Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres de meia-idade da Região Norte do Brasil

Andréa Ramos da Silva Bessa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo
2013

Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres de meia-idade da Região Norte do Brasil

Andréa Ramos da Silva Bessa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, ***Aurimar e Raimunda***, responsáveis por tudo que sou hoje. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é fonte de luz em nossas vidas e que me deu força e sabedoria para concluir este trabalho.

Às mulheres que participaram desse estudo, compreenderam a relevância de sua realização e contribuíram de modo muito especial para a concretização da pesquisa.

Agradecimento todo especial à Professora Ana Cristina d'Andretta Tanaka, minha orientadora, que me proporcionou a realização de um sonho, o Doutorado, e que me deu a oportunidade de aprender e amadurecer profissionalmente. Muito obrigada por toda atenção, confiança e conhecimento que me concedeu.

Aos meus pais, Aurimar e Raimunda, pelo imenso apoio em todos os momentos e pelas sábias palavras de motivação.

Ao meu esposo Lenildo, pela compreensão nos momentos em que eu estive ausente e por me apoiar durante toda essa jornada.

Ao meu sogro José Ildo e minha sogra Lucineide, pelo carinho e incentivo de sempre.

Às minhas companheiras de Pós-Graduação (Suleima, Danúzia, Raquel e Isabela) que sempre compartilharam experiências.

À Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas do Acre, pela permissão para a realização do estudo naquela instituição hospitalar.

Às alunas que me auxiliaram na coleta de dados, pois sem elas certamente a caminhada seria bem mais difícil.

À Diretoria de Pós-Graduação da UFAC, à época, Profa. Dra. Luciana Marino do Nascimento, pelo apoio e atenção em todos os momentos solicitados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão de bolsas pelo Programa de Mobilidade Prodoutoral.

À Fundação de Tecnologia do Estado do Acre - FUNTAC, por meio do Fundo de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FDCT, pelo apoio financeiro durante a execução da pesquisa.

Aos colegas do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (Cleide, Thatiana, André e Simone) por terem se comprometido em assumir as minhas atividades acadêmicas durante o meu período de afastamento.

A todos os demais amigos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste estudo.

BESSA, A. R. da S. **Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres de meia-idade da Região Norte do Brasil**. 2013. 147 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Introdução - A disfunção sexual é uma queixa comum, porém, ainda pouco valorizada no âmbito da saúde pública, acometendo indistintamente homens e mulheres e com potenciais reflexos negativos na sua qualidade de vida e bem-estar. **Objetivo -** Avaliar a prevalência de disfunções sexuais e seus possíveis fatores associados entre mulheres de meia-idade residentes na Região Norte do Brasil. **Métodos -** Estudo transversal e prospectivo, envolvendo 1.415 mulheres entre 35 e 65 anos atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas do município de Rio Branco - Acre - Brasil. Para avaliar a sintomatologia menopausal e a sua função sexual, foram aplicados a Escala de Classificação da Menopausa e o Índice da Função Sexual Feminina. Na análise dos dados, usou-se o pacote estatístico *Stata 10*, aceitando-se um nível de significância de 5%. Na análise de proporções, usou-se o teste não paramétrico do Qui-Quadrado de Pearson. No estudo dos fatores associados às disfunções sexuais, recorreu-se à análise multivariada através de regressão logística múltipla. **Resultados -** A média etária das mulheres estudadas foi de 47,7 (±8,5) anos. A sua maioria era de baixa escolaridade (6,4±4,6) anos completos de estudo. A menarca, em média, foi aos 13,4 (±1,6) anos. A maioria referiu gestações anteriores (4,6±2,8). Cerca de 35,9% eram pós-menopáusicas, tendo a menopausa ocorrido ao redor dos 48,3 (±4,9) anos. A autopercepção de saúde foi considerada pelas entrevistadas ruim/muito ruim em 54,6%. A irritabilidade foi a queixa mais frequente (78,3%), seguida pelos problemas osteoarticulares (74,8%) e ansiedade (72,7%). A prevalência de disfunção sexual foi de 62,3%. Ajustados os possíveis fatores de confusão, mostraram-se associados a disfunção sexual: baixa escolaridade (OR:1,70; [IC 95%:1,31-2,19]; p<0,001); sedentarismo (OR:1,73; [IC 95%:1,23-2,42]; p=0,001); autopercepção de saúde ruim/muito ruim (OR:1,99; [IC 95%:1,55-2,57]; p<0,001); estado de ânimo depressivo (OR:1,16; [IC 95%:1,05-1,27]; p=0,002); problemas sexuais (OR:2,50; [IC 95%:1,96-3,20]; p<0,001); ressecamento vaginal (OR:1,49; [IC 95%:1,33-1,66]; p<0,001) e a fase de pós-menopausa (OR:1,82; [IC 95%:1,39-2,38]; p<0,001). **Conclusão -** Entre a população de mulheres da Região Norte Brasileira estudada, a prevalência de disfunção sexual encontrada foi elevada e a análise dos possíveis fatores associados a sua ocorrência revelaram a influência das condições socioeconômicas, estilo de vida, além da sintomatologia e do estado menopausal, desvelando uma multidimensionalidade de aspectos biológicos e não biológicos envolvidos na sua gênese.

Descritores: Menopausa; Disfunção sexual; Escala de Classificação da Menopausa; Índice da Função Sexual Feminina.

BESSA, A. R. da S. **Factors associated with sexual dysfunctions among middle-aged women from the Northern region of Brazil**. 2013. 147 p. Thesis (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Abstract

Introduction - Sexual dysfunction is a common complaint, under-recognized by public health services, that affects both men and women equally and has potentially negative impacts on the quality of life and general well-being of sufferers. **Objective -** To assess the prevalence of sexual dysfunctions, and their possible associated factors, among middle-aged women from the Northern region of Brazil. **Methods -** A cross-sectional, prospective study was carried out involving 1,415 women aged 35-65 years attended at the Gynecology Outpatient unit of the Clinicas Hospital of Rio Branco city - Acre state - Brazil. Menopausal symptomatology and female sexual function were assessed by applying the Menopause Rating Scale and Female Sexual Index. The *Stata 10* statistics package was used for all data analysis, adopting a level of statistical significance of 5%. Pearson's Chi-squared nonparametric association test was used for proportions analysis. Multivariate analysis using multiple logistic regression was employed to study the factors associated with sexual dysfunctions. **Results -** Mean age of the women studied was 47.7 (±8.5) years. The majority had a low educational level averaging (6.4±4.6) full years of schooling. Mean age at menarche was 13.4 (±1.6) years. The majority reported previous gestations (4.6±2.8). Approximately 35.9% were post-menopausal with menopause occurring at around 48.3 (±4.9) years. Self-perceived health among respondents was rated as poor/very poor by 54.6%. Irritability was the most frequent complaint (78.3%), followed by osteoarticular problems (74.8%), and anxiety (72.7%). The prevalence of sexual dysfunction was 62.3%. After adjusting for potential confounding factors, the following were found to be associated with sexual dysfunction: low educational level (OR:1.70; [95%CI:1.31-2.19]; p<0.001); sedentarism (OR:1.73; [95%CI:1.23-2.42]; p=0.001); poor/very poor self-perceived health (OR:1.99; [95%CI:1.55-2.57]; p<0,001); depressive mood (OR:1.16; [95%CI:1.05-1.27]; p=0.002); sexual problems (OR:2.50; [95%CI:1.96-3.20]; p<0.001); vaginal dryness (OR:1.49; [95%CI:1.33-1.66]; p<0.001) and the post-menopausal stage (OR:1.82; [95%CI:1.39-2.38]; p<0.001). **Conclusion -** A high prevalence of sexual dysfunction was found among women from Brazil's Northern region, where socioeconomic conditions, lifestyle, as well as menopausal symptoms and status, influenced its occurrence, revealing a multidimensionality of biological and non-biological aspects involved in its genesis.

Descriptors: Menopause; Sexual dysfunction; Menopause Rating Scale; Female Sexual Function Index.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 A sexualidade e a sua importância para o ser humano 17

