



Medicina – Mestrado Integrado

Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho

Projeto de opção – Estágio final



Disfunção sexual feminina na pré-menopausa:

Prevalência e fatores associados

Bárbara Ribeiro, nº48895, 6ºano.

Orientadora: Dra. Ana Teresa Magalhães

USF Novo Cuidar - Fafe

Ano letivo 2011/2012

Nº de palavras: 4219

Agradecimentos

À minha orientadora, a Dra. Ana Teresa Magalhães por toda a ajuda e disponibilidade

À Dra. Ivone Mota pelo apoio na recolha dos dados

Ao Dr. Patrício Costa pelo apoio estatístico

A todas as mulheres que participaram no estudo pela sua disponibilidade

Índice

Acrónimos e Abreviaturas.....	3
Resumo.....	4
Summary.....	5
Introdução.....	6,7,8,9
Objetivos.....	9
Metodologia.....	10,11,12
Resultados.....	13 - 18
Discussão.....	19,20,21
Conclusão.....	22
Bibliografia.....	23,24
<u>Anexos:</u>	
Anexo 1 – Consentimento Informado.....	25
Anexo 2 – Questionário.....	26 – 32
Anexo 3 – Operacionalização das variáveis.....	33,34,35
Anexo 4 – Protocolo de Investigação.....	36 – 50
Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte.....	51,52
Anexo 6 – Declaração da orientadora do projeto.....	52
Anexo 7 – Definição de conceitos.....	53

Acrónimos e Abreviaturas

DSF – Disfunção sexual feminina

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

DSM IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, 4ª edição)

DSH – Desejo sexual hipoativo

ACO – anticoncepcionais orais

USF – Unidade de Saúde Familiar

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

OR – Odds Ratio

IC – Intervalo de Confiança

Resumo + palavras-chave

Introdução e objetivos: O ciclo de resposta sexual da mulher é complexo e resultante da interação de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos desenvolvendo-se de forma trifásica: desejo, excitação e orgasmo. A disfunção sexual é altamente prevalente, situando-se entre os 40% e 70% em Portugal e traduz-se por uma alteração em qualquer uma destas fases ou ainda perturbações dolorosas associadas ao ato sexual. Diversos estudos consideram o avançar da idade e a menopausa como fatores preponderantes para estas disfunções, mas outros consideram as disfunções sexuais na idade reprodutiva como subestimadas, estimando prevalências elevadas na pré-menopausa. Devido à escassez de estudos e a resultados tão heterogêneos é fundamental aprofundar a investigação nesta área, elementar na qualidade de vida de ambos os sexos. O presente estudo pretendeu estudar a prevalência da disfunção sexual feminina numa amostra de mulheres em idade reprodutiva, a prevalência dos diferentes subtipos e a existência de fatores associados.

Métodos: Tratou-se de um estudo observacional, transversal e analítico. Foram selecionadas aleatoriamente, 346 utentes da Unidade de Saúde Familiar Novo Cuidar, em idade reprodutiva, às quais foi aplicado um questionário de auto preenchimento, anónimo e confidencial.

Resultados: A taxa de resposta foi de 86,4% e a prevalência de DSF foi de 77,2% tendo sido a perturbação do orgasmo o subtipo mais prevalente, 55,8%. Foi encontrada uma associação entre a contraceção hormonal e a perturbação do desejo ($p=0,003$). A aversão sexual foi estatisticamente relacionada com experiências sexuais indesejadas prévias ($p=0,001$).

Discussão: A DSF na pré-menopausa é um problema muito prevalente e causador de mal-estar pelo que deve ser clinicamente avaliado para que a mulher possa desfrutar de uma sexualidade saudável e feliz.

Palavras-chave: Disfunção sexual feminina; Prevalência; pré-menopausa; fatores associados a disfunção.

Summary + key Words

Introduction: Women's sexual response cycle is complex and results from the interaction of physiologic, psychological and environmental factors and develops in three phases: desire, arousal and orgasm. Sexual dysfunction is highly prevalent, between 40% and 70% in Portugal, and it's defined by any alteration in these phases or in painful disturbances of the sexual act. Several studies consider aging or menopause as preponderant factors for this dysfunctions, however, other studies consider sexual dysfunctions in the reproductive age as underestimated, estimating high prevalence in the pre-menopause. Due to the lacking of studies and to the heterogeneity of results is fundamental to profound the investigation in this area, essential in the quality of life of both sexes. The present study intended to estimate the prevalence of female sexual dysfunction in a sample of reproductive aged women, the prevalence of the various subtypes, and its associated factors.

Methods: It was an observational, cross-sectional and analytic study. 346 women in reproductive age, from the USF Novo Cuidar, were randomly selected and answered the anonymous, confidential and self-fulfilling questionnaire.

Results: The response rate was 86,4% and the prevalence of female sexual dysfunction was 77,2%, with the orgasmic disorder being the most prevalent subtype, 55,8%. An association between hormonal contraception and desire disorder was found ($p=0,003$). Sexual aversion was statistically related with previous unwanted sexual experiences ($p=0,001$).

Discussion: The female sexual dysfunction in pre-menopausal women is highly prevalent and stress producer, therefore it should be clinically evaluated so women can experience a happy and healthy sexuality.

Key-words: female sexual dysfunction; prevalence; pre-menopause; dysfunction associated factors.

Introdução

Uma vida sexual satisfatória é parte integrante da saúde global do ser humano e do bem-estar individual, sendo muito importante numa relação afetiva. A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões do indivíduo, nomeadamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias.⁽¹⁾ A resposta sexual feminina é complexa e foi caracterizada pela primeira vez por Masters e Jonhson, em 1966, sendo constituída por quatro fases: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução.⁽²⁾ Em 1979, Helen Kaplan abordou a importância do desejo, como uma fase cerebral prévia e propôs um modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo.⁽³⁾ Este modelo é a base das atuais classificações da disfunção sexual feminina (DSF) que se baseiam na falência de uma ou mais fases deste ciclo.^(4,5,6)

A disfunção sexual entende-se por toda a situação em que o indivíduo não consiga concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro.⁽⁷⁾ Esta pode caracterizar-se por uma alteração no desejo sexual, na presença ou manutenção da excitação sexual e respostas somáticas à mesma, na capacidade de obter o orgasmo, na perturbação dolorosa da função sexual ou na sobreposição de qualquer uma destas alterações. Qualquer disfunção sexual pode estar, ou não, associada a mal-estar, avaliado subjetivamente por cada indivíduo.^(4,5,8)

A classificação das DSF foi amplamente discutida na comunidade científica levando à elaboração de um painel de consenso pela Fundação Americana de Doenças Urológicas, em 1998. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a disfunção sexual define-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma incapacidade frequente, há pelo menos seis meses, de o indivíduo ter a vida sexual que desejaria e inclui várias categorias, dando ênfase aos fatores físicos que influenciam esta satisfação.⁽⁹⁾ Por outro lado, a Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição

(DSM-IV), define a disfunção sexual como uma desordem psicofisiológica em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, numa vertente mais relacional e emocional, considerando ainda a disfunção sexual associada ao consumo de substâncias. (10)

Para uniformizar estas classificações surgiu o painel de consenso já referido, que dividiu as disfunções sexuais em quatro categorias de classificação: desejo sexual hipoactivo (DSH), onde se inclui a aversão sexual; transtornos da excitação (inclui problemas de lubrificação, relaxamento muscular, sensibilidade clitoriana, fatores psicológicos e medicação); transtornos do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos (onde se inclui a dispareunia e o vaginismo). Este consenso definiu ainda a presença de mal-estar como fundamental ao diagnóstico de determinadas desordens. (11)

Existem vários fatores de risco associados a disfunção sexual, entre eles a doença neurológica, endócrina ou vascular, a cirurgia genital, o abuso sexual, o nível educacional e socioeconómico, fatores psicológicos e interpessoais (depressão, ansiedade, má relação com o parceiro), doenças físicas (cancro, infertilidade), medicação (anticoncecionais orais (ACO) e antidepressivos) e alterações hormonais fisiológicas como a menopausa e a amamentação. (1,4,5,6,8,12)

A prevalência da disfunção sexual é elevada(8), situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial, mas os estudos realizados são escassos(4) e os dados observados são bastante heterogéneos e usam diferentes modelos de classificação.(5,12) Num estudo realizado nos EUA, em 31581 mulheres entre os 18 e os 102 anos, estimou-se que cerca de 43% apresentassem alguma queixa neste sentido. O mesmo estudo evidenciou uma prevalência de 22% de distúrbios sexuais subjetivamente associados a mal-estar. O problema sexual mais comumente identificado foi o DSH (38,7%), tendo sido o transtorno do orgasmo o menos prevalente (20,5%).(13) Num estudo realizado em 1219 mulheres brasileiras obteve-se uma prevalência de 49%, tendo sido o transtorno da excitação sexual o distúrbio mais comum (26,7%).(14) Existem poucos estudos na população portuguesa mas as prevalências encontradas variam de 40 a 74%. (5,15,16) Num estudo de 2005 foi estimada uma prevalência global de DSF de 56% (35% apresentavam DSH, 31,6% transtornos de excitação ou orgasmo e 24,1% transtornos dolorosos na relação sexual).(17) Num estudo com uma amostra de 47

mulheres, o DSH foi o problema mais comum, estimando-se uma prevalência de 40,4%.⁽¹⁵⁾ Noutro estudo realizado no Norte do país, numa amostra de 422 mulheres, a prevalência da disfunção sexual foi bastante mais elevada, situando-se nos 74,2%, tendo sido a dispareunia o distúrbio sexual mais comum.⁽⁵⁾ A heterogeneidade destes dados revela a necessidade de se realizarem mais estudos neste âmbito e em diferentes regiões do país.

Na maioria dos estudos realizados nesta área, a prevalência da disfunção sexual aumenta com a idade.^(8,18,19) No climatério e na pós-menopausa aumentam significativamente as queixas no âmbito sexual como a falta de desejo, a dor durante o coito, a falta de lubrificação e a dificuldade em atingir o orgasmo. ^(8, 20) As mudanças hormonais associadas a esta fase do ciclo de vida, como o decréscimo de estrogénios e de testosterona (na fase pré e pós-menopausa) estão associadas a estas queixas como vários estudos demonstram.^(8,18,20,21) Este decréscimo de estrogénios vai levar a uma atrofia da mucosa vaginal e a problemas de lubrificação. Também as alterações na imagem corporal e autoestima verificados nesta fase podem contribuir para as alterações na função sexual e para o aparecimento de disfunções. Com a idade, diminui a frequência das relações sexuais, acompanhada contudo pela diminuição da angústia associada a este facto.^(19,21,22) A prevalência do DSH ronda os 40 a 50% nas mulheres pós-menopausa, ficando-se pelos 15 a 25% nas mulheres em idade reprodutiva. Os transtornos da excitação (particularmente falta de lubrificação) aumentam de 10-15% para 25- 30% após a menopausa, situando-se a dispareunia nos 12-45% nestas mulheres, sendo raro na fase reprodutiva (5%). Segundo este estudo, os problemas associados ao orgasmo parecem andar pelos 20% em todas as faixas etárias.⁽²⁰⁾ No entanto, existem outros estudos que contrariam esta tendência e que consideram a DSF na idade reprodutiva como subestimada. Num estudo realizado numa população de mulheres pré-menopausa, a prevalência do DSH atingiu os 77%, o transtorno da excitação os 62%, e a dificuldade em atingir o orgasmo foi referida por 56% das mulheres.⁽¹³⁾ Outro estudo realizado em 384 mulheres em idade reprodutiva (entre os 21 e os 45 anos) estimou uma prevalência global de 68,3%, verificando-se um pico etário de disfunção sexual entre os 26 e os 30 anos de idade.⁽⁶⁾ Foi encontrada

uma prevalência de disfunção sexual de 36% num estudo que avaliou 100 mulheres entre os 20 e os 39 anos, sendo a anorgasmia a perturbação mais comum (18%) seguida da dispareunia (13%) e da disfunção do desejo sexual (11%). No mesmo estudo foi encontrada associação entre o baixo nível de escolaridade e a presença de disfunção sexual, tal como noutros estudos.(23,24)

O presente trabalho de investigação tem como objetivos determinar a prevalência global da disfunção sexual em mulheres pré-menopausa e dos seus subtipos e relacioná-la com outros fatores que possam estar associados, uma vez que estudos anteriores se revelaram insuficientes na sua correta avaliação.

Objetivos

- Caracterizar a população-alvo do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas consideradas, e estudar a frequência de atividade sexual.
- Estudar a prevalência de DSF e de disfunção sexual com repercussão na qualidade de vida.
- Estudar a frequência dos diferentes subtipos de DSF.
- Analisar a relação entre DSF e fatores sócio-demográficos da população em estudo.
- Estudar a relação entre o método anticoncecional usado e a existência de disfunção sexual.
- Estudar a relação entre experiências sexuais negativas prévias e a existência de disfunção sexual atual.

Metodologia

Tipo de Estudo:

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e analítico que pretendeu avaliar a prevalência da DSF na pré-menopausa e fatores relacionados, com recurso a um questionário de autorresposta, confidencial e anónimo, seleccionando as utentes pelo método de amostragem aleatória.

População em estudo:

Total de utentes do sexo feminino dos **18 aos 58 anos** da USF (Unidade de Saúde Familiar) Novo Cuidar, do Centro de Saúde de Fafe. Foram excluídas da amostra seleccionada, as utentes acamadas, internadas ou institucionalizadas, as mulheres analfabetas ou portadoras de deficiência mental e as mulheres virgens ou em menopausa.

Dimensão da amostra:

A população em estudo consiste em **4114** utentes do sexo feminino, inscritas na USF dos 18 aos 58 anos. Para que o estudo tenha significância estatística a amostra foi calculada, com recurso ao programa informático Epi Info™ (disponível gratuitamente no site Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA), e utilizando a função STATCALC, tendo-se obtido uma amostra de **346** utentes. Para este cálculo foi utilizada uma prevalência estimada de **57%** (média das prevalências encontradas para a disfunção sexual em Portugal), uma precisão de 5% e um nível de confiança de 95% sendo posteriormente consideradas eventuais perdas, a não colaboração das utentes e os questionários inválidos.

Questionário aplicado:

O questionário aplicado foi baseado na “Entrevista de Disfunções Sexuais – versão feminina” criada por Sbrocco, Weisberg e Barlow em 1992 e traduzida e adaptada para português por P.Nobre, A. Carvalheira e L. Fonseca em 2003.⁽²⁵⁾ Este é um instrumento que facilita a atribuição de diagnósticos clínicos consistentes e válidos com base nos critérios definidos pelo DSM-IV. Avalia especificamente cada uma das dimensões da disfunção sexual e dos seus subtipos e ainda a frequência da atividade sexual e a existência de experiências sexuais indesejadas.

O questionário é constituído por 43 questões e dividido em quatro secções, levando cerca de 10 a 15 minutos a ser preenchido. A primeira parte do questionário refere-se a dados sócio-demográficos (onde foi acrescentada uma questão sobre contraceção), a segunda parte avalia a frequência da atividade sexual, a terceira secção a existência e caracterização de disfunção sexual e seus subtipos e a última secção a existência de experiências sexuais indesejadas.^(anexo2) Foi considerada disfunção sexual a existência de pelo menos um subtipo de DSF e disfunção sexual associada a mal-estar a resposta “algum” ou “muito” na pergunta relacionada com mal-estar em cada secção.

Os questionários foram entregues às utentes que já tinham consulta agendada ou que foram convocadas por envio de postal, após obtenção do consentimento informado (anexo 1) e foram autopreenchidos de forma anónima e confidencial.

Recolha de dados:

O processo de recolha de dados foi efetuado em várias etapas:

1. Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte para realização do protocolo enviado.

2. Pedido de autorização ao coordenador da USF Novo Cuidar para realização do protocolo de investigação com os seus utentes e no seu espaço físico. (anexo 2)
3. Processo de seleção da amostra, com a colaboração da USF Novo Cuidar e cálculo da mesma através do programa informático Epi-Info.
4. Pedido de participação às utentes da USF durante a consulta programada ou por convite telefónico a comparecerem na USF, sendo-lhes explicado em que consistia o estudo.
5. Encontro com as utentes na respetiva USF para autopreenchimento dos questionários de forma anónima e confidencial, após obtenção do consentimento informado.
7. Após a obtenção dos dados, estes foram introduzidos e analisados no programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS/PC+, versão 19.0).

Análise dos dados obtidos:

Para a análise dos dados obtidos, estes foram codificados e posteriormente informatizados, utilizando o programa SPSS versão 19.0. Para a construção de tabelas a analisar estatisticamente foi usado o mesmo programa. A abordagem inicial passou por análise descritiva da amostra (média, desvio padrão, mediana, frequências) e posteriormente foram utilizados testes estatísticos como o teste Qui-Quadrado para comparar variáveis qualitativas e o teste de Fisher quando uma das frequências esperadas no Qui-quadrado era menor que cinco. Para determinar a força de associação entre variáveis foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) com um Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foram utilizados também o teste *t-student* e o teste de *Mann-Whitney* para relacionar variáveis qualitativas e quantitativas.

Resultados

A amostra inicial de 346 utentes foi reduzida a 299, após removidos os questionários inválidos e as utentes que recusaram participar, o que traduz uma taxa de resposta de 86,4%.

Análise Descritiva

Características sócio-demográficas:

A média de idades encontrada foi de 35,6 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 57. Treze e meio por cento das mulheres possuíam o 1º ciclo de escolaridade, 16,7% o 2º ciclo, 19,5% o 3ºciclo, 23,3% o ensino secundário e 26% o ensino superior ou pós-graduação. A maioria das mulheres era casada ou união de facto (69,8%), 23,7% era solteira, 4,7% separada ou divorciada e 1,9% viúva. A maioria das mulheres encontrava-se empregada (72,6%), 14,4% desempregada, 4,2% doméstica, 7% era estudante e 1,9% encontrava-se reformada. O número médio de filhos por mulher era de 1,13, com o mínimo de 0 e máximo de 4.

Tabela1: Frequência das características sócio-demográficas.

	N	%
Estado Civil		
Solteira	51	23,7
Co-habitação	12	5,6
Casada	138	64,2
Divorciada	10	4,7
Viúva	4	1,9
Habilitações		
1ºciclo	29	13,5
2ºciclo	36	16,7
3ºciclo	42	19,5
Ensino secundário	50	23,3
Universidade	40	18,6
Pós-graduação	16	7,4
Profissão		
Empregada	156	72,6

Desempregada	31	14,4
Reformada	4	1,9
Estudante	15	7
Doméstica	9	4,2
Nº filhos		
0	70	32,6
1	63	29,3
2	61	28,4
3	12	5,6
4	4	1,9

Hábitos sexuais:

O método contraceptivo mais usado pelas mulheres é o hormonal, 60,5%, seguido do preservativo, 9,8%. O DIU regista uma taxa de utilização de 6%, o coito interrompido de 3,3% e 7% das mulheres ou o respetivo parceiro foram esterilizados. Onze vírgula seis por cento não utiliza qualquer método contraceptivo. A média de frequência de relações sexuais mensais situa-se nos 9,2 com um mínimo de 0 e um máximo de 30. A média da frequência ideal referida pelas mulheres foi de 9,6 relações sexuais mensais.

Tabela 2: Caracterização dos hábitos sexuais.

	N	%
Método contraceptivo		
Hormonal	130	60,5
DIU	13	6
Preservativo	21	9,8
Coito Interrompido	7	3,3
Laqueação/vasectomia	15	7
Não utilizam	25	11,6
Frequência de relações sexuais		
0/mês	15	7,7
1 – 5/mês	46	21,3
6 – 10/mês	71	33,1
11 – 15/mês	34	15,8
16 – 20/mês	25	11,6
22 – 30/mês	4	2,3
Idade do parceiro		
18 – 30	51	23,7
31 – 40	63	29,4
41 – 58	74	34,4

Disfunção sexual e subtipos:

A prevalência encontrada para a DSF nesta amostra de mulheres foi de 77,2%, sendo 49,3% associada subjetivamente a mal-estar. Foi considerada perturbação do desejo as respostas «baixo» e «muito baixo» em relação ao interesse no ato sexual. Vinte e cinco vírgula sete por cento das mulheres referiram alteração no desejo sexual, 14% aversão a qualquer relação com o parceiro. Vinte e um vírgula quatro por cento das mulheres referiram dificuldades na obtenção ou manutenção da lubrificação considerado perturbação da excitação sexual. A perturbação do orgasmo foi a mais prevalente, referida por 55,8% das mulheres. Dos fatores associados a esta perturbação, o stress foi o mais prevalente, 30,7%. A dispareunia foi a segunda perturbação mais referida pelas mulheres, 40,9% sendo o momento mais doloroso, 27,4%, a resposta «durante o ato sexual». O vaginismo registou 16,7% de prevalência e as experiências sexuais indesejadas prévias, 6,5%.

Tabela3: Frequência da DSF e seus subtipos.

	N	%
DSF		
Sim	166	77,2
Não	48	22,3
DSF associada a «mal-estar»		
Sim	106	49,3
Não	105	48,8
Perturbação do desejo		
Sim	55	25,7
Não	159	73,9
Aversão sexual		
Sim	30	14
Não	180	83,7
Perturbação da excitação		
Sim	46	21,4
Não	162	75,3
Perturbação do Orgasmo		
Sim	120	55,8
Não	88	40,9
Fatores associados à perturbação do orgasmo		
Mudança de relação	14	6,5
Mudação padrão sexual	3	1,4
Stress	66	30,7

Doença	6	2,8
Gravidez/filho	7	3,3
Início/fim medicação	11	5,1
Nunca teve orgasmo	1	0,5
Dispareunia		
Sim	88	40,9
Não	120	55,8
Momento da dor		
Antes	16	7,4
Durante	59	27,4
Depois	13	6
Vaginismo		
Sim	36	16,7
Não	170	79,1
Experiências sexuais indesejadas		
Sim	14	6,5
Não	194	90,2

Análise bivariada – DSF e fatores relacionados

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a existência de DSF e o grau de escolaridade ou a profissão. A escolaridade baixa foi considerada do 1º ao 3º ciclo e a alta desde o secundário até à pós-graduação. Foram consideradas mulheres ativas, as empregadas, estudantes ou domésticas e não ativas, as desempregadas ou reformadas.

Tabela4: Prevalência de DSF por grau de escolaridade e nível de atividade.

DSF	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Escolaridade					0,623*
Baixa	84	79,2	22	20,8	
Alta	80	75,5	26	24,5	
Nível de atividade					0,117*
Ativo	124	75,6	40	24,4	
Não ativo	31	88,6	4	11,4	

*teste de Fisher

Também não foram encontradas diferenças significativas entre a média de idade das mulheres e a média de idade do parceiro e a existência de DSF. Em relação ao número de filhos por mulher também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre este e a DSF.

A média de frequência mensal de relações sexuais foi estatisticamente diferente entre as mulheres com DSF (8,5 relações mensais) e as mulheres sem qualquer perturbação (11,5 relações mensais).

Tabela5: Prevalência de DSF por média de idade das mulheres, do parceiro, nº de filhos e frequência mensal de relações sexuais.

	Disfunção Sexual	P
Média de Idade das mulheres		0,488
Média do Nº filhos		0,077
Média da Frequência mensal de relações sexuais		0,015
Média de idade do parceiro		0,886*

Teste de Mann-Whitney com nível de significância de 0,05; *Teste t-student com nível de significância de 0,05

A existência de experiências sexuais indesejadas prévias também não foi estatisticamente relacionada com DSF, no entanto, quase todas as mulheres com estas experiências apresentaram algum tipo de disfunção sexual. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a aversão sexual e a existência de uma história prévia de abuso sexual que confere uma probabilidade 7,8 vezes superior de vir a desenvolver esta disfunção (OR = 7,818).

Em relação ao método contraceptivo usado pelas mulheres foi testado o método hormonal, e não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa com a prevalência de DSF.

Tabela6: Prevalência de DSF por tipo de contraceção e existência de história de abuso sexual.

DSF	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Hormonal					0,865*
Sim	100	76,9	30	23,1	
Não	64	79	17	21	
Experiências sexuais indesejadas prévias					0,310*
Sim	13	92,9	1	0,07	
Não	151	77,8	43	22,2	

*teste de Fisher

Tabela7:Prevalência de aversão sexual por história de abuso sexual prévio.

Aversão sexual	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Experiências sexuais indesejadas prévias					0,001*
Sim	7	50	7	50	
Não	22	11,3	172	88,7	

*Teste de Fisher

Em relação à perturbação do desejo foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa nas mulheres que usavam contraceptivo hormonal em relação às que usavam outro método ou nenhum. A contraceção hormonal confere uma probabilidade 2,6 vezes superior de vir a sofrer de diminuição do desejo sexual (OR = 2,598).

Tabela8:Prevalência da perturbação do desejo por tipo de contraceção.

Perturbação do desejo	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Hormonal					0,003*
Sim	106	81,5	24	18,5	
Não	51	63	30	37	

*teste de Fisher

Discussão

Este estudo vem complementar a escassez de estudos sobre este tema, na população portuguesa, e alertar a classe médica para a importância da DSF, tanto pela sua elevada prevalência como pelas implicações que tem no bem-estar dos utentes. Relativamente à definição de DSF e seus subtipos utilizou-se a descrita no DSM-IV, uma vez que o questionário se baseia nesta classificação, contudo apurou-se também o critério subjetivo «mal-estar», fundamental no diagnóstico proposto pelo consenso de 1999 da Associação Americana de Doenças Urológicas. A existência de múltiplos critérios de diagnóstico ao invés da universalidade na avaliação de DSF pode levar a um viés de classificação. Outra limitação do estudo prende-se com a delicadeza e intimidade do tema em questão, que pode ter levado algumas mulheres a responderem de acordo com o que pensariam ser mais aceite socialmente e não de acordo com a sua situação. No entanto, o fato de o questionário ser anónimo e de autopreenchimento tentou contornar o possível enviesamento de respostas. Outra limitação possível do estudo é a existência de um viés de seleção, ao excluírem-se as mulheres analfabetas, acamadas e institucionalizadas. Por outro lado, e apesar de a amostra ter sido selecionada aleatoriamente, o estudo dependeu da colaboração voluntária das mulheres, o que pode levar a um viés de seleção, se estas tiverem mais disponibilidade para se deslocarem à USF ou se sentirem mais confortáveis com o tema.

Os objetivos propostos neste estudo foram atingidos, tendo-se obtido uma prevalência de DSF de 77,2%, concordante com outros estudos realizados em Portugal.^(5,7) Quando avaliado o critério «mal-estar» a prevalência encontrada diminuiu para 49,3% que, apesar de elevada, demonstra a subvalorização deste problema por muitas mulheres. Este estudo é dos primeiros a avaliar a DSF em mulheres portuguesas, somente na idade reprodutiva, o que poderia levar-nos a esperar uma prevalência menor, uma vez que a menopausa e as alterações hormonais esperadas nessa fase são comprovadamente fatores importantes para o desenvolvimento de disfunções sexuais.^(20,21,22) No entanto, as prevalências

encontradas foram elevadas, subvalorizando fatores hormonais e emocionais próprios da idade não reprodutiva da mulher, o que já tinha sido demonstrado em estudos realizados noutros países, onde se apuraram prevalências de DSF pré-menopausa na ordem dos 45 a 63%.^(6,18) Em relação aos subtipos de DSF, a perturbação do orgasmo foi a mais comum neste estudo, rondando os 56%. O fator causal mais apontado pelas mulheres foi o stress, na ordem dos 31%, bem acima das restantes opções de resposta. Outros estudos demonstram a perturbação do orgasmo como das mais prevalentes^(4,12), particularmente na idade reprodutiva, com prevalências na ordem dos 64%.⁽⁶⁾ Esta perturbação pode ser explicada pela toma de alguns medicamentos, não especificados no questionário, e pela instabilidade da relação ou problemas sexuais entre parceiros, ponto importante a abordar em estudos futuros. A perturbação do desejo neste estudo foi de 25,7%, tendo sido consideradas as respostas «interesse no ato sexual baixo ou muito baixo». Contudo, não foram consideradas as diminuições no desejo sexual apesar de as mulheres referirem esse desejo como «médio, alto ou muito alto», o que subestima a real prevalência desta perturbação. A toma de anticoncecionais hormonais está associada a uma diminuição do desejo tendo sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre estes e as mulheres que usavam outros métodos contraceptivos ou nenhum ($p=0,003$). Esta relação já foi verificada em estudos anteriores, nomeadamente num estudo alemão com cerca de 1000 mulheres.⁽²⁶⁾ Alguns estudos mostram como fundamental para o desejo sexual, a atracção pelo parceiro e também a não existência de algumas perturbações psiquiátricas como ansiedade e depressão ^(4,13), tratando-se de pontos importantes a abordar clinicamente. A perturbação da aversão, foi referida por 14% das mulheres e a da excitação por 21,4%. Esta última perturbação foi avaliada somente com base em dificuldades em atingir ou manter a lubrificação pelo que seria importante medir outras variáveis como o fluxo sanguíneo pélvico e o intumescimento da genitália externa, mais difíceis de serem autoavaliadas pela mulher. A dispareunia apresentou a segunda prevalência mais elevada, 40,9%, tendo sido mais referida a dor durante o ato sexual, 27,4%. A penetração foi considerada a situação dolorosa mais importante, 37,2% e a falta de lubrificação o fator causal mais referido, 24,2%. O

vaginismo apresentou uma prevalência de 16,7%, ligeiramente inferior a outros estudos de 25,5 a 34,3%.^(5,15) A prevalência de mulheres com experiências sexuais indesejadas no passado foi de 6,5%. Estatisticamente, não foi encontrada associação entre experiências indesejadas anteriores e disfunção sexual ($p=0,310$), no entanto é de referir que quase todas as mulheres com este *background* apresentaram algum subtipo de DSF. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre aversão sexual e história de experiências sexuais indesejadas ($p=0,001$), o que faz sentido dada a componente traumática destes acontecimentos. Alguns estudos anteriores já tinham relacionado a DSF com história de abuso sexual no passado.^(4,12) O nível de escolaridade das mulheres e a sua posição socioeconómica já foi discutida na literatura, tendo vários estudos correlacionado positivamente o baixo nível de escolaridade com a disfunção sexual.^(1,12,13,23,24) No entanto, neste estudo não foi verificada associação entre o nível educacional das mulheres e uma maior prevalência de DSF, resultado similar a um estudo brasileiro de 2010.⁽²⁷⁾ Neste estudo também não foi encontrada associação estatisticamente significativa, entre a média de idade das mulheres, média de idade do parceiro e o número de filhos e a prevalência de DSF. No entanto, seria importante no futuro indagar sobre o papel do parceiro e do relacionamento sexual e emocional no desenvolvimento de disfunções sexuais, apontado em alguns estudos como fundamental. (4) A média de frequência de relações sexuais mensais foi estatisticamente diferente entre as mulheres com DSF e as mulheres sem DSF, sendo a frequência de relações destas últimas superior. Este facto pode ser explicado pelo prazer tirado nas relações sexuais pelas mulheres sem disfunção, o que faz com que estas ocorram mais frequentemente e por uma melhor relação com o parceiro. Finalmente, e uma vez que estamos a estudar mulheres pré-menopausa, seria interessante questionar a fase do ciclo reprodutivo em que a mulher se encontra, a importância da gravidez e a existência de filhos como fatores possivelmente associados a DSF.

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo permitem-nos concluir que a DSF tem uma prevalência muito elevada também na idade reprodutiva, 77%, e que este se trata de um problema escondido e subestimado pela sociedade e pela comunidade médica em geral. A prevalência dos subtipos de DSF é elevada, tendo sido a disfunção do orgasmo a mais prevalente, o que nos leva a questionar o papel do parceiro e da medicação em estudos futuros. Apesar da sua difícil avaliação e da disparidade de definições de DSF, este é um problema real e que muito afeta a qualidade de vida das mulheres e dos seus parceiros, pelo que deve ser avaliado clinicamente e orientado de modo a proporcionar às mulheres a vivência de uma sexualidade plenamente satisfatória.



Bibliografia

- 1 – M. Najafabady, Z. Salmani, P. Abedi, (2011). *Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. Clinics*,66(1):83-86
- 2 – Masters W., Johnson V., (1966) *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown.
- 3 – Kaplan HS, (1974) *The New Sex Therapy*. London, Bailliere Tindall.
- 4 – Pablo C., Soares C., (2004). *As disfunções sexuais femininas*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20:357-70
- 5 –Cerejo A., (2006).*Disfunção Sexual feminina: prevalência e fatores relacionados*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22:701-20
- 6 – BA Fajewonymi, Ernest O., et al, (2007).*Sexual Dysfunction among Female Patients of Reproductive Age in a Hospital Setting in Nigeria. J HEALTH POPUL NUTR*, 1:101-106.
- 7 – Simões, JÁ (2000). “Incidência de Queixas de Disfunção Sexual na população da Rede “Médicos-Sentinela” no ano de 1998”. *Ata Andrológica* 17(2):57-61
- 8 – Jennifer R. Berman, Laura Berman and Irwin Goldstein, (1999). *Female Sexual Dysfunction: Incidence, Pathophysiology, Evaluation and Treatment options*. *Urology* 54:385-391.
- 9 – World Health Organization (2000). *The ICD-10 classification of mental behavioural disorders – clinical descriptions and diagnostic guidelines*. pp 150-152
- 10 – American Psychiatric Association. (1996) *DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4a edição, Climepsi Editores, Lisboa* pp. 505-24
- 11 – Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, e tal,(2000). *Report of the Internacional Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. The Journal of Urology*, 163(3):888-93
- 12 – Deborah J. Lightner, MD, (2002) *Female Sexual Dysfunction*, *Mayo Clinic Proc.*, 77:698-702
- 13 – Jan L. Shifren, Briggitta U. Monz, Patricia Russo, Anthony Segreti and Catherine Johannes,(2008). *Sexual Problems and Distress in United States Women: prevalence and correlates. American College of Obstetricians and Gynecologists*, 112:970-8
- 14 – Abdo CH, Oliveira WM Jr., Moreira ED Jr., Fittipaldi JA, (2004) *Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior. Int J Impot Res*, 2:160-6
- 15 – Pedro Nobre, José Pinto-Gouveia, Francisco Allen Gomes, (2006). *Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample, Journal of Sex and Marital Therapy*, 32-173-182
- 16 – Gomes FA, Fonseca L e Gomes AA, (1997). *Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais*, *Ata Portuguesa de Sexologia*, 2(1):17-20
- 17 - Vendeira, P., Pereira, N. M., Santo, M. C., Macedo, A. (2005). *Prevalência da disfunção sexual feminina em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- 18 – Lúcia L., Solva A., Romão A., Junqueira F., (2008). *Abordagem das disfunções sexuais femininas*. *Revista Brasileira de Ginecologia/Obstetricia*, 30(6):312-21

- 19 – Graziottin A., (2007) *Prevalence and evaluation of sexual health problems HSDD in Europe. The Journal of Sexual Medicine*, 4(3):211-219
- 20 – Nina Gregersen, Pernille Tinejensen, Annamaria Elena Giral di, (2006). *Sexual Dysfunction in the peri- and postmenopause. Danish Medical Bulletin*, 53:349-53
- 21 – Dennerstein L, Dudley E, Burger H., (2001). *Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?. Fertil Steril*, 76:456-60
- 22 – Dennerstein L, Hayes R, (2005). *Confronting the challenges: epidemiological study of sexual dysfunction and menopause. J Sex Med*, 2(3):118-32
- 23 – Ferreira L., Souza A., Amorim M., (2007). *Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 2:143-150
- 24 – Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G, (2009). *Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. J Postgrad Med*, 55:113-20
- 25 – Nobre P.(2006). *Disfunções Sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa*
- 26 - Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. (2010). *Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. J Sex Med*, 7(6):2139-48
- 27 - Prado D., Mota V., Lima T., (2010). *Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Revista Brasileira de Ginecologia/Obstetrícia*, 32(3):139-43

Anexo 1

Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Caro utente:

Com o intuito de determinar a prevalência da disfunção sexual feminina na pré-menopausa, está em curso um Projeto de Investigação levado a cabo por uma aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, sob a orientação da Dra. Ana Teresa Magalhães, Interna de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Novo Cuidar, Fafe.

Para a realização deste estudo, convido a utente a responder a um questionário de autopreenchimento, que levará cerca de 15 minutos do seu tempo, cujos dados são absolutamente confidenciais, destinando-se apenas à investigação científica.

Confirmo que expliquei à utente, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato acima referido.

Obrigada pela colaboração,

Nome legível do profissional de saúde responsável:

Assinatura _____

Eu, _____ tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que irá ser realizada.

Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias, e de todos obtive respostas satisfatórias.

Tive conhecimento que a participação é voluntária e com possibilidade de me retirar da investigação a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso consinto responder ao questionário em anexo, de forma anónima e confidencial.

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do utente

Anexo 2: Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (versão feminina adaptada)

Este questionário é constituído por um conjunto de questões que avaliará a presença de disfunções sexuais e fatores relacionados. O seu preenchimento levará cerca de 15 minutos do seu tempo e todas as respostas são anónimas e confidenciais. Por cada questão, por favor, assinale apenas uma resposta. Quando a sua resposta for negativa à primeira questão de cada secção, poderá passar para a secção seguinte. Muito obrigada pela sua colaboração.

1) Dados biográficos

Idade: _____

Idade do parceiro: _____

Nº de filhos: _____

Estado civil (assinale com uma cruz):

- Solteira/Namoro
- Co-habitação
- Casada
- Separada
- Divorciado
- Viúva

Habilitações literárias (assinale com uma cruz):

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- 10-12ºano
- Universidade
- Pós-graduação

Ocupação (atual):

- Empregada
- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Doméstica

Contraceção (assinale o que se aplique):

- Contraceptivo oral/implante/anel vaginal
- Dispositivo intrauterino
- Preservativo masculino/feminino
- Coito interrompido
- Laqueação/vasectomia
- Não realizo contraceção

2) Frequência das relações sexuais

vezes/mês

- 1) Com que frequência se envolve em relações sexuais (coito) com o parceiro?
- 2) Qual é a sua frequência ideal de atividade sexual (coito)?
- 3) Com que frequência se envolve em carícias/estimulação sem coito?
- 4) Com que frequência se masturba?

3) Disfunções sexuais

3.1) Perturbações do desejo sexual (1ª secção)

- 1) Como descreveria o seu interesse pela atividade sexual?

- Muito alto
- Alto
- Médio
- Baixo
- Muito baixo

Caso o seu interesse pela atividade sexual tenha diminuído prossiga nesta secção.

- 2) Se ocorreu alguma mudança, o que esteve associado a ela? (marque todos os que se apliquem)

- Stress pessoal/problemas emocionais
- Stress do parceiro
- Problemas maritais/relacionais
- Problemas sexuais
- Medicação/doença física
- Gravidez/Nascimento de um filho

3) Tem fantasias sexuais? (Assinale com uma cruz)

- Durante o coito?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Durante a masturbação?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) De que forma o baixo interesse pela atividade sexual tem afetado a sua vida?

Pouco	Algum	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Qual o seu grau de desconforto (mal-estar) com a situação?

Pouco	Algum	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.2) Aversão sexual (2ª secção)

1) Alguma vez evitou envolver-se em atividade sexual porque há alguma coisa no sexo em si mesmo que é ameaçador ou repugnante?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2) Perturbações da excitação sexual (3ª secção)

1) Tem dificuldade em atingir a lubrificação? (assinale com uma cruz)

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1) Qual a percentagem de ocasiões em que isto acontece? _____ (0-100%)

2) Tem dificuldade em manter a lubrificação? (assinale com uma cruz)

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso as respostas às duas perguntas sejam negativas, passar à secção seguinte.

3) Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades? (marque todos os que se apliquem)

- Stress pessoal/problemas emocionais
- Stress no parceiro/problemas emocionais
- Doença
- Problemas maritais/relacionais
- Problemas sexuais
- Consumo de álcool
- Medicação
- Perda do parceiro
- Gravidez/Nascimento de um filho

4) A penetração sexual é difícil ou desconfortável para si devido ao facto de não estar suficientemente lubrificada?

Sim	Não

5) Tem dificuldades em manter a lubrificação durante a masturbação?

Sim	Não

6) De que forma é que estas dificuldades têm afetado a sua vida?

Pouco	Algum	Muito

7) Qual o seu grau de desconforto (mal-estar) com a situação?

Pouco	Algum	Muito

3.3) Perturbações do orgasmo (4ª secção)

1) Alguma vez teve dificuldade em atingir o orgasmo durante a atividade sexual?

Sim	Não

Caso a resposta seja negativa, passar à secção seguinte.

2) Em que situações ocorre habitualmente essa dificuldade? (Assinale com uma cruz)

Atividade	Ocorrência do problema			
Masturbação	Sim		Não	
Coito	Sim		Não	
Estimulação oral	Sim		Não	
Estimulação manual	Sim		Não	
Outra	Sim		Não	

3) Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades? (marque todos os que se apliquem)

- Mudança de relação/duração da relação
- Mudança de padrão de comportamento sexual
- Stress
- Problemas médicos
- Gravidez/Nascimento de um filho
- Início ou fim de medicação (antidepressivos/contracetivos orais)
- Ao longo da vida nunca teve um orgasmo

4) Acha que a sua capacidade para atingir o orgasmo depende da situação? (marque todos os que se apliquem)

- Parceiro
- Masturbação vs parceiro
- Stress
- Fadiga
- Outras condições que influenciam o orgasmo

5) De que forma é que estas dificuldades têm afetado a sua vida?

Pouco	Algum	Muito

6) Qual o seu grau de desconforto (mal-estar) com a situação?

Pouco	Algum	Muito

3.4) Dispareunia (Dor associada à atividade sexual) (5ª secção)

1) Alguma vez sentiu dor associada à atividade sexual?

Sim	Não

Caso a resposta seja negativa passar à secção seguinte.

2) Essa dor ocorre antes, durante ou após a atividade sexual?

Antes	Durante	Depois

3) Em que situações ocorre essa dor? (marque todos os que se apliquem)

- Penetração do pénis
- Qualquer contacto físico com o parceiro
- Autoestimulação
- Exame ginecológico

4) Avalie se a dor é devida a: (marque todas as que se apliquem)

- Falta de lubrificação/lubrificante
- Duração do coito
- Forma de controlo de natalidade
- Atividade sexual excessivamente dura/violenta
- Utilização de objetos

5) De que forma é que estas dificuldades têm afetado a sua vida?

Pouco	Algum	Muito

6) Qual o seu grau de desconforto (mal-estar) com a situação?

Pouco	Algum	Muito

3.5) Vaginismo (Contração da parede vaginal) (6ª secção)

1) O seu parceiro alguma vez teve dificuldade com a penetração devido à contração involuntária da sua parede vaginal?

Sim	Não

2) Em que situações isso ocorre? (marque os que se apliquem)

- Masturbação
- Estimulação sexual pelo parceiro (dedos)
- Coito
- Uso de tampões
- Exame ginecológico

3) De que forma é que estas dificuldades têm afetado a sua vida?

Pouco	Algum	Muito

4) Qual o seu grau de desconforto (mal-estar) com a situação?

Pouco	Algum	Muito

4) Experiências sexuais não desejadas

1) Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada?

Sim	Não

2) Atualmente qual é a sua resposta emocional quando pensa acerca do acontecimento?

- 1) Muito negativa
- 1) Moderadamente negativa
- 2) Indiferente
- 3) Moderadamente positiva
- 4) Muito positiva

Anexo 3 – Operacionalização das variáveis

Variável	Tipo de variável	Escala de medição	Valores/categorias que a variável pode assumir	Codificação
Idade	Quantitativa	Discreta	18 - 58	A definir posteriormente
Estado civil	Qualitativa	Nominal	Solteiro/Namoro Co-habitação Casado Separado Divorciado Viúvo	1 2 3 4 5 6
Idade do parceiro	Quantitativa	Discreta	≥18	A definir posteriormente
Habilitações literárias	Quantitativa	Ordinal	1ºciclo 2ºciclo 3ºciclo 10-12ºano Universidade Pós-graduação	1 2 3 4 5 6
Situação profissional	Qualitativa	Nominal	Empregada Desempregada Reformada Estudante Doméstica	1 2 3 4 5
Contraceção	Qualitativa	Nominal	Contraceptivo oral/implante/anel vaginal Dispositivo intrauterino Preservativo masc./feminino Coito interrompido Laqueação/vasectomia Sem utilização	1 2 3 4 5 6
Nº de filhos	Quantitativa	Discreta	A definir posteriormente	A definir posteriormente
Frequência de relações sexuais	Quantitativa	Discreta	A definir posteriormente	A definir posteriormente
Frequência ideal de relações sexuais	Quantitativa	Discreta	A definir posteriormente	A definir posteriormente
Disfunção sexual	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Disfunção sexual associada a mal-estar	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Interesse pela atividade sexual	Qualitativa	Nominal	Muito alto Alto Médio Baixo Muito baixo	1 2 3 4 5

Fatores associados a perda de interesse sexual	Qualitativa	Nominal	Stress pessoal/emocional Doença Problemas maritais Stress do parceiro Problemas sexuais Medicação/doença física Gravidez/nascimento de filho	1 2 3 4 5 6 7
Perda de interesse sexual afeta o bem-estar?	Qualitativa	Nominal	Pouco Algum Muito	1 2 3
Aversão sexual	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Dificuldade em atingir a lubrificação	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Dificuldade em manter a lubrificação	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Fatores associados ao início dos problemas de excitação	Qualitativa	Nominal	Stress pessoal/emocional Doença Problemas maritais Stress do parceiro Doença no parceiro Problema sexual Consumo de álcool Medicação Perda do parceiro Gravidez/nascimento de filho	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A penetração é dificultada por falta de lubrificação?	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Falta de excitação afeta o bem-estar?	Qualitativa	Nominal	Pouco Algum Muito	1 2 3
Dificuldade em atingir o orgasmo	Qualitativa	Dicotômica	Sim Não	1 2
Em que situações tem dificuldade em atingir o orgasmo?	Qualitativa	Nominal	Masturbação Coito Estimulação oral Estimulação manual Outra	1 2 3 4 5
Fatores associados ao início da dificuldade em atingir o orgasmo	Qualitativa	Nominal	Mudança de relação/duração da relação Mudança padrão sexual Stress Problemas médicos Gravidez/nascimento filho Início/fim de medicação Nunca teve um orgasmo	1 2 3 4 5 6 7
Atingir o orgasmo depende da situação?	Qualitativa	Nominal	Parceiro Masturbação vs parceiro	1 2

			Stress	3
			Fadiga	4
			Outras	5
Dificuldade em atingir o orgasmo afeta o bem-estar?	Qualitativa	Nominal	Pouco	1
			Algum	2
			Muito	3
Dispareunia?	Qualitativa	Dicotômica	Sim	1
			Não	2
Em que momento ocorre a dor?	Qualitativa	Nominal	Antes	1
			Durante	2
			Após	3
Em que situações a dor ocorre?	Qualitativa	Nominal	Penetração	1
			Qualquer contacto físico com o parceiro	2
			Autoestimulação	3
			Exame ginecológico	4
A dor é devida a?	Qualitativa	Nominal	Falta de lubrificação/lubrificante	1
			Duração do coito	2
			Forma de controlo da natalidade	3
			Atividade sexual violenta	4
			Utilização de objetos	5
Dispareunia afeta o bem-estar?	Qualitativa	Nominal	Pouco	1
			Algum	2
			Muito	3
Dificuldade na penetração vaginal?	Qualitativa	Dicotômica	Sim	1
			Não	2
Em que situações há vaginismo?	Qualitativa	Nominal	Masturbação	1
			Estimulação manual pelo parceiro (dedos)	2
			Coito	3
			Uso de tampões	4
			Exame ginecológico	5
Vaginismo afeta o bem-estar?	Qualitativa	Nominal	Pouco	1
			Algum	2
			Muito	3
Experiências sexuais não desejadas	Qualitativa	Dicotômica	Sim	1
			Não	2
Resposta emocional atual face a experiências passadas	Qualitativa	Nominal	Muito negativa	1
			Moderadamente negativa	2
			Indiferente	3
			Positiva	4
			Muito positiva	5

Anexo 4: Protocolo de Investigação

Excelentíssimos membros da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte:

Sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e venho por este meio solicitar um parecer ético à Comissão de Ética para a Saúde relativamente ao protocolo de investigação, que segue em anexo. O protocolo de investigação foi desenvolvido e pretende ser aplicado no contexto da área curricular do 6ºano, “Projeto de Opção VI – Estágio Final”, a decorrer no ano letivo 2011/2012. O trabalho de investigação será desenvolvido no contexto da Medicina Geral e Familiar, na Unidade de Saúde Familiar Novo Cuidar, no Centro de Saúde de Fafe, tendo como tema de base a Disfunção sexual feminina na pré-menopausa.

A disfunção sexual é muito prevalente, situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial e entre os 40 e 70% em Portugal. Diversos estudos consideram o avançar da idade e a menopausa como fatores preponderantes para estas disfunções mas outros consideram as disfunções sexuais na idade reprodutiva como subestimadas, apresentando prevalências mais elevadas (na ordem dos 50-70%).

Assim, o presente trabalho de investigação pretende determinar a prevalência global da disfunção sexual feminina em mulheres em idade reprodutiva, a prevalência dos seus subtipos e relacioná-la com outros fatores, através de um questionário baseado no questionário validado “Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais – versão feminina”.

Comprometo-me ainda a enviar à comissão de ética da ARS Norte o produto final desta investigação.

Agradeço a atenção e aguardo a vossa resposta!
Com os melhores cumprimentos,

Bárbara Cristina Carvalho Ribeiro



Escola de Ciências da Saúde

Medicina – Mestrado Integrado

Universidade do Minho

Projeto de opção – Estágio Final

Protocolo de Investigação

Disfunção sexual feminina na pré-menopausa:

Prevalência e fatores associados

Bárbara Ribeiro, nº48895, 5ºano.

Orientadora: Dra. Ana Teresa Magalhães

Ano letivo 2011/2012

ÍNDICE

1) Identificação Do Projeto.....	3
2) Componente Científica	
• Resumo:	
- Introdução.....	4
- Objetivos.....	4
- Metodologia.....	4
• Revisão da Literatura.....	5,6,7
• Plano e Métodos:	
- Tipo de estudo.....	7
- População em estudo.....	7
- Critérios de inclusão e exclusão.....	8
- Dimensão da amostra.....	8
- Características da amostra.....	8,9
- Fontes de Informação.....	9
- Operacionalização das variáveis.....	9
- Método de recolha de dados.....	9,10
- Processo de recolha de dados.....	10
- Limitações do estudo.....	10,11
- Análise dos dados obtidos.....	11
- Cronograma.....	11
3) Referências Bibliográficas	11,12,13
4) Orçamento.....	13
5) Ficheiros Anexos.....	13

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Disfunção sexual feminina na pré-menopausa

Data de início do Projeto: junho 2011

Duração do projeto: 6 meses

Palavras-chave: sexualidade; pré-menopausa; disfunção sexual;

2. COMPONENTE CIENTÍFICA

Resumo:

INTRODUÇÃO: A sexualidade é parte integrante de uma vida satisfatória para qualquer indivíduo. O ciclo de resposta sexual da mulher é complexo e resultante da interação de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos desenvolvendo-se de forma trifásica: desejo, excitação e orgasmo. A disfunção sexual é altamente prevalente, situando-se entre os 40 e 70% em Portugal e traduz uma alteração em qualquer uma destas fases ou ainda perturbações dolorosas associadas ao ato sexual. Diversos estudos consideram o avançar da idade e a menopausa como fatores preponderantes para estas disfunções mas outros consideram as disfunções sexuais na idade reprodutiva como subestimadas, estimando prevalências elevadas na pré-menopausa. Devido à escassez de estudos e a resultados tão heterogêneos é fundamental aprofundar a investigação nesta área, elementar na qualidade de vida de ambos os sexos.

OBJETIVOS: O presente protocolo pretende estudar a prevalência da disfunção sexual feminina numa amostra de mulheres em idade reprodutiva, a prevalência dos diferentes subtipos e a existência de fatores associados à disfunção.

MÉTODOS: Estudo observacional, transversal e analítico em utentes do sexo feminino da USF Novo Cuidar, no Centro de Saúde de Fafe, em idade reprodutiva, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento, anónimo e confidencial.

Descrição técnica:**a) Revisão da literatura**

Uma vida sexual satisfatória é parte integrante da saúde global do ser humano, do bem-estar individual e como parte de uma relação afetiva. A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões do indivíduo, nomeadamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias.¹ A resposta sexual feminina é complexa e foi caracterizada pela primeira vez por Masters e Jonhson em 1966, constituída por quatro fases: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução.² Em 1979, Helen Kaplan abordou a importância do desejo, como uma fase cerebral prévia e propôs um modelo de trifásico: desejo, excitação e orgasmo.³ Este modelo é a base das atuais classificações da disfunção sexual feminina que se baseiam na falência de uma ou mais fases deste ciclo.^{4,5,6}

A disfunção sexual entende-se por toda a situação em que o indivíduo não consiga concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro.⁷ Esta pode caracterizar-se por uma alteração no desejo sexual, na presença ou manutenção da excitação sexual e respostas somáticas à mesma, na capacidade de obter o orgasmo, na perturbação dolorosa da função sexual ou na sobreposição de qualquer uma destas alterações. Qualquer disfunção sexual pode estar, ou não, associada a mal-estar, avaliado subjetivamente por cada indivíduo.^{4,5,8}

A classificação das disfunções sexuais femininas foi amplamente discutida na comunidade científica levando à elaboração de um painel de consenso pela Fundação Americana de Doenças Urológicas, em 1998. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a disfunção sexual define-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma incapacidade frequente, há pelo menos 6 meses, de o indivíduo ter a vida sexual que desejaria e inclui várias categorias, dando ênfase aos fatores físicos que influenciam esta satisfação.⁹ Por outro lado, a Associação Americana de Psiquiatria, através do DSM-IV, manual diagnóstico de doenças mentais, define a disfunção sexual como uma desordem psicofisiológica em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, numa vertente mais relacional e emocional, considerando ainda a disfunção sexual associada ao consumo de substâncias.¹⁰ Para uniformizar estas classificações surgiu o painel de consenso já referido que dividiu as disfunções sexuais em quatro categorias de classificação: desejo sexual hipoactivo (onde se inclui a aversão sexual); transtornos de excitação (inclui problemas de lubrificação, relaxamento muscular, sensibilidade clitoriana, fatores psicológicos e medicação); transtornos

do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos (onde se inclui a dispareunia e o vaginismo). Este consenso definiu ainda a presença de mal-estar como fundamental ao diagnóstico de determinadas desordens.¹¹

Existem vários fatores de risco associados à disfunção sexual, entre eles a doença neurológica, endócrina ou vascular, a cirurgia genital, o abuso sexual, o nível educacional e socioeconómico, fatores psicológicos e interpessoais (depressão, ansiedade, má relação com o parceiro), doenças físicas (cancro, infertilidade), medicação (contracetivos orais e antidepressivos por exemplo) e alterações hormonais fisiológicas como a menopausa.^{1,4,5,6,8,12}

A prevalência da disfunção sexual é elevada⁸, situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial mas os estudos realizados são escassos⁴ e os dados observados são bastante heterogéneos e usam diferentes modelos de classificação.^{5,12} Num estudo realizado nos EUA, em 31581 mulheres entre os 18 e os 102 anos, estimou-se que cerca de 43% apresentassem alguma queixa neste sentido. O mesmo estudo evidenciou uma prevalência de 22% de distúrbios sexuais subjetivamente associados a mal-estar. O problema sexual mais comumente identificado foi o desejo sexual hipoactivo (38,7%), sendo o transtorno do orgasmo o menos prevalente (20,5%).¹³ Num estudo realizado em 1219 mulheres brasileiras obteve-se uma prevalência de 49%, sendo o transtorno da excitação sexual o distúrbio mais comum (26,7%).¹⁴ Existem poucos estudos na população portuguesa mas as prevalências encontradas variam de 40 a 74%.^{5,15,16} Num estudo de 2005 foi estimada uma prevalência global de disfunção sexual feminina de 56% (35% apresentavam desejo sexual hipoactivo, 31,6% transtornos de excitação ou orgasmo e 24,1% transtornos dolorosos na relação sexual).¹⁷ Num estudo com uma amostra de 47 mulheres, o desejo sexual hipoactivo foi o problema mais comum, estimando-se uma prevalência de 40,4%.¹⁵ Noutro estudo realizado no Norte do país, numa amostra de 422 mulheres a prevalência da disfunção sexual foi bastante mais elevada, situando-se nos 74,2%, sendo a dispareunia o distúrbio sexual mais comum.⁵ A heterogeneidade destes dados revela a necessidade da realização de mais estudos nesta área e em diferentes regiões do país.

Na maioria dos estudos realizados nesta área, a prevalência da disfunção sexual aumenta com a idade.^{8,18,19} No climatério e na pós-menopausa aumentam significativamente as queixas no âmbito sexual como a falta de desejo, a dor durante o coito, a falta de lubrificação e a dificuldade em atingir o orgasmo.^{8, 20} As mudanças hormonais associadas a esta fase do ciclo de vida, como a decréscimo dos estrogénios e da testosterona (na fase pré e

pós-menopausa) estão associadas a estas queixas como vários estudos demonstram.^{8,18,20,21} Este decréscimo de estrogénios vai levar a uma atrofia da mucosa vaginal e a problemas de lubrificação. Também as alterações na imagem corporal e autoestima verificados nesta fase podem contribuir para as alterações na função sexual e para o aparecimento de disfunções. A frequência das relações sexuais diminui com a idade mas diminui também a angústia associada a este facto.^{19,21,22} A prevalência do desejo sexual hipoactivo ronda os 40 a 50% nas mulheres pós-menopausa, ficando-se pelos 15 a 25% nas mulheres em idade reprodutiva. Os transtornos de excitação (particularmente falta de lubrificação) aumentam de 10-15% para 25-30% após a menopausa, situando-se a dispareunia nos 12-45% nestas mulheres, sendo raro na fase reprodutiva (5%). Segundo este estudo, os problemas associados ao orgasmo parecem andar pelos 20% em todas as faixas etárias.²⁰ Contudo, existem outros estudos que contrariam esta tendência e que consideram a disfunção sexual feminina na idade reprodutiva como subestimada. Num estudo realizado numa população de mulheres pré-menopausa, a prevalência do desejo sexual hipoactivo atingiu os 77%, o transtorno de excitação os 62%, e a dificuldade em atingir o orgasmo foi referida por 56% das mulheres.¹³ Outro estudo realizado em 384 mulheres em idade reprodutiva (entre os 21 e os 45 anos) estimou uma prevalência global de 68,3%, verificando-se um pico etário de disfunção sexual entre os 26 e os 30 anos de idade.⁶

O presente trabalho de investigação tem como objetivos determinar a prevalência global da disfunção sexual em mulheres pré-menopausa e dos seus subtipos e relacioná-la com outros fatores que possam estar associados.

b) Plano e métodos:

Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico que pretende avaliar a prevalência da disfunção sexual feminina pré-menopausa e fatores relacionados, com recurso a um questionário de autorresposta, confidencial, selecionando as utentes pelo método de amostragem aleatória.

População em estudo:

Total de utentes do sexo feminino dos 18 aos 58 anos da USF Novo Cuidar, do Centro de Saúde de Fafe.

Critérios de inclusão:

- Mulheres dos 18 aos 58 anos
- Inscritas na USF Novo Cuidar, no Centro de Saúde de Fafe

Critérios de exclusão:

- Mulheres acamadas, internadas ou institucionalizadas
- Mulheres analfabetas ou portadoras de deficiência mental
- Mulheres virgens
- Mulheres em menopausa

Dimensão da amostra:

Considerando a população em estudo, e para que este tenha significância estatística, ou seja, **4114** utentes inscritas no Centro de Saúde dos 18 aos 58 anos, será calculada a amostra necessária. O cálculo da amostra será efetuado com recurso ao programa informático Epi Info™ (disponível gratuitamente no site Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA), utilizando-se a função STATCALC, com uma precisão de 5% e um nível de confiança de 95%. Relativamente ao cálculo da amostra irá ser utilizada a seguinte fórmula: $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$ sendo **N** o tamanho total da população, **p** a percentagem representada na população. O tamanho total da população entre os 18 e os 58 anos inscrita na USF Novo Cuidar em Fafe situa-se nos 4114 e foi utilizada uma prevalência estimada de 57% (média das prevalências encontradas para a disfunção sexual na pré-menopausa em Portugal).

A amostra calculada situa-se nas **346** utentes às quais será aplicado o questionário.

Características da amostra:

A seleção da amostra é feita tendo em conta os objetivos definidos, a disponibilidade de recursos para a realização do protocolo e a limitação temporal do mesmo. A amostra deve ser representativa da população escolhida para que os resultados possam ser extrapolados para a mesma. É pedido à USF Novo Cuidar que faculte a lista de utentes dos 18 aos 58 anos, inscritas na mesma USF. A amostra é depois calculada usando o programa informático Epi InfoTM. Após o cálculo da dimensão da amostra, as utentes em fase não reprodutiva serão excluídas da mesma.

Fontes de informação:

A informação será recolhida da seguinte forma:

- Junto da coordenação da USF Novo Cuidar, obter informação do número de utentes inscritos na respetiva USF, e que obedçam aos critérios de inclusão/exclusão.
- Utilização do programa informático Epi InfoTM para calcular a amostra necessária.
- Recolha de dados dos questionários aplicados de forma confidencial.

Variáveis utilizadas e sua operacionalização: anexo 3

Método de recolha de dados:

A recolha de dados será efetuada através do preenchimento de um questionário baseado no questionário validado: Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais – versão feminina, criado por Sbrocco, Weisberg e Barlow em 1992 e traduzido e adaptado por P. Nobre, A. Carvalheira e L. Fonseca em 2003, direcionado para avaliar a presença de disfunção sexual feminina (anexo 4). Este questionário caracteriza as disfunções sexuais femininas e os seus subtipos, fatores associados e ainda dados demográficos que possam estar relacionados.

A primeira parte do questionário refere-se a dados biográficos (onde será acrescentada uma questão sobre contraceção), a segunda parte avalia a frequência das relações sexuais, a

terceira parte a presença e caracterização das disfunções sexuais e a última secção as experiências sexuais prévias.

Os questionários serão entregues às utentes que aceitem participar no estudo após lhes ser explicado o propósito do mesmo e assinarem o consentimento informado (anexo 1). O autopreenchimento dos questionários será realizado durante as consultas de Planeamento Familiar que as utentes já tenham agendado ou então por convocação telefónica se a dimensão da amostra o solicitar. Os questionários serão facultados às utentes pela Dra. Ana Teresa Magalhães e pela Dra. Ivone Mota, Internas de Medicina Geral e Familiar da USF Novo Cuidar para assegurar a confidencialidade dos dados obtidos. Os questionários são anónimos e serão colocados pelas utentes numa caixa e só serão visualizados e trabalhados pela investigadora e respetiva orientadora.

Processo de recolha de dados:

O processo de recolha de dados será efetuado em várias etapas:

1. Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte para realização do presente protocolo.
2. Pedido de autorização ao coordenador da USF Novo Cuidar para realização do protocolo de investigação com os seus utentes e no seu espaço físico, com apresentação do protocolo de investigação. (anexo 2)
3. Processo de seleção da amostra, com a colaboração da USF Novo Cuidar e cálculo da mesma através do programa informático Epi-Info.
4. Pedido de participação às utentes da USF durante a consulta programada ou por convite telefónico à comparência na USF para participação no estudo.
5. Encontro com as utentes na respetiva USF para autopreenchimento dos questionários de forma anónima e confidencial, após obtenção do consentimento informado.
6. Após a obtenção dos dados, estes serão introduzidos e analisados no programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS/PC+, versão 19.0).

Limitações do estudo:

Por se tratar de um estudo transversal, não podemos atribuir causalidade aos vários fatores que se podem relacionar com disfunção sexual mas sim abrir novas hipóteses de investigação para posteriores estudos longitudinais que esclareçam as questões levantadas.

Uma das limitações deste estudo, prende-se com o facto de os questionários serem de autorresposta e não baseado em diagnósticos realizados por avaliação clínica. Outra limitação pode ser o conteúdo dos questionários e a própria questão a investigar que pela delicadeza do tema, pode levar a que a prevalência deste problema seja subestimada, uma vez que se trata de um assunto sobre o qual ainda existem muitos tabus.

Análise dos dados obtidos:

Para a análise dos dados obtidos, estes serão codificados e posteriormente informatizados utilizando o programa SPSS versão 19.0. A abordagem inicial passa por análise descritiva da amostra (média, desvio padrão, mediana, frequências), posteriormente serão utilizados testes estatísticos como o teste Qui-Quadrado para comparar variáveis qualitativas.

Cronograma:

Após o parecer da Comissão de Ética da ARS Norte, se positivo, e da autorização ao coordenador da USF Novo Cuidar, no Centro de Saúde de Fafe para a aplicação do protocolo, os questionários serão aplicados em julho, agosto e setembro de 2011. Posteriormente serão processados e analisados os dados obtidos e realizado um relatório até final de dezembro de 2011, sendo a apresentação do mesmo, definida posteriormente pelos docentes da área “Projeto de Opção – Estágio Final” previsivelmente em inícios de 2012.

Conflitos de interesses:

No presente protocolo de investigação não são identificados conflitos de interesse de qualquer natureza.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – M. Najafabady, Z. Salmani, P. Abedi, *Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran*, Clinics, 2011;
- 2 – Masters W., Johnson V., *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown, 1966.
- 3 – Kaplan HS, *The New Sex Therapy*, London, Bailliere Tindall, 1974.
- 4 – Pablo C., Soares C., *As disfunções sexuais femininas*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2004;
- 5 –Cerejo A., *Disfunção Sexual feminina: prevalência e fatores relacionados*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2006;
- 6 – BA Fajewoniyi, Ernest O., et al, *Sexual Dysfunction among Female Patients of Reproductive Age in a Hospital Setting in Nigeria*, J HEALTH POPUL NUTR, 2007.
- 7 – “Incidência de Queixas de Disfunção Sexual na população da Rede “Médicos-Sentinela” no ano de 1998”.
- 8 – Jennifer R. Berman, Laura Berman and Irwin Goldstein, *Female Sexual Dysfunction: Incidence, Pathophysiology, Evaluation and Treatment options*, Urology 54, 1999.
- 9 – Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. *Classification Internationale des Troubles Mentaux du Comportement: Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève:Masson; 1993
- 10 – American Psychiatric Association. DSM-IV. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição Lisboa. Climepsi Editores; 1996.
- 11 – Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, e tal. *Report of the Internacional Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 2000;

- 12 – Deborah J. Lightner, MD, *Female Sexual Dysfunction*, Mayo Clinic Proc. 2002.
- 13 – Jan L. Shifren, Briggitta U. Monz, Patricia Russo, Anthony Segreti and Catherine Johannes, *Sexual Problems and Distress in United States Women: prevalence and correlates*, American College of Obstetricians and Gynecologists, vol 112, nº5, 2008.
- 14 – Abdo CH, Oliveira WM Jr., Moreira ED Jr., Fittipaldi JA, *Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behaviour*, Int J Impot Res 2004.
- 15 – Pedro Nobre, José Pinto-Gouveia, Francisco Allen Gomes, *Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample*, Journal of Sex and Marital Therapy, 2006.
- 16 – Gomes FA, Fonseca L e Gomes AA, *Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais*, Ata Portuguesa de Sexologia, 1997.
- 17 – Pereira NR, Vendeira P et al, Episex, 2005
- 18 – Lúcia Lara, Ana Solva, Adriana Romão, Flávia Junqueira, *Abordagem das disfunções sexuais femininas*, Revista Brasileira de Ginecologia/Obstetrícia, 2008.
- 19 – Alessandra Graziottin, *Prevalence and evaluation of sexual health problems HSDD in Europe*, The Journal of Sexual Medicine, 2007.
- 20 – Nina Gregersen, Pernille Tinejensen, Annamaria Elena Giraldi, *Sexual Dysfunction in the peri- and postmenopause*, Danish Medical Bulletin vol 53, nº3, 2006.
- 21 – Dennerstein L, Dudley E, Burger H., *Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?*, Fertil Steril, 2001.
- 22 – Dennerstein L, Hayes R, *Confronting the challenges: epidemiological study of sexual dysfunction and menopause*, J Sex Med, 2005.

4. ORÇAMENTO

Todas as despesas de deslocação até ao Centro de Saúde e com os questionários utilizados para o estudo ficarão a cargo da investigadora.

5. FICHEIROS ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

Anexo 2 – Carta ao coordenador da USF Novo Cuidar

Anexo 3 – Operacionalização das variáveis

Anexo 4 – Questionário de avaliação das disfunções sexuais femininas

Anexo 5 – Declaração da orientadora do projeto

Anexo 5: Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

PARECER Nº 71/2011

Sobre “Disfunção Sexual Feminina na pré-menopausa: prevalência e fatores associados”

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo nº 71.11CES, com base no pedido de parecer feito pela investigadora, numa mensagem de correio eletrónico datada de 08/07/2011.

A – RELATÓRIO

A.1. Os documentos para apreciação são os seguintes: protocolo do estudo, incluindo questionário a aplicar e modelo de consentimento informado a usar; declaração da orientadora científica do estudo; declaração da investigadora comprometendo-se a enviar a esta CES uma cópia do relatório final do estudo (em formato digital).

A.2. Resumo do estudo

A investigadora, Bárbara Ribeiro, aluna do 5º ano do mestrado integrado de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, pretende realizar, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Novo Cuidar, no Centro de Saúde de Fafe, Agrupamento de Centros de Saúde Ave I - Terras de Basto, um estudo de âmbito académico integrado no Projeto-opção daquele mestrado, sob a orientação da Dra. Ana Teresa Magalhães, interna de Medicina Geral e Familiar (MGF) na referida USF.

O estudo tem como objetivos “determinar a prevalência global da disfunção sexual em mulheres pré-menopausa e dos seus subtipos e relacioná-la com outros fatores que possam estar associados”.

Metodologicamente tratar-se-á de um estudo observacional, transversal e analítico, sobre a população de utentes do sexo feminino entre os 18 e os 58 anos de idade, inscrita na USF Novo Cuidar, da qual se obterá uma amostra de conveniência cuja dimensão assegure a necessária representatividade.

O instrumento de recolha de dados será o questionário “Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais – versão feminina”, anónimo e de autopreenchimento, o qual se encontra validado para a população portuguesa.

As potenciais participantes serão abordadas por duas médicas internas de MGF colaboradoras do estudo, as quais pedirão o necessário consentimento informado. A abordagem ocorrerá em dois momentos possíveis: em consulta de planeamento familiar agendada; ou por convite telefónico.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. A pertinência e valor social e científico do estudo são proporcionais ao nível académico da investigação.

B.2. A metodologia proposta é adequada à prossecução dos objetivos propostos.

B.3. A forma de recrutamento dos participantes respeita os princípios da confidencialidade e da autonomia.

C – CONCLUSÕES

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

A Relatora, *Mónica Granja*

Aprovado em reunião do dia 15 de julho de 2011, por unanimidade.

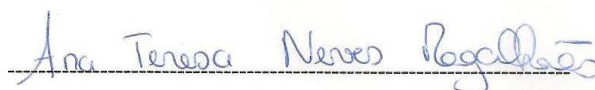


Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Anexo 6: Declaração da orientadora do projeto

Ana Teresa Neves Magalhães, interna de Medicina Geral e Familiar, declara, para os devidos efeitos, orientar a aluna Bárbara Cristina Carvalho Ribeiro na realização do projecto de investigação intitulado “Disfunção Sexual Feminina na pré-menopausa: prevalência e factores associados.”, a realizar na USF Novo Cuidar do Centro de Saúde de Fafe no período de Julho a Dezembro de 2011.

Fafe, 7 de Julho de 2011



Anexo 7 – Definição de Conceitos

Perturbação do desejo hipoativo: ausência ou diminuição do desejo pela atividade sexual e fantasias sexuais de forma persistente ou recorrente.

Perturbação da Aversão sexual: evicção ou aversão de qualquer contacto sexual com o parceiro, acompanhado por estados emocionais de ansiedade, medo ou nojo de interação sexual.

Perturbação da Excitação sexual: incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada resposta de lubrificação/entumescimento genital durante a atividade sexual.

Perturbação do orgasmo: Atraso ou ausência de orgasmo recorrente ou persistente, a seguir a uma adequada fase de excitação sexual.

Dispareunia: Ocorrência de dor genital persistente ou recorrente associada à atividade sexual não sendo provocada exclusivamente por vaginismo ou falta de lubrificação.

Vaginismo: Espasmo involuntário da musculatura do terço exterior da vagina, recorrente ou persistente, quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo.