

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO – PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE

**Prevalência da disfunção sexual de mulheres no climatério atendidas no
ambulatório da Policlínica de Duque de Caxias**

**Duque de Caxias
2024**

BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE

**Prevalência da disfunção sexual de mulheres no climatério atendidas no
ambulatório da Policlínica de Duque de Caxias**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio – Professor José de
Souza Herdy (Unigranrio), como parte das exigências
para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José de Souza

Orientador da disciplina: Prof. Dr. Paulo Apratto

Duque de Caxias

2024

BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE

**Prevalência da disfunção sexual de mulheres no climatério atendidas no
ambulatório da Policlínica de Duque de Caxias**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio – Professor José de
Souza Herdy (Unigranrio), como parte das exigências
para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Duque de Caxias, 17 de junho de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Universidade do Grande Rio

Prof.

Universidade do Grande Rio

Prof.

Universidade do Grande Rio

RESUMO

Este estudo transversal foi conduzido com mulheres na perimenopausa atendidas na Policlínica Duque de Caxias, vinculada à UNIGRANRIO-Afya. O objetivo foi investigar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual (DSF) em mulheres no climatério. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2023 e maio de 2024, envolvendo 60 participantes que assinaram o consentimento informado. As variáveis demográficas e clínicas foram coletadas, e a função sexual foi avaliada usando a versão curta do questionário “Female Sexual Function Index” (FSFI). Os resultados mostraram que 58% das mulheres apresentavam algum grau de DSF, com uma correlação negativa entre idade e a qualidade da função sexual. Não houve correlação significativa entre sintomas climatéricos, como fogachos e ressecamento vaginal, e os escores FSFI. A maioria das mulheres que tiveram relações sexuais recentemente eram casadas, indicando que um relacionamento estável pode influenciar positivamente a saúde sexual. O estudo conclui que a disfunção sexual é prevalente entre mulheres no climatério e que a idade é um fator importante no prejuízo da função sexual. Futuros estudos devem incluir uma amostra maior e mais diversificada, estratificando as participantes por faixas etárias e considerando fatores adicionais que possam impactar a função sexual.

Palavras-chave: disfunção sexual; climatério; prevalência

ABSTRACT

This cross-sectional study was conducted with perimenopausal women attending the Duque de Caxias Polyclinic, affiliated with UNIGRANRIO-Afya. The aim was to investigate the prevalence and factors associated with sexual dysfunction (SD) in women during the climacteric period. Data collection occurred between June 2023 and May 2024, involving 60 participants who provided informed consent. Demographic and clinical variables were collected, and sexual function was assessed using the short version of the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire. The results showed that 58% of women exhibited some degree of SD, with a negative correlation between age and sexual function quality. There was no significant correlation between climacteric symptoms, such as hot flashes and vaginal dryness, and FSFI scores. Most women who had recently engaged in sexual intercourse were married, indicating that a stable relationship may positively influence sexual health. The study concludes that sexual dysfunction is prevalent among women in the climacteric period and that age is an important factor in sexual function impairment. Future studies should include a larger and more diversified sample, stratifying participants by age groups and considering additional factors that may impact sexual function.

Keywords: sexual dysfunction; climacteric; prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Eixo hipotálamo-hipófise-ovário.....	12
Figura 2: Regressão linear da idade (em anos) sobre o escore do questionário de função sexual (FSFI)	24

TABELAS

Tabela 1: características demográficas da população do estudo.....	20
Tabela 2: relação temporal entre a relação sexual e as características clínicas das pacientes	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-11 11^a versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde

DSF	Disfunção sexual feminina
FSFI	Índice de função sexual feminina
FSH	Hormônio folículo estimulante
GnRh	Hormônio liberador de gonadotrofina
HHO	Eixo hipotálamo-hipófise-ovário
IU	Incontinência urinária
LH	Hormônio luteinizante
RE	Receptor de estrogênio
RE α	Receptor de estrogênio alfa
RE β	Receptor de estrogênio beta
SGM	Síndrome geniturinária da menopausa

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	JUSTIFICATIVA	9
3.	OBJETIVOS	10
3.1	OBJETIVO GERAL	10
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	11
5.	METODOLOGIA	17
6.	RESULTADOS	20
7.	DISCUSSÃO	25
8.	CONCLUSÕES	27
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
10.	APÊNDICES	35
	ANEXO 1 – CRONOGRAMA	365
	ANEXO 2 – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX	36
	ANEXO 3 – CARTAS DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO	367
	ANEXO 4 – APRECIACÃO CONEP	39
	ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	40

1. INTRODUÇÃO

A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social, não apenas a falta de doença, disfunção ou condição médica. A sexualidade requer uma abordagem positiva e respeitosa. Os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos para que a mesma seja alcançada e mantida¹.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição, 2013)², a disfunção sexual feminina envolve os seguintes transtornos: *transtorno de interesse/excitação sexual, transtorno orgástico feminino e transtorno de dor genitopélvica*.

A saúde sexual é diretamente dependente da resposta sexual feminina, a qual é determinada por 4 fases: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução. O desejo sexual, expresso por fantasias e disposição para participar de atividades sexuais, marca a primeira fase. Uma sensação de prazer sexual e mudanças fisiológicas, como lubrificação vaginal, ocorrem simultaneamente durante a fase de excitação. O orgasmo é o ponto máximo do prazer sexual que resulta em uma sensação de bem-estar geral e relaxamento muscular. Disfunções sexuais, como dispareunia, disfunção orgástica e perda do desejo sexual, estão associadas a alterações negativas nessas funções³.

A disfunção sexual feminina (DSF) é um tópico complexo e multifacetado que abrange uma ampla gama de questões relacionadas à saúde sexual e ao bem-estar das mulheres. Esta condição engloba uma variedade de sintomas, incluindo variações na intensidade e qualidade do desejo sexual, excitação e orgasmo, na maior parte das vezes associadas a mudanças hormonais, fisiológicas e psicológicas ao longo da vida da mulher. No climatério, a DSF é mais prevalente devido às alterações genitais e emocionais relacionadas ao hipoestrogenismo, afetando significativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional das mulheres⁴.

Uma pesquisa publicada em 2020, de Brike P. et al, utilizou como ferramenta as definições do CID-11 descrevendo a prevalência de disfunção sexual na população adulta geral, sendo 33.4% dos homens e 45.7% das mulheres em sua base de dados⁴.

O risco de DSF nas mulheres no climatério pode variar de 64% a 67% em algumas regiões brasileiras⁵.

Cabe ressaltar que a DSF envolve uma interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais⁶.

No Brasil, estudos epidemiológicos têm demonstrado uma alta prevalência de DSF, com taxas que variam de acordo com a faixa etária, estado civil, nível socioeconômico e outras características demográficas. De acordo com dados de 2021, a disfunção sexual afeta aproximadamente 44% das mulheres entre 40 e 65 anos de idade atendidas em uma clínica especializada, com as dimensões mais afetadas incluindo o desejo sexual, lubrificação vaginal e satisfação sexual⁷.

Diante desse problema, o objetivo primário dessa pesquisa é identificar prevalência da DSF no climatério. O objetivo secundário é identificar os fatores de risco para DSF.