1.2 A sexualidade feminina ao longo do tempo 20

1.3 O ciclo da resposta sexual feminina 23

1.3.1 Fase do Desejo Sexual 23

1.3.2 Fase de Excitação 25

1.3.3 Fase do Orgasmo 25

1.3.4 Fase de Resolução 26

1.4 Disfunção sexual feminina: definição e classificação 26

1.5 Epidemiologia das disfunções sexuais femininas: prevalência e fatores associados 30

1.6 Menopausa e a sua relação com as disfunções sexuais femininas 34

2 OBJETIVOS 46

2.1 Objetivo geral 46

2.2 Objetivos específicos 46

3 METODOLOGIA 47

3.1 Tipo de estudo 47

3.2 Local do estudo 47

3.2.1 Hospital das Clínicas do Acre 48

3.3 População do estudo 49

3.4 Procedimento de campo 50

3.5 Critérios de inclusão 53

3.6 Recusas 54

3.7 Critérios de exclusão 54

3.8 Variáveis de estudo 54

3.8.1 Variável dependente 54

3.8.1.1 Disfunção sexual 54

3.8.2 Variáveis independentes 55

3.8.2.1 Caracterização sociodemográfica e econômica 55

3.8.2.2 Caracterização quanto aos hábitos/estilo de vida 56

3.8.2.3 Caracterização da história ginecológica e sexualidade 56

3.8.2.4 Caracterização da situação de saúde e comorbidades clínicas 58

3.8.2.5 Sintomatologia menopausal 59

3.9 Análise dos dados 60

3.10 Aspectos éticos 64

4 RESULTADOS 65

4.1 Características sociodemográficas, econômicas e de estilo de vida 65

4.2 Características relativas à história ginecológica e sexualidade 67

4.3 Caracterização quanto às condições de saúde e comorbidades clínicas 69

4.4 Sintomatologia menopausal 72

4.5 Prevalência de disfunção sexual feminina 74

4.5.1 Análise individual de cada domínio do IFSF 75

4.5.1.1 Domínio 1 - Desejo 75

4.5.1.2 Domínio 2 - Excitação 76

4.5.1.3 Domínio 3 - Lubrificação 76

4.5.1.4 Domínio 4 - Orgasmo 76

4.5.1.5 Domínio 5 - Satisfação 77

4.5.1.6 Domínio 6 - Dor 77

4.5.2 Distribuição das médias dos domínios do Índice da Função Sexual Feminina 78

4.5.3 Domínios do Índice da Função Sexual Feminina segundo grupos etários 79

4.6 Associações entre possíveis características epidemiológicas e clínicas e a ocorrência de disfunção sexual entre as mulheres estudadas 80

4.7 Análise de Regressão Logística Múltipla (modelo final): fatores associados à ocorrência de disfunção sexual feminina 83

5 DISCUSSÃO 84

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 110

7 REFERÊNCIAS 112

ANEXOS 123

Anexo 1 - Escala de Classificação da Menopausa 124

Anexo 2 - Índice da Função Sexual Feminina (IFSF) 125

Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre 129

Anexo 4 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo 130

Anexo 5 - Autorização da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas para a realização da pesquisa 131

APÊNDICES 132

Apêndice 1 - Questionário 133

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 136

Apêndice 3 - Artigo "Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon 137

CURRÍCULO LATTES RESUMIDO ORIENTANDA 144

CURRÍCULO LATTES RESUMIDO ORIENTADORA 146

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceitual para investigação dos fatores associados às disfunções sexuais. 63

Figura 2. Distribuição das doenças referidas pelas mulheres entrevistadas, categorizadas de acordo com a CID - 10 71

Figura 3. Prevalência de disfunção sexual de acordo com grupos etários, entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 75

Figura 4. Distribuição das médias dos domínios do IFSF entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 78

Figura 5. Distribuição dos domínios do IFSF, segundo grupos etários, entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Condições sociodemográficas, econômicas e de estilo de vida de mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.	66
Tabela 2.	História ginecológica e sexualidade de mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco-Acre, 2011 a 2012.	68
Tabela 3.	Distribuição das variáveis relativas às características de saúde e comorbidades clínicas entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.	70
Tabela 4.	Distribuição da sintomatologia segundo a Escala de Classificação da Menopausa referida pelas mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.	73
Tabela 5.	Frequência e intensidade da sintomatologia menopausal entre as mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.	74
Tabela 6.	Associação univariada entre possíveis fatores sociodemográficos, econômicos e de estilo de vida e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.	80

Tabela 7. Associação univariada entre possíveis fatores relativos à saúde e comorbidades clínicas e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 81

Tabela 8. Associação univariada entre a sintomatologia e o estado menopausal e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 82

Tabela 9. Modelo de Regressão Logística Múltipla ajustado entre a disfunção sexual e os fatores epidemiológicos e clínicos entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012. 83

LISTA DE QUADROS

Quadro1.	Estágios do envelhecimento ovariano	35
Quadro 2.	Comparação entre as médias dos escores dos domínios da MRS da Região Norte do Brasil e de outras investigações realizadas na América Latina, Europa e Ásia	90
Quadro 3.	Estudos epidemiológicos de distribuição da prevalência de disfunção sexual feminina	93

SIGLAS UTILIZADAS

CID 10 -	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
FSFI -	Female Sexual Function Index
FSH -	Hormônio Folículo-Estimulante
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Intervalo de Confiança
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IFSF -	Índice da Função Sexual Feminina
IMC -	Índice de Massa Corporal
IMS -	International Menopause Society
LH -	Hormônio Luteinizante
MRS -	Menopause Rating Scale
NAMS -	North American Menopause Society
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PENN5 -	Penn Ovarian Aging Study
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
STRAW -	The Stages of Reproductive Aging Workshop

1 INTRODUÇÃO

1.1 A sexualidade e a sua importância para o ser humano

Estudar a sexualidade humana não é uma questão simples, devido aos diversos fatores que a ela são inerentes, sejam eles pessoais, sociais, políticos, religiosos, econômicos, dentre outros, que podem regular o modo como as pessoas constroem as suas relações, dentro de cada sociedade específica.

Esses fatores norteiam os padrões considerados socialmente aceitos e podem exercer influência direta sobre a forma de pensar, agir, e ser responsáveis por uma maior regulação de atitudes, comportamento e conduta das pessoas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é definida como "um aspecto central da qualidade humana durante toda a vida, implicando sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Pode ser experimentada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações e influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais" (WHO, 2006).

Apesar das divergências teóricas acerca das explicações do comportamento sexual humano, admite-se unanimemente que ele inclui dimensões biológicas, psicossociais e culturais. A sexualidade humana tem

um amplo sentido que transcende a simples reprodução e deve ser compreendida em função de todas as suas dimensões e de abordagens diversas (WEREBE, 1998).

A esse respeito, PHILLIPS (2000) considera que a sexualidade é uma experiência humana fundamental que inclui o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas, e não meramente uma função biológica com aspecto reprodutivo.

A sexualidade humana articula dois aspectos distintos da vida humana: um direcionado para as particularidades de cada indivíduo e o outro, para a coletividade. Se por um lado, ela integra questões voltadas para a intimidade, representada pela expressão da libido, seja por meio de fantasias e pensamentos sexuais em geral, que conduzem o indivíduo ao ato sexual, por outro lado, ela pode se constituir em instrumento regulador da sociedade, pelo fato de que a sexualidade também está voltada para a reprodução e procriação.

A dimensão social da sexualidade exerce elevada influência sobre os indivíduos, especialmente pelo fato de manter associação com os valores morais, que podem definir comportamentos e costumes sociais. Por se constituírem em relações sociais, as relações sexuais são influenciadas e determinadas pelos interesses e valores de épocas distintas (NUNES, 1987).

Desse modo, cada sociedade impõe suas regras e normas, as quais devem ser seguidas pelos que a compõem e assim, são traçados os perfis do que os indivíduos consideram moralmente correto. Com a sexualidade

não seria diferente, visto que ela é construída de acordo com os padrões e valores inerentes a uma determinada sociedade.

Do ponto de vista social, ao discorrer acerca da sexualidade, é importante ressaltar que ela é considerada uma necessidade humana básica, de grande relevância para a manutenção da qualidade de vida e promoção do bem-estar geral dos indivíduos.

Portanto, a saúde sexual é considerada uma questão crucial para determinar o bem-estar de uma mulher ao longo de sua vida útil e, cada vez mais, a comunidade científica tem reconhecido que a sexualidade representa um aspecto fundamental da qualidade de vida para todas as pessoas, independentemente da idade (GENAZZANI et al., 2004).

Na cultura das sociedades ocidentais, especialmente, o amor e a sexualidade têm sido abordados como aspectos indissociáveis da vida humana. Nessa cultura, de forma mais ampla, o prazer, a felicidade e a saúde, tornaram-se imperativos, sendo o amor e a sexualidade definidos como agentes indispensáveis para que esse prazer, essa felicidade e essa saúde se realizem. Assim, é importante salientar toda uma discursividade de que ser feliz envolve, dentre outras coisas, ser feliz no trabalho, no amor e na vivência plena de sua sexualidade (MEYER et al., 2007).

Portanto, a função sexual adequada poderá refletir em benefícios para a saúde em geral, bem como contribuir para a longevidade das relações afetivas (PALACIOS et al., 2002; MULHALL et al., 2008).

1.2 A sexualidade feminina ao longo do tempo

WEBERE (1998) refere que, devido à interferência de fatores ideológicos na sexualidade humana, esta deve ser abordada dentro do contexto sociocultural em que se insere. A autora ressalta que o indivíduo nasce num momento específico da história, e que os seus desejos, suas emoções e relações interpessoais são moldados pelas suas interações, de acordo com as especificidades culturais, dentro da sociedade em que vive. Tais aspectos reforçam o fato de que cada sociedade estrutura a divisão social e sexual do trabalho, a distribuição dos empregos, regulamenta as uniões conjugais, organiza os deveres e responsabilidades paternas, bem como as funções domésticas e, desse modo, estabelecem os papéis sexuais.

Reforça-se que a sexualidade feminina, ao longo do tempo, sempre foi envolvida por maior preconceito, devido especialmente a questões históricas, relativas à submissão e inferioridade em relação ao homem.

Nesse sentido, por meio da dominação econômica, os homens exerciam o papel ativo nas relações sociais e sexuais e a eles era permitida a prática do sexo pelo prazer. Ao longo do tempo, essa dependência financeira contribuiu para que a sexualidade feminina estivesse voltada exclusivamente para a reprodução.

Portanto, há de se ressaltar a submissão da sexualidade feminina à reprodução. Do ponto de vista patriarcal, que ainda domina vários ambientes sociais, a identidade das mulheres resume-se à sua condição de reprodutoras da espécie, e o exercício de sua sexualidade somente é

admitido se atrelado à realização do papel reprodutivo, em submissão ao domínio masculino, ao seu desejo (PARKER, 1991).

Entretanto, para WEREBE (1998) não importa saber se o desejo de ser mãe constitui ou não um comportamento inerente à personalidade feminina porque, indiscutivelmente, ele está integrado à imagem da mulher e profundamente arraigado na sua identidade sexual. A autora ressalta que este desejo é desenvolvido e reforçado durante todo o processo de socialização da menina e da adolescente e que é preciso se considerar influência dos fatores socioculturais sobre a formação da identidade da mulher, o significado da maternidade, em particular sobre as relações entre maternidade e sexualidade.

Nas últimas décadas, nota-se uma crescente participação de mulheres no trabalho remunerado e no orçamento familiar, juntamente com uma boa aceitação social da atividade sexual feminina não reprodutiva. A representação ideológica destas mudanças em termos positivos constituem a celebração de uma "nova mulher", que deve trabalhar fora para ser "independente", controlar sua fecundidade e ser ativa sexualmente (GIFFIN, 2002).

Diante disso, no que se refere ao exercício da sexualidade, sobretudo em culturas urbanas escolarizadas, a 2ª metade do século XX possibilitou às jovens e às mulheres adultas, dentro e fora do casamento, que rompessem as fronteiras entre procriação e sexo por prazer, algo antes só reservado aos homens. E isso é algo que, para as mulheres, se deu nos últimos 50 anos - um tempo bastante curto em termos históricos (MEYER et al., 2007).

Em decorrência dessas mudanças ocorridas nos padrões sociais, é permitido às mulheres exercer uma dupla jornada e conciliar atividades domésticas e laborais. A participação crescente destas no mercado de trabalho, com posições de destaque, tem lhes proporcionado uma maior contribuição financeira nas despesas do lar, fato que tem tornado as mulheres cada vez mais independentes dos homens e mais controladoras de sua fecundidade. Somado a isso, as ações de planejamento familiar empreendidas pelo governo desde a década de 60, com destaque para a divulgação dos métodos contraceptivos, fez com que as mulheres passassem a ter menos filhos.

Isso faz pensar o quanto esses aspectos repercutiram nas mudanças ocorridas nos padrões familiares, em que as mulheres optam por ter menos filhos ou por não tê-los. Um bom exemplo é o das famílias brasileiras, as quais têm se apresentado cada vez mais reduzidas, com uma média de 3,4 pessoas vivendo nos domicílios, conforme dados do último censo demográfico, o que pode estar diretamente associado a uma queda na taxa de fecundidade no Brasil, que na última década, passou de 2,4 filhos por mulher, em 2000, para 1,9, em 2010 (IBGE, 2010).

Na visão de MEYER et al. (2007) a relação entre amor, reprodução humana, desejo e sexualidade não é entendida sempre da mesma forma e se manifesta de diferentes formas, em tempos e lugares diversos. E é essa perspectiva que permite dimensionar o quanto a relação entre reprodução, sexualidade e prazer foi se modificando no último século nas culturas ocidentais, de forma que se pode não apenas pensar em uma sexualidade

direcionada à reprodução, como também em uma sexualidade direcionada para o prazer.

Ao abordar a sexualidade humana, necessário se faz esclarecer acerca do funcionamento da resposta sexual feminina, o qual será discutido no capítulo a seguir.

1.3 O ciclo da resposta sexual feminina

A