UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

KAMILLA SOUZA DE JESUS AQUINO

FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES SEXUAIS NO CLIMATÉRIO

ARACAJU
2018

KAMILLA SOUZA DE JESUS AQUINO

FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES SEXUAIS NO CLIMATÉRIO

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Siqueira Prado

ARACAJU
2018

KAMILLA SOUZA DE JESUS AQUINO

FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES SEXUAIS NO CLIMATÉRIO

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Kamilla Souza de Jesus Aquino

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Siqueira Prado

ARACAJU
2018

KAMILLA SOUZA DE JESUS AQUINO

FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES SEXUAIS NO CLIMATÉRIO

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar sabedoria, saúde e principalmente garra para iniciar um novo desafio.

A minha mãe Silvaneide, por ser meu porto seguro e me incentivar sempre a buscar os meus sonhos, mesmo que eles pareçam impossíveis.

Ao meu esposo Gleiton, pelo apoio e por suportar todas alterações de humor que tive ao longo da construção deste trabalho, e por me ajudar na construção do banco de dados.

A minha irmã Millena que, mesmo não estando entre nós, manda energias e proteção para que eu siga trilhando meu caminho.

A minha família, em especial a minhas tias Sandra, Carla, Silvanira e Luana pela força nos momentos em que desanimei. E ao meu primo Clayton por colaborar com a separação dos dados.

Aos meus amigos, em especial à Érica, Matheus, Rodrigo e Paulo por cada conversa de incentivo, de encorajamento em todos os momentos que precisei.

A minha orientadora Daniela S. Prado, por ter me inspirado a pesquisar sobre esse tema. Por e me acolher, orientar e compartilhar seus conhecimentos com paciência. E principalmente, por sempre encontrar solução onde eu só enxergava problema.

A alguns colaboradores, em especial à Clínica Santa Helena por ter permitido a realização da pesquisa em seu espaço físico, à Ikaro Daniel C. Barreto pela colaboração com a análise dos dados e à Bárbara Rhayane pela colaboração na aplicação dos questionários.

E a todas as mulheres que participaram da pesquisa.

LISTA DE TABELAS

TRABALHO DE PESQUISA

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população segundo status menopausal.....	49
Tabela 2. Correlação entre aspectos sociodemográficos e status menopausal com Índice de Função Sexual Feminina (IFSF).....	50
Tabela 3. Média do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e dos domínios da função sexual segundo <i>status</i> menopausal.....	51
Tabela 4. Correlação entre sintomas climatéricos (global e por domínios do <i>Menopause Rating Scale</i> (MRS) e Índice de Função Sexual Feminina (IFSF).....	52

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APA	American Psychological Association
BSFI-W	Brief Sexual Functioning Index for Women
BSSB	Brazilian study on sexual behavior
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DFS	Disfunção sexual feminina
DIU	Dispositivo intrauterino
DSH	Desejo sexual hipoativo
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FSDS	Female Sexual Distress Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
HERS	Heart and Estrogen/progestin Replacement Study
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSF	Índice de Função Sexual Feminina
MRS	Menopause Rating Scale
OMS	Organização Mundial da ou de Saúde
PSFS	Profile of Female Sexual Function
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
TAS	Transtorno de aversão sexual
WHI	Women's Health Initiative

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Ciclo de resposta sexual feminina	11
2.2 Disfunção sexual feminina.....	12
2.3 Fatores associados à disfunção sexual feminina	14
2.4 Epidemiologia das disfunções sexuais femininas.....	15
2.5 Climatério e disfunções sexuais.....	16
2.6 Diagnóstico de disfunção sexual no climatério	20
2.7 Tratamento de disfunção sexual no climatério.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	23
4 NORMAS DE PUBLICAÇÃO	29
5 TRABALHO DE PESQUISA	39
Introdução	42
Metodologia.....	43
Resultados.....	44
Discussão	45
Conclusão	47
Referências	52
APÊNDICE A.....	56
APÊNDICE B.....	58
7 ANEXOS.....	59
7.1 Índice de função sexual feminina (IFSF)	59
7.2 Menopause Rating Scale (MRS)	62

1 INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é um problema de saúde pública de alta prevalência mundial, relatado por cerca de 40% de todas as mulheres no mundo, alterando a qualidade de vida e das relações afetivas, sendo sua investigação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Monterrosa-Castro et al. 2016; Cabral et al. 2012; J. de L. Santos, Leão, and Gardenghi 2016; Shifren 2018). A disfunção sexual feminina geralmente tem etiologia multifatorial e pode incluir fatores biológicos (estado fisiológico, comorbidades, medicamentos), psicológicos (medo, ansiedade, baixa autoestima), interpessoais (conflitos na relação, rejeição) e culturais (Cerejo 2006; Mendonça et al. 2012; Lara et al. 2017).

O climatério compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, sendo uma fase biológica e não um processo patológico (Ministério da saúde 2008). Nessa fase, as mulheres tornam-se mais vulneráveis às disfunções sexuais, em virtude das consequências do hipoestrogenismo, tais como: redução da elasticidade, da rugosidade e da lubrificação vaginal, bem como por alterações da libido e por aspectos psicológicos e socioculturais (Cabral et al. 2012; Cavalcanti et al. 2014; Crowley 2018). Esses fatores podem causar dor e insatisfação com a relação sexual e distúrbios do desejo sexual, da excitação, da lubrificação e da capacidade orgástica feminina (Espitia 2018; Simon et al. 2014). Apesar das dificuldades causadas pelos preconceitos e tabus que envolvem esse tema, a investigação dessas queixas é necessária (Lara et al. 2017; Ministério da saúde 2008; Rodrigues Fernandez, Gir, e Hayashida 2005).

No Brasil, segundo dados do IBGE, há aproximadamente 15 milhões de mulheres com idade entre 45 e 65 anos, ou seja, 6,4% da população feminina atual (96 milhões), esta na faixa etária em que ocorre o climatério. O Instituto brasileiro de Geografia e Estatística ainda mostra que a expectativa de vida das mulheres em 2018 é de 76,25 anos e em 2030 será 82 anos (IBGE 2018). Por isso, é fundamental compreender o climatério e as mudanças que acontecem nesse período da vida da mulher, incluindo a função sexual, visto que com o aumento da expectativa de vida, há aumento também da quantidade de anos vividos no climatério.

Estudos epidemiológicos demonstram alta prevalência de disfunção sexual no climatério (Shifren 2018; C. Abdo et al. 2004; Dennerstein and Hayes 2005; Cerejo 2006; Shifren et al. 2008). Conforme demonstrado em estudos brasileiros, a prevalência de

disfunção sexual varia de 13,3% a 79,3% (Wolpe et al. 2017). A frequência aumenta com a idade, e os principais tipos de disfunção são desejo hipotivo (26,7%), dor durante a relação (23,1%) e disfunção orgástica (21%) (C. Abdo et al. 2004).

Tendo em vista o fato de o climatério ser uma fase que aumenta o risco de disfunção sexual e diante do envelhecimento da população brasileira, este estudo tem como objetivo verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais entre mulheres na pré e na pós-menopausa e avaliar quais sintomas climatéricos são mais prevalentes nas mulheres com disfunção sexual.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Ciclo de resposta sexual feminina

A resposta sexual humana tem sido muito estudada nos últimos anos. Segundo Marques e col., é formada por três dimensões que se correlacionam: a biológica, a psicológica e a social. Dessa forma, ultrapassa a função meramente reprodutiva (Marques, Chedid, e Eizerik 2008).

O casal William Masters e Virginia Johnson estudou e descreveu pela primeira vez, em 1966, um modelo de resposta sexual humana. Era um modelo linear constituído de quatro fases (excitação, platô, orgasmo e resolução), comuns para ambos os sexos. Esse modelo relata que uma excitação fisiológica (ereção masculina e vasocongestão vulvovaginal) se iniciaria a partir de um estímulo, seria seguida de platô (aumento da tensão sexual), que levaria ao orgasmo (ápice do prazer) e a posterior resolução (relaxamento do corpo, torpor), sendo possível, a partir daí, iniciar-se um novo estímulo (C. H. N. Abdo e Fleury 2006; Pacagnella et al. 2008).

Já em 1979, um novo modelo, contendo apenas três fases - desejo, excitabilidade e orgasmo - foi sugerido por Kaplan. Ele excluiu as fases do platô e da resolução por acreditar que aquela fazia parte da excitação e esta última por não fazer parte da atividade sexual. Além disso, uma mudança importante foi a adição do desejo como uma das fases, ou seja, a vontade de ter relação sexual, motivada por pensamentos ou estímulos sensoriais (Mendonça et al. 2012; C. H. N. Abdo e Fleury 2006; Damjanović, Duišin, e Barišić 2013).

A psiquiatra canadense Rosemary Basson, em 2000, propôs um modelo diferente e complexo chamado “Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina” (Basson 2000). Esse modelo difere em muitos aspectos dos outros, pois incorpora intimidade emocional, estímulos sexuais, e satisfação com a relação. Basson afirma que a excitação sexual feminina é subjetiva, diferente da masculina, que é algo mais físico, um impulso biológico influenciado pela testosterona no qual um estímulo visual ou uma fantasia sexual já provoca libido. A excitação na mulher é motivada quando ela se sente acarinhada, acolhida, há busca de proximidade com o parceiro e principalmente há um grau de intimidade entre o casal (Damjanović, Duišin, e Barišić 2013; Mendonça et al. 2012; C. H. N. Abdo e Fleury 2006). Dessa forma, a atividade sexual pode partir da neutralidade, ou seja, no início da atividade sexual a mulher não está com interesse e/ou desejo sexuais espontâneos, e sim, em busca de vínculo, mas a partir da estimulação do parceiro, o desejo e a excitação começam a aparecer

de forma crescente. Com isso, afirma que em relacionamentos de longo prazo o desejo sexual é uma consequência de estímulo prévio, e não a causa. Além de defender que a excitação pode partir de uma “linha de base” ele afirma que a satisfação sexual pode ocorrer com a presença ou não de orgasmo, sendo que a manifestação deste é diferente de mulher para mulher. A continuidade do sistema de “recompensas”, como ressalta Basson, é fundamental para o disparo dos gatilhos sexuais, ou seja, essa subjetividade que traz junto união, sensação de bem-estar, caracterizando o mecanismo não genital da estimulação feminina, tem que permanecer para motivar o início de um novo ciclo. Alguns fatores como dispareunia podem reduzir a motivação e bloquear esses gatilhos. A falta de consciência dessa diferença de resposta sexual feminina em relação à do parceiro também pode desmotivar a mulher (Basson 2000).

Para avaliar a função sexual feminina, viu-se a necessidade de métodos validados e objetivos, que qualificassem e quantificassem a função sexual. Os questionários vêm desempenhando um papel importante na avaliação dos múltiplos e complexos fatores que circundam a resposta sexual feminina. Eles apresentam baixo custo, facilidade de aplicação, rapidez e servem como instrumento diagnóstico (Lima et al. 2010; Pacagnella et al. 2008). Dentre os questionários validados o mais utilizado atualmente é o *Female Sexual Function Index (FSFI)*, que foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar de estudiosos da função sexual feminina, e serve para avaliar os seis domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), separadamente ou conjuntamente. Este questionário possui 19 perguntas e o somatório total varia de 2 a 36 pontos. Sendo 26,5 considerada pontuação de corte para boa função sexual (Lima et al. 2010; Thiel et al. 2008; Hentschel et al. 2007; Rosen et al. 2000). Os pesquisadores, Sand e Fisher, através desse índice *Female Sexual Function Index (FSFI)* avaliaram os três modelos de resposta sexual e afirmaram que as disfunções sexuais femininas são melhor refletidas pelo modelo de Basson, sendo assim o modelo mais aceito atualmente (Mendonça et al. 2012).

2.2 Disfunção sexual feminina

Segundo Shifren disfunções sexuais são relatadas por cerca de 40% de todas as mulheres no mundo (Shifren 2018). A palavra disfunção significa funcionamento prejudicado, ou fora da norma. Por isso, há uma dificuldade de estabelecer uma definição universal para o conceito de disfunções sexuais, que aborde não só os aspectos físicos quantitativos, quanto todos os aspectos subjetivos qualitativos envolvidos neste problema (Cerejo 2006).

Resposta sexual saudável para a Associação Psiquiátrica Americana (APA), é o conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (C. H. N. Abdo e Fleury 2006). Já disfunções sexuais são conceituadas pela APA, através do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), como “um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (DSM-V 2013).

A OMS define disfunções sexuais como síndromes comportamentais que incapacitam frequentemente a satisfação sexual (desde há pelo menos seis meses) e estão associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos. Deste modo, na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, as disfunções sexuais estão no capítulo 5, categoria F-50, da área de psiquiatria (CID-10 1998).

A American Urological Association Foundation define DSF como “ausência ou acentuada diminuição de sentimentos de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias e falta de desejo responsivo”, introduzindo os aspectos subjetivos do ciclo de resposta sexual feminina. Basson define como “ausência ou acentuada diminuição de sentimentos de excitação sexual (excitação e prazer sexual) a qualquer tipo de estímulo sexual, bem como queixas de excitação sexual genital ausente ou prejudicada (tumescência vulvar, lubrificação)” (Helena e Abdo 2010; Basson 2000).

