

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**Stéfany Gomes da Silva**

**Avaliação da função sexual em mulheres brasileiras: um estudo transversal**

**São Carlos-SP**

**2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**Avaliação da função sexual em mulheres brasileiras: um estudo transversal**

Trabalho de graduação 3 entregue como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Sartorato Beleza

Co-orientadora: Amanda Magdalena Feroldi Fabricio

**São Carlos-SP**

**2022**

**Stéfany Gomes da Silva**

**Avaliação da função sexual em mulheres brasileiras: um estudo transversal**

Trabalho de graduação 3 entregue como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**ORIENTADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Carolina Sartorato Beleza  
Universidade Federal de São Carlos

---

**Membro da banca (1)**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Arias Avila Vera  
Universidade Federal de São Carlos

---

**Membro da banca (2)**

Ms. Gabriel Bernardi dos Santos  
Universidade Federal de São Carlos

**São Carlos**

**2022**

## **Agradecimentos**

À Deus, pelo dom da vida e por, mesmo em meio a tantos motivos contrários, me manter firme para concretizar os meus planos com fé e força o bastante para arquitetar mais e mais deles.

Aos meus pais e irmão, pelo imensurável esforço para me permitir sempre a escolha de investir em mim e no meu futuro. Obrigada por representarem o motivo pelo qual meus olhos se mantêm à frente, independente dos obstáculos.

À minha avó, por sempre ter sido a representação de força e coragem a qual recorro em cada uma das minhas decisões, quaisquer que sejam.

Ao meu companheiro de planos, vida e trajetória, pelo incomparável apoio e permanente presença durante a caminhada árdua que foi chegar até este trabalho. Digo sem sombra de dúvidas que essa conquista também é sua.

À minha sogra, pela parceria e incontáveis reforços positivos nesse e em tantos outros desafios que já me propus viver.

Aos meus amigos Aksis Haidar, Gabriela Sardeli, Lara Bataglia, Laura Bonome, Laura Cavarçan, Lívia Nardini, Pedro Bittencourt e Vitoria Urruchia, pela partilha ao longo de todos esses anos não só no que envolveu o aspecto acadêmico, mas também em todas as delícias e desafios que a faculdade é capaz de proporcionar. Ter vivido isso ao lado de vocês não tem preço.

À Leticia Almeida, que mesmo de longe sempre esteve presente pra me incentivar nas minhas escolhas.

Aos brilhantes colegas que tive a chance de trabalhar direta ou indiretamente nesse processo, Amanda Feroldi, Jessica Aily e Vander Gava, pelas incontáveis dúvidas sanadas e momento de acolhimento a mim oferecidos.

À Prof. Dra. Ana Carolina Sartorato Beleza, por aceitar o meu pedido de orientação e ter me mostrado a ciência com olhos que eu não havia experimentado antes.

## Sumário

1. Introdução .....	9
2. Objetivos .....	12
3. Materiais e métodos .....	12
3.1. Desenho metodológico .....	12
3.2. Critérios de Elegibilidade.....	12
3.2.1. Critérios de inclusão.....	13
3.2.2. Critérios de exclusão.....	13
3.3. Aspectos legais, éticos, riscos e benefícios da pesquisa .....	13
3.4. Variáveis .....	13
3.4.1. Mensuração das variáveis .....	13
3.4.1.1. Questionário sociodemográfico e dados de saúde - (APÊNDICE 2):.....	14
3.4.1.2. Índice de Função Sexual Feminina – Female Sexual Function Index (FSFI) (ANEXO 2):	14
4. Resultados .....	16
5. Discussão .....	19
6. Conclusão.....	23
7. Referências Bibliográficas .....	24
8. Apêndices.....	29
9. Anexos .....	35

## Resumo

**Introdução:** A resposta sexual feminina fisiológica é mediada por múltiplos componentes que, quando prejudicados, podem desencadear a disfunção sexual (DS) nessa população. A DS causa impactos negativos na qualidade de vida da mulher e, muito embora o estudo sobre o tema esteja em crescimento, sua prevalência ainda cresce ano e ano e são escassas as informações sobre a função sexual em mulheres brasileiras. **Objetivos:** Avaliar a função sexual em mulheres brasileiras e investigar a prevalência e os fatores associados à presença de disfunção sexual feminina (DSF) nessa população. **Métodos:** O presente estudo utilizou como base para o rastreamento da DSF o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), que avalia a resposta sexual com base nos domínios desejo, excitação, lubrificação vaginal, satisfação sexual, orgasmo e dor. O questionário foi disponibilizado on-line e pôde ser respondido por mulheres com 18 anos ou mais e com vida sexual ativa, caracterizada por atividade sexual presente dentro das quatro semanas anteriores à participação. Foram consideradas pontuações <26,55 no FSFI como presença de DSF. A partir disso, as mulheres foram divididas em dois grupos, com e sem DSF. A comparação entre grupos foi feita por meio das características demográficas com teste t para amostras independentes (variáveis contínuas com distribuição normal), teste de Mann-Whitney (variáveis contínuas sem distribuição normal) e o teste Qui-quadrado (variáveis categóricas). Já a associação entre as características do paciente e a DSF foi feita com base na regressão logística binomial. **Resultados:** Participaram do estudo 621 mulheres; a média de idade das participantes foi de 29,8 (8,9%) anos, 274 (44,1%) possuíam vida conjugal e 305 (49,1%) tinham ensino superior. Cerca de 31,7% (IC 95% = 28,2% – 35,5%) apresentaram disfunção sexual com base no escore do FSFI. A regressão logística realizada apontou a prática de atividade física como inversamente associada à DSF (OR=0,65; IC 0,45 – 0,92), enquanto a incontinência urinária (OR=2,21; IC 1,55 – 3,16) e a menopausa aumentam (OR=4,60; IC 1,62 – 13,1) em 2,2 e 4,6 vezes, respectivamente, a chance de ocorrência de DS. **Conclusão:** Acredita-se que a menopausa e a IU são fenômenos que colaboram para com o desenvolvimento de DSF em mulheres brasileiras enquanto a prática de atividade física diminui as chances dessa disfunção.

**Palavras-chave:** Disfunções Sexuais Fisiológicas (Sexual Dysfunction, Physiological); Prevalência (prevalence); Sexualidade (Sexuality)

## **Lista de tabelas**

**Tabela 1.** Caracterização das participantes.

**Tabela 2.** Características dos participantes com relação às informações de saúde.

**Tabela 3.** Resultados dos domínios do questionário FSFI.

**Tabela 4.** Resultados da regressão logística para a associação entre a presença de disfunção sexual e os fatores associados.

## **Lista de abreviaturas**

**DSF** – Disfunção Sexual Feminina

**FSFI** – *Female Sexual Function Index*

**IU** – Incontinência Urinária

**IUE** – Incontinência Urinária de Esforço

**IUU** – Incontinência Urinária de Urgência

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

## 1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade (Organization World Health, 2006). A sexualidade é considerada um componente essencial do indivíduo (Kennedy & Rizvi, 2009; Sinković & Towler, 2019) e, haja vista a interação entre componentes físicos, pessoais e ambientais sobre ela, sabe-se que a autoconfiança, a presença de doenças como depressão e ansiedade, o climatério, a relação com o parceiro, a ocupação da mulher, antecedentes culturais, diferenças raciais e étnicas e o estado civil, são exemplos de componentes-chave para a resposta sexual fisiológica (Nazarpour et al., 2016).

O ciclo fisiológico da resposta sexual feminina é complexo e atualmente acredita-se que impulso biológico não é o grande responsável pela resposta sexual fisiológica, mas sim o desejo de intimidade (Mijal Luria et al., 2004; R Basson et al., 2000). De acordo com este modelo, a mulher parte de um estado de neutralidade sexual alterado pelo estímulo do parceiro, a partir do qual pode-se atingir gradativamente níveis maiores de excitação motivados por fatores como a intimidade, sendo o desejo, nesse contexto, uma consequência da relação sexual e não a motivação para tal (Mijal Luria et al., 2004; R Basson et al., 2000). Ainda, nesse contexto, a intimidade, o vínculo afetivo e razões não sexuais se sobrepõem ao desejo, uma vez que o desejo é secundário a esses componentes (Mijal Luria et al., 2004; R Basson et al., 2000).

O desbalanço do mecanismo mencionado pode desencadear disfunção sexual feminina (DSF), a qual é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013) como sendo um distúrbio no desejo sexual relacionado aos aspectos fisiológicos e/ou psicológicos que modulam a resposta sexual (Clayton & Valladares Juarez, 2019;

Thomas et al., 2018). Divide-se a DSF em três diferentes grupos, sendo eles: disfunção causada por dores genitopélvicas; alteração no interesse ou na excitação sexual e distúrbios durante a penetração e alterações orgásmicas(American Psychiatric Association, 2013).

Dentre as disfunções sexuais mais comuns sabe-se que a dor pélvica crônica acomete a região da pelve e caracteriza-se pela persistência por, pelo menos, seis meses(American Psychiatric Association, 2013), sendo capaz de predispor quadros de depressão ansiedade e fadiga(Laursen et al., 2005). Acredita-se que seu desenvolvimento esteja relacionado com estímulos sensoriais e viscerais somáticos e com a sensibilização de fibras nervosas aferentes. Já o vaginismo, por sua vez, acontece por meio de contrações involuntárias dos músculos do assoalho pélvico impactando o intercuro sexual(American Psychiatric Association, 2013). Sabe-se hoje da intensa influência de fatores psicogênicos no seu surgimento(Lahaie et al., 2010). Nesse mesmo sentido, a dispareunia é comumente comparada ao vaginismo por se tratar de uma condição que também impede o intercuro sexual, nesse caso, pela presença de dor real ou prevista durante a penetração(Crowley et al., 2009; Lahaie et al., 2010).

Quanto à prevalência da DSF, estima-se que atinja entre 25 e 63% das mulheres(Nazarpour et al., 2016) e, quando considerados fenômenos como o climatério, essa prevalência salta para o intervalo de 68 a 86,5%(Ambler et al., 2012). Outros estudos suportam a primeira estimativa, apontando que cerca de 45% das mulheres sofrem com problemas no componente sexual(Thomas et al., 2018). Os valores variam consideravelmente, pois a complexidade do tema impõe barreiras à essa determinação(Pauls et al., 2005).

Dessa forma, entende-se que diversos aspectos atuam diretamente sobre a excitação, o platô e o orgasmo feminino, isto é, sobre toda a resposta sexual dessa população. Assim, considerando a importância da função sexual, é perceptível que as diferentes possibilidades de DSF

compartilham entre si o impacto na qualidade de vida da mulher(Engeler et al., 2017; Lahaie et al., 2010; Pacik, 2014; Ward & Ogden, 1994), favorecendo o surgimento de quadros de adoecimento psíquico, por exemplo(S Mujawar & S Chaudhury, 2017; Williams & Reynolds, 2006).

Outro aspecto a ser considerado é o processo de envelhecimento populacional, já que o climatério está comprovadamente associado a alterações importantes nos aspectos físicos e psicológicos da mulher(Thomas et al., 2018). Haja vista a interação entre o envelhecimento e a função sexual, é possível que cada vez mais mulheres convivam mais tempo com a DSF à medida que a população mundial envelhece(Nazarpour et al., 2016). Ainda, deve-se considerar também que a DSF é cada vez mais comum entre a população de mulheres jovens implicando que essas pessoas convivam por mais tempo com a condição, muito embora a o climatério seja tido como um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento de DSF entre mulheres previamente funcionais sexualmente. Sabendo disso, destaca-se a condição de saúde mental e o nível de escolaridade como fatores importantes nesse contexto(Pauls et al., 2005).

Dado o cenário alarmante, vale destacar os fatores de risco atualmente considerados importantes no desenvolvimento de disfunções sexuais femininas, são eles: os componentes biológicos como intervenções ginecológicas e/ou cirurgias ginecológicas, menopausa e ainda a presença de doenças como a endometriose ou síndromes como a do ovário policístico; componentes psicosssexuais como histórico pessoal de abuso ou violência sexual, relação com a autoimagem e desordens de cunho afetivo e, por fim, componentes contextuais como questões étnicas e religiosas e a presença ou ausência de uma rede de suporte(Scavello et al., 2019). Ademais, grande parte dos fatores não só predisõem o desenvolvimento da DSF, como também a agravam(Scavello et al., 2019).

Muito embora o estudo sobre a prevalência da DSF seja amplo e conte com achados recentes importantes(Rovere et al., 2021), a análise segmentada sobre os fatores de risco que podem estar relacionados à presença de DSF ainda é escassa(Thomas et al., 2018) no contexto mundial e sequer existe em se tratando da população brasileira. Pensando nisso, este estudo visa avaliar a função sexual de mulheres no Brasil e investigar a prevalência e os fatores de risco associados à presença de DSF em mulheres brasileiras.

## **2. Objetivos**

Avaliar a função sexual de mulheres brasileiras.

Investigar a prevalência e os fatores associados à presença de DSF em mulheres brasileiras.

## **3. Materiais e métodos**

### **3.1. Desenho metodológico**

O estudo é do tipo transversal e com análise quantitativa. Os dados foram coletados formato on-line disponibilizado nas redes sociais Instagram, Facebook e WhatsApp pelo grupo de pesquisa. A estratégia de recrutamento nesses espaços se deu por meio de artes visuais explicativas. Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (CAAE nº 27822120.7.0000.5504).

### **3.2. Critérios de Elegibilidade**

### **3.2.1. Critérios de inclusão**

O público-alvo do presente estudo foram mulheres, com 18 anos ou mais, residentes no Brasil, alfabetizadas, com acesso à internet e que tivessem tido relação sexual nas últimas quatro semanas.

### **3.2.2. Critérios de exclusão**

Mulheres que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) e/ou preenchimento incompleto dos questionários utilizados para a avaliação do estudo.

### **3.3. Aspectos legais, éticos, riscos e benefícios da pesquisa**

As participantes que assinaram o TCLE (APÊNDICE 1) conforme estabelecido pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde atenderam os critérios estabelecidos para elegibilidade e concordaram em participar do mesmo.

### **3.4. Variáveis**

O desfecho primário do estudo foi investigar a presença de disfunções sexuais em mulheres brasileiras, e o desfecho secundário analisar possíveis fatores relacionados à sua presença.

#### **3.4.1. Mensuração das variáveis**

O estudo foi realizado de forma on-line e , todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram inseridos na plataforma *Google Forms*. Antes de responder aos itens referentes aos

questionários, foi apresentado o TCLE, havendo aceitação e consentimento do mesmo após a leitura, a participante pôde clicar em “aceito” e responder os seguintes questionários:

#### **3.4.1.1. Questionário sociodemográfico e dados de saúde - (APÊNDICE**

**2):** Este questionário consistiu em perguntas sobre os dados pessoais, demográficos e de caráter social, além de dados gerais de saúde como hábitos de vida, história sexual, sintomas urinários e antecedentes obstétricos.

