores que podem influenciar na função sexual feminina, dentre eles razões físicas, efeitos de determinadas medicações, alterações relacionadas ao processo de envelhecimento e fatores psicológicos. Patologias relacionadas ao trato urinário e aos órgãos sexuais, como infecções urinárias, retais ou vaginais também podem comprometer a função sexual na mulher. As causas psicológicas que contribuem para a falta de desejo sexual feminino são: aceitação do corpo, timidez e religião, falta de conhecimento do próprio corpo, rotina no sexo, conflito conjugal, desemprego, problemas com filhos e estresse do dia-a-dia. Entender a função sexual das mulheres é de suma importância no âmbito da saúde já que a sexualidade humana é considerada parte integral da personalidade de cada uma. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Desta forma o objetivo da pesquisa é investigar a função sexual em mulheres da Cidade de Maceió-Alagoas. Trata-se de um estudo observacional analítico, transversal. A coleta de dados será realizada na zona urbana do município de Maceió-AL. O recrutamento das voluntárias será através de visita domiciliar, por meio de convite realizado pelos pesquisadores. Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado erro amostral de 0,05%, prevalência de 0,66% de qualidade sexual ruim ou muito ruim, considerando nível de confiança de 95% (IC 95%) e admitindo-se erro alfa de 0,05%. O tamanho da amostra foi calculado em 337 mulheres, acrescido de 20% para perdas e recusas. O tamanho da amostra mínimo necessário 405. Serão incluídas no estudo mulheres com faixa etária entre 18 a 60 anos, residentes na zona urbana do município de Maceió-AL, e excluídas mulheres com gravidez suspeita ou confirmada, em puerpério imediato ou tardio; não alfabetizadas, que apresentem alterações comportamentais ou façam uso de medicações psiquiátricas; com incapacidade cognitiva ou auditiva. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mulheres deverão responder a um formulário de coleta de dados composto por questões relacionadas à faixa etária, escolaridade, renda per capita, estado civil, doenças auto-referidas e antecedentes gineco-obstétricos. Para avaliar a função sexual, será utilizada a Scale for Quality Sexual Function (QSF), desenvolvida para avaliar a função sexual tanto de homens quanto de mulheres, traduzida e validada para o português. Consiste em 32 itens específicos e oito questões gerais, divididos em quatro domínios: Qualidade de Vida Psicossomática, Atividade Sexual, (Dis)função Sexual – Autorreflexão e (Dis)função Sexual – Visão do Parceiro. Para avaliar o nível de stress, será utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) - (2000). Quanto aos riscos, pode acontecer o constrangimento, em responder algumas perguntas durante avaliação da presença de sintomas ginecológicos. Para amenizar essa sensação de constrangimento a entrevista será realizada de forma individualizada, por pesquisador da área da saúde, previamente treinado no setor de fisioterapia, de uma clínica escola. Todas as informações colhidas serão tratadas em sigilo sendo apenas divulgados os resultados entre os profissionais da área, sem identificação das participantes. Quanto aos benefícios, as participantes serão convidadas para uma palestra, que será confiada pela pesquisadora, que terá como temática "como aprimorar a atividade sexual através de exercícios". Será possível a identificação de necessidades específicas dessas mulheres, assim como, o direcionamento para uma assistência mais adequada e a possibilidade da implantação de políticas de saúde que lhes confiram melhor qualidade de vida sexual. A pesquisa

será encerrada se o arquivo eletrônico matriz protegido por senha em diretório oculto e todos os outros arquivos de segurança forem danificados ou perdidos integralmente, impossibilitando a utilização das informações salvas. O Comitê de Ética em Pesquisa será notificado caso isto ocorra.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Illa. Profa. Esp. **Renata Sampaio Rodrigues Soutinho**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 13/02/2013 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

Atenciosamente,


Profa Alice Cristina Oliveira Azevedo
Coord. do COEPE/CESMAC

ANEXO B – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Instruções:

Estas questões são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às perguntas que seguem da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo. As definições a seguir se aplicam nas respostas:

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (metade das vezes)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

Sem atividade sexual

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Altíssima confiança
- Alta confiança
- Moderada confiança
- Baixa confiança
- Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você ficou lubrificada ("molhada") durante durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- () Não houve tentativa de penetração
- () Altíssimo
- () Alto
- () Moderado
- () Baixo
- () Baixíssimo ou nenhum

ESCORE DAS RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO

1. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- (5) Muito alto
- (4) Alto
- (3) Moderado
- (2) Baixo
- (1) Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)

- (3) Algumas vezes (metade das vezes)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

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

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Altíssima confiança
- (4) Alta confiança
- (3) Moderada confiança
- (2) Baixa confiança
- (1) Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre

- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco difícil
- (5) Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- (0) Sem atividade sexual

- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração

- (1) Altíssimo
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Baixo
- (5) Baixíssimo ou nenhum

CÁLCULO DOS ESCORES

Domínios	Questões	Variação do Escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo	Escore
Desejo	1,2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Excitação	3,4,5,6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrificação	7,8,9,10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasmo	11,12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfação	14, 15, 16	0(ou1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Escore Total				2.0	36.0	

Autorizo cópia total ou parcial desta obra apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor.

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

Maceió, 08 de março de 2014.