Nesses conceitos atuais é notável a importância da angústia pessoal para que a alteração do funcionamento de algum domínio (desejo, excitação, orgasmo e dor) seja considerada disfunção sexual (Dennerstein et al. 2005). Mendonça e col. definem disfunção sexual feminina de forma mais ampla como um conjunto de condições clínicas, que interferem as relações interpessoais e provocam diminuição acentuada na qualidade de vida (Mendonça et al. 2012). Já Shifren conceitua de forma mais objetiva, como algum problema sexual associado à angústia pessoal. E acrescenta que pode ocorrer desde o início da vida sexual (disfunção primária) ou pode iniciar mais tardiamente após um período de vida sexual normal (disfunção secundária) (Shifren 2018).

Marques e col. ressaltam a importância de entender o conceito de adequação e inadequação no contexto das disfunções sexuais. Adequação tem relação com satisfação do casal com a relação sexual, independente de ela ser funcional ou não. Ou seja, um casal pode ser disfuncional sexualmente (ex: vaginismo/disfunção erétil) e estar completamente satisfeito/adequado com a relação sexual. Lembrando que para ser considerada disfunção

sexual, um dos critérios é sofrimento inter ou intrapessoal (Marques, Chedid, and Eizerik 2008).

As disfunções sexuais femininas são classificadas pelo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais como (DSM-V 2013; Mendonça et al. 2012):

- Transtorno do desejo sexual (desejo sexual hipoativo (DSH); transtorno de aversão sexual (TAS)
- Transtorno da excitação sexual
- Transtorno do orgasmo
- Transtornos sexuais dolorosos (dispareunia; vaginismo)
- Disfunção sexual devida a uma condição médica geral
- Disfunção sexual induzida por substância
- Disfunção sexual sem outra especificação

A Organização Mundial da Saúde classifica pelo CID-10 como (CID-10 1998):

- F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual
- F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual
- F52.2 Falha de resposta genital
- F52.3 Disfunção orgástica
- F52.4 Ejaculação precoce
- F52.5 Vaginismo não orgânico
- F52.6 Dispareunia não orgânica
- F52.7 Apetite sexual excessivo
- F52.8 Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica
- F52.9 Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada

Alguns autores ainda classificam como: gerais/ situacionais; primárias/ secundárias; e transitórias/permanentes (Marques, Chedid, e Eizerik 2008).

2.3 Fatores associados à disfunção sexual feminina

A disfunção sexual feminina geralmente tem etiologia multifatorial e pode incluir fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e culturais. Além disso, os fatores são

semelhantes tanto em mulheres que fazem sexo com homens, como nas que fazem sexo com mulheres (Shifren 2018).

Nos fatores biológicos estão inclusos: estado fisiológico (gravidez, puerpério, menopausa), co-morbidades (urogenitais, neurológicas e distúrbios endócrinos, disfunções do assoalho pélvico), cirurgias prévias, uso de medicamentos e abuso de substâncias (Cerejo 2006). As co-morbidades que estão associadas com disfunção sexual são: distopias, incontinência urinária, endometriose, miomatose uterina, hiperprolactinemia, hipertensão, obesidade, doença de Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, dor crônica e insuficiência renal. Os medicamentos que alteram a função sexual são anti-hipertensivos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, e alguns anti-epilépticos. Em relação aos anticoncepcionais hormonais, os estudos são controversos. Abuso de álcool e opiáceos também interferem na função sexual (Shifren 2018).

Os fatores psicológicos que fazem parte da etiologia da disfunção sexual feminina são: baixa autoestima, depressão, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, de sentir dor, de contrair infecções ou de engravidar, ansiedade com desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas, histórico de abuso, conflitos no relacionamento, fadiga, stress e falta de privacidade (Mendonça et al. 2012; Shifren 2018).

Além da saúde física e mental, a relação emocional com o parceiro é um importante marcador de satisfação sexual (Shifren 2018). Outros autores ainda acrescentam falta de estimulação adequada e relacionamentos duradouros e não conflituosos (aqueles que permanecem na inércia/rotina) como fatores desencadeadores de disfunção sexual (Lara et al. 2017; Marques, Chedid, e Eizerik 2008).

2.4 Epidemiologia das disfunções sexuais femininas

Segundo Shifren a disfunção sexual é referida por 40% das mulheres de todo mundo (Shifren 2018).

Um estudo multinacional realizado em 29 países, no qual 14 mil mulheres entre 40 e 80 anos responderam a questionários, constatou baixo desejo sexual em 26 a 43% das mulheres e 18 a 41% relataram incapacidade de alcançar o orgasmo (Laumann et al. 2005).

Outro estudo realizado na China, com 25.000 participantes, demonstrou 29,7% de disfunção sexual (Zhang et al. 2017).

Nos Estados Unidos, um estudo epidemiológico com 31.531 mulheres, mostrou uma prevalência de 43% de disfunção sexual feminina na amostra, predominando em

mulheres no climatério. Neste estudo a prevalência de disfunção do desejo foi de 38,7%; alterações da excitação 26,1% e dificuldades de orgasmo 20,5% (Shifren et al. 2008).

Dennerstein e col. avaliaram 438 australianas, entre 45-55 anos, e demonstraram um aumento de 42% para 88% de disfunção sexual em mulheres do início para o fim do período menopausal (Dennerstein et al. 2005).

Em Portugal, Cerejo avaliou 421 mulheres, com idades entre 18 e 65 anos e encontrou uma prevalência de 75% de DSF. As alterações mais encontradas foram a dispareunia (57,9%) e o vaginismo (34,3%) (Cerejo 2006).

No Brasil, o estudo Brazilian study on sexual behavior (BSSB), com 1219 mulheres, maiores de 18 anos, encontrou uma prevalência de 49 % de DFS, e a prevalência aumentou com a idade. Destas 26,7 % tinham falta de desejo sexual; 23,1% dor durante a relação sexual e 21% disfunção orgásmica (C. Abdo et al. 2004).

Cabral e col. afirmaram que, de 370 mulheres avaliadas, 67% apresentavam risco de disfunção sexual, no Rio Grande do Norte (Cabral et al. 2012). Outro estudo feito por Cruz, no Nordeste do Brasil apresentou uma prevalência de 58,73% de disfunção sexual (Cruz, Nina, e Figueredo 2017).

Revisão sistemática de estudos feitos no Brasil encontrou uma variação de 13,3% a 79,3% na prevalência de DSF, enquanto disfunção do desejo sexual variou de 11% a 75%, excitação de 8% a 68,2%, lubrificação de 29,1% a 41,4%, orgasmo de 18% a 55,4% e satisfação de 3,3% a 42%. E por região, a variação foi de: 13,3% a 66,7% na região Sudeste; de 31,2% a 79,3% na região Nordeste; de 23,9% a 67,7% na região Norte; Não foram encontrados estudos feitos na região Centro-Oeste sobre esse assunto e na região Sul não há descrição de taxas (Wolpe et al. 2017).

2.5 Climatério e disfunções sexuais

No Brasil, segundo dados do IBGE, há aproximadamente 15 milhões de mulheres com idade entre 45 e 65 anos, ou seja, 6,4% da população feminina atual (96 milhões), esta na faixa etária em que ocorre o climatério. O Instituto brasileiro de Geografia e Estatística ainda mostra que a expectativa de vida das mulheres em 2018 é de 76,25 anos e em 2030 será 82 anos (IBGE 2018). Por isso, é fundamental compreender o climatério e as mudanças que acontecem nesse período da vida da mulher, incluindo a função sexual, visto que com o aumento da expectativa de vida, há aumento também da quantidade de anos vividos no climatério.

Segundo definição da OMS, climatério compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher consistindo-se de uma fase biológica e não um processo patológico (Ministério da saúde 2008). Cabral e col. definem climatério como o “estado fisiológico do hipoestrogenismo progressivo, tendo como marco a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (menopausa)” (Cabral et al. 2012). A etimologia da palavra climatério vem do grego *klimater* e significa degrau, remete a essa redução hormonal citada por vários autores na definição (J. de L. Santos, Leão, e Gardenghi 2016; Espitia 2018; G. S. Santos, Maria, e Passos 2015).

A menopausa é o último ciclo menstrual, que ocorre durante o climatério e é diagnosticada após 12 meses de amenorreia, sem causas patológicas (Crema, Tilio, e Campos 2017). A média de idade em que ocorre a menopausa, em mulheres latino-americanas é de 48,6 anos. Outro estudo na região nordeste do Brasil revelou uma média de 48 anos (Chedraui et al. 2008; Malheiros et al. 2014).

Há uma divisão dos estágios de vida reprodutiva da mulher (reprodutivo, peri-menopausa, menopausa e pós-menopausa) que facilita o entendimento das transformações em cada fase. O período reprodutivo é caracterizado por ciclos menstruais regulares, de acordo com a individualidade de cada mulher. O período peri-menopausa é o período de transição menopausal, no qual há aumento dos níveis de FSH, ainda pode ser subdividido em inicial quando há variação na duração do ciclo, e tardio quando ocorro duas ou mais falhas e períodos de amenorreia. A menopausa, já definida anteriormente, é a última menstruação diagnosticada retrospectivamente e o último período é o pós-menopausa, também dividido em inicial ou cinco anos após a menopausa e tardio desse período em diante. Nesta fase, o FSH pode estar aumentado de 10 a 15 vezes, o LH de 3 a 5 vezes e o estradiol diminuído em até 80% (Ministério da saúde 2008).

A síndrome climatérica é definida como alterações físicas e emocionais (conjunto de sinais e sintomas) que repercutem na qualidade de vida da mulher, sendo referida por cerca de 60 a 80% das mulheres nessa fase da vida (Lorenzi et al. 2005). Segundo Valença e col., essa sintomatologia varia de acordo não só a dimensão biológica representada pelo desequilíbrio hormonal, como também com a autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e os projetos de vida, ou seja, de acordo com a individualidade e contexto de vida de cada mulher (Valença, Filho, e Germano 2010).

Os sintomas que compõem a síndrome climatérica variam na diversidade e intensidade e são classificados em três categorias: vasomotores, urogenitais e psicológicos (Filho et al. 2015; Lorenzi et al. 2005). Exemplos desses sintomas são: fogachos, sudorese,

palpitações, insônia, nervosismo, depressão, baixa de libido, fadiga e incontinência urinária (Alves, da Costa, et al. 2015; J. de L. Santos, Leão, e Gardenghi 2016; Palacios, Tobar, e Menendez 2002). Em relação à duração, existem manifestações transitórias e crônicas. As alterações menstruais, sintomas vasomotores (fogachos, sudorese, palpitações, calafrios), e sintomas neuropsíquicos (labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, depressão) apresentam-se de forma transitória. Já sintomas urogenitais (incontinência urinária, distopias, atrofia genital) e alterações metabólicas (dislipidemia, aterosclerose, osteoporose, doenças cardiovasculares, diabetes) são manifestações crônicas do climatério (Ministério da saúde 2008). O sintoma vasomotor mais comum entre as mulheres no climatério é o fogacho ou “onda de calor” que é definido como “sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face que pode apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese” e pode durar de segundos até 30 minutos (Ministério da saúde 2008).

Os fatores de risco para disfunção sexual no climatério citados pelos autores são: histerectomia, a idade de mais de 45 anos, tempo de menopausa (hipoestrogenismo), comorbidades, educação deficiente, relacionamentos pessoais ruins, infidelidade conjugal, viuvez, estilo de vida sedentário, tabagismo e história de quimioterapia ou radioterapia (Espitia 2018). Além desses fatores, a carga cultural e social afetam a sexualidade feminina no climatério, influenciando o desejo e expectativas (falta de desejo, sentir-se menos atraente ou desejável). Isso ocorre devido às relações sexuais serem atreladas à juventude significando para muitas mulheres nessa fase da vida o fim da sua sexualidade (Alves, Leite, et al. 2015).

Outros sintomas decorrentes do hipoestrogenismo climatérico, que repercutem diretamente na vida sexual feminina são as alterações vulvovaginais e do assoalho pélvico como: atrofia e ressecamento vaginal, ardência, sensação de pressão, prurido, irritação, redução da elasticidade e da rugosidade vaginal (Ministério da saúde 2008; Cabral et al. 2012; Shifren 2018). Segundo Espitia, a diminuição na quantidade de andrógenos no climatério também provoca alterações sexuais tais como: distúrbios no desejo sexual, redução de excitação e lubrificação, diminuição da sensibilidade nos mamilos, diminuição da turgescência e ereção do clitóris, redução do tamanho e elasticidade do introito vulvar, e redução capacidade orgástica (menor intensidade e duração). Ele afirma que não só a redução hormonal, como também a redução da sensibilidade aos hormônios no climatério afetam o desejo sexual (Espitia 2018). Shifren afirma que o papel desempenhado pelos andrógenos na função sexual tem a magnitude incerta, pois apesar de ter um estudo randomizado mostrando que doses suprafisiológicas de androgénios aumentaram a libido ou frequência sexual de

mulheres na menopausa, a maioria dos estudos não sugerem que os níveis de andrógenos se correlacionam com a função sexual feminina (Shifren 2018).