#### **3.4.1.2. Índice de Função Sexual Feminina – Female Sexual Function**

**Index (FSFI) (ANEXO 2):** O FSFI foi validado para o Português- Brasil e tem como objetivo avaliar a resposta sexual feminina. Composto por 19 questões distribuídas em seis sub-escalas, este questionário avalia os domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (dispareunia). Nesse sentido, cada domínio possui um escore de 0 a 5, os quais são somados e corrigidos de maneira específica para pontuar o escore final que pode variar entre 2 e 36. Nesses questionários os maiores valores indicam melhor grau de função sexual em mulheres(Hentschel et al., 2007; Pacagnella et al., 2008).

#### **a. Processamento e análise dos dados**

Foram utilizadas frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança, média e desvio padrão para produzir a descrição dos achados. Foram analisados dois grupos, sendo um com DSF e o outro sem. Pontuações totais inferiores a 26,55 pontos no FSFI(Wiegel et al., 2005) foram utilizadas para caracterizar a DSF nessa população. Todo o questionário é respondido com base

no último mês e, em se tratando do domínio desejo, avalia-se a presença do mesmo e a percepção da voluntária a seu respeito; no domínio excitação o questionário visa abordar a frequência com a qual a voluntária se sente excitada e satisfeita sexualmente; no domínio lubrificação avalia-se a capacidade de percepção sobre a lubrificação, a dificuldade para atingi-la e também para mantê-la durante o ato sexual; no domínio orgasmo busca-se entender se a paciente atingiu o orgasmo em suas últimas relações sexuais e quais as dificuldades, se houver, para tal; no domínio satisfação o questionário busca abordar a relação da voluntária com seu parceiro e com sua vida sexual e, por fim, no domínio dor o questionário busca rastrear a presença de dor durante ou após o intercursos sexual.

Os grupos com e sem DSF foram comparados em relação às características sociodemográficas usando o teste t para amostras independentes (variáveis contínuas com distribuição normal), teste de Mann-Whitney (variáveis contínuas sem distribuição normal) e o teste Qui-quadrado (variáveis categóricas). A associação entre a presença de DSF e as características das participantes foi verificada por meio da análise de regressão logística binomial, considerando como variável dependente a DSF (presente ou ausente) e como variáveis independentes a idade(Hayes et al., 2008; Witting et al., 2008), situação conjugal(Laumann et al., 1999), gestações(O'Malley et al., 2018), uso de métodos contraceptivos(Both et al., 2019), prática de atividade física(Guida et al., 2019), incontinência urinária(Jiann et al., 2009; Laumann et al., 1999) e menopausa(Hayes et al., 2008; Thornton et al., 2015). Por haver evidência na literatura de que tais variáveis podem estar associadas à DSF, elas foram incluídas em uma análise de regressão. As variáveis independentes foram incluídas separadamente, como análise univariada, e também em um modelo multivariado. Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS (versão 22.0). O nível de significância adotado foi de 5%.

#### 4. Resultados

A pesquisa contou com 621 participantes, com média de idade de 29,8 anos ( $\pm 8.9$ ). As mulheres residiam, em sua grande maioria, na região sudeste 473 (76,2%), seguido da região sul 69 (11,1%), região nordeste 36 (5,8%), região centro-oeste 26 (4,2%) e norte 17 (2,7%). A maior parte das mulheres possuía vida conjugal 274 (44,1%) e também ensino superior 305 (49,1%), além de relatarem exercer atividade remunerada 424 (68,3%). A prevalência de DSF foi de 31,7% (IC 95% = 28,2% – 35,5%) na amostra avaliada. As características das participantes podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização das participantes. Os dados estão apresentados em frequência absoluta e relativa [n(%)] a menos que indicado de outra forma.

<b>Característica</b>	<b>Total (n=621)</b>	<b>Sem disfunção sexual (n=424)</b>	<b>Com disfunção sexual (n=197)</b>	<b>P</b>
<b>Região</b>				0,24
Norte	17 (2,7)	9 (2,1)	8 (4,1)	
Nordeste	36 (5,8)	21 (5,0)	15 (7,6)	
Centro Oeste	26 (4,2)	15 (3,5)	11 (5,6)	
Sul	69 (11,1)	49 (11,6)	20 (10,2)	
Sudeste	473 (76,2)	330 (77,8)	143 (72,6)	
<b>Raça/cor</b>				0,47
Branca	446 (75,0)	323 (76,2)	143 (72,6)	
Preta	35 (5,6)	20 (4,7)	15 (7,6)	
Parda	98 (15,8)	65 (15,3)	33 (16,8)	
Amarela	11 (1,8)	9 (2,1)	2 (1,0)	
Indígena	4 (0,6)	3 (0,7)	1 (0,5)	
Outro	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Prefiro não declarar	6 (1,0)	4 (0,9)	2 (1,0)	
Idade, anos [média (DP)]	29,8 (8,9)	29,5 (8,6)	30,5 (9,3)	0,17
<b>Ocupação</b>				0,40
Não exerce atividade remunerada	191 (31,7)	130 (30,7)	67 (34,0)	
Exerce atividade remunerada	424 (68,3)	294 (69,3)	130 (66,0)	
<b>Escolaridade</b>				0,39
Ensino fundamental	6 (1,0)	3 (0,7)	3 (1,5)	
Ensino médio	107 (17,2)	68 (16,0)	39 (19,8)	
Ensino superior	305 (49,1)	216 (50,9)	89 (45,2)	
Pós graduação	203 (32,7)	137 (32,3)	66 (33,5)	
<b>Situação conjugal</b>				0,05
Sem vida conjugal	347 (55,9)	248 (58,5)	99 (50,3)	
Com vida conjugal	274 (44,1)	176 (41,5)	98 (49,7)	

Também foram coletados hábitos de vida das voluntárias, tais como tabagismo 76 (12,2%) e prática de atividade física, sendo a atividade física praticada pela maioria das mulheres 362 (58,3%). Ainda, com relação à atividade física, houve uma maior concentração de mulheres sedentárias no grupo com DSF 99 (50,3%), quando comparadas ao grupo sem disfunção 263 (62,0%) ( $p = 0,01$ ). Entre as mulheres avaliadas, 28 (4,5%) estão na menopausa, sendo que 16 (8,1%) apresentam DSF ( $p < 0,01$ ). Em contrapartida, com relação ao diagnóstico de incontinência urinária, mais mulheres do grupo com DSF relataram possuir incontinência urinária, seja de urgência 85 (43,1%)  $p < 0,01$  ou de esforço 65 (33,0%)  $p < 0,01$ . Entre as mulheres sem DSF a incontinência urinária de urgência 103 (24,3%) e de esforço 92 (21,7%) esteve presente em menor frequência, no entanto também apresentou valores estatisticamente significativos  $p < 0,01$ .

Nota-se que, como mencionado, menor proporção de mulheres com DSF relataram praticar atividade física, por outro lado houve maior proporção de relato de IU, IUE e IUU neste grupo, além de maior proporção de mulheres na menopausa.

**Tabela 2.** Características das participantes com relação as informações de saúde. Os dados estão apresentados em frequência absoluta e relativa [n(%)] a menos que indicado de outra forma.

<b>Característica</b>	<b>Total (n=621)</b>	<b>Sem disfunção sexual (n=424)</b>	<b>Com disfunção sexual (n=197)</b>	<b>P</b>
Realiza atividade física	362 (58,3)	<b>263 (62,0)</b>	99 (50,3)	<b>0,01</b>
Tabagismo	76 (12,2)	53 (12,5)	23 (11,7)	0,77
Uso de método contraceptivo	461 (74,2)	322 (75,9)	139 (70,6)	0,15
Realizou cirurgia ginecológica	77 (12,4)	47 (11,1)	30 (15,2)	0,14
Incontinência urinária	237 (38,2)	135 (31,8)	<b>102 (51,8)</b>	<b>&lt;0,01</b>
IUU	188 (30,3)	103 (24,3)	<b>85 (43,1)</b>	<b>&lt;0,01</b>
IUE	157 (25,3)	92 (21,7)	<b>65 (33,0)</b>	<b>0,01</b>
Menopausa	28 (4,5)	12 (2,8)	<b>16 (8,1)</b>	<b>0,01</b>
Gestações				0,08
Nenhuma	374 (60,2)	267 (63,0)	107 (54,3)	
1	111(17,9)	67 (15,8)	44 (22,3)	
2 ou mais	136 (21,9)	90 (21,2)	46 (23,4)	
Sofreu intervenção no parto	72 (11,6)	46 (10,8)	26 (13,2)	0,40
TMAP pós parto	56 (9,0)	34 (8,0)	22 (11,2)	0,20

Os resultados dos domínios do FSFI estão apresentados na Tabela 3, tanto para a amostra total quanto para os grupos sem e com DSF. A partir dos resultados obtidos pode-se observar que no escore total, o grupo com DSF apresenta pior desempenho.

**Tabela 3.** Resultados dos domínios do questionário FSFI. Os dados estão apresentados em média (DP).

<b>Domínio</b>	<b>Total (n=621)</b>	<b>Sem disfunção sexual (n=424)</b>	<b>Com disfunção sexual (n=197)</b>	<b>P</b>
Desejo	3,7 (1,2)	4,2 (1,0)	2,8 (1,0)	<b>&lt;0,01</b>
Excitação	4,8 (1,1)	5,3 (0,5)	3,5 (1,0)	<b>&lt;0,01</b>
Lubrificação	4,9 (1,1)	5,4 (0,7)	3,9 (1,1)	<b>&lt;0,01</b>

Orgasmo	4,5 (1,3)	5,1 (0,9)	3,4 (1,3)	<b>&lt;0,01</b>
Satisfação	5,0 (1,1)	5,5 (0,6)	4,0 (1,2)	<b>&lt;0,01</b>
Dor	5,0 (1,2)	5,4 (0,9)	4,1 (1,4)	<b>&lt;0,01</b>
Pontuação total	27,9 (5,2)	30,9 (2,3)	21,7 (3,9)	<b>&lt;0,01</b>

Os resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada apresentados na Tabela 4 permitem observar que as variáveis gestações (uma), prática de atividade física, incontinência urinária e menopausa foram associadas à DSF no modelo univariado. Já no modelo multivariado, as variáveis que mostraram associação foram a prática de atividade física, incontinência urinária e menopausa. A prática de atividade física esteve associada de forma inversa à DSF OR=0,64 (0,45 – 0,92) p=0,01, já a incontinência urinária e a menopausa estão diretamente associadas à DSF, OR=2,55 (1,68 – 3,87) p=<0,01 e OR=4,69 (1,66 – 13,3) p= <0,01, respectivamente.

**Tabela 4.** Resultados da regressão logística para a associação entre a presença de DSF e os fatores associados.

Fatores	Univariada		Multivariada	
	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	P
Idade	1,01 (0,99 – 1,03)	0,17	0,98 (0,94 – 1,01)	0,16
Com vida conjugal	1,40 (0,99 – 1,96)	0,06	1,43 (0,90 – 2,27)	0,14
Gestações				
Nenhuma	–	0,08	–	0,33
1	<b>1,64 (1,05 – 2,55)</b>	<b>0,03</b>	1,41 (0,81 – 2,46)	0,23
2 ou mais	1,28 (0,84 – 1,94)	0,26	0,97 (0,52 – 1,83)	0,93
Uso de método contraceptivo	0,76 (0,52 – 1,11)	0,15	0,95 (0,61 – 1,48)	0,83
Realiza atividade física	<b>0,62 (0,44 – 0,87)</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>0,64 (0,45 – 0,92)</b>	<b>0,01</b>
Incontinência urinária	<b>2,30 (1,63 – 3,25)</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>2,55 (1,68 – 3,87)</b>	<b>&lt;0,01</b>
Menopausa	<b>3,04 (1,41 – 6,55)</b>	<b>0,01</b>	<b>4,69 (1,66 – 13,3)</b>	<b>&lt;0,01</b>

\* não incluída na análise multivariada (multicolinearidade)

## 5. Discussão

O presente estudo constatou que a prática de atividade física, a menopausa e a incontinência urinária relacionam-se com a saúde sexual de mulheres brasileiras. De acordo com os dados obtidos, mulheres sedentárias apresentam maior chance de desenvolver disfunções sexuais quando comparadas a mulheres ativas, o mesmo serve para a incontinência urinária, uma vez que a chance de possuir DSF é maior nessas mulheres. A menopausa atua como fator de risco, sendo o climatério um período em que as mulheres podem estar mais suscetíveis a desenvolver a DSF.

Muito embora a discussão a respeito da DSF tenha crescido nos últimos anos, existem lacunas quando se trata da presença desse problema de saúde na população brasileira e o entendimento de como esses fatores impactam a saúde sexual dessas mulheres pode ser uma ferramenta de compreensão, não só da prevalência da DSF, como também de mecanismos de prevenção, haja vista que atualmente a DSF o impacto significativo dessa condição no desenvolvimento de autoestima e de relacionamentos interpessoais, por exemplo(Mollaioli et al., 2020).

Em se tratando da atividade física, outros achados estão em consonância com os resultados deste estudo, isto é, também acreditam que mulheres ativas tem uma menor tendência de apresentar DSF e apresentam scores superiores no FSFI, com base em uma amostra de mulheres polonesas saudáveis na perimenopausa, com idade entre 45 e 55 anos (Dabrowska et al., 2010). Ainda, com base em uma amostra de mulheres italianas com idades entre 35 e 70 anos com diagnóstico de diabetes mellitus que foram avaliadas por meio do FSFI, os benefícios da prática de atividades físicas também se estendem às mulheres que já possuem DSF, atuando também como modulador, além de fator protetivo(Esposito et al., 2010). Nesse mesmo sentido, tais benefícios parecem ainda mais expressivos em mulheres que já apresentam outras doenças crônicas, tal como diabetes mellitus(Esposito et al., 2010). Haja vista que a tendência da população mundial ao estilo de vida

sedentário(Guthold et al., 2018; J Ildefonso Arocha Rodulfo, 2019) é imprescindível refletir sobre os malefícios dessa tendência ao imobilismo, sendo um deles a maior suscetibilidade ao desenvolvimento de DSF.

Acredita-se que um dos mecanismos pelos quais a atividade física colabora para a redução do impacto da DSF seja o efeito benéfico já comprovado sobre a autoestima(Dabrowska-Gałas & Dąbrowska, 2021; Türkben Polat & Kaplan Serin, 2020). Ainda, em se tratando da avaliação por meio do FSFI, o score total é afetado em mulheres com menor índice de atividade física, como observado em estudos anteriores onde a pontuação reduzida refletiu em alterações no desejo, na lubrificação, no orgasmo e até mesmo na dor dessa população(Dabrowska et al., 2010).

A menopausa também se mostrou como fator de risco para a DSF em mulheres, estando relacionada diretamente com sua presença segundo a análise multivariada dessa pesquisa. Estudos anteriores atentam para o fato de a menopausa pode colaborar não só para o desenvolvimento da disfunção, mas também para seu agravamento(Thornton et al., 2015). Os sintomas iniciam-se ainda na transição entre o período reprodutivo e a menopausa(Nanette Santoro et al., 2021), sugerindo que as disfunções podem surgir também nesse período(Dabrowska et al., 2010).

Tais sintomas caracterizam-se por mudanças de humor, desenvolvimento de depressão, redução de libido(Leiblum et al., 2006), ansiedade, queda na qualidade do sono(Johnson et al., 2019), amenorreia, presença de ondas de calor e alterações características no trato urinário baixo em decorrência do hipoestrogenismo e das flutuações hormonais, a exemplo da atrofia da vulva e da vagina, a secura vaginal, e estreitamento do canal vaginal, predispondo o desenvolvimento de disfunções sexuais como prolapso e incontinência urinária(Portman et al., 2014). Assim, a concomitância entre avanço da idade e menopausa geram um impacto significativo ao assoalho pélvico(Tinelli et al., 2010), o qual passa por um processo de enfraquecimento secundário ao

envelhecimento que pode ser agravado pela supressão de estrogênio, uma vez que esse hormônio está ligado a ação fisiológica de muitos músculos do assoalho pélvico e também à síntese de colágeno que colabora para o funcionamento fisiológico da região(Caretto et al., 2021).

Dessa maneira, sabendo da relação entre envelhecimento e menopausa e da relação deste período com o desenvolvimento de DSF, é evidente que à medida que a idade aumenta, a chance da ocorrência de DSF também cresce e, com o aumento da expectativa de vida no globo, a prevalência da DSF em uma população frente à tendência de inversão da pirâmide etária é preocupante. Ainda, ao contrário do que imaginam, muito embora a função sexual decaia neste período, ela continua sendo relevante para muitas mulheres nessa faixa etária, e a manutenção da saúde sexual pode ser um desejo nessa fase da vida(Hess et al., 2012; Thornton et al., 2015).

A incontinência urinária, por sua vez, também esteve diretamente relacionada com a DSF em mulheres de acordo com a análise e traz importantes resultados negativos na qualidade de vida(Amy J Sinclair & Ian N Ramsay, 2011; Gomes et al., 2020; Sarikaya et al., 2020). A incontinência pode ser de esforço, em que há perda de urina durante momentos de esforço físico, de urgência, em que há perda de urina seguida de uma vontade repentina de urinar, ou mista, quando os sintomas correspondem a ambos os tipos(Dumoulin et al., 2018; Lukacz et al., 2017; Woodley et al., 2020).

Muito embora a incontinência urinária possua uma etiologia multifatorial, está clara a participação da disfunção do assoalho pélvico no seu desenvolvimento, isto porque a formação majoritária do assoalho pélvico por músculos de contração lenta depende de sua força e resistência para manter a continência fisiológica(Wallace et al., 2019) e quando isso não acontece pode-se desenvolver disfunções compartimentais(Quaghebeur et al., 2021). Por esse motivo, o fortalecimento dos músculos dessa região por meio do treinamento do assoalho pélvico já se

mostrou efetivo no tratamento dos diferentes tipos de incontinência urinária(Bo et al., 2020; Dumoulin et al., 2014, 2018; Lukacz et al., 2017; Wallace et al., 2019) e até mesmo no manejo de DSF associadas à IU, conferindo melhora à qualidade de vida e sua saúde dessas mulheres(Dumoulin et al., 2018).

O achado desta pesquisa que aponta a incontinência urinária como diretamente relacionada a DSF é condizente com achados anteriores que identificaram no medo de perder urina uma brecha para a resignação sexual, o que pode criar uma ruptura na sexualidade feminina, trazendo à tona a sensação de perda da feminilidade e até mesmo da utilidade enquanto mulher(Dabrowska et al., 2010).

Nesse sentido, vale mencionar que além dos subtipos de definição da incontinência urinária, a perda pode acontecer durante as atividades sexuais e o orgasmo feminino, sendo este último relacionado a hiperativação do músculo detrusor, mecanismo semelhante ao que ocorre na incontinência de urgência(Moutounaïck et al., 2018). Ainda, muito embora o tema ainda careça de novas evidências, estudos apontam que a perda de urina causa um importante impacto na vida, e que não só está relacionada a redução no nível de atividade sexual dessas mulheres como também ao abandono por parte dessas pessoas da vida sexualmente ativa(Burzyński et al., 2017; Felipe et al., 2017).

## **6. Conclusão**

O presente trabalho conclui que a IU e a menopausa são fenômenos que colaboram com o desenvolvimento de DSF em mulheres brasileiras, aumentando a chance de seu desenvolvimento em 2,2 e 4,6 vezes, respectivamente. A incontinência urinária, muito embora não esteja necessariamente associada a DSF também apresentou maior prevalência entre mulheres que

apresentaram DSF. Por outro lado, a atividade física esteve inversamente relacionada com o desenvolvimento de DSF em mulheres brasileiras, demonstrando que a estar fisicamente ativa de certa forma protege contra o desenvolvimento de DSF em mulheres brasileiras, ao contrário do sedentarismo.

## 7. Referências Bibliográficas

- Ambler, D. R., Bieber, E. J., & Diamond, M. P. (2012). Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. *Rev Obstet Gynecol*, 5(1), 16–27. <https://doi.org/10.3909/riog0156>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Amy J Sinclair, & Ian N Ramsay. (2011). The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrics and Gynecology*, 13, 143–148. <https://doi.org/10.1576/toag.13.3.143.27665>
- Bo, K., Fernandes, A. C. N. L., Duarte, T. B., Brito, L. G. O., & Ferreira, C. H. J. (2020). Is pelvic floor muscle training effective for symptoms of overactive bladder in women? A systematic review. In *Physiotherapy (United Kingdom)* (Vol. 106, pp. 65–76). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.011>
- Both, S., Lew-Starowicz, M., Luria, M., Sartorius, G., Maseroli, E., Tripodi, F., Lowenstein, L., Nappi, R. E., Corona, G., Reisman, Y., & Vignozzi, L. (2019). Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1681–1695. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.005>
- Burzyński, B., Kwiatkowska, K., Sołtysiak-Gibała, Z., Bryniarski, P., Przymuszała, P., Właźlak, E., & Rzymiski, P. (2017). *Impact of stress urinary incontinence on female sexual activity*.
- Caretto, M., Misasi, G., Giannini, A., Russo, E., & Simoncini, T. (2021). Menopause, aging and the failing pelvic floor: a clinician's view. In *Climacteric* (Vol. 24, Issue 6, pp. 531–532). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1936484>
- Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. In *Medical Clinics of North America* (Vol. 103, Issue 4, pp. 681–698). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008>
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. In *BMJ (Online)* (Vol. 339, Issue 7714, pp. 225–229). <https://doi.org/10.1136/bmj.b2284>
- Dabrowska, J., Drosdzol, A., Skrzypulec, V., & Plinta, R. (2010). Physical activity and sexuality in perimenopausal women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(6), 423–432. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.529968>
- Dabrowska-Gałas, M., & Dąbrowska, J. (2021). Physical activity level and self-esteem in middle-aged women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph18147293>

Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 10, Issue 10). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>

Dumoulin, C., Hunter, K. F., Moore, K., Bradley, C. S., Burgio, K. L., Hagen, S., Imamura, M., Thakar, R., Williams, K., & Chambers, T. (2014). *Neurourology and Urodynamics Conservative Management for Female Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence*. <https://doi.org/10.1002/nau>

Engeler, D., Baranowski, A. P., Borovicka, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E. J., De, A. C., Williams, C., Associates, G., Goonewardene, : S, & Schneider, M. P. (2017). *EAU GUIDELINES ON CHRONIC PELVIC PAIN*.

Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22(3), 179–184. <https://doi.org/10.1038/ijir.2010.6>

Felippe, M. R., Zambon, J. P., Girotti, M. E., Burti, J. S., Hacad, C. R., Cadamuro, L., & Almeida, F. (2017). What Is the Real Impact of Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction? A Case Control Study. *Sexual Medicine*, 5(1), e54–e60. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.09.001>

Gomes, T. A., Faber, M. de A., Botta, B., Brito, L. G. O., & Juliato, C. R. T. (2020). Severity of urinary incontinence is associated with prevalence of sexual dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 31(8), 1669–1674. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04092-8>

Guida, M., Troisi, J., Saccone, G., Sarno, L., Caiazza, M., Vivone, I., Cinque, C., & Aquino, C. I. (2019). Contraceptive use and sexual function: a comparison of Italian female medical students and women attending family planning services. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(6), 430–437. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1663500>

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1681–1693. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x>

Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldin, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for Portuguese language. *Clinical & Biomedical Research*, 27(1).

Hess, R., Thurston, R. C., Hays, R. D., Chang, C. C. H., Dillon, S. N., Ness, R. B., Bryce, C. L., Kapoor, W. N., & Matthews, K. A. (2012). The impact of menopause on health-related quality of life: Results from the STRIDE longitudinal study. *Quality of Life Research*, 21(3), 535–544. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9959-7>

J Ildefonso Arocha Rodulfo. (2019). Arocha Rodulfo JI. Sedentary lifestyle a disease from xxi century. Sedentarismo, la enfermedad del siglo xxi. *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis*, 31(5), 233–240.

- Jiann, B. P., Su, C. C., Yu, C. C., Wu, T. T., & Huang, J. K. (2009). Risk factors for individual domains of female sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3364–3375. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01494.x>
- Johnson, A., Roberts, L., & Elkins, G. (2019). Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 24. <https://doi.org/10.1177/2515690X19829380>
- Kennedy, S. H., & Rizvi, S. (2009). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. In *Journal of Clinical Psychopharmacology* (Vol. 29, Issue 2, pp. 157–164). <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9>
- Lahaie, M.-A., Boyer, S. C., Amsel, R., Khalife, S., & Binik, M. Y. (2010). Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*, 6(5), 705–719.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Raymond Rosen, M. C. (1999). *Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors*. <http://jama.jamanetwork.com/>
- Laursen, B. S., Bajaj, P., Olesen, A. S., Delmar, C., & Arendt-Nielsen, L. (2005). Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *European Journal of Pain (London, England)*, 9(3), 267. <https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2004.07.003>
- Leiblum, S. R., Koochaki, P. E., Rodenberg, C. A., Barton, I. P., & Rosen, R. C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause (New York, N.Y.)*, 13(1), 46–56. <https://doi.org/10.1097/01.GME.0000172596.76272.06>
- Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary incontinence in women a review. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 318, Issue 16, pp. 1592–1604). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12137>
- Mijal Luria, Drorit Hochner-Celnikier, & Moshe Mock. (2004). Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. *Harefuah*, 143(11), 804–810.
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., di Sante, S., Gravina, G. L., Carosa, E., Lenzi, A., & Jannini, E. A. F. (2020). Lifestyles and sexuality in men and women: The gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>
- Moutounaïck, M., Miget, G., Teng, M., Kervinio, F., Chesnel, C., Charlanes, A., le Breton, F., & Amarenco, G. (2018). Coital incontinence. In *Progres en Urologie* (Vol. 28, Issue 11, pp. 515–522). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2018.05.001>
- Nanette Santoro, Cassandra Roeca, Bransilyn A. Peters, & Genevieve Neal-Perry. (2021). The menopause transition: signs, symptoms and management options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1–15.
- Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. In *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 55, Issue 4, pp. 480–487). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001>
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>

- Organization World Health. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*.
- Pacagnella, R. C., Vieira, E. M., Rodrigues JR., & O.M. & Souza, C. (2008). Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 416–426.
- Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International Urology Journal*, 25, 1613–1620.
- Pauls, R. N., Kleeman, S. D., & Karram, M. M. (2005). *Female Sexual Dysfunction: Principles of Diagnosis and Therapy*.
- Portman, D. J., Gass, M. L. S., Kingsberg, S., Gass, M., Portman, D., Archer, D., Bachmann, G., Burrows, L., Freedman, M., Goldstein, A., Goldstein, I., Heller, D., Iglesia, C. B., Kagan, R., Kellogg Spadt, S., Krychman, M., Nachtigall, L., Nappi, R. E., Pinkerton, J. A. v., ... Stuenkel, C. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and The North American menopause society. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2865–2872. <https://doi.org/10.1111/jsm.12686>
- Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J. J., & de Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 265, pp. 143–149). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.08.026>
- R Basson, J Berman, A Burnett, L Derogatis, D Ferguson, J Fourcroy, I Goldstein, A Graziottin, J Heiman, E Laan, S Leiblum, H Padma-Nathan, R Rosen, K Seagraves, R T Seagraves, R Shabsigh, M Sipski, G Wagner, & B Whipple. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Urology Journal*, 888–893. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10688001/>
- Rovere, G., Perna, A., Meccariello, L., de Mauro, D., Smimmo, A., Proietti, L., Falez, F., Maccauro, G., & Liuzza, F. (2021). Epidemiology and aetiology of male and female sexual dysfunctions related to pelvic ring injuries: a systematic review. In *International Orthopaedics* (Vol. 45, Issue 10, pp. 2687–2697). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00264-021-05153-8>
- S Mujawar, & S Chaudhury. (2017). Depression and Female Sexual Dysfunction. *JPsychiatr Res Treat.*, 1(1).
- Sarikaya, S., Yildiz, F. G., Senocak, C., Bozkurt, O. F., & Karatas, O. F. (2020). Urinary incontinence as a cause of depression and sexual dysfunction: Questionnaire-based study. *Revista Internacional de Andrologia*, 18(2), 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.08.003>
- Scavello, I., Maseroli, E., Stasi Di, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual Health in menopause. *Medicina*, 55, 559.
- Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. In *Qualitative Health Research* (Vol. 29, Issue 9, pp. 1239–1254). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Thomas, H. N., Neal-Perry, G. S., & Hess, R. (2018). Female Sexual Function at Midlife and Beyond. In *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* (Vol. 45, Issue 4, pp. 709–722). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.013>

- Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.009>
- Tinelli, A., Malvasi, A., Rahimi, S., Negro, R., Vergara, D., Martignago, R., Pellegrino, M., & Cavallotti, C. (2010). Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 17(1), 204–212. <https://doi.org/10.1097/GME.0B013E3181B0C2AE>
- Türkben Polat, H., & Kaplan Serin, E. (2020). Self-esteem and sexual quality of life among obese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1083–1087. <https://doi.org/10.1111/ppc.12660>
- Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. In *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* (Vol. 31, Issue 6, pp. 485–493). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>
- Ward, E., & Ogden, J. (1994). Experiencing vaginismus—suffers’ beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 9(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/02674659408409565>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- Williams, K., & Reynolds, M. F. (2006). Sexual dysfunction in major depression. In *CNS Spectrums* (Vol. 11, Issue SUPPL. 9, pp. 19–23). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/s1092852900026729>
- Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., & Sandnabba, K. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2587–2599. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00984.x>
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 5, Issue 5). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>

## 8. Apêndices

### a. Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ICIQ-FLUTSsex

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: Tradução, adaptação cultural e validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Sexual Matters Associated with Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-FLUTSsex) para o português do Brasil.

Esse questionário busca avaliar a presença de sintomas relacionados a sua função sexual. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição ou com os pesquisadores responsáveis.

O objetivo deste estudo é traduzir, adaptar culturalmente e validar o questionário WOMBPNSQ para o português/Brasil.

Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de 4 questionários e 2 questões a saber: ICIQ-FLUTSsex, PISQ-12, FSFI, SF-36 e duas perguntas do KHQ, sendo que estes irão avaliar o impacto da sua função sexual em sua qualidade de vida, caso você tenha esses sintomas (coceira, ardência, dor, entre outros). Na avaliação inicial, além de responder os questionários, você nos dará informações sobre sua identificação, além de alguns dados de sua gestação e parto caso tenha tido filhos e também sobre cirurgias que já possa ter realizado durante sua vida. Depois de uma semana você responderá novamente aos questionários e depois de um mês faremos isso novamente.

Sua participação será on-line, onde a senhora poderá responder aos questionários pelo computador ou celular, por meio de um link específico para a participação nesta pesquisa. Como a senhora irá responder aos questionários 3 vezes, iremos lembrá-la dos prazos por meio de ligação telefônica, mensagem em aplicativos de celular, ou e-mail.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, do que os previstos no Conselho Nacional de Saúde, não há risco imediato à senhora, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a senhora poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Os benefícios relacionados com a sua participação voltam-se para a avaliação adequada para melhorar a assistência de mulheres que apresentam sintomas vaginais e disfunções sexuais. Também será possível melhorar as orientações sobre esse assunto por meio de orientações para aliviar seu sintoma ou o encaminhamento para serviço especializado. E, se for de seu interesse, podemos te encaminhar para tratamento na Unidade de Saúde Escola (USE). Se você for de outra região, iremos enviar para outro serviço.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua

privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Ana Carolina Sartorato Beleza  
Pesquisadora responsável

Rod Washington Luiz Km235, CaixaPostal676, CEP:13.565-905, telefone (16)33519575

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP

13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. O Horário de atendimento ao público é de segunda à sexta das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

Local e data:

---

Participante da pesquisa

b. **Apêndice 2 – Questionário sociodemográfico e de dados de saúde**

**DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**Telefone (whatsapp):** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Região:**

Norte ( ) Nordeste ( ) Centro-oeste ( ) Sudeste ( ) Sul ( )

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Autodeclaração de cor / raça:**

Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outro ( ) Prefiro não declarar ( )

**Ocupação**

( ) Exerce atividade remunerada em casa

( ) Exerce atividade remunerada fora de casa

( ) Não exerce atividade remunerada

**Qual seu nível de escolaridade?**

( ) Não alfabetizada

( ) Educação Infantil

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Superior

( ) Pós-graduação

**Estado civil:**

( ) Solteira

( ) Casada / União Consensual

( ) Divorciada

( ) Viúva

( ) Outro

**Você pratica atividade física como caminhada, corrida, pilates, yoga, andar de bicicleta, natação, academia, entre outros?**

Sim                       Não

**Você fuma?**

Sim                       Não

**Utiliza algum método contraceptivo?**

Método de barreira (preservativo masculino ou feminino, diafragma, etc)

Hormonal (DIU hormonal, pílula anticoncepcional, injeção hormonal, etc)

Outros

Não utilizo

**Você realizou alguma cirurgia ginecológica?**

Não realizei

Laqueadura

Retirada das trompas

Retirada dos ovários

Retirada do útero

Outro

**Atualmente, você possui perda de urina (xixi)?**

Sim                       Não

**Se sim, assinale as situações que ocorrem as perdas de urina (xixi)**

Não perco urina

Tenho vontade forte de urinar e é muito difícil de controlar

Tenho perda de urina quando tenho muita vontade de urinar

Perco urina ao tossir, espirrar ou correr

Molho a cama durante a noite

Perco urina durante a relação sexual

**Você tem tido relação sexual nas últimas 4 SEMANAS?**

Sim                       Não

**Você está ou já passou pela menopausa?**

Sim                       Não

**Quantas gestações você teve?**

Nenhuma

1

2

3 ou mais

**Quantos partos você teve? (Gêmeos considerar 1 parto)**

Nenhuma

1

2

3 ou mais

**Por qual tipo de parto você já passou?**

Vaginal (Normal)

Cesárea

Ambos

Nenhum

**Em relação ao seu assoalho pélvico no momento do parto:**

Houve realização de episiotomia (corte na vagina para a passagem do bebê, também conhecido como "pique")

- Houve utilização de fórceps
- Houve necessidade dar pontos
- Houve rasgadura/laceração após o parto sem necessidade de ponto
- Não ocorreu nenhuma das opções acima

**Durante a gestação ou no pós-parto você realizou tratamento dos músculos do assoalho pélvico?**

- Sim
- Não

## 9. Anexos

### a. Parecer consubstanciado do CEP



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Tradução e adaptação transcultural do International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms e International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Sexual Matters Associated with Lower Urinary Tract Symptoms para o português/Brasil

**Pesquisador:** Ana Carolina Sartorato Beleza

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 27822120.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.321.020

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de emenda apresentada presente no arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1921953.pdf e documento carta de emenda de Emenda anexados em 29/03/2022, e onde se lê:

##### CARTA DE EMENDA

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP  
Universidade Federal de São Carlos

**Tipo de alteração:** Inclusão de assistente de pesquisa e inclusão de instituição coparticipante

**Projeto de Pesquisa:** Tradução e adaptação transcultural do International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms e International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Sexual Matters Associated with Lower Urinary Tract

Symptoms para o português/Brasil.

**Responsável pelo projeto:** Ana Carolina Sartorato Beleza

**Número do Parecer:** 3.901.125

**CAAE:** 27822120.7.0000.5504

Prezada Senhora,

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.321.020

Gostaria de solicitar a inclusão de assistente de pesquisa no presente projeto.

Nome: Clara Maria de Araújo Silva. CPF: 118.188.364-40

Ainda, gostaria de incluir duas instituições co-participantes no projeto:

- Hospital Universitário -UFSCar
- Centro Universitário CESMAC – Maceió

As cartas de autorização já foram enviadas como notificação na Plataforma Brasil.

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1921953.pdf:

Trata-se de um estudo de tradução, adaptação transcultural com análise psicométrica. Este projeto foi concebido a partir do recebimento de aprovação formal do Bristol Urological Institute, para tradução, adaptação cultural e validação dos instrumentos ICIQ-VS e ICIQ-FLUTSsex para a língua portuguesa. As autorizações para traduzir e adaptar transculturalmente os dois instrumentos encontram-se anexas a esta proposta. Tal organização é responsável por desenvolver questionários de padrão internacional com qualidade psicométrica robusta, validados para avaliação de disfunções do trato urinário inferior, sintomas vaginais e função sexual, entre outros ([www.iciq.net](http://www.iciq.net)). O projeto será submetido para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSCar. A população alvo desta pesquisa serão mulheres em período pós-parto vaginal, até um ano após o nascimento, com idade igual ou superior a 18 anos. Estas serão recrutadas em serviços de saúde que atendem puérperas e também no Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher da UFSCar. Será utilizada amostragem não probabilística, por julgamento.

Para a determinação do número amostral usaremos a regra da análise fatorial confirmatória que prevê 10 respondentes para cada item do instrumento, sendo acrescidos 20% para eventuais perdas amostrais. Assim estima-se uma amostra mínima de 168 participantes para o ICIQ-VS e de 96 participantes para o ICIQ-FLUTSsex. Essas participantes serão recrutadas nos serviços de atendimento à saúde da mulher da Universidade Federal de São Carlos. O estudo seguirá as diretrizes propostas pela ICIQ Group (ICIQ Validation Methodology/ <http://iciq.net/validationmethodology>) e por Beaton et al<sup>21</sup> para realizar a tradução e validação transcultural dos instrumentos ICIQ-VS e ICIQ-FLUTSsex para o Brasil. Desta forma, o processo de tradução e adaptação transcultural (Fase I) será realizado em cinco etapas: tradução, síntese, retrotradução,

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)



Continuação do Parecer: 5.321.020

reunião de peritos e pré-teste. Os tradutores deverão ser brasileiros, com o domínio do inglês e português. Suas traduções serão sintetizadas e uma versão única dos instrumentos será redigida. A seguir, serão realizadas duas retrotraduções desta versão única, feitas por dois tradutores nascidos na Inglaterra e fluentes em português, "cegos" em relação ao instrumento original. Todas as versões serão encaminhadas ao comitê de peritos. Este será formado pelos dois tradutores, pelos dois retrotradutores, por um profissional de saúde, por um linguista e um metodologista. O comitê examinará as versões e anotações relevantes dos tradutores de cada questionário, em momentos distintos. O comitê terá o papel de discutir os itens de cada instrumento para garantir uma versão final clara, equivalente à original, em termos semânticos, idiomáticos, culturais e conceituais, podendo ou não eliminar itens dos instrumentos. A aplicação do ICIQ-VS e do ICIQ\_FLUTSsex para o pré-teste será feita individualmente com dez mulheres representantes da população alvo. Pedir-se-á que respondam às questões e comentem / opinem sobre a sua clareza de propósito, sua lógica e adequação de vocabulário. A segunda fase do estudo constará do estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos ICIQ-VS e ICIQFLUTSsex, ou seja, a verificação da validade e confiabilidade do instrumento (validade, confiabilidade, reprodutibilidade)

#### Objetivo da Pesquisa:

Traduzir e adaptar transculturalmente o International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Sexual Matters Associated with Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-FLUTSsex) para o português/ Brasil.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos. Não há risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Se isso ocorrer, a participante poderá optar pela suspensão imediata da pesquisa.

##### Benefícios:

Os benefícios voltam-se para o aprimoramento da avaliação adequada de mulheres que apresentam sintomas vaginais e disfunções sexuais. Muitas vezes estas consideram como normal sintomas como: dor na penetração, ardência, coceira, entre outros. A investigação desse sintoma por questionários específicos pode melhorar o rastreio de tais condições. Também será possível orientar as mulheres para aliviar seu sintoma por meio de encaminhamento para serviço

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.321.020

especializado, sendo este serviço a Unidade de Saúde Escola (USE).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisadora solicita emenda para inclusão de membro na equipe e de duas instituições coparticipantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda aprovada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovada" a emenda. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1921953_E3.pdf	29/03/2022 13:54:03		Aceito
Outros	CartaHU.pdf	29/03/2022 13:48:35	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Outros	termoautorizacao.pdf	29/03/2022 13:47:53	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Outros	CARTAEMENDA.pdf	29/03/2022	Ana Carolina	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.321.020

Outros	CARTAEMENDA.pdf	13:47:15	Sartorato Beleza	Aceito
Outros	CARTAEMENDA2.pdf	24/09/2021 16:15:56	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsetpendencia.pdf	24/09/2021 16:15:06	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetointegraEMENDA2.doc	16/08/2021 14:24:25	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Outros	CARTAEMENDA2.docx	16/08/2021 14:24:02	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetointegra.doc	26/03/2021 14:06:37	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Outros	Emenda.pdf	26/03/2021 14:05:49	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostovalidacao2020.pdf	10/01/2020 11:01:07	Ana Carolina Sartorato Beleza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 30 de Março de 2022

---

Assinado por:  
Adriana Sanches Garcia de Araújo  
(Coordenador(a))

**b. Índice de Função Sexual Feminina – Female Sexual Function Index (FSFI)**

**Instruções:**

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

<p>1. Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>2. Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Muito alto = 5  <input type="checkbox"/> Alto = 4  <input type="checkbox"/> Moderado = 3  <input type="checkbox"/> Baixo = 2  <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum = 1</p>
<p>3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Muito alto = 5  <input type="checkbox"/> Alto = 4  <input type="checkbox"/> Moderado = 3  <input type="checkbox"/> Baixo = 2  <input type="checkbox"/> Muito baixo ou absolutamente nenhum = 1</p>
<p>5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Segurança muito alta = 5  <input type="checkbox"/> Segurança alta = 4  <input type="checkbox"/> Segurança moderada = 3  <input type="checkbox"/> Segurança baixa = 2  <input type="checkbox"/> Segurança muito baixa ou sem segurança = 1</p>

<p>6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>8. Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível = 1  <input type="checkbox"/> Muito difícil = 2  <input type="checkbox"/> Difícil = 3  <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil = 4  <input type="checkbox"/> Nada difícil = 5</p>
<p>9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>10. Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível = 1  <input type="checkbox"/> Muito difícil = 2  <input type="checkbox"/> Difícil = 3  <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil = 4  <input type="checkbox"/> Nada difícil = 5</p>
<p>11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Quase sempre ou sempre = 5  <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 4  <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 2  <input type="checkbox"/> Quase nunca ou nunca = 1</p>
<p>12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem atividade sexual = 0  <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível = 1  <input type="checkbox"/> Muito difícil = 2  <input type="checkbox"/> Difícil = 3  <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil = 4  <input type="checkbox"/> Nada difícil = 5</p>

<p>13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?</p>	<p>( ) Sem atividade sexual = 0  ( ) Muito satisfeita = 5  ( ) Moderadamente satisfeita = 4  ( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita = 3  ( ) Moderadamente insatisfeita = 2  ( ) Muito insatisfeita = 1</p>
<p>14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro (a) durante a atividade sexual?</p>	<p>( ) Sem atividade sexual = 0  ( ) Muito satisfeita = 5  ( ) Moderadamente satisfeita = 4  ( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita = 3  ( ) Moderadamente insatisfeita = 2  ( ) Muito insatisfeita = 1</p>
<p>15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro (a)?</p>	<p>( ) Muito satisfeita = 5  ( ) Moderadamente satisfeita = 4  ( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita = 3  ( ) Moderadamente insatisfeita = 2  ( ) Muito insatisfeita = 1</p>
<p>16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?</p>	<p>( ) Muito satisfeita = 5  ( ) Moderadamente satisfeita = 4  ( ) Quase igualmente satisfeita e insatisfeita = 3  ( ) Moderadamente insatisfeita = 2  ( ) Muito insatisfeita = 1</p>
<p>17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?</p>	<p>( ) Não tentei ter relação = 0  ( ) Quase sempre ou sempre = 1  ( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 2  ( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  ( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 4  ( ) Quase nunca ou nunca = 5</p>
<p>18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?</p>	<p>( ) Não tentei ter relação = 0  ( ) Quase sempre ou sempre = 1  ( ) A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) = 2  ( ) Algumas vezes (cerca de metade do tempo) = 3  ( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo) = 4  ( ) Quase nunca ou nunca = 5</p>
<p>19. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?</p>	<p>( ) Não tentei ter relação = 0  ( ) Muito alto = 1  ( ) Alto = 2  ( ) Moderado = 3  ( ) Baixo = 4  ( ) Muito baixo ou absolutamente nenhum = 5</p>