A importância desse estudo se baseia na elevada prevalência da DSF no período do climatério, buscando compreender suas causas, consequências e fatores de risco. Espera-se que este estudo possa revelar e desenvolver abordagens mais eficazes e personalizadas para prevenir e tratar essa condição, melhorando assim a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres durante essa fase de vida.

2. JUSTIFICATIVA

A definição do objeto de estudo “prevalência da disfunção sexual nas mulheres climatéricas atendidas na Policlínica Duque de Caxias” fundamenta-se na significância científica e social desta síndrome que repercute negativamente na qualidade de vida das mulheres nessa fase da vida.

A disfunção sexual feminina afeta os relacionamentos interpessoais, a autoimagem e a saúde mental das mulheres, ganhando destaque na comunidade científica. A identificação da prevalência é essencial para desenvolver estratégias de promoção da saúde sexual, considerando a importância da atividade sexual para o bem-estar geral. Sendo assim, fatores físicos, hormonais, psicológicos e culturais influenciam a atividade sexual nesse grupo e podem ser acentuados no período do climatério. Destaca-se o papel dos profissionais de saúde na educação, prevenção, reconhecimento e tratamento da disfunção sexual no climatério.

Além disso, o estudo científico também tem o papel de desmistificar tabus e estigmatizações que o senso comum impõe à expressão sexual da mulher durante o envelhecimento. A presente pesquisa pretende confirmar a alta prevalência do problema em mulheres atendidas no SUS e na clínica privada.

Sendo assim, embora existam estudos que examinem a prevalência da disfunção sexual, há necessidade de pesquisas, proporcionando uma perspectiva atualizada sobre a prevalência da disfunção sexual em mulheres durante o climatério.

Por fim, almeja-se que as informações geradas pelo estudo possam provocar mudanças positivas na prática clínica, promoção de políticas públicas de saúde e na elaboração de uma abordagem holística e integrativa em relação à saúde sexual feminina.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo primário desse estudo é identificar a prevalência de disfunção sexual nas mulheres no climatério atendidas no ambulatório da Policlínica Duque de Caxias na cidade de Duque de Caxias, RJ, no período de junho de 2023 até abril de 2024.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar fatores de risco no período do climatério associados com a atividade sexual feminina, como a incontinência urinária, fogachos, ressecamento vaginal, entre outros.

Revelar fatores presentes no período do climatério associados positivamente com a atividade sexual feminina.

Investigar o perfil demográfico das mulheres climatéricas atendidas na Policlínica Duque de Caxias.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O climatério é o período de vida da mulher em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, sendo marcada pela redução da reserva folicular ovariana e, conseqüentemente, o estrogênio a níveis muito baixos ou indetectáveis. A redução do estrogênio circulante leva a atrofia do epitélio vaginal devido à redução das camadas superficial e intermediária do epitélio vaginal; sendo responsável também pela irregularidade menstrual que pode persistir até que ocorra o último episódio de sangramento fisiológico. O estrogênio exerce uma função crucial na atividade sexual feminina possui papel central na função sexual feminina, considerando que ele influencia o humor e o desejo sexual agindo nos receptores hipotalâmicos. Ademais, sua queda reduz a lubrificação vaginal podendo causar dispareunia e, por isso, reduzir o desejo sexual⁸.

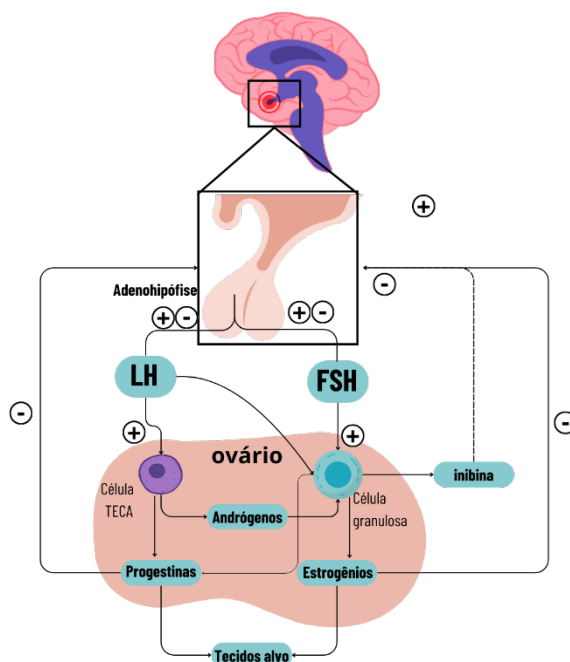
Esse período começa por volta dos 40 anos quando se iniciam as flutuações dos hormônios sexuais femininos, manifestando-se clinicamente em oscilações do humor, fogachos e irregularidades no ciclo menstrual⁹. Após alguns anos, com fim da reserva folicular, também cessam os períodos menstruais. A menopausa sobrevém por volta dos 50 anos e é um evento específico, manifesto retrospectivamente após 12 meses a partir da última menstruação. A pós-menopausa começa no primeiro dia após o ano completo sem menstruação, registrando o estágio final do climatério e estendendo-se até a senectude, ao redor dos 65 anos de idade¹⁰. Diversos fatores biológicos, psicológicos e culturais podem interferir negativamente na qualidade de vida no climatério, dentre eles destacam-se a baixa escolaridade, comorbidades clínicas e a limitação da frequência sexual¹¹.

O estrogênio é um hormônio sexual produzido pelos ovários e que depende do funcionamento adequado do eixo Hipotálamo-hipófise-ovário (HHO). Esse eixo é responsável pelas características sexuais secundárias da mulher, bem como regular seu ciclo menstrual e sua vida fértil¹². Primeiro, o hipotálamo secreta o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRh). O GnRh então estimula a adeno-hipófise a secretar o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo estimulante (FSH). Após atingir a corrente sanguínea, o LH induz a produção de testosterona pela camada externa do folículo ovariano, a teca. Após essa síntese, o hormônio desloca-se para

camada externa, a granulosa, onde sofre a ação da enzima aromatase que é estimulada pelo FSH e converte a testosterona e a androstenediona em estradiol e estrona, respectivamente. Esses hormônios proporcionam um feedback negativo para a correta regulação do eixo HHO e dos níveis hormonais como visto na figura 1¹³.

A falência ovariana ocorre de forma gradual e modifica a resposta do HHO devido a redução progressiva dos hormônios estrogênio e progesterona. Como resposta, o hipotálamo aumenta a secreção de GnRH que induz a maior produção do FSH e do LH pela glândula pituitária¹⁴. Com essas alterações biológicas que ocorrem no climatério as mulheres podem apresentar redução da libido; depressão e ansiedade; atrofia vaginal e vulvar; ressecamento da mucosa vaginal; e disfunções do assoalho pélvico, como por exemplo prolapso genitais e incontinência urinária (IU)^{8,11,15}.

Figura 1: Eixo hipotálamo-hipófise-ovário



Reproduzido de Guyton et al. Tratado de fisiologia médica. 13 ed. Rio de Janeiro. (2017)

Em torno de 60% da população feminina reduz a atividade sexual no período pós-menopausa e diversos fatores estão associados a essa redução, como o próprio avanço da idade, a impotência sexual dos parceiros, falta de desejo sexual, doença

ou condição clínica da mulher, dificuldade do relacionamento com o parceiro, dispareunia e a ausência de um parceiro fixo com quem se relacionar¹⁶. As mulheres com disfunção sexual apresentam uma pior qualidade de vida e têm maior propensão a desenvolver transtornos do humor¹⁷.