O diagnóstico de síndrome climatérica é clínico, através da anamnese completa, baseada nos sintomas apresentados, história ginecológica, antecedentes pessoais e familiares (Espitia 2018). Além disso, a mulher no climatério deve ser tranquilizada e receber explicação sobre as mudanças que ocorrerão nesta fase, mesmo que ainda não tenha ocorrido a menopausa ou que não tenha sintomatologia. Para acompanhamento desta fase e detecção precoce de patologias, os exames complementares indicados pelo Ministério da Saúde são: avaliação laboratorial, mamografia, citologia oncótica, e densitometria óssea (Ministério da saúde 2008).

Existem algumas opções de abordagem terapêutica para reduzir os sintomas do climatério, e é necessário conhecer os riscos e benefícios de cada uma, assim como as indicações e contra-indicações. Existem três categorias de terapêutica citadas na literatura: medicamentosa hormonal, medicamentosa não hormonal, não medicamentosa. A medicamentosa hormonal é também chamada de terapia de reposição hormonal (TRH) é o tipo mais estudado e utilizado atualmente e inclui o uso de estrogênio isolados ou combinados com androgênios e progesterona, por isso será abordada mais detalhadamente. A medicamentosa não hormonal inclui agentes antidopaminérgicos, antidepressivos, hipnosedativos, vasoativos que repercutem em sintomas vasomotores, através de ação central ou periférica e ainda bisfosfonados e suplementação de cálcio e vitamina D como prevenção de osteoporose. Como terapia não medicamentosa usa-se fitoterápicos (ex: Glycine Max, *Trifolium pratense* e a *Cimicífuga racemosa*, alimentos contendo flavanóides), acupuntura chinesa entre outros (Ministério da saúde 2008; Bortolan 2010).

A terapia de reposição hormonal (TRH) é a reposição de estrogênios (combinados ou não à progesterona), na peri ou pós menopausa, visando o alívio dos sintomas causados pela redução fisiológica deste hormônio nesta fase. Segundo Martin e col., os benefícios superam os riscos quando pacientes tem menos de 60 anos ou menos de 10 anos após a menopausa, sendo que o ideal é até cinco anos após a última menstruação (Martin e Barbieri 2018a). As indicações de uso são: sintomas vasomotores, atrofia vaginal (secura, prurido, dispareunia) levando a prejuízo na vida da paciente. Outras indicações, segundo estudos são: labilidade de humor, depressão e dores articulares (Martin and Barbieri 2018b). Dois estudos controlados e randomizados, Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) e Women's Health Initiative (WHI) mostraram os riscos e benefícios do uso de TRH, a partir deles passou a não ser recomendando o uso na prevenção de doenças cônicas (doença

cardíaca coronária e demências) assim como foi evidenciado risco aumentado para eventos tromboembólicos e câncer de mama (Grady et al. 1998; Women, Initiative, and Group 1998). Além dessas duas, outras contraindicações absolutas são: doença hepática grave, sangramento genital não esclarecido, porfiria (Ministério da saúde 2008; Martin e Barbieri 2018b). As contra-indicações relativas, segundo o Ministério da Saúde, são hipertensão arterial e o Diabetes mellitus não controlados, endometriose e miomatose uterina (Ministério da saúde 2008). Deve-se evitar o uso de estrógenos orais em mulheres com enxaqueca com aura, hipertrigliceridemia, doença da vesícula biliar ativa, ou trombofilia conhecidos tais como o fator V de Leiden. Em relação às vias, há disponibilidade de estrogênio via oral, injetável, transdérmica, tópica (cremes intravaginais, anéis vaginais) e implante subcutâneo (esta opção só há em alguns países). Há também algumas indicações mais direcionadas como: para mulheres que só têm atrofia vaginal é melhor indicado o uso de cremes vaginais, por só terem ação local e não sistêmica; já pacientes que ainda têm útero é indicado o uso de estrogênio associado a progestina, para evitar hiperplasia endometrial; e por fim em pacientes hysterectomizadas usa-se somente estrogênio (Martin e Barbieri 2018b). Diante disso, vemos que a TRH possui papel importante e eficaz no tratamento de sintomas climatéricos (Gravena et al. 2013; Miranda, Ferreira, e Corrente 2014; Martins et al. 2009). A escolha do esquema deve ser individualizada respeitando as necessidades da paciente, tempo de menopausa, riscos e benefícios (Pardini 2014).

2.6 Diagnóstico de disfunção sexual no climatério

O diagnóstico de disfunção sexual feminina no climatério esbarra em alguns obstáculos relacionados aos critérios, aos médicos e às pacientes. Os critérios ainda são muito vagos, pois são baseados apenas na avaliação clínica (Mendonça et al. 2012). Os médicos ainda têm uma busca reduzida ou evitam abordar as queixas sexuais das pacientes, por constrangimento e desconhecimento, pois a educação médica tradicional não prepara os profissionais para discutirem sexualidade e muitos médicos ainda alegam falta de tempo para tal (Marques, Chedid, e Eizerik 2008; Shifren 2018). Além disso, há as dificuldades atreladas às pacientes como desconhecimento da forma que funciona a sexualidade feminina e principalmente medo de julgamentos por parte do médico e esse medo existe como consequência de preconceitos, mitos e tabus acerca da sexualidade no climatério impostos pela sociedade (Ministério da saúde 2008).

A avaliação clínica inclui anamnese completa, exame ginecológico, avaliação psicológica e neurológica, busca de comorbidades e de fatores etiológicos (Mendonça et al. 2012).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) coloca como critério diagnóstico em suas diretrizes que a disfunção sexual deve ser um problema sexual recorrente ou persistente e causar angústia pessoal ou dificuldade interpessoal, e deve estar presente por pelo menos seis meses, não sendo explicado por um diagnóstico diferente (por exemplo, depressão) (Shifren 2018).

As disfunções podem ainda ser avaliadas através de questionários como: Quociente Sexual – Versão Feminina (QS – F), Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS), *Brief Sexual Functioning Index for Women* (BSFI-W) – Breve Índice do Funcionamento Sexual para as Mulheres, *Female Sexual Function Index* (FSFI) – Índice da Função Sexual Feminina, *Modified McCoy Sexual Scale* - Escala Sexual Modificada de McCoy, *Profile of Female Sexual Function* (PSFS) - Perfil da Função Sexual Feminina e um unidimensional (*Female Sexual Distress Scale* (FSDS) - Escala de Distúrbio Sexual Feminino entre outros) (Hentschel et al. 2007; Mendonça et al. 2012).

Exames laboratoriais devem ser solicitados se houver indicação clínica. A dosagem de andrógenos e estrógenos não é indicada para avaliação exclusiva de disfunção sexual (Shifren 2018).

O climatério também é avaliado pelos sinais e sintomas clínicos (Shifren 2018). Mas para facilitar podemos utilizar também questionários reconhecidos e validados como o Menopause Rating Scale (MRS) e o Índice de Kupperman (Heinemann et al. 2004). O Menopause Rating Scale (MRS) é composto de 11 questões distribuídas em 3 domínios: sintomas somato-vegetativo (fogachos, desconforto no coração, problemas com sono e musculares e articulares), psicológicos (humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental) e urogenitais (problemas de bexiga e sexuais e ressecamento vaginal) (Cabral et al. 2012).

2.7 Tratamento de disfunção sexual no climatério

O tratamento das disfunções sexuais no climatério tem uma gama de abordagens possíveis citadas na literatura como: abordagem psicológica, medicamentosa, hormonal e fisioterapêutica (Mendonça et al. 2012).

Um dos aspectos importantes nesse tratamento é a abordagem clínica conduzida pelo médico. Segundo o Ministério da Saúde, o profissional da saúde para uma melhor abordagem deve: “orientar sobre os sintomas climatéricos; avaliar cuidadosamente; ter escuta qualificada; ter integralidade na atenção; estimular o auto-cuidado; estimular a aquisição de informações sobre sexualidade e a prática do sexo seguro; estimular a busca pela satisfação sexual de diversas maneiras” (Ministério da saúde 2008). Ou seja, o médico deve avaliar se há disfunção, avaliar os fatores predisponentes dessa disfunção, avaliar a presença de comorbidades e quando presentes, tratá-las. Nas pacientes que estão no climatério avaliar a indicação e contraindicação de terapia de reposição hormonal, o tipo (se estrogênios isolados ou combinados à progesterona) e a via (via oral, injetável, transdérmica, tópica). Além disso, na vigência de fatores psicológicos, é necessário encaminhar as pacientes para acompanhamento psicológico.

Existem outras abordagens de tratamento citadas na literatura como: terapia comportamental cognitiva, pompoarismo, eletroterapia e pratica regular de exercícios físicos, entre outros (Pardini 2014; Mendonça et al. 2012; Uchôa et al. 2014).

A ampliação da educação em saúde é um ponto fundamental para maior conhecimento do tema e busca por terapia pelas pacientes com disfunção sexual. Como já foi visto, essa educação é necessária não só para os médicos, no sentido de sempre lembrar de abordar questões sexuais da maneira mais adequada e sem julgamentos, como também é necessária para as mulheres terem auto-conhecimento e o entendimento de que se algo não está funcional, se há insatisfação na vida sexual, elas podem e devem procurar ajuda médica para tratamento e acompanhamento (Alves, da Costa, et al. 2015; Lara et al. 2017; Cerejo 2006; Valença, Filho, e Germano 2010; Mendonça et al. 2012).

BIBLIOGRAFIA

1. Abdo, Carmita Helena Najjar, and Heloisa Junqueira Fleury. 2006. “Aspectos Diagnósticos E Terapêuticos Das Disfunções Sexuais Femininas” 33 (3): 162–67.
2. Abdo, Chn, Wm Oliveira Jr, Ed Moreira Jr, and Jas Fittipaldi. 2004. “Prevalence of Sexual Dysfunctions and Correlated Conditions in a Sample of Brazilian Women—results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB).” *International Journal of Impotence Research* 16: 160–66. doi:10.1038/sj.ijir.3901198.
3. Alves, Estela Rodrigues Paiva, Aurélio Molina da Costa, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra, Ana Marcia Spano Nakano, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, and Maria Djair Dias. 2015. “Climatério: A Intensidade Dos Sintomas E O Desempenho Sexual.” *Texto E Contexto Enfermagem* 24 (1): 64–71. doi:10.1590/0104-07072015000590014.
4. Alves, Estela Rodrigues Paiva, Gerlaine De Oliviera Leite, Juliana Cristina Cruz Calazans, Aurélio Molina da Costa, Sergio Ribeiro dos Santos, and Maria Djair Dias. 2015. “Scientific Production about the Sexuality of Women in Climacteric: An Integrative Review.” *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online* 7 (2): 2537. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2537-2549.
5. Basson, Rosemary. 2000. “Th E Fem Ale Sex Ual Respon Se: A Differ En T Model.” *Journal of Sex & Marital Therapy* 26 (April 2013): 51–65. doi:10.1080/009262300278641.
6. Bortolan, Lourdes Antonia Meneghin Simone. 2010. “Menopausa E Terapia de Reposição Hormonal,” 1–16.
7. Cabral, Patrícia Uchôa Leitão, Ana Carla Gomes Canário, Maria Helena Constantino Spyrides, Severina Alice Da Costa Uchôa, José Eleutério Júnior, Rose Luce Gomes Amaral, and Ana Katherine Da Silveira Gonçalves. 2012. “Influência Dos Sintomas Climatéricos Sobre a Função Sexual de Mulheres de Meia-Idade.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 34 (7): 329–34. doi:10.1590/S0100-72032012000700007.
8. Cavalcanti, Isabela Franco, Polyana da Nóbrega Farias, Lucas Ithamar, Vilma Maria da Silva, and Andrea Lemos. 2014. “Função Sexual E Fatores Associados À Disfunção Sexual Em Mulheres No Climatério.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 36 (11): 497–502. doi:10.1590/s0100-720320140004985.
9. Cerejo, Andreia Chaves. 2006. “Disfunção Sexual Feminina: Prevalência E Factores

- Relacionados.” *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar* 22 (6): 8–11.
10. Chedraui, Peter, Juan E Blümel, German Baron, Emma Belzares, Ascanio Bencosme, Andres Calle, Luis Danckers, et al. 2008. “Maturitas Impaired Quality of Life among Middle Aged Women: A Multicentre Latin American Study” 61: 323–29. doi:10.1016/j.maturitas.2008.09.026.
 11. CID-10. 1998. “Classificação Estatística Internacional de Doenças E Problemas Relacionados À Saúde.”
 12. Crema, Izabella Lenza, Rafael De Tilio, and Maria Teresa de Assis Campos. 2017. “Repercussões Da Menopausa Para a Sexualidade de Menopause Effects for the Sexuality of Older Adults : An Integrative Literature Review Introdução,” 753–69.
 13. Crowley, William F. 2018. “Clinical Manifestations and Diagnosis of Menopause,” no. figure 5: 1–17.
 14. Cruz, Emanuela Fonseca, Vinicius Jose da Silva Nina, and Eduardo Durans Figueredo. 2017. “Climacteric Symptoms and Sexual Dysfunction: Association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetricia* 39 (2): 66–71. doi:10.1055/s-0037-1598603.
 15. Damjanović, Aleksandar, Dragana Duišin, and Jasmina Barišić. 2013. “The Evolution of the Female Sexual Response Concept: Treatment Implications.” *Srp Arh Celok Lek* 141 (3–4): 268–74. doi:10.2298/SARH1304268D.
 16. Dennerstein, Lorraine, and Richard D Hayes. 2005. “Confronting the Challenges: Epidemiological Study of Female Sexual Dysfunction and the Menopause.” *The Journal of Sexual Medicine* 2 Suppl 3: 118–32. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00128.x.
 17. Dennerstein, Lorraine, Philippe Lehert, Henry Burger, and Janet Guthrie. 2005. “Sexuality.” *American Journal of Medicine* 118 (12 SUPPL. 2): 59–63. doi:10.1016/j.amjmed.2005.09.034.
 18. DSM-V. 2013. *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS*.
 19. Espitia, De La Hoz Franklin José. 2018. “Artículo de Revisión Fisiopatología Del Trastorno Del Deseo Sexual En El Climaterio” 23 (1): 58–60.
 20. Filho, Jeffrey Frederico Lui, Luiz Francisco Cintra Baccaro, Tatiane Fernandes, Délio Marques Conde, Lúcia Costa-Paiva, and Aarão Mendes Pinto Neto. 2015. “Epidemiologia Da Menopausa E Dos Sintomas Climatéricos Em Mulheres de Uma

- Região Metropolitana No Sudeste Do Brasil : Inquérito Populacional Domiciliar.”
doi:10.1590/SO100-720320150005282.
21. Grady, Deborah, William Applegate, Trudy Bush, Curt Furberg, Betty Riggs, and Stephen B Hulley. 1998. “Heart and Estrogen / Progestin Replacement Study (HERS): Design , Methods , and Baseline Characteristics” 335 (1998): 314–35.
 22. Gravena, Angela Andréia França, Sheila Cristina Rocha, Tiara Cristina Romeiro, Cátia Millene Dell Agnolo, Laís Moraes Gil, Maria Dalva de Barros Carvalho, and Sandra Marisa Pelloso. 2013. “Sintomas Climatéricos E Estado Nutricional de Mulheres Na Pós-Menopausa Usuárias E Não Usuárias de Terapia Hormonal.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 35 (4): 178–84. doi:10.1590/s0100-72032013000400008.
 23. Heinemann, Klaas, Alexander Ruebig, Peter Potthoff, Hermann P G Schneider, Frank Strelow, Lothar A J Heinemann, and Minh Thai. 2004. “The Menopause Rating Scale (MRS) Scale : A Methodological Review” 8: 1–8. doi:10.1186/1477-7525-2-45.
 24. Helena, Carmita, and Najjar Abdo. 2010. “Considerações a Respeito Do Ciclo de Resposta Sexual Da Mulher : Uma Nova Proposta de Entendimento” 15 (2): 88–90.
 25. Hentschel, Heitor, Daniele Lima Alberton, Edison Capp, and Eduardo Pandolfi Passos. 2007. “VALIDAÇÃO DO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) PARA USO EM LÍNGUA PORTUGUESA.”
 26. IBGE. 2018. “No Title.” <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
 27. Lara, Lúcia Alves da Silva, Sandra Cristina Poerner Scalco, Júlia Kefalás Troncon, and Gerson Pereira Lopes. 2017. “Modelo Para Abordagem Das Disfunções Sexuais Femininas.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 39 (4): 184–94. doi:10.1055/s-0037-1601435.
 28. Laumann, E O, A Nicolosi, D B Glasser, A Paik, C Gingell, E Moreira, and T Wang. 2005. “Sexual Problems among Women and Men Aged 40 – 80 Y : Prevalence and Correlates Identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors,” no. November 2003: 39–57. doi:10.1038/sj.ijir.3901250.
 29. Laura, Ana, and Carneiro Gomes. 2007. “Prevalência Das Disfunções Sexuais Femininas Em Clínica de Planejamento Familiar de Um Hospital Escola No Recife , Pernambuco Female Sexual Dysfunction Prevalence in a Family Planning Clinic at a University Hospital Located in Recife , Pernambuco” 7 (2): 143–50.
 30. Lima, Sonia Maria Rolim Rosa, Halina Francisca dos Santos Silva, Sóstenes Postigo, and Tsutomu Aoki. 2010. “Disfunções Sexuais Femininas : Questionários Utilizados

- Para Avaliação Inicial Female Sexual Dysfunctions : Questionnaires Used for Original Assessment” 55 (1): 1–6.
31. Lorenzi, Dino Roberto Soares De, Claudia Danelon, Bruno Saciloto, and Irineu Padilha Jr. 2005. “Fatores Indicadores Da Sintomatologia Climatérica.” *Rev Bras Ginecol Obstet.* 27 (1): 12–19. doi:10.1590/S0100-72032005000100004.
 32. Malheiros, Elizabeth Santos de Andrade, Maria Bethânia da Costa Chein, Diego Salvador Muniz da Silva, Caroline Louise Lima Dias, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Aarão Mendes Pinto-Neto, and Luciane Maria Oliveira Brito. 2014. “Síndrome Climatérica Em Uma Cidade Do Nordeste Brasileiro : Um Inquérito Domiciliar.” doi:10.1590/S0100-7203201400040002.
 33. Marques, Florence Zanchetta Coelho, Simone Braga Chedid, and Gibrahn Chedid Eizerik. 2008. “Resposta Sexual Humana” 17: 175–83.
 34. Martin, Kathryn A, and Robert L Barbieri. 2018a. “Menopausal Hormone Therapy: Benefits and Risks,” 1–28.
 35. Martin, Kathryn A, and Robert L Barbieri. 2018b. “Treatment of Menopausal Symptoms with Hormone Therapy,” 1–23.
 36. Martins, Marcelo Antonio Domingos, Eliana Aguiar Petri Nahas, Jorge Nahas-Neto, Gilberto Uemura, Davi de Araújo Bitro Buttros, and Paulo Traiman. 2009. “Qualidade de Vida Em Mulheres Na Pós-Menopausa , Usuárias E Não Usuárias de Terapia Hormonal.”
 37. Mendonça, Carolina, Tatiana Silva, Jalsi Arrudai, Marco García- Zapata, and Waldemar Amaral. 2012. “Função Sexual Feminina : Aspectos Normais E Patológicos , Prevalência No Brasil , Diagnóstico E Tratamento.” *Femina* 40 (4): 196–202.
 38. Ministério da saúde. 2008. *MANUAL DE ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA - Bibliofarma.* <http://bibliofarma.com/manual-de-atencao-a-mulher-no-climateriomenopausa/>.
 39. Miranda, Jéssica Steffany, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, and José Eduardo Corrente. 2014. “Qualidade de Vida Em Mulheres No Climatério Atendidas Na Atenção Primária” 67 (5): 803–9.
 40. Monterrosa-Castro, Álvaro, Katherin Portela-Buelvas, Marlon Salgado-Madrid, Joulén Mo-Carrascal, and Carolina Duran-Méndez Leidy. 2016. “Instruments to Study Sleep Disorders in Climacteric Women.” *Sleep Science* 9 (3). Elsevier: 169–78. doi:10.1016/j.slsci.2016.11.001.
 41. Pacagnella, Rodolfo de Carvalho, Elisabeth Meloni Vieira, Oswaldo Martins

- Rodrigues Jr., and Claudecy de Souza. 2008. “Adaptação Transcultural Do Female Sexual Function Index Cross-Cultural Adaptation of the Female Sexual Function Index” 24 (2): 416–26.
42. Palacios, S., A. C. Tobar, and C. Menendez. 2002. “Sexuality in the Climacteric Years.” *Maturitas* 43: S69–77. doi:10.1016/S0378-5122(02)00150-0.
43. Pardini, Dolores. 2014. “Terapia de Reposição Hormonal Na Menopausa.” *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 58 (2): 172–81. doi:10.1590/0004-2730000003044.
44. Prado, Daniela Siqueira, Vanessa Paula Lins Porto Mota, and Tatiana Isabel Azevedo Lima. 2010. “Prevalência de Disfunção Sexual Em Dois Grupos de Mulheres de Diferentes Níveis Socioeconômicos.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 32 (3): 139–43. doi:10.1590/S0100-72032010000300007.
45. Rodrigues Fernandez, Márcia, Elucir Gir, and Miyeko Hayashida. 2005. “Sexualidade No Período Climatérico: Situações Vivenciadas Pela Mulher.” *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P* 39 (2): 129–35. doi:10.1590/S0080-62342005000200002.
46. Rosen, R, C Brown, J Heiman, S Leiblum, and D Ferguson. 2000. “The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function,” 191–208.
47. Santen, Richard J. 2018. “Clinical Manifestations and Diagnosis of Genitourinary Syndrome of Menopause (Vulvovaginal Atrophy),” 1–13.
48. Santos, Gustavo Souza, Betânia Maria, and Araújo Passos. 2015. “Qualidade de Vida de Mulheres Climatéricas de Acordo Com O Estado Menopausal,” 37–47.
49. Santos, Jessica de Lima, Ana Paula Florindo Leão, and Giulliano Gardenghi. 2016. “Disfunções Sexuais No Climatério.” *Reproducao E Climaterio* 31 (2): 86–92. doi:10.1016/j.recli.2016.08.001.
50. Shifren, Jan L. 2018. “Overview of Sexual Dysfunction in Women: Epidemiology, Risk Factors, and Evaluation,” 1–23.
51. Shifren, Jan L, Brigitta U Monz, Patricia A Russo, Anthony Segreti, and Catherine B Johannes. 2008. “Sexual Problems and Distress in United States Women.” *Obstet Gynecol* 112 (5): 970–78. doi:10.1097/AOG.0b013e3181898cdb.
52. Simon, James A, Marta Kokot-kierapa, Jeffrey Goldstein, and Rossella E Nappi. 2013. “Vaginal Health in the United States: Results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes Survey” 20 (10): 1043–48. doi:10.1097/gme.0b013e318287342d.
53. Simon, James A, Rossella E Nappi, Sheryl A Kingsberg, Ricardo Maamari, and

- Vivien Brown. 2014. “Clarifying Vaginal Atrophy’s Impact on Sex and Relationships (CLOSER) Survey: Emotional and Physical Impact of Vaginal Discomfort on North American Postmenopausal Women and Their Partners” 21 (2): 137–42. doi:10.1097/gme.0b013e318295236f.
54. Thiel, Rosane do Rocio Cordeiro, Miriam Dambros, Paulo César Rodrigues Palma, Marcelo Thiel, C, ássio Luís Zanettttini Riccetttto, and Maria de Fátima Ramos. 2008. “Tradução Para Português , Adaptação Cultural E Validação Do Female Sexual Function Index.”
55. Uchôa, Patrícia, Leitão Cabral, Carla Gomes Canário Md, Helena Constantino Spyrides, Alice Da Costa Uchôa, José Eleutério Júnior, Paulo Cesar Giraldo, Katherine Gonçalves, and Major Laurentino De Moraes. 2014. “Physical Activity and Sexual Function in Middle-Aged Women.” *Rev Assoc Med BRas* 60 (1): 47–52. doi:10.1590/1806-9282.60.01.011.
56. Valença, Cecília Nogueira, José Medeiros do Nascimento Filho, and Raimunda Medeiros Germano. 2010. “Mulher No Climatério: Reflexões Sobre Desejo Sexual, Beleza E Feminilidade.” *Saude E Sociedade* 19 (2): 273–85. doi:10.1590/S0104-12902010000200005.
57. Wolpe, Raquel E., Kamilla Zomkowski, Fabiana P. Silva, Ana Paula A Queiroz, and Fabiana F. Sperandio. 2017. “Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Brazil: A Systematic Review.” *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 211. Elsevier Ireland Ltd: 26–32. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.01.018.
58. Women, The, Health Initiative, and Study Group. 1998. “Design of the Women ’ S Health Initiative Clinical Trial and Observational Study The Women ’ S Health Initiative Study Group *” 109: 61–109.
59. Zhang, Chunni, Jiali Tong, Lan Zhu, Lei Zhang, Tao Xu, and Jinghe Lang. 2017. “EPIDEMIOLOGY & RISK FACTORS A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China : Prevalence and Predictors.” *The Journal of Sexual Medicine* 14 (11). Elsevier Inc: 1348–56. doi:10.1016/j.jsxm.2017.08.012.

4 NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana (R.B.S.H.), órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, é uma publicação semestral a ser distribuída aos associados da SBRASH, é vendida por assinatura ou em números avulsos. RBSH visa a divulgação de trabalhos cujo objeto de estudo seja qualquer das facetas da sexualidade humana. Os textos a serem publicados devem ser trabalhos originais e seguir as Normas da Revista, baseadas nas Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT): Informação e documentação - Citações em documentos - Apresentação (NBR 10520, 2002 - em vigor); Informação e documentação Referências – Elaboração (NBR 6023, 2002, em vigor); Informação e Documentação - Resumo - Apresentação (NBR 6028 - 2003 em vigor) - Informação e Documentação - Artigo em publicação periódica científica - impressa (NBR 6022 -2003 em vigor).

Os artigos serão submetidos ao conselho editorial da revista e aprovados para publicação.

Para submeter um artigo:

1- Os originais deverão ser encaminhados por e-mail, em espaçamento 1,5, fonte Times New Roman 12, configuradas no programa Microsoft Office Word, não excedendo vinte páginas (entre 21 mil a 28 mil caracteres), dentro das seguintes seções:

- a) Artigos opinativos ou de atualização.
- b) Trabalhos de Pesquisa.
- c) Estudos de caso. Devem conter referências de um caso
- d) Resenha de Livros
- e) Resenha de Teses e Dissertações
- f) Entrevista
- g) Tópicos

2- Todos os textos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por um dos autores, atestando que o artigo não fere as normas éticas da profissão e abrindo mão dos direitos autorais em favor da Revista. As opiniões expressas pelo autor são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem, obrigatoriamente, a opinião dos editores.

3- Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do original pelo Conselho Editorial.

4- A apresentação das Resenhas de Livros e Resenhas de Teses e Dissertações devem ter texto com dimensão variável entre três e cinco páginas (4.200 a 7.000 caracteres), contendo o registro e a crítica das obras, livros e teses, publicadas recentemente.

5- Tópicos é seção reservada a manifestações do corpo editorial da revista.

6- A apresentação dos textos nas categorias: Artigos Opinativos, Trabalhos de Pesquisa e Estudos de Caso, devem seguir a seguinte ordem:

Folha de Rosto Identificada:

1-Título em português e em inglês (máximo de quinze palavras);

2-Título abreviado para cabeçalho (máximo de cinco palavras);

3-Nome de cada um do(s) autor(es), acompanhado de breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do artigo. O currículo, bem como os endereços eletrônicos, devem aparecer em rodapé indicado por asterisco (o grifo é nosso) na página de abertura, ou, opcionalmente, no final dos elementos pós-textuais, onde também devem ser colocados os agradecimentos do(s) autor(es) e a data de entrega dos originais à redação do periódico;

4-Endereço completo para correspondência com o Corpo Editorial, telefone, fax e-mail do autor principal.

Folha de Rosto sem Identificação:

1-Título em português e em inglês;

2-Título abreviado para cabeçalho.

Resumos:

1-Resumo, em português, com até 250 palavras;

2-Palavras-chave, em português (de 3 a 5), separadas entre si por ponto.

3-Abstract em inglês (tradução do resumo);

4-Keywords (tradução das palavras-chave).

Texto:

Esta parte deve começar em nova página, numerada como página três (3) ou quatro (4) com título centrado no topo da mesma. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em branco. Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, além das páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências bibliográficas. Se necessário outros subtítulos podem ser acrescentados. Em alguns pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora essa estratégia não seja recomendável como regra geral. Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada "Notas". Informe, no texto, a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo. Observe as normas de citação: Sistema autor-data, sendo a indicação da fonte feita pelo sobrenome do autor ou pelo nome de cada entidade responsável, seguido da data de publicação, do documento e da(s) página(s) da citação. A citação literal de um texto precisa estar entre aspas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. As citações diretas, no texto, com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem aspas. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais. Evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade. Citações de obras antigas e reeditadas devem trazer a data de publicação original/ data de publicação consultada. O sobrenome dos dois autores de um mesmo artigo devem ser citados sempre que o artigo for referido; já artigos escritos por três a cinco autores, os mesmos devem ser citados na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e da data, se for a primeira citação no parágrafo. Cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al. e data para os artigos escritos por seis ou mais autores: Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados. As referências abreviadas Id. (Idem - mesmo autor); Ibid. (Ibidem – na mesma obra); op.cit (Opus citatum – obra citada), dentre outras, só podem ser usadas na mesma página ou folha da citação a que se referem, seguidas da data e página referente ao autor ou obra citada, entre parênteses: (Ibid., 1999, p. 6).

Alguns exemplos de citação no texto:

- Citações diretas, de até três linhas, devem estar contidas entre aspas duplas. As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.

Segundo Sá (1995, p. 27): "[...] por meio da mesma 'arte de conversação' que abrange tão extensa e significativa parte de nossa existência cotidiana [...]".

A chamada "pandectística havia sido a forma particular pela qual o direito romano fora integrado no século XIX na Alemanha em particular." (LOPES, 2000, p. 225)

Diversos autores salientam a importância do "acontecimento desencadeador" no início de um processo de aprendizagem (CROSS, 1984; KNOX, 1986; MEZIROW, 1991).

Bobbio (1995, p.30) com muita propriedade nos lembra, ao comentar essa situação, que os "juristas medievais [...] de Sacro Império Romano."

Merriam e Caffarella (1991) observam que a localização de recursos tem um papel crucial no processo de aprendizagem autodirigida.

De fato, semelhante equacionamento do problema conteria o risco de se considerar a literatura [...], para a teologia (JOSSUA; METZ, 1976, p.3).

Para Freud (1915-1974), mesmo que a relação mãe-bebê se expresse [...] dos primeiros contatos corporais, e eternamente insatisfeito.

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...].

"[...] o viés organicista da burocracia estatal e o antiliberalismo da cultura política de 1937, preservado de modo encapuçado na Carta de 1946." (VIANNA, 1986, p. 172 apud SEGATTO, 1995, p. 214-215).

"[...] para que não tenha lugar a produção de degenerados, quer físicos quer Moraes, misérias, verdadeiras ameaças á sociedade (SOUTO, 1916, p. 46, grifo nosso).

"[...] desejo de criar uma literatura independente, diversa, de vez que, aparecendo o classicismo como manifestação de passado colonial [...]" (CANDIDO, 1993, v.2, p. 12, grifo do autor).

"Ao fazê-lo pode estar envolto em culpa, perversão, ódio de si mesmo [...] pode julgar-se pecador e identificar-se com seu pecado (RAHNER, 1962, v. 4, p. 463, tradução nossa)

- Em citações devem ser indicadas as supressões, interpolações, ênfases ou destaques. Do seguinte modo:

[...] - supressões

[] - interpolações, acréscimos ou comentários

Grifo, negrito ou itálico – ênfase ou destaque

- Citação de informações verbais (palestras, debates, comunicações etc.) Quando se tratar de dados obtidos em informação verbal (palestras, debates, comunicações etc.) indicar, entre parênteses, a expressão informação verbal, mencionando-se os dados disponíveis, em nota de rodapé.

Exemplo: No texto O novo medicamento estará disponível até o final do semestre (informação verbal)¹

1 Notícia fornecida por John A. Smith no Congresso Internacional de Engenharia Genética, em

Londres, em outubro de 2001.

- Citação de trabalhos em fase de elaboração:

Indicar os dados disponíveis em nota de rodapé:

No texto: Os poetas selecionados contribuiram para a consolidação da poesia no Rio Grande do Sul. Séculos XIX e XX (em fase de elaboração)¹

1. Poetas rio-grandenses, de autoria de Elvo Clemente, a ser editado pela EDIPUCRS, 2002.

- Citações diretas com mais de três linhas devem vir com fonte diminuída em até dois pontos (mínimo 10) comparada ao texto, com espaço simples e recuo a direita.

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional ou regional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone, e computador. Através de áudio-conferência, utilizando a

companhia local de telefone, um sinal de áudio pode ser emitido em um salão de qualquer dimensão (NICHOLS, 1993, p. 181).

- Coincidência sobre nomes de autores: Quando houver coincidência de sobrenome de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes; se mesmo assim existir coincidência, coloca-se os prenomes por extenso.

Exemplo: (BARBOSA, 1958) (BARBOSA, Cassio, 1965)

As Referências bibliográficas dizem respeito a lista de autores e obras citados no texto. Obras consultadas que não forem citadas no texto devem vir listadas em separado como Bibliografia consultada.

As referências ou bibliografia deve ser listadas em ordem alfabética à partir do sobrenome do autor, seguido do título, edição, local, editora, data de publicação e páginas.

Autoria de documentos. Indica(m)-se o(s) autor(es), de modo geral, pelo último sobrenome, em maiúsculas, seguido(s), abreviado(s) ou não. Recomenda-se tanto quanto possível, o mesmo padrão para a abreviação de nomes e sobrenomes, usados na mesma lista de referências. Os nomes devem ser separados por ponto-e-vírgula, seguido de espaço.

Exemplos: ALVES, Roque de Brito. *Ciência Criminal*. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DAMIÃO, R.T; HENRIQUES, A. Curso de direito jurídico. São Paulo: Atlas, 1995.

Exemplos de Referências bibliográficas:

1- Artigos e/ou matéria de revista, boletim, etc.

DIAS, C. A.; ALVES, J. M. Reflexões sobre a escolha da parceria conjugal. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v. 15, n. 1. p. 113-133, 2004. São Paulo: Iglu. 2004.

COSTA, V. R. À margem da lei: o programa Comunidade Solidária. Em Pauta: revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 12, p. 131-148, 1998. (Se a revista científica for paginada por fascículo, incluir o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume).

2- Artigo de revista científica no prelo:

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado.

3- Artigo e/ou matéria de revista, boletim etc. em meio eletrônico:

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. Net, Rio de Janeiro, nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 1998.

4- Artigos e/ou matéria de jornal:

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. Folha de S. Paulo, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, caderno 8, p. 13.

5- Artigos e/ou matéria de jornal em meio eletrônico:

ARRANJO tributário. Diário do Nordeste Online, Fortaleza, 27 nov. 1998. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 1998.

6- Monografia no todo - Inclui livro e/ou folheto (manual, guia, catálogo, enciclopédia, etc.) e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, entre outros).

GOMES, L.G.F.F. Novela e sociedade no Brasil. Niterói: EdUFF, 1998.

FERREIRA, L. P. (org). O fonoaudiólogo e a escola. São Paulo: Summus, 1991.

PASSOS, L. M. M.; FONSECA, A.; CHAVES, M. Alegria de saber: matemática, segunda série, 2, primeiro grau: livro do professor. São Paulo: Scipione, 1995.

RUCH, G. História geral da civilização: da Antiguidade ao XX século. Rio de Janeiro: F. Briguiet, 1926-1940. 4v.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Catálogo de teses da Universidade de São Paulo, 1992. São Paulo, 1993. 467 p.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Publication manual (4ª ed.) Washington, DC: Autor, 1994.

BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Relatório da Diretoria-Geral: 1984. Rio de Janeiro, 1985. 40 p.

7- Monografia no todo em meio eletrônico

ALVES, C. Navio Negreiro. [S.I.]: Virtual Books, 2000. Disponível em:... Acesso em: jan. 2002, 16:30:30.

8. Parte de Monografia (inclui capítulo, volume, fragmento e outras partes de uma obra, com autor(es) e/ou título próprios).

ROMANO, G. Imagens da juventude na era moderna. In: LEVI, G.; SCHMIDT, J. (Org). História dos jovens 2. São Paulo; Companhia das letras, 1996. p. 7-16.

9. Parte de Monografia em meio eletrônico

POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 1998. disponível em: Acesso em: 8 mar. 1999.

10. Evento como um todo

X CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 2005, Porto Alegre. Sexualidade. Anais. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005.

11. Evento como um todo em meio eletrônico:

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPe, 4., 1996, Recife.

Anais eletrônicos... Recife: UFPe, 1996. Disponível em: . acesso em: 21 jan. 1997.

12. Trabalho apresentado em evento, mas não publicado:

FÉRES-CARNEIRO, T. A transformação das relações familiares no mundo contemporâneo. Trabalho apresentado no II encontro sobre Direito de Família em Discussão, Rio de Janeiro, RJ, dez, 1998.

13. Trabalho apresentado em evento com resumo publicado em anais:

TONIETTE, M. A; LILIENTHAL, L. A. (Re)pensando pontos de partida no trabalho com as dificuldades sexuais a partir da Curva de Contato proposta por Joseph Zinker. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SEXUALIDADE HUMANA, 10., Porto Alegre, 2005. Anais. Porto Alegre, Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2005, p.129.

14. Trabalho apresentado em evento em meio eletrônico:

SABROZA, P. C. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Mesa-redonda. Disponível em: Acesso em: 17 jan. 1999.

15. Teses ou Dissertações não publicadas:

MORGADO, M.L.C. Reimplante dentário. 1990. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)–Faculdade de Odontologia, Universidade Camilo castelo Branco, São Paulo, 1990.

16- Comunicação pessoal::

Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data.

Não inclua nas referências.

Anexos:

Os anexos devem ser apresentados em uma página após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Somente use anexos se isso for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

Figuras e Tabelas:

Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página. As figuras e tabelas não poderão exceder 11,5 X 17,5cm. É imprescindível citar autor, título (quando não existir, deve-se atribuir uma denominação ou a indicação Sem título, entre colchetes), data e especificação do suporte e listar nas referências bibliográficas. Exemplo: KOBAYASHI, K. Doenças dos xavantes. 1980. 1 fotografia

Nosso procedimento ao receber um trabalho:

Os trabalhos recebidos são apreciados pelo Conselho Editorial. O parecer será expresso de três maneiras:

a) Aceito para publicação: se estiver de acordo com as Normas e for considerado como trabalho de interesse por sua solidez científica, originalidade, atualidade ou oportunidade de informação para a Revista Brasileira de Sexualidade Humana, será publicado em um dos próximos números da revista, segundo um critério cronológico e de paginação.

b) Aceitação Condicional: caso haja dúvida específica, os editores ou outros profissionais associados da SBRASH de reconhecida competência em sua área de atuação poderão ser consultados para avaliar o trabalho e eventualmente condicionar a publicação a modificações que visam melhorar a clareza, precisão do texto ou adequação das normas para publicação. Nesse caso os autores deverão enviar duas cópias impressas do original reformulado com carta de encaminhamento informando sobre as reformulações realizadas.

Caso os autores tenham decidido não realizar algumas modificações sugeridas, devem justificar essa decisão. Esta carta e o texto reformulado serão encaminhados a um dos Conselheiros Editoriais, juntamente com os pareceres dos consultores e a versão inicial para uma análise final. Nesta etapa do procedimento, o Conselho Editorial terá conhecimento das identidades dos autores e dos consultores.

c) Recusado: Nessa hipótese, os autores receberão o parecer do Conselho Editorial com a motivação da recusa.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores, para agilizar o processo de submissão ou publicação dos originais.

Os originais e o disquete enviados pelos autores não serão devolvidos.

Os editoriais, que refletem posições da Diretoria da SBRASH, serão elaborados pelo editor responsável ou pelos membros do Conselho Editorial. Salvo quando um autor é convidado pela revista, exige-se para as demais seções que o autor, ou ao menos um dos co-autores, seja associado à SBRASH.

Direitos Autorais:

A Revista Brasileira de Sexualidade Humana possui direitos autorais de todos artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (Resumo, abstract, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos Autores.

Endereço para Encaminhamento:

A remessa de trabalhos bem como toda correspondência de segmento que se fizer necessária, deve ser endereçada para:

Revista Brasileira de Sexualidade Humana.

A/C Ana Cristina Canosa Gonçalves

e-mail: publicacao@sbrash.org.br

5 TRABALHO DE PESQUISA

FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES SEXUAIS NO CLIMATÉRIO

FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS IN THE CLIMATE

Título abreviado: Disfunção sexual no climatério.

Sexual dysfunction in the climacteric.

Kamilla Souza de Jesus Aquino¹, Daniela Siqueira Prado², Ikaro Daniel de Carvalho Barreto³

Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

1 Acadêmica do sexto ano de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

2 Professora-assistente da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

3 Doutorando Programa de pós-graduação em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Pernambuco, Brasil

Correspondência para:

Kamilla Souza de Jesus Aquino

Av. Coletora A, 1650

49160-000 – Socorro, SE, Brasil

kamillasouzaj@gmail.com

(79) 99649-1799

Resumo

OBJETIVO: verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais segundo *status menopausal* e avaliar quais sintomas climatéricos estão associados à disfunção. **METODOLOGIA:** estudo transversal no qual foram incluídas 84 mulheres com idade entre 18 e 68 anos, sexualmente ativas. Avaliou-se idade, estado civil, escolaridade, renda, *status menopausal* e tabagismo e aplicou-se o Índice de Função Sexual Feminina e o *Menopause Rating Scale* (MRS), para mulheres pós-menopausa. Para avaliar variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, o nível de significância adotado foi de 5% e software utilizado foi o R Core Team 2018. **RESULTADOS:** a prevalência global de disfunção sexual (IFSF $\leq$ 26,5) foi de 42,9%. Segundo estado menopausal, não houve diferença significativa na prevalência de disfunção sexual (37,9 e 53,8%, $p=0,173$), mas houve diferença significativa nos domínios da lubrificação ($4,9\pm 1,1$ e $4,0\pm 1,3$, $p=0,003$) e excitação ($3,4\pm 0,9$ e $2,7\pm 1,0$, $p=0,006$). No grupo pós menopausa, verificou-se disfunção sexual em 50% das mulheres com sintomas climatéricos severos. Maior frequência de disfunção foi associada a sintomas somatovegetativos (92,9%,50,0%, $p=0,048$) e urogenitais (92,9%,58,3%, $p=0,029$). **CONCLUSÕES:** a prevalência de disfunção sexual foi alta, não houve diferença na prevalência segundo *status menopausal* e sintomas climatéricos severos, particularmente, somatovegetativos e urogenitais associaram-se a pior função sexual.

Palavras-chave: Disfunção sexual. Climatério. Sexualidade. Menopausa.

Abstract:

OBJECTIVE: verify if there is a difference in the prevalence of sexual dysfunction and in the sexual domain scores according to menopausal status and evaluate which climacteric symptoms are more prevalent in women with sexual dysfunction. **METHODOLOGY:** a cross-sectional study with 84 women between the ages of 18 and 68, sexually active. Age, marital status, education, income, menopausal status and smoking were accessed. The Index of Female Sexual Function was applied to the entire sample and the Menopause Rating Scale (MRS) to the postmenopausal women. Pearson's Chi-Square test was used to evaluate categorical variables, the significance level adopted was 5%, and R Core Team 2018 software was used. **RESULTS:** the overall prevalence of sexual dysfunction ($IFSF \leq 26.5$) was 42.9%. According to the menopausal state, there was no significant difference in the prevalence of sexual dysfunction (37.9 and 53.8%, $p = 0.173$), but there was a significant difference in the areas of lubrication (4.9 ± 1.1 and 4.0 ± 1.3 , $p = 0.003$) and excitation (3.4 ± 0.9 and 2.7 ± 1.0 , $p = 0.006$). In the postmenopausal group, sexual dysfunction was seen in 50% of women with severe climacteric symptoms. Higher frequency of dysfunction was associated with somatovegetative symptoms (92.9%, 50.0%, $p = 0.048$) and urogenital symptoms (92.9%, 58.3%, $p = 0.029$). **CONCLUSIONS:** the prevalence of sexual dysfunction was high, there was no difference in prevalence according to menopausal status and severe climacteric symptoms, particularly somatovegetative and urogenital, were associated with worse sexual function.

Keywords: Sexual dysfunction. Climacteric. Sexuality. Menopause.

Introdução

A disfunção sexual feminina (DSF) é um problema de saúde pública de alta prevalência mundial, relatado por cerca de 40% de todas as mulheres no mundo, alterando a qualidade de vida e das relações afetivas, sendo sua investigação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Monterrosa-Castro et al. 2016; Cabral et al. 2012; J. de L. Santos, Leão, e Gardenghi 2016; Shifren 2018). Tem etiologia multifatorial, que pode incluir fatores biológicos (estado fisiológico, co-morbidades, uso de medicamentos), psicológicos (medo, ansiedade, baixa autoestima), interpessoais (conflitos na relação, rejeição) e culturais (Cerejo 2006; Mendonça et al. 2012; Lara et al. 2017).

O climatério compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, sendo uma fase biológica e não um processo patológico (Ministério da saúde 2008). Nessa fase, as mulheres tornam-se mais vulneráveis às disfunções sexuais, em virtude das consequências do hipoestrogenismo, tais como: redução da elasticidade, da rugosidade e da lubrificação vaginal, bem como por alterações da libido e por aspectos psicológicos e socioculturais (Cabral et al. 2012; Cavalcanti et al. 2014; Crowley 2018). Esses fatores podem causar dor e insatisfação com a relação sexual e distúrbios do desejo sexual, da excitação, da lubrificação e da capacidade orgástica feminina (Espitia 2018; Simon et al. 2014). Apesar das dificuldades causadas pelos preconceitos e tabus que envolvem esse tema, a investigação dessas queixas é necessária (Lara et al. 2017; Ministério da saúde 2008; Rodrigues Fernandez, Gir, e Hayashida 2005).

No Brasil, segundo dados do IBGE, há aproximadamente 15 milhões de mulheres com idade entre 45 e 65 anos, ou seja, 6,4% da população feminina atual (96 milhões), esta na faixa etária em que ocorre o climatério. O Instituto brasileiro de Geografia e Estatística ainda mostra que a expectativa de vida das mulheres em 2018 é de 76,25 anos e em 2030 será 82 anos (IBGE 2018). Por isso, é fundamental compreender o climatério e as mudanças que acontecem nesse período da vida da mulher, incluindo a função sexual, visto que com o aumento da expectativa de vida, há aumento também da quantidade de anos vividos no climatério.

Estudos epidemiológicos demonstram alta prevalência de disfunção sexual no climatério (Shifren 2018; C. Abdo et al. 2004; Dennerstein e Hayes 2005; Cerejo 2006; Shifren et al. 2008). Conforme demonstrado em estudos brasileiros, a prevalência de disfunção sexual varia de 13,3% a 79,3% (Wolpe et al. 2017). A frequência aumenta com a

idade, e os principais tipos de disfunção são desejo hipoativo (26,7%), dor durante a relação (23,1%) e disfunção orgástica (21%) (C. Abdo et al. 2004).

Tendo em vista o fato de o climatério ser uma fase que aumenta o risco de disfunção sexual e diante do envelhecimento da população brasileira, este estudo tem como objetivo verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais segundo estado menopausal e avaliar quais sintomas climatéricos são mais prevalentes nas mulheres com disfunção sexual.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal, nos ambulatórios do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (setor público) e nos consultórios médicos da Clínica Santa Helena (setor privado), no período de Abril a Julho de 2018. Um total de 140 mulheres aceitou participar do estudo, porém, destas, apenas 84 responderam o questionário avaliação da função sexual (FSFI), sendo, portanto, as 56 restantes descartadas. Das mulheres inclusas 58 encontravam-se na pré-menopausa e 26 após.

Foram critérios de inclusão ter idade entre 18 e 70 anos, ser sexualmente ativa, concordar em participar do estudo, assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e aceitar responder aos questionários *Female Sexual Function Index* (FSFI) e *Menopause Rating Scale* (MRS) para as mulheres pós-menopausa. Foram excluídas mulheres com doenças incapacitantes, alterações cognitivas e puerpério recente que pudessem interferir diretamente na resposta sexual.

Realizou-se entrevista inicial com coleta de dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, *status menopausal*, tabagismo. Estratificou-se escolaridade em ensino fundamental, médio e superior. As mulheres puderam classificar sua renda familiar como menor ou igual a um salário mínimo, entre dois e três salários mínimos, entre quatro e cinco salários mínimos e acima de cinco salários mínimos. O *status menopausal* foi classificado em pré-menopausa e pós-menopausa.

Em seguida, aplicou-se o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Rosen et al. 2000; Hentschel et al. 2007; Thiel et al. 2008), um questionário construído e validado na língua inglesa, já traduzido e validado no Brasil, construído especificamente para avaliar os seis domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), separadamente ou conjuntamente, nas últimas quatro semanas. Este questionário possui 19 perguntas, as questões recebem pontuação de 0 a 5 e o somatório total varia de 2 a 36 pontos.

Após a soma dos valores de cada questão, e a soma dos valores de cada domínio é necessária a multiplicação por um fator de correção que iguala a influência de cada domínio no escore total. Se o escore de algum domínio for igual a zero, significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. O escore total igual ou abaixo de 26,5 é considerado disfunção sexual.

Posteriormente, aplicou-se para o grupo de mulheres pós-menopausa, o *Menopause Rating Scale* (MRS), também traduzido e validado no Brasil (Heinemann et al. 2004), que avalia sintomas climatéricos, dividido em 3 domínios: sintomas somatovegetativos (fogachos, desconforto no coração, problemas com sono, musculares e articulares), psicológicos (humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental) e urogenitais (problemas de bexiga, sexuais e ressecamento vaginal). É composto por 11 questões que recebem de 0 a 4 pontos, de acordo com a intensidade dos sintomas. Cada domínio pode ser classificado (assintomático, sintomas leves, moderados e severos) e avaliado separadamente. Para avaliação do total do escore soma-se a pontuação de todos os domínios e classifica em assintomáticos (até 4 pontos), sintomas leves (de 5 a 8 pontos), sintomas moderados (9 a 15 pontos) e sintomas severos (mais de 16 pontos).

As variáveis categóricas coletadas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas, discretas ou ordinais foram descritas por meio de média e desvio padrão. Para avaliar associação entre climatério ou disfunção sexual e demais variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Para avaliar as diferenças de média para climatério ou disfunção sexual e demais variáveis contínuas, ordinais ou discretas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% e software utilizado foi o R Core Team 2018. Avaliando o poder obtido por esta amostra, calculamos o poder do teste Qui-Quadrado de Pearson para uma significância de 5%, tamanho de amostra de 84 mulheres e tamanhos de efeito pequenos ($w=0,1$), médios ($w=0,3$) e grandes ($w=0,5$), conforme Cohen (1992). Assim, obtivemos para cada cenário os respectivos poderes de teste: 15%, 78% e 99%, ou seja, apenas diferenças de médio a grande porte foram significativas assumindo um poder mínimo de 80%.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 82525917.8.0000.5546) e da clínica privada Santa Helena.

Resultados

A média de idade das participantes foi de 41,5 ($\pm 11,1$) anos e de início da atividade sexual foi de 18,7 ($\pm 4,0$). A maioria das mulheres era casada (62,2%), com ensino médio completo (55,4%), renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (40,7%) e não tabagista (97,5%).

Os grupos pré e pós-menopausa foram homogêneos no tocante ao estado civil, escolaridade e renda (Tabela 1).

A prevalência global de disfunção sexual (IFSF $\leq 26,5$) foi de 42,9% e a média geral do escore foi de 26,01 ($\pm 4,7$). No grupo de mulheres na pré-menopausa, a prevalência foi de 37,9%, enquanto que no grupo pós-menopausa foi de 53,8%, não havendo diferença significativa ($p=0,173$) (Tabela 2). Em relação à associação entre disfunção sexual e aspectos sociodemográficos, verificou-se que houve diferença em relação ao nível de escolaridade e disfunção sexual ($p=0,018$), mas o mesmo não foi visto em relação à renda, estado civil e tabagismo (Tabela 2).

Quando se avaliou a média do escore do IFSF por grupos, verificou-se média de 26,9 ($\pm 4,0$) no grupo pré-menopausa e 24,0 ($\pm 5,7$) no grupo pós-menopausa, evidenciando diferença significativa ($p=0,036$). Quando comparados os escores dos domínios da função sexual dos dois grupos, houve diferença significativa nos escores da lubrificação ($4,9 \pm 1,1$ e $4,0 \pm 1,3$, $p=0,003$) e excitação ($3,4 \pm 0,9$ e $2,7 \pm 1,0$, $p=0,006$). Enquanto que nos outros domínios, não houve diferença significativa: desejo ($4,0 \pm 1,0$ e $3,4 \pm 1,5$, $p=0,052$), orgasmo ($4,7 \pm 1,2$ e $4,5 \pm 1,2$, $p=0,568$), satisfação ($5,0 \pm 1,1$ e $4,6 \pm 1,2$, $p=0,210$) e dor ($5,0 \pm 1,1$ e $4,7 \pm 1,2$, $p=0,382$) (Tabela 3).

Quanto aos sintomas climatéricos em mulheres na pós-menopausa, verificados pelo escore MRS, observou-se presença de sintomatologia em 73,1% da população (leves 7,7%, moderados 26,9% e severos 38,5%). Os sintomas somatovegetativos estavam presentes em 73,1%, os sintomas psicológicos em 69,2%, e os sintomas urogenitais em 76,9%. Ao correlacionar a presença desses sintomas com disfunção sexual nas mulheres pós menopausa, verificou-se associação entre sintomas moderados/severos com disfunção sexual ($p=0,014$). Quando avaliado por domínios, as mulheres com sintomas somatovegetativos ($92,9\% \times 50,0\%$, $p=0,048$) e urogenitais ($92,9\% \times 58,3\%$, $p=0,029$) apresentaram maior frequência de disfunção sexual (Tabela 4).

Discussão

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública de alta prevalência, que tem grande impacto na qualidade de vida da mulher (Mendonça et al. 2012; Shifren 2018). O climatério é uma fase de risco para disfunção sexual em virtude de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Ministério da saúde 2008; Cabral et al. 2012; Shifren 2018; Alves, Leite, et al. 2015).

A prevalência de disfunção sexual encontrada nesse estudo (42,9%), foi semelhante à encontrada em estudo transversal, de base populacional, feito nos Estados Unidos, com 31.531 mulheres acima de 18 anos, que mostrou uma prevalência de 43% de disfunção sexual, predominando em mulheres no climatério (Shifren et al. 2008). Na Austrália, a prevalência encontrada, também foi semelhante (42%), em um estudo do tipo coorte prospectivo, com 438 mulheres entre 45 e 55 anos (Dennerstein et al. 2005). Outro estudo feito no Brasil (Brazilian study on sexual behavior – BSSB), com questionários aplicados em dez cidades de sete estados brasileiros, que avaliou 1219 mulheres, maiores de 18 anos, encontrou uma prevalência de 49% de disfunção sexual (C. Abdo et al. 2004). Prevalência inferior (21,9%), no entanto, foi verificada em pesquisa realizada no estado de Sergipe, provavelmente devido à média de idade (33 anos) das mulheres desse estudo ter sido inferior à da pesquisa atual (Prado, Mota, e Lima 2010). Em revisão sistemática de estudos brasileiros, foi encontrada variação de 31,2% a 79,3% de disfunção sexual na região Nordeste (Wolpe et al. 2017).

Apesar de não ter havido diferença significativa na prevalência de disfunção sexual nos grupos pré e pós-menopausa, a frequência foi maior no grupo pós-menopausa (37,9% e 53,8% respectivamente). Provavelmente a diferença não chegou a ser significativa em virtude ao pequeno tamanho da amostra. No entanto, quando verificado a média do IFSF dos grupos, o grupo de mulheres pós-menopausa foi significativamente mais disfuncional, semelhante ao encontrado na literatura (Cruz, Nina, e Figueredo 2017). Em relação à comparação por domínios, verificaram-se piores escores de lubrificação e excitação no grupo pós-menopausa, o que pode ser atribuído ao hipoestrogenismo como já estabelecido na literatura (Santen 2018). De uma forma global, os domínios mais alterados foram excitação e desejo, divergente de estudo feito com metodologia similar a este que mostrou maior alteração nos domínios excitação, orgasmo e dor (Cabral et al. 2012). No maior estudo epidemiológico brasileiro (BSSB), a disfunção do desejo foi a mais prevalente (C. Abdo et al. 2004).

Não foi verificada associação entre renda e disfunção sexual, semelhante ao observado em pesquisas realizadas em Sergipe e em Recife (Prado, Mota, e Lima 2010; Laura

e Gomes 2007). No tocante à escolaridade, a subcategoria que teve maior frequência de disfunção foi a do ensino médio. A literatura é controversa em relação a este aspecto. Há estudos que demonstram associação entre menor escolaridade e disfunção (C. Abdo et al. 2004; Shifren et al. 2008), enquanto outro observa associação entre maior escolaridade e pior função sexual (Cerejo 2006).

Neste estudo 73.1% das mulheres na pós-menopausa apresentaram sintomatologia climatérica, resultado semelhante ao encontrado em estudo com 1.210 mulheres (entre 45 a 60 anos), que encontrou prevalência de sintomas em 85,9% das mulheres (Malheiros et al. 2014). Em relação à intensidade dos sintomas, a maioria refere sintomas severos, semelhante a estudo feito com 8373 mulheres, entre 40 e 59 anos, que verificou sintomas severos em 50% da amostra (Chedraui et al. 2008).

As mulheres com sintomas climatéricos severos tiveram maior frequência de disfunção sexual, o que também é demonstrado na literatura (Cabral et al. 2012; Cruz, Nina, e Figueredo 2017). Dentre os sintomas avaliados (somatovegetativos, psicológicos e urogenitais), os sintomas urogenitais e somatovegetativos apresentaram relação positiva com disfunção, mostrando concordância com o que é relatado por outras pesquisas. Um estudo com 3.520 mulheres na pós-menopausa (55-65 anos) nos Estados Unidos, Canadá e Europa mostrou presença de desconforto vaginal em 48%, secura vaginal em 85% e dor durante a relação sexual em 52% e a maioria das mulheres (75%) associou o desconforto vaginal a impacto negativo na vida sexual (Simon et al. 2013). Outro estudo norte americano com 1.000 mulheres na pós-menopausa (55-65 anos) mostrou que o desconforto vaginal fez com que a maioria das mulheres pesquisadas evitasse a intimidade (58%), sofresse perda da libido (64%) e sofresse de dor associada ao sexo (64%) (Simon et al. 2014).

É relevante ressaltar como limitação desta pesquisa, o número amostral menor no grupo pós-menopausa, devido à falta de resposta dos questionários, possivelmente pela inatividade sexual ou pela vergonha de “falar” sobre o assunto.

Conclusão

Pode-se concluir que a prevalência de disfunção sexual foi alta, não houve diferença na prevalência segundo *status menopausal* e sintomas climatéricos severos, particularmente, somatovegetativos e urogenitais associaram-se a pior função sexual.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população segundo *status* menopausal.

	Menopausa		p-valor
	Pré	Pós	
	N (%)	N (%)	
Estado Civil			
Casada	34 (60,7)	17 (65,4)	0,069
Solteira	15 (26,8)	2 (7,7)	
Outro	7 (12,5)	8 (26,9)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	6 (10,5)	5 (19,2)	0,315
Ensino Médio	33 (57,9)	13 (50,0)	
Ensino Superior	18 (31,6)	7 (26,9)	
Não alfabetizado	0 (0,0)	1 (3,8)	
Renda			
Menor ou igual a 1 salário mínimo	24 (43,6)	9 (34,6)	0,44
De 2 a 3 salários mínimos	21 (38,2)	8 (30,8)	
De 4 a 5 salários mínimos	4 (7,3)	4 (15,4)	
> que 5 salários mínimos	6 (10,6)	5 (19,2)	
Tabagismo			
Sim	0 (0,0)	2 (7,4)	0,108
Não	54 (100,0)	25 (92,6)	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson;

Tabela 2. Correlação entre aspectos sociodemográficos e *status* menopausal com Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) (N=84)

			IFSF total		p-valor
	N	%	<26,5 N (%)	>26,5 N (%)	
Menopausa					
Pré-menopausa	58	69	22 (37,9)	36 (62,1)	0,202
Pós-menopausa	26	31	14 (53,8)	12 (46,2)	
Estado Civil					
Casada	51	62,2	18 (51,4)	33 (70,2)	0,231
Solteira	17	20,7	10 (28,6)	7 (14,9)	
Outro	14	17,1	7 (20)	7 (14,9)	
Escolaridade					
Ensino Fundamental	11	13,3	8 (22,2)	3 (6,4)	0,018
Ensino Médio	46	55,4	21 (58,3)	25 (53,2)	
Ensino Superior	25	30,1	6 (16,7)	19 (40,4)	
Não alfabetizado	1	1,2	1 (2,8)	0 (0)	
Renda					
Menor ou igual a 1 salário mínimo	33	40,7	13 (37,1)	20 (43,5)	0,192
De 2 a 3 salários mínimos	29	35,8	16 (45,7)	13 (28,3)	
De 4 a 5 salários mínimos	8	9,9	4 (11,4)	4 (8,7)	
> que 5 salários mínimos	11	13,6	2 (5,7)	9 (19,6)	
Tabagismo					
Sim	2	2,5	1 (2,9)	1 (2,2)	1,000
Não	79	97,5	34 (97,1)	45 (97,8)	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson;

Tabela 3. Média do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) e dos domínios da função sexual segundo *status* menopausal.

	Menopausa			
	Geral	Pré	Pós	p-valor
		Média (DP)	Média (DP)	
IFSF	26,01 (4,7)	26,9 (4,0)	24,0 (5,7)	0,036
Desejo	3,8 (1,2)	4,0 (1,0)	3,4 (1,5)	0,052
Excitação	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	2,7 (1,0)	0,006
Lubrificação	4,6 (1,2)	4,9 (1,1)	4,0 (1,3)	0,003
Orgasmo	4,6 (1,2)	4,7 (1,2)	4,5 (1,2)	0,568
Satisfação	4,9 (1,1)	5,0 (1,1)	4,6 (1,2)	0,210
Dor	4,9 (1,2)	5,0 (1,1)	4,7 (1,2)	0,382

Legenda: DP – Desvio Padrão; Teste de Mann-Whitney;

Tabela 4. Correlação entre sintomas climatéricos (global e por domínios do *Menopause Rating Scale* (MRS)) e Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

	IFSF			p-valor
		<26,5	>26,5	
	N (%)	N (%)	N (%)	
MRS Total				
Assintomáticas /escassos	7 (26,9)	1 (7,1)	6 (50,0)	0,014
Leves	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (16,7)	
Moderados	7 (26,9)	6 (42,9)	1 (8,3)	
Severos	10 (38,5)	7 (50,0)	3 (25,0)	
SOMATOVEGETATIVOS				
Assintomáticas/escassos	7 (26,9)	1 (7,1)	6 (50,0)	0,048
Leves	3 (11,5)	1 (7,1)	2 (16,7)	
Moderados	13 (50,1)	10 (71,4)	3 (25,0)	
Severos	3 (11,5)	2 (14,3)	1 (8,3)	
PSICOLÓGICOS				
Assintomáticas /escassos	8 (30,8)	2 (14,3)	6 (50,0)	0,258
Leves	6 (23,0)	4 (28,6)	2 (16,7)	
Moderados	4 (15,4)	3 (21,4)	1 (8,3)	
Severos	8 (30,8)	5 (35,7)	3 (25,0)	
UROGENITAIS				
Assintomáticas /escassos	6 (23,1)	1 (7,1)	5 (41,7)	0,029
Leves	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (8,3)	
Moderados	7 (26,9)	3 (21,4)	4 (33,3)	
Severos	12 (46,2)	10 (71,4)	2 (16,7)	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson;

Referências

1. Abdo, Chn, Wm Oliveira Jr, Ed Moreira Jr, and Jas Fittipaldi. 2004. “Prevalence of Sexual Dysfunctions and Correlated Conditions in a Sample of Brazilian Women—results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB).” *International Journal of Impotence Research* 16: 160–66. doi:10.1038/sj.ijir.3901198.
2. Alves, Estela Rodrigues Paiva, Gerlaine De Oliveira Leite, Juliana Cristina Cruz Calazans, Aurélio Molina da Costa, Sergio Ribeiro dos Santos, and Maria Djair Dias. 2015. “Scientific Production about the Sexuality of Women in Climacteric: An Integrative Review.” *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online* 7 (2): 2537. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2537-2549.
3. Cabral, Patrícia Uchôa Leitão, Ana Carla Gomes Canário, Maria Helena Constantino Spyrides, Severina Alice Da Costa Uchôa, José Eleutério Júnior, Rose Luce Gomes Amaral, and Ana Katherine Da Silveira Gonçalves. 2012. “Influência Dos Sintomas Climatéricos Sobre a Função Sexual de Mulheres de Meia-Idade.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 34 (7): 329–34. doi:10.1590/S0100-72032012000700007.
4. Cavalcanti, Isabela Franco, Polyana da Nóbrega Farias, Lucas Ithamar, Vilma Maria da Silva, and Andrea Lemos. 2014. “Função Sexual E Fatores Associados À Disfunção Sexual Em Mulheres No Climatério.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 36 (11): 497–502. doi:10.1590/s0100-720320140004985.
5. Cerejo, Andreia Chaves. 2006. “Disfunção Sexual Feminina: Prevalência E Factores Relacionados.” *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar* 22 (6): 8–11.
6. Chedraui, Peter, Juan E Blümel, German Baron, Emma Belzares, Ascanio Bencosme, Andres Calle, Luis Danckers, et al. 2008. “Maturitas Impaired Quality of Life among Middle Aged Women: A Multicentre Latin American Study” 61: 323–29. doi:10.1016/j.maturitas.2008.09.026.
7. Crowley, William F. 2018. “Clinical Manifestations and Diagnosis of Menopause,” no. figure 5: 1–17.
8. Cruz, Emanuela Fonseca, Vinicius Jose da Silva Nina, and Eduardo Durans Figueredo. 2017. “Climacteric Symptoms and Sexual Dysfunction: Association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de*

- Ginecologia E Obstetricia* 39 (2): 66–71. doi:10.1055/s-0037-1598603.
9. Dennerstein, Lorraine, and Richard D Hayes. 2005. “Confronting the Challenges: Epidemiological Study of Female Sexual Dysfunction and the Menopause.” *The Journal of Sexual Medicine* 2 Suppl 3: 118–32. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00128.x.
 10. Dennerstein, Lorraine, Philippe Lehert, Henry Burger, and Janet Guthrie. 2005. “Sexuality.” *American Journal of Medicine* 118 (12 SUPPL. 2): 59–63. doi:10.1016/j.amjmed.2005.09.034.
 11. Espitia, De La Hoz Franklin José. 2018. “Artículo de Revisión Fisiopatología Del Trastorno Del Deseo Sexual En El Climaterio” 23 (1): 58–60.
 12. Heinemann, Klaas, Alexander Ruebig, Peter Potthoff, Hermann P G Schneider, Frank Strelow, Lothar A J Heinemann, and Minh Thai. 2004. “The Menopause Rating Scale (MRS) Scale : A Methodological Review” 8: 1–8. doi:10.1186/1477-7525-2-45.
 13. Hentschel, Heitor, Daniele Lima Alberton, Edison Capp, and Eduardo Pandolfi Passos. 2007. “VALIDAÇÃO DO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) PARA USO EM LÍNGUA PORTUGUESA.”
 14. IBGE. 2018. “No Title.” <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
 15. Lara, Lúcia Alves da Silva, Sandra Cristina Poerner Scalco, Júlia Kefalás Troncon, and Gerson Pereira Lopes. 2017. “Modelo Para Abordagem Das Disfunções Sexuais Femininas.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetricia* 39 (4): 184–94. doi:10.1055/s-0037-1601435.
 16. Laura, Ana, and Carneiro Gomes. 2007. “Prevalência Das Disfunções Sexuais Femininas Em Clínica de Planejamento Familiar de Um Hospital Escola No Recife , Pernambuco Female Sexual Dysfunction Prevalence in a Family Planning Clinic at a University Hospital Located in Recife , Pernambuco” 7 (2): 143–50.
 17. Malheiros, Elizabeth Santos de Andrade, Maria Bethânia da Costa Chein, Diego Salvador Muniz da Silva, Caroline Louise Lima Dias, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Aarão Mendes Pinto-Neto, and Luciane Maria Oliveira Brito. 2014. “Síndrome Climatérica Em Uma Cidade Do Nordeste Brasileiro : Um Inquérito Domiciliar.” doi:10.1590/S0100-7203201400040002.
 18. Mendonça, Carolina, Tatiana Silva, Jalsi Arrudai, Marco García- Zapata, and Waldemar Amaral. 2012. “Função Sexual Feminina : Aspectos Normais E Patológicos , Prevalência No Brasil , Diagnóstico E Tratamento.” *Femina* 40 (4): 196–202.
 19. Ministério da saúde. 2008. *MANUAL DE ATENÇÃO À MULHER NO*

- CLIMATÉRIO/MENOPAUSA* - *Bibliofarma*. <http://bibliofarma.com/manual-de-atencao-a-mulher-no-climateriomenopausa/>.
20. Monterrosa-Castro, Álvaro, Katherin Portela-Buelvas, Marlon Salgado-Madrid, Joulen Mo-Carrascal, and Carolina Duran-Méndez Leidy. 2016. “Instruments to Study Sleep Disorders in Climacteric Women.” *Sleep Science* 9 (3). Elsevier: 169–78. doi:10.1016/j.slsci.2016.11.001.
 21. Prado, Daniela Siqueira, Vanessa Paula Lins Porto Mota, and Tatiana Isabel Azevedo Lima. 2010. “Prevalência de Disfunção Sexual Em Dois Grupos de Mulheres de Diferentes Níveis Socioeconômicos.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 32 (3): 139–43. doi:10.1590/S0100-72032010000300007.
 22. Rodrigues Fernandez, Márcia, Elucir Gir, and Miyeko Hayashida. 2005. “Sexualidade No Período Climatérico: Situações Vivenciadas Pela Mulher.” *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P* 39 (2): 129–35. doi:10.1590/S0080-62342005000200002.
 23. Rosen, R, C Brown, J Heiman, S Leiblum, and D Ferguson. 2000. “The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function,” 191–208.
 24. Santen, Richard J. 2018. “Clinical Manifestations and Diagnosis of Genitourinary Syndrome of Menopause (Vulvovaginal Atrophy),” 1–13.
 25. Santos, Jessica de Lima, Ana Paula Florindo Leão, and Giulliano Gardenghi. 2016. “Disfunções Sexuais No Climatério.” *Reproducao E Climaterio* 31 (2): 86–92. doi:10.1016/j.recli.2016.08.001.
 26. Shifren, Jan L. 2018. “Overview of Sexual Dysfunction in Women: Epidemiology, Risk Factors, and Evaluation,” 1–23.
 27. Shifren, Jan L, Brigitta U Monz, Patricia A Russo, Anthony Segreti, and Catherine B Johannes. 2008. “Sexual Problems and Distress in United States Women.” *Obstet Gynecol* 112 (5): 970–78. doi:10.1097/AOG.0b013e3181898cdb.
 28. Simon, James A, Marta Kokot-kieropa, Jeffrey Goldstein, and Rossella E Nappi. 2013. “Vaginal Health in the United States: Results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes Survey” 20 (10): 1043–48. doi:10.1097/gme.0b013e318287342d.
 29. Simon, James A, Rossella E Nappi, Sheryl A Kingsberg, Ricardo Maamari, and Vivien Brown. 2014. “Clarifying Vaginal Atrophy’s Impact on Sex and Relationships (CLOSER) Survey: Emotional and Physical Impact of Vaginal Discomfort on North American Postmenopausal Women and Their Partners” 21 (2): 137–42. doi:10.1097/gme.0b013e318295236f.

30. Thiel, Rosane do Rocio Cordeiro, Miriam Dambros, Paulo César Rodrigues Palma, Marcelo Thiel, Cássio Luís Zanettini Riccetto, and Maria de Fátima Ramos. 2008. “Tradução Para Português , Adaptação Cultural E Validação Do Female Sexual Function Index.”
31. Wolpe, Raquel E., Kamilla Zomkowski, Fabiana P. Silva, Ana Paula A Queiroz, and Fabiana F. Sperandio. 2017. “Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Brazil: A Systematic Review.” *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 211. Elsevier Ireland Ltd: 26–32. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.01.018.

APÊNDICE A

HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Disfunções sexuais no climatério

1. A senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa. Nesta pesquisa pretendemos identificar a prevalência e o impacto da disfunção sexual em mulheres no climatério avaliando os aspectos hormonais e sociais associados. O motivo que nos leva a estudar é a alta prevalência de disfunção sexual em mulheres no mundo. Além disso, a pesquisa contribuirá para trazer maior conhecimento sobre o tema abordado favorecendo a comunidade acadêmica e os profissionais da saúde a atuarem na promoção e prevenção de saúde sexual feminina.
2. Para esta pesquisa a senhora apenas preencherá um **questionário**, respondendo às perguntas formuladas. Em geral, o tempo gasto para finalização é de 10 minutos.
3. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em desconforto ou constrangimento causados pelos questionários, nesses casos a desistência pode ocorrer a qualquer momento.
4. Não haverá benefício direto para a senhora, os resultados da pesquisa podem contribuir para futuras medidas de prevenção e de tratamento de disfunções sexuais em mulheres climatéricas.
5. Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.
6. A senhora terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.
7. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Seu nome ou o material que indique sua participação permanecerão em local seguro, com acesso exclusivo do pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.
8. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, este termo é elaborado em duas vias, que deverão ser assinadas ao seu término e, rubricadas pelo sujeito da

pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s). Cada parte receberá uma via do documento.

Diante dos esclarecimentos prestados, estou ciente dos objetivos da pesquisa **Disfunções sexuais no climatério**, de maneira detalhada, esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Aracaju, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Em caso de dúvida entrar em contato com Kamilla Souza de Jesus
Telefone: (79)9-9649-1799 E-mail: kamillasouzaj@gmail.com

APÊNDICE B

HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, _____ (nome), _____ (cargo)
do(a) _____ (local), tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa
intitulada **Disfunções sexuais no climatério**, sob responsabilidade da pesquisadora Kamilla
Souza de Jesus (Interna de Medicina HU/UFS), na _____.
Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o uso do espaço físico, para aplicação de
questionários às pacientes.

Aracaju, ____/____/____

(Assinatura/ Cargo)

7 ANEXOS

7.1 Índice de função sexual feminina (IFSF)

Instruções: Este questionário pergunta sobre sua *vida sexual* durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda as perguntas da forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder às questões use as seguintes definições:

Atividade sexual: pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta” “siririca”) e ato sexual.

Ato sexual: definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual: inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

Desejo sexual ou interesse sexual: sentimento que inclui querer ter, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um(a) parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual: sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor e inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/ “vagina molhada”/ “tesão vaginal”) ou contrações musculares.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

PERGUNTAS:

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

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

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.

6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

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

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

4) Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu grau de desejo ou interesse sexual?

1. Muito alto.
2. Alto.
3. Moderado.
4. Baixo.

5. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

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

1. Sem atividade sexual.
2. Segurança muito alta.
3. Segurança alta.
4. Segurança moderada.
5. Segurança baixa.
6. Segurança muito baixa ou sem segurança.

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

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

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

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

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

1. Sem atividade sexual.

2. Extremamente difícil ou impossível.

3. Muito difícil.

4. Difícil.

5. Ligeiramente difícil.

6. Nada difícil.

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

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

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

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

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

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

12) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi

sua dificuldade em atingir o orgasmo (clímax/“gozou”)?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu (sua) parceiro(a)?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu (sua) parceiro(a)?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.

3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.
5. Moderadamente insatisfeita.
6. Muito insatisfeita.

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

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

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

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

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

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

7.2 Menopause Rating Scale (MRS)

Instruções: Este questionário pergunta sobre *sintomas climatéricos*. Por favor, responda as perguntas da forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Quais dos seguintes sintomas e em que grau você diria que se sente atualmente?

Sintomas	Nenhum	Leves	Moderados	Severos	Extremamente severos
Escores	0	1	2	3	4
1. Falta de ar, suores, calores	☐				
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)	☐				
3. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir a noite toda e acordar muito cedo)	☐				
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se para baixo, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, instabilidade de humor)	☐				
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)	☐				
6. Ansiedade (impaciência, pânico)	☐				
7. Esgotamento físico e mental (queda geral em seu desempenho, falta de	☐				
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)	☐				
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)	☐				
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)	☐				
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)	☐				