A idade também é um fator de risco para a disfunção do assoalho pélvico, condição clínica associada à redução da atividade sexual e com prevalência maior na pós-menopausa do que no menacme¹⁸. A IU é um tipo de disfunção do assoalho pélvico caracterizada pela perda involuntária de urina¹⁶. A incontinência urinária, associada ao climatério e ao envelhecimento dos tecidos, pode causar perda involuntária de urina durante a relação sexual, especialmente em pacientes com IU mista ou de esforço. Além disso, tem repercussões psicossociais como diminuição da libido, autoestima e satisfação sexual, aumentando o risco de ansiedade e depressão devido à preocupação com escapes de urina, odor e reações do parceiro¹⁷⁻¹⁹.

Os hormônios FSH e LH atingem um patamar superior à 4 vezes o valor de referência e, após a última ovulação (menopausa), os níveis gerais de estrogênio experimentam uma diminuição gradual ao longo de cinco anos seguintes; sendo que a estrona, produzida pelo tecido adiposo periférico, assume o papel predominante em substituição ao estradiol como a forma mais prevalente de estrogênio^{3,20-22}. Esse evento leva à diversas consequências no organismo da mulher na pós-menopausa.

Existem dois tipos de receptores de estrogênio (RE), o receptor de estrogênio α (RE α) e o receptor de estrogênio β (RE β)²⁰. O entendimento da distribuição dos RE permite compreender melhor os desfechos relacionados à incipiência da atuação do estrogênio estabelecida pelo climatério. Os RE podem ser encontrados em diversos tecidos do corpo humano, os RE α estão distribuídos em útero, hipófise, mamas, hipocampo, hepatócitos, tecido ósseo, cardiovascular e no sistema nervoso central. Já os RE β podem ser encontrados no córtex cerebral, cerebelo, miocárdio, pulmão, esôfago, hipófise, tireoide, próstata, testículo, ovário, vagina, útero e mama²¹.

Durante a perimenopausa, flutuações nos níveis de estrogênio desencadeiam sintomas como mastalgia, alterações no fluxo menstrual, mau humor e enxaquecas. Sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese noturna, resultam da instabilidade vasomotora, afetando a maioria das mulheres podendo persistir por mais de uma década^{9,22,23}. Aspectos neuropsiquiátricos transitórios, como dificuldades de concentração, perda de memória, depressão e ansiedade, podem acompanhar a

menopausa, independentemente da diminuição dos níveis de estrogênio. A sudorese noturna recorrente, associada a insônia, fadiga e dificuldade de concentração, é comum durante a menopausa, mesmo sem fogachos^{24,25}.

A redução na produção de estrogênio vaginal leva à atrofia de e secura, dispareunia e outros sintomas, enquanto a síndrome geniturinária da menopausa (SGM) envolve atrofia vulvovaginal, urgência urinária, disúria e infecções do trato urinário/vaginite, decorrentes da deficiência de androgênio²⁶⁻²⁸.

Essas mudanças físicas também afetam a resposta sexual feminina, que é composta por distintas fases. Durante a fase de excitação, ocorre uma sensação de prazer associada a mudanças fisiológicas simultâneas, como a lubrificação vaginal. O ápice do prazer sexual é atingido na fase do orgasmo, que proporciona uma sensação geral de bem-estar e relaxamento muscular³. Disfunções sexuais, como dispareunia, disfunção orgástica e perda do desejo sexual, estão associadas a alterações negativas em alguma dessas fases, destacando a complexidade das experiências sexuais femininas e a necessidade de abordagens personalizadas para compreensão e tratamento²⁹.

A atividade sexual e suas disfunções interferem na qualidade de vida sob diversas perspectivas. A atividade sexual regular contribui para o bem-estar físico, visto que promove a saúde cardiovascular e libera endorfina, hormônio capaz de reduzir o estresse e gerando uma sensação de bem-estar. A prática sexual é responsável pela liberação de neurotransmissores, a exemplo da serotonina e dopamina, capazes de influenciar no equilíbrio emocional e na redução da ansiedade e depressão. Uma vida sexual saudável contribui para a autoestima e autoconfiança, afetando positivamente a autopercepção, o vínculo afetivo, comunicação e a conexão conjugal, podendo ser importante para a identidade e a autorrealização em algumas culturas³⁰⁻³².

Durante a atividade sexual, homens e mulheres passam por distintos processos fisiológicos notáveis. A musculatura do assoalho pélvico é recrutada, favorecendo o fortalecimento muscular e articular³³. Adicionalmente, promove a vasodilatação para irrigar o órgão genital e os componentes musculoesqueléticos e vasculares recrutados na prática sexual³⁴. Estima-se que durante a fase pré-orgástica, o gasto energético se aproxime à 2 a 3 múltiplos de equivalentes metabólicos, chegando ao pico de 3 a 4

múltiplos de equivalentes metabólicos durante o orgasmo³⁵. Esses fenômenos são capazes de impactar positivamente na saúde cardiovascular, aumentando a capacidade cardíaca.

A 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde (CID-11) define a disfunção sexual em sua seção de condições relacionadas à saúde sexual. Os subtipos que afetam a população feminina podem estar relacionados ao interesse/excitação, à penetração sexual e ao orgasmo feminino.

“Disfunções sexuais são síndromes que compreendem as diversas maneiras pelas quais os adultos podem ter dificuldade em experimentar atividades sexuais não coercitivas e pessoalmente satisfatórias. A resposta sexual é uma interação complexa de processos psicológicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos e um ou mais destes fatores podem afetar qualquer fase da resposta sexual. Para ser considerada uma disfunção sexual, a disfunção deve: 1) ocorrer com frequência, embora possa estar ausente em algumas ocasiões; 2) estar presente há pelo menos vários meses; e 3) estar associado a sofrimento clinicamente significativo.”

O transtorno do desejo/excitação sexual hipoativo decorre da persistência ou recorrência da falta de fantasias e desejo sexual; redução do grau de excitação subjetiva ou objetiva relacionada à estimulação genital ou não genital e cursam com sofrimento pessoal ou dificuldades no relacionamento interpessoal³⁶.

A DSF de dor associada à penetração sexual pode ser consequência da contração involuntária da musculatura pélvica na iminência da penetração, dor à penetração profunda (dispareunia), no vestíbulo vaginal (vestibulodinia) ou da ansiedade quanto às tentativas de penetração³⁷.

Por último, a DSF orgástica ocorre quando uma mulher não consegue atingir o orgasmo ou tem dificuldade em atingir o orgasmo quando está sexualmente excitada. Quando o sexo não é agradável, pode tornar-se uma tarefa árdua em vez de uma experiência íntima e satisfatória para ambos os parceiros³⁸⁻⁴⁰.

Diversos fatores influenciam na atividade sexual e podem levar à DSF. Dentre eles pode-se destacar a depressão, efeitos colaterais de antidepressivos, doenças

crônicas como diabetes e hipertensão, problemas relacionados ao parceiro, flutuação hormonal e doenças uroginecológicas⁴¹⁻⁴³.

A presença de disfunção sexual é frequentemente identificada como um sintoma vinculado à depressão. Além disso, a disfunção sexual figura como um efeito adverso frequente em tratamentos antidepressivos, emergindo como uma das razões principais para a interrupção prematura da medicação^{44,45}.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melitus são doenças crônicas não transmissíveis com elevado grau de morbimortalidade no Brasil, uma de suas complicações é o desenvolvimento de disfunção erétil decorrente da doença arterial periférica nos homens e DSF^{43,46}.

A busca por atividade sexual pelo parceiro tende a diminuir significativamente com a idade. Em um estudo multicêntrico abrangendo homens e mulheres em diferentes idades, constatou-se que 48% dos homens relataram algum grau de disfunção erétil, enquanto 63% das mulheres não estavam satisfeitas com o grau de ereção de seus parceiros⁴⁷. A redução na busca pelo ato sexual por parte do cônjuge pode levar a uma perda da autoestima e autoconfiança de sua parceira, com reflexos negativos nas fases de desejo e excitação da resposta sexual feminina^{48,49}.

No climatério a mulher é mais propensa a desenvolver determinadas enfermidades associadas à saúde da mulher como infecção do trato urinário, infecção sexualmente transmissível, síndrome dos ovários policísticos, vaginismo, incontinência urinária e prolapso vaginal podem causar desconforto, dispareunia ou desestimular a mulher a ter intercursos pela instalação de uma condição⁵⁰⁻⁵³.

É imperativo considerar as mudanças psicológicas e relacionais vinculadas ao envelhecimento, assim como o aumento das comorbidades metabólicas e cardiovasculares^{42,43,54}. Enquanto as estratégias iniciais de tratamento para a disfunção sexual relacionada à menopausa visam abordar fatores modificáveis, uma gama diversificada de opções terapêuticas, abrangendo tratamentos hormonais e não hormonais, localizados e sistêmicos, está atualmente disponível. A personalização do tratamento é uma necessidade premente, considerando a gravidade dos sintomas, potenciais efeitos adversos e preferências individuais^{8,15,55,56}.

5. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal conduzido com mulheres no período da perimenopausa, na faixa etária compreendida entre 45 e 69 anos, atendidas no ambulatório da Policlínica Duque de Caxias, vinculada à UNIGRANRIO-AFYA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO (CAAE: 70360423.3.0000.5283).

A coleta dos dados ocorreu entre junho de 2023 e maio de 2024 no município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro. Foram incluídas mulheres acima de 45 anos, com sintomas de climatério ou que estavam em amenorreia há um ano ou mais (pós-menopausa), que aceitaram participar da pesquisa, assinando o consentimento informado livre e esclarecido. Nas mulheres que ainda tinham ciclos menstruais, o climatério foi considerado naquelas que apresentavam um ou mais dos seguintes sintomas: fogachos, irregularidade menstrual, ressecamento vaginal, suores noturnos que interrompam o sono ou FSH elevado.

Foram excluídas do estudo mulheres submetidas a castração cirúrgica antes dos 45 anos e/ou que nunca tiveram relação sexual; mulheres com história de câncer ginecológico, radioterapia pélvica ou doenças graves do sistema nervoso central (Parkinson, Alzheimer, entre outras).

Utilizamos a amostragem por conveniência convidando mulheres que procuraram a Policlínica para atendimento nos diversos ambulatórios do serviço. As variáveis demográficas foram coletadas durante a anamnese, incluindo idade (em anos), índice de massa corporal (IMC, em Kg/m²), raça (autodeclarada), nível de educação formal (analfabeta, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio, superior ou pós-graduação), tabagismo (sim/não) e frequência de atividade física. Também foram caracterizadas a história da doença atual, história patológica pregressa (comorbidades, internações clínicas prévias, cirurgias anteriores, entre outras), fisiológica (menarca, gestações, paridade, abortos, entre outras), de alergias (medicamentos e outras substâncias), familiar (prolapso genital, câncer, entre outras).

A função sexual foi medida através da versão curta do questionário “*Female Sexual Function Index*”, em sua versão reduzida (FSFI, ANEXO 1). Esse questionário é composto de seis perguntas fechadas relacionadas aos seguintes domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor⁵⁷. Cada

resposta, representa uma variável latente que é medida através de um escore variando de 0 a 5. O escore final é apresentado pelo somatório simples de todas as respostas, variando de 2 a 30, sendo maior o escore, melhor a função sexual.

As análises estatísticas foram realizadas com os programas R e RStudio em suas versões atualizadas. Foram realizados testes de normalidade nas variáveis numéricas e tratadas estatisticamente, de acordo com sua distribuição, com testes paramétricos ou não-paramétricos. Variáveis categóricas foram analisadas com testes de qui-quadrado ou Fisher. As variáveis numéricas são apresentadas por média/mediana e desvio padrão ou intervalo interquartil, de acordo com a distribuição. As variáveis categóricas são apresentadas como frequência e porcentagem.

A pesquisa das referências bibliográficas foi realizada a partir das plataformas de busca Pubmed (a) e Scielo (b) utilizando-se os seguintes descritores: *Sexual dysfunction AND climacteric women*/ Disfunção sexual E climatério/ *Sexual dysfunction AND menopause* / Disfunção sexual E menopausa/ *Sexual dysfunction AND perimenopause*/ Disfunção sexual E perimenopausa/ *Sexual dysfunction AND menopause*/ Disfunção sexual E pós-menopausa/ *Sexual dysfunction AND menopausal transition*/ Disfunção sexual E transição menopausal/ *Sexual dysfunction AND hormonal changes*/ Disfunção sexual E alterações hormonais/ *Sexual dysfunction AND vaginal aging*/ Disfunção sexual E envelhecimento vaginal/ *Sexual dysfunction AND pelvic tissue laxity*/ Disfunção sexual E flacidez dos tecidos pélvicos/ *Sexual dysfunction AND vaginal atrophy*/ Disfunção sexual E atrofia vaginal/ *Sexual dysfunction AND vasomotor symptoms*/ Disfunção sexual E sintomas vasomotores/.

Os critérios de inclusão dos artigos incluem pesquisas que abordam disfunção sexual e climatério publicadas, principalmente, nos últimos 5 anos. De outra parte, descartaram-se artigos de comentários, opiniões de especialistas, resumos e cartas ao editor.

Alguns materiais foram utilizados, ainda que não estritamente alinhados aos critérios estabelecidos, devido à sua importância reconhecida na literatura internacional, contribuindo assim para uma análise abrangente e contextualizada do tema em questão.

O processo de revisão foi conduzido em duas etapas. Na primeira, um total de artigos foram observados, 327 originários da plataforma PUBMED e 30 da Scielo. Desses, 100 artigos foram excluídos por tangenciamento ao tema, repetição ou por

não contemplarem a população estudada. Os demais estudos foram descartados por conter informações discrepantes da literatura geral, resultados com pouca relevância ou conflito de interesse. Desse modo, foram incluídos 61 artigos no presente trabalho.

Além dos artigos selecionados a partir da revisão narrativa, também foram adicionados ao estudo referências base para a temática, incluindo 1 livro-texto de disfunção sexual feminina⁵⁸.

a PubMed: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>

b Scielo: <https://scielo.br>

6. RESULTADOS

Nossa análise envolveu um total de 60 participantes, cujas principais características demográficas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1: características demográficas da população do estudo

Características	N = 60¹
Idade (anos)	58 (8)
IMC	29.3 (6.2)
Estado civil	
Casada	33 (55%)
Divorciada	6 (10%)
Solteira	16 (27%)
Viúva	5 (8.3%)
Tabagismo	
Interrompeu	13 (22%)
Não	42 (70%)
Sim	5 (8.3%)
Prática de atividade física	
Não	32 (53%)
Sim	28 (47%)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	20 (33%)
Fundamental completo	13 (22%)
Ensino médio	22 (37%)
Superior ou maior	5 (8.3%)

Características	N = 60¹
Raça	
Amarela	1 (1.7%)
Branca	16 (27%)
Parda	26 (43%)
Preta	17 (28%)
Fogachos	
Não	29 (48%)
Sim	31 (52%)
Ressecamento vaginal	
Não	29 (48%)
Sim	31 (52%)
Uso de antidepressivo	
Não	52 (87%)
Sim	8 (13%)
Reposição hormonal	
Não	52 (87%)
Sim	4 (6.7%)
Interrompeu	4 (6.7%)
Última relação sexual	
Há menos de um mês	25 (42%)
Entre um e seis meses	6 (10%)
Entre seis meses e um ano	5 (8.3%)

Características	N = 60¹
Há mais de um ano	24 (40%)
Principais queixas que interferiram na relação sexual	
Eu tenho relação normal	19 (32%)
Não quero mais	7 (12%)
Falta de parceiro	15 (25%)
Parceiro não pode	9 (15%)
Outros motivos	10 (17%)
¹ Média (desvio padrão); n (%)	

A média da idade das participantes do estudo foi de 58 anos. A maioria das mulheres eram casadas (55%) e se autodeclararam com raça parda (43%) ou preta (28%). Menos de 10% das mulheres cursaram o ensino superior.. A média do índice de massa corporal (IMC) médio foi de 29,3 e cerca de metade das participantes não praticava atividade física regularmente (53%). Apenas 8% das entrevistadas eram tabagistas. Quanto aos sintomas relacionados ao climatério, aproximadamente metade (52%) queixavam-se de fogachos, assim como ressecamento vaginal. Como esses sintomas eram perguntados separadamente, eles podem ou não estar sobrepostos na mesma mulher. Quase a totalidade (87%), não fazia nenhum uso de nenhum tipo de reposição hormonal.

Como demonstrado na tabela 2, aproximadamente metade das mulheres (48,3%) não tiveram relação sexual nos últimos 6 meses, considerado, também, disfunção sexual por diversos motivos, sendo o mais frequente a falta de parceiro. Apesar de metade das mulheres terem relação sexual nos últimos 6 meses, apenas 19/60 mulheres (32%) disseram ter relação normal. O período de abstinência sexual apresentou uma associação negativa com o escore do FSFI. Dentre as mulheres que

tiveram relação sexual há mais de um mês, aqueles cuja relação ocorreu há menos de seis meses tiveram escores maiores do que as que tiveram entre seis e doze meses, que por sua vez tiveram escores maiores do que aquelas cuja a última relação foi há mais de um ano.

Tabela 2: relação temporal entre a relação sexual e as características clínicas das pacientes

Características	Há menos de um mês, N = 25¹	Entre seis meses e um ano, N = 6¹	Entre seis meses e um ano, N = 5¹	Há mais de um ano, N = 24¹
Idade (anos)	53 (5)	59 (9)	55 (10)	63 (8)
Estado civil				
Casada	19 (76%)	2 (33%)	3 (60%)	9 (38%)
Divorciada	1 (4.0%)	0 (0%)	2 (40%)	3 (13%)
Solteira	5 (20%)	3 (50%)	0 (0%)	8 (33%)
Viúva	0 (0%)	1 (17%)	0 (0%)	4 (17%)
Prática de atividade física				
Não	15 (60%)	1 (17%)	3 (60%)	13 (54%)
Sim	10 (40%)	5 (83%)	2 (40%)	11 (46%)
Fogachos				
Não	8 (32%)	3 (50%)	3 (60%)	15 (63%)
Sim	17 (68%)	3 (50%)	2 (40%)	9 (38%)
Ressecamento vaginal				
Não	13 (52%)	1 (17%)	3 (60%)	12 (50%)

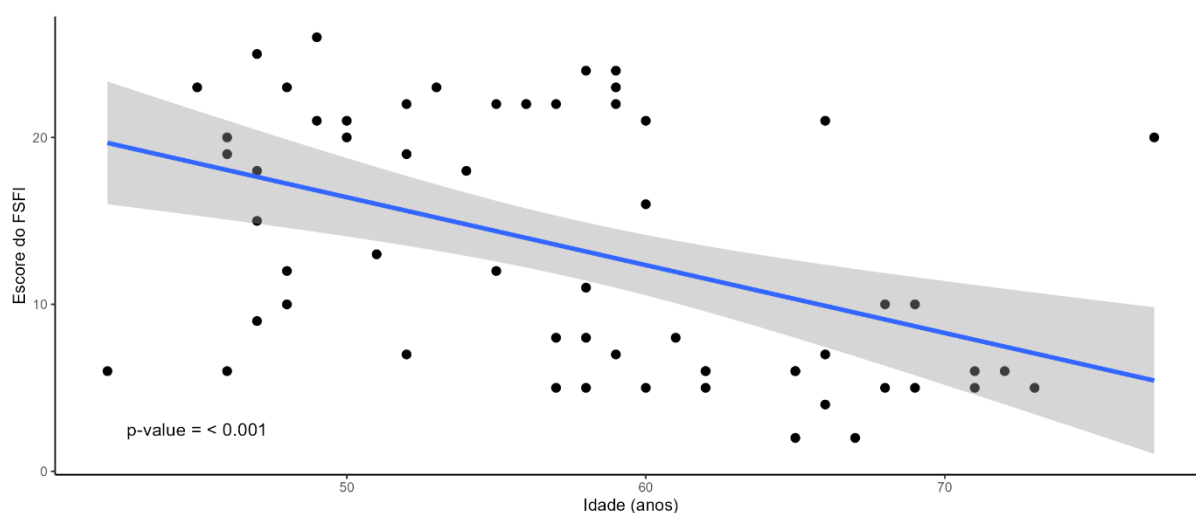
Características	Há menos de um mês, N = 25 ¹	Entre um e seis meses, N = 6 ¹	Entre seis meses e um ano, N = 5 ¹	Há mais de um ano, N = 24 ¹
Sim	12 (48%)	5 (83%)	2 (40%)	12 (50%)
FSFI				
Escore do	20.1 (3.8)	12.0 (9.4)	8.4 (1.7)	7.7 (5.1)

¹Média (desvio padrão), n (%)

² Teste Kruskal-Wallis rank sum, teste de Fisher's

Após as análises bi e multivariadas, nosso estudo evidenciou que a idade apresentou uma correlação negativa com o escore do FSFI ($p < 0,001$). A figura 1 representa uma regressão linear entre a idade e o FSFI.

Figura 2: Regressão linear da idade (em anos) sobre o escore do questionário de função sexual (FSFI)



7. DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que 58% das mulheres atendidas na policlínica de Duque de Caxias possuem algum grau de disfunção sexual por não terem tido nenhum tipo de relação sexual nos últimos 6 meses. Em 2021, um estudo com 380 mulheres no climatério, com idade entre 40 e 65 anos, demonstrou que 64% dessas mulheres apresentavam DSF⁵. Outro estudo, também realizado com mulheres brasileiras no climatério descreveu que 67% dessas mulheres apresentaram alto risco para disfunção sexual⁶. Nossos resultados apresentaram taxas consideravelmente menores de DFS, mas essa diferença pode estar relacionada à heterogeneidade na classificação de disfunção sexual entre os estudos e características, como o grau de escolaridade e nível socioeconômico das entrevistadas.

Em nossa análise, os sintomas relacionados ao climatério, como o fogacho e o ressecamento vaginal, não apresentaram correlação com o escore FSFI. Contudo, Cruz et al. observou que todas as mulheres com sintomas climatéricos graves reduzindo para 70,59% naquelas com sintomas moderados e 9,09% com sintomas leves⁵⁷. Porém, pelo fato da própria fase do climatério ser um fator de risco para o aumento da disfunção sexual feminina, a presença de fogachos e ressecamento, comuns à fase, podem perder a significância quanto ao prejuízo da função sexual⁵⁸.

Em um estudo conduzido por Silva et al., mulheres obesas e com sobrepeso na pós-menopausa apresentaram mais disfunção sexual, principalmente no desejo, e na excitação, além de uma redução do prazer sexual. Porém, em nosso estudo, não encontramos correlação entre o IMC e o escore do FSFI⁵⁸. que pode ter sido em decorrência de um N insuficiente para encontrar essa correlação, visto que apenas metade das mulheres entrevistadas tiveram relação sexual nos últimos 6 meses.

A grande maioria (19/25) das mulheres que tiveram relação sexual no mês em que foram entrevistadas eram casadas. Essa associação parece coerente, pois a estabilidade no relacionamento parece ser um fator importante para uma boa saúde sexual.

Analizamos os dados do inquérito e os resultados identificam uma relação inversa entre a idade e qualidade da função sexual. Essa informação reforça a importância de considerar o envelhecimento como um fator significativo no entendimento da saúde sexual feminina. A correlação entre o avanço da idade e a menor função sexual destaca a necessidade de intervenções e estratégias de saúde pública direcionadas a mulheres mais idosas, visando melhorar sua qualidade de vida sexual e promover o bem-estar geral, principalmente por conta da elevação da expectativa de vida da população. Hayes et al., em uma revisão de estudos de base populacional publicada em 2005, destaca a falta de consistência na medida da função e a disfunção sexual, bem como a escassez de escalas validadas⁵⁹.

Além disso, ressalta-se a importância de estudos longitudinais para compreender melhor os padrões de mudança na função sexual ao longo do tempo e suas associações com o envelhecimento. Essas conclusões enfatizam a necessidade de mais pesquisas para esclarecer as complexas interações entre idade e função sexual⁵⁹. Porém, a redução da atividade sexual com a maior idade não necessariamente significa piora da satisfação sexual.

Em 2007, um estudo destacou que embora a proporção de mulheres com baixo desejo sexual aumente com a idade, a preocupação dessas mulheres com a relação sexual reduz⁶⁰. Athey et al.⁶¹, em uma revisão sistemática realizada em 2021, também descreveu uma redução significativa da atividade sexual feminina com o avanço da idade, sem associação com a piora da função e interesse sexual.

Algumas limitações do nosso estudo podem estar relacionadas ao uso de um questionário de autoavaliação, que pode levar a interpretações diferentes por cada indivíduo. Outro fator limitante foi o número de pacientes que aderiram à pesquisa, muitas preferiram não responder, talvez, pelo medo de expor sua vida sexual.

Essa informação pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que visem desmistificar e reduzir os estigmas envolvidos com o tema, como o treinamento de profissionais de saúde na abordagem do assunto.

8. CONCLUSÕES

A investigação confirmou que mulheres no climatério apresentam uma elevada prevalência de disfunção sexual. Porém, a associação da disfunção aos sintomas comuns relacionados à essa fase de vida não ficou comprovada.

Também verificamos que aproximadamente metade das mulheres entrevistadas não tinham relações sexuais há mais de seis meses e que a idade foi o fator mais importante no prejuízo da qualidade da vida sexual dessas mulheres.

Com o aumento da expectativa de vida da população geral, precisamos identificar os motivos da redução da atividade sexual nessa população para traçar estratégias que visem os fatores modificáveis e melhorar a qualidade da vida sexual desse seguimento populacional e, por conseguinte, a sua qualidade de vida.

Estudos futuros devem adotar delineamentos prospectivos para uma população maior e mais diversificada, incluindo mulheres com uma variedade de condições de saúde. É importante estratificar as participantes por faixas etárias e considerar fatores como o estresse sexual, perfil hormonal, variáveis relacionadas ao parceiro e o uso de qualquer medicação que possa impactar a função sexual.

Essa pesquisa pode capacitar os médicos a compreenderem melhor as nuances da função sexual feminina durante o envelhecimento, auxiliando no desenvolvimento de abordagens clínicas mais holísticas e eficazes para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Sexual health [Internet]**. [citado 12 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.** Washington: American psychiatric association; 2013.
3. Masters WH, Johnson VE. **Human sexual response**. Oxford, England: Little, Brown; 1966. (Human sexual response).
4. Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, et al. **Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines**. Dtsch Arztebl Int. 25 de setembro de 2020;117(39):653–8.
5. Trento SRSS, Madeiro A, Rufino AC. **Função sexual e fatores associados em mulheres na pós-menopausa**. Rev Bras Ginecol Obstet. 18 de outubro de 2021;43:522–9.
6. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SA da C, Eleutério J, Amaral RLG, et al. **[Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women]**. Rev Bras Ginecol Obstet. julho de 2012;34(7):329–34.
7. Fonseca GMDS, Lima JCRC, Silva KMD, Barbosa SSA, Oliveira BDRD. **Prevalência das disfunções sexuais no período do climatério em uma clínica especializada na saúde da mulher em Caruaru/PE**. Fisioter Bras. 19 de março de 2021;22(1):72–85.
8. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. **The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options**. J Clin Endocrinol Metab. 1º de janeiro de 2021;106(1):1–15.
9. Delamater L, Santoro N. **Management of the Perimenopause**. Clin Obstet Gynecol. setembro de 2018;61(3):419–32.

10. Ko SH, Kim HS. **Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women.** *Nutrients*. 13 de janeiro de 2020;12(1):202.
11. Ye L, Knox B, Hickey M. **Management of Menopause Symptoms and Quality of Life during the Menopause Transition.** *Endocrinol Metab Clin North Am*. dezembro de 2022;51(4):817–36.
12. Mikhael S, Punjala-Patel A, Gavrilova-Jordan L. Hypothalamic-Pituitary-Ovarian Axis **Disorders Impacting Female Fertility.** *Biomedicines*. 4 de janeiro de 2019;7(1):5.
13. Santen RJ, Simpson E. **History of Estrogen: Its Purification, Structure, Synthesis, Biologic Actions, and Clinical Implications.** *Endocrinology*. 1º de março de 2019;160(3):605–25.
14. Marques P, Skorupskaite K, Rozario KS, Anderson RA, George JT. **Physiology of GnRH and Gonadotropin Secretion.** Em: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., organizadores. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [citado 25 de novembro de 2023]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279070/>
15. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. **Management of Menopausal Symptoms: A Review.** *JAMA*. 7 de fevereiro de 2023;329(5):405–20.
16. Blümel M JE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. **ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER.** *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2004;69(2):118–25.
17. Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. **Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey.** *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35(1):55–61.
18. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, Vasconcelos CTM, De Magalhaes TF, Karbage SAL, et al. **Pelvic floor muscle function and quality of life in**

postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. Acta Obstet Gynecol Scand. maio de 2018;97(5):552–9.

19. Hall JE. **Endocrinology of the Menopause.** Endocrinol Metab Clin North Am. setembro de 2015;44(3):485–96.

20. Fuentes N, Silveyra P. **Estrogen receptor signaling mechanisms.** Adv Protein Chem Struct Biol. 2019;116:135–70.

21. Chen P, Li B, Ou-Yang L. **Role of estrogen receptors in health and disease.** Front Endocrinol (Lausanne). 18 de agosto de 2022;13:839005.

22. Deecher DC, Dorries K. **Understanding the pathophysiology of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats) that occur in perimenopause, menopause, and postmenopause life stages.** Arch Womens Ment Health. 2007;10(6):247–57.

23. Thurston RC, Wu M, Chang YF, Aizenstein HJ, Derby CA, Barinas-Mitchell EA, et al. **Menopausal Vasomotor Symptoms and White Matter Hyperintensities in Midlife Women.** Neurology. 10 de janeiro de 2023;100(2):e133–41.

24. Conde DM, Verdade RC, Valadares ALR, Mella LFB, Pedro AO, Costa-Paiva L. **Menopause and cognitive impairment: A narrative review of current knowledge.** World J Psychiatry. 19 de agosto de 2021;11(8):412–28.

25. Jaeger MDB, Miná CS, Alves S, Schuh GJ, Wender MC, Manfro GG. **Negative affect symptoms, anxiety sensitivity, and vasomotor symptoms during perimenopause.** Braz J Psychiatry. junho de 2021;43(3):277–84.

26. Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHS da C, Nasser EJ, Silva CR da, Nahas EAP, et al. **Genitourinary Syndrome of Menopause.** Rev Bras Ginecol Obstet. 22 de junho de 2022;44:319–24.

27. Naumova I, Castelo-Branco C. **Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy.** Int J Womens Health. 31 de julho de 2018;10:387–95.

28. Kim HK, Kang SY, Chung YJ, Kim JH, Kim MR. **The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause.** J Menopausal Med. agosto de 2015;21(2):65–71.
29. Tavoli A, Tavoli Z, Effatpanah M, Montazeri A. **Prevalence and associated risk factors for sexual dysfunction among postmenopausal women: a study from Iran.** Women's Midlife Health. 27 de novembro de 2021;7(1):10.
30. Fisioterapeuta pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Correia LS, Brasil C, Fisioterapeuta, Mestranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Silva MDD, Fisioterapeuta, Mestranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, et al. **Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional.** RPMGF. 1º de novembro de 2016;32(6):405–9.
31. Souza Júnior EV de, Rosa RS, Cruz DP, Silva Filho BF da, Santos BFM dos, Silva C dos S, et al. **Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas.** Esc Anna Nery. 6 de janeiro de 2023;27:e20220227.
32. Cea García J, Márquez Maraver F, Rubio Rodríguez MC. **Cross-sectional study on the impact of age, menopause and quality of life on female sexual function.** J Obstet Gynaecol. julho de 2022;42(5):1225–32.
33. Sidorkewicz N, McGill SM. **Documenting female spine motion during coitus with a commentary on the implications for the low back pain patient.** Eur Spine J. março de 2015;24(3):513–20.
34. Rosen RC, Barsky JL. **Normal sexual response in women.** Obstet Gynecol Clin North Am. dezembro de 2006;33(4):515–26.

35. Stein R, Hohmann CB. **Atividade sexual e coração.** Arq Bras Cardiol. janeiro de 2006;86:61–7.
36. Pachano Pesantez GS, Clayton AH. **Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder Among Women: General Considerations and Pharmacological Options.** Focus (Am Psychiatr Publ). janeiro de 2021;19(1):39–45.
37. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. **Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach.** Rev Bras Ginecol Obstet. dezembro de 2018;40:787–93.
38. Andersen BL. **Primary Orgasmic Dysfunction: Diagnostic Considerations and Review of Treatment.** Psychol Bull. janeiro de 1983;93(1):105–36.
39. Hevesi K, Horvath Z, Miklos E, Sal D, Rowland DL. **Motives that Mediate the Associations Between Relationship Satisfaction, Orgasmic Difficulty, and the Frequency of Faking Orgasm.** Sex Med. 14 de setembro de 2022;10(6):100568.
40. **Treatment of female orgasmic disorder** - UpToDate [Internet]. [citado 25 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-female-orgasmic-disorder/print>
41. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. **Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years.** Climacteric. dezembro de 1999;2(4):254–62.
42. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. **Factors affecting sexual function in menopause: A review article.** Taiwan J Obstet Gynecol. agosto de 2016;55(4):480–7.
43. Yenice MG, Danacıoğlu YO, Mert M, Karakaya P, Seker KG, Akkaş F, et al. **Evaluation of factors affecting sexual dysfunction in female patients with diabetes mellitus.** Arch Endocrinol Metab. 6 de abril de 2020;64:319–25.
44. Kennedy SH, Rizvi S. **Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants.** J Clin Psychopharmacol. abril de 2009;29(2):157–64.

45. Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. **Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach.** J Clin Med. 7 de outubro de 2019;8(10):1640.
46. Lunelli RP, Irigoyen MC, Goldmeier S. **Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study.** Rev Bras Enferm. outubro de 2018;71(5):2477–82.
47. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. **Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey.** J Sex Med. abril de 2008;5(4):788–95.
48. Dubin JM, Wyant WA, Balaji NC, Efimenko IV, Rainer QC, Mora B, et al. **Is Female Wellness Affected When Men Blame Them for Erectile Dysfunction?** Sex Med. 29 de maio de 2021;9(3):100352.
49. Nelson CJ. **The impact of male sexual dysfunction on the female partner.** Curr sex health rep. 1º de março de 2006;3(1):37–41.
50. Felipe MR, Zambon JP, Girotti ME, Burti JS, Hacac CR, Cadamuro L, et al. **What Is the Real Impact of Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction? A Case Control Study.** Sex Med. 10 de janeiro de 2017;5(1):e54–60.
51. gianni. **Impact of stress urinary incontinence on female sexual activity** [Internet]. European Review. 2021 [citado 25 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.europeanreview.org/article/24622>
52. Sutherst J, Brown M. **Sexual Dysfunction Associated with Urinary Incontinence.** Urologia Internationalis. 27 de janeiro de 2010;35(6):414–6.
53. Sadeghi-Nejad H, Wasserman M, Weidner W, Richardson D, Goldmeier D. **Sexually transmitted diseases and sexual function.** J Sex Med. janeiro de 2010;7(1 Pt 2):389–413.
54. Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Ference BA, Arsenault BJ, Berglund L, et al. **Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic**

stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 14 de outubro de 2022;43(39):3925–46.

55. Buster JE. **Managing female sexual dysfunction.** Fertil Steril. outubro de 2013;100(4):905–15.

56. Lara LA da S, Scalco SCP, Rufino AC, Paula SRC de, Fernandes ES, Pereira JM de L, et al. **Management of hypoactive sexual desire disorder in women in the gynecological setting.** Rev Bras Ginecol Obstet. 30 de julho de 2021;43:417–23.

57. Dall’Agno ML, Ferreira CF, Ferreira FV, Pérez-López FR, Wender MCO. **Validation of the Six-item Female Sexual Function Index in Middle-Aged Brazilian Women.** Rev Bras Ginecol Obstet. 15 de agosto de 2019;41:432–9.

58. Basson R. **Human sexual response.** Handb Clin Neurol. 2015;130:11–8.

59. Silva GMD da, Lima SMRR, Reis BFD, Macruz CF, Postigo S. **Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study.** Rev Bras Ginecol Obstet. novembro de 2019;41(11):660–7.

60. Hayes R, Dennerstein L. **The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies.** J Sex Med. maio de 2005;2(3):317–30.

61. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. **Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging.** Fertil Steril. janeiro de 2007;87(1):107–12.

62. Athey RA, Kershaw V, Radley S. **Systematic review of sexual function in older women.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. dezembro de 2021;267:198–204.

ANEXO 2 – FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

Nas últimas 4 semanas:						
Como você qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?	Muito alto(5)	Alto(4)	Moderado(3)	Baixo(2)	Muito baixo ou nenhum (1)	
Como você qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas(0)	Muito alto(5)	Alto(4)	Moderado(3)	Baixo(2)	Muito baixo ou nenhum (1)
Com que frequência você se sentiu lubrificada (notou mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas(0)	Sempre ou quase sempre (5)	Na maioria das vezes(4)	Às vezes(3)	Poucas vezes (2)	Quase nunca ou nunca(1)
Com que frequência você alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?	Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas(0)	Sempre ou quase sempre (5)	Na maioria das vezes(4)	Às vezes(3)	Poucas vezes (2)	Quase nunca ou nunca(1)
Quão satisfeita você tem se sentido com a sua atividade sexual?	Muito satisfeita(5)	Moderadamente satisfeita(4)	Nem satisfeita, nem insatisfeita (3)	Moderadamente insatisfeita(2)	Muito insatisfeita(1)	
Com que frequência você sente incômodo ou dor vaginal na penetração?	Não tive penetração vaginal nas últimas 4 semanas(0)	Quase nunca ou nunca(5)	Poucas vezes (4)	Às vezes(3)	Na maioria das vezes(2)	Quase sempre ou sempre(1)

ANEXO 3 – CARTAS DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO



CURSO DE MEDICINA

*À Coordenação da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I***CARTA DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO**

Por intermédio desta, afirmo aceitar a orientação do (a):

acadêmico (a) BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE matrícula n.º 4508259

do Curso de Graduação em Medicina desta Universidade, no desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso referente à Disciplina:

(x) EMD254 Trabalho de Conclusão de Curso I () EMD301 Trabalho de Conclusão de Curso II

Desenvolvendo o Trabalho sobre o tema:

Prevalência da disfunção sexual nas mulheres climatéricas atendidas no ambulatório da Policlínica de Duque de Caxias.

Dados do Orientador: (X) orientador interno () orientador externoNome (sem abreviatura): RICARDO JOSÉ DE SOUZAE-mail: RICARDO.SOUZA@UNIGRANRIO.EDU.BR Tel: (21) 99969-6910

Assinatura e carimbo do Orientador(a): _____

Rio de Janeiro, 24 / 09 / 2023.

**CURSO DE MEDICINA**

À Coordenação da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I

CARTA DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO

Por intermédio desta, afirmo aceitar a orientação do (a):

acadêmico (a) BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE matrícula n.º 4508259

do Curso de Graduação em Medicina desta Universidade, no desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso referente à Disciplina:

() EMD254 Trabalho de Conclusão de Curso I (x) EMD301 Trabalho de Conclusão de Curso II

Desenvolvendo o Trabalho sobre o tema:

Perfil da atividade sexual de mulheres no climatério atendidas no ambulatório da Policlínica Duque de Caxias.

Dados do Orientador: (X) orientador interno () orientador externo

Nome (sem abreviatura): RICARDO JOSÉ DE SOUZA

E-mail: RICARDO.SOUZA@UNIGRANRIO.EDU.BR Tel: (21) 99969-6910

Assinatura e carimbo do Orientador(a): _____

Rio de Janeiro, 07 / 06 / 2024.

ANEXO 4 – APRECIÇÃO CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O impacto da incontinência urinária feminina na atividade sexual no período do climatério e pós menopausa			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Ricardo José de Souza			
6. CPF: 022.101.967-79	7. Endereço (Rua, n.º): HENRIQUE DODSWORTH, 133 COPACABANA 302 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 22061030		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21999696910	10. Outro Telefone:	11. Email: rsouzaj@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>28</u> / <u>04</u> / <u>2023</u>  Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: "Universidade do Grande Rio ""Professor José de Souza Herdy"" - UNIGRANRIO"		13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1672-7733	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>Márcia Silveira Ney</u> CPF: <u>087.880.117-04</u> Cargo/Função: _____ Data: <u>28</u> / <u>04</u> / <u>2023</u>  Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO

preencher os questionários em um ambiente apropriado, com o conforto e no tempo necessário para conclusão. Os dados pessoais serão manipulados apenas por profissionais que estejam envolvidos com o seu atendimento ou com a pesquisa.

Benefícios: Fornecer informações que possam ajudar a melhorar a qualidade de vida e identificar problemas que são tratáveis e nem sempre abordados nas consultas de rotina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa fornecer informações que possam ajudar a melhorar a qualidade de vida e identificar problemas que são tratáveis e nem sempre abordados nas consultas de rotina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de grande relevância e que deve ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2131650.pdf	28/04/2023 17:01:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Atividade_sexual_IU_sem_identificacao.docx	28/04/2023 17:01:07	Ricardo José de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_IU_atividade_sexual.pdf	28/04/2023 16:59:50	Ricardo José de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atividade_sexual_IU.doc	28/04/2023 10:20:03	Ricardo José de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_sede.pdf	28/04/2023 10:18:07	Ricardo José de Souza	Aceito
Cronograma	cronograma_cep_Breno.docx	28/04/2023 10:15:32	Ricardo José de Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	Atividade_sexual_IU_final.docx	28/04/2023 10:15:00	Ricardo José de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Aprovado Parecer: 6.164.224

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DUQUE DE CAXIAS, 05 de Julho de 2023

Assinado por:
SERGIAN VIANNA CARDOZO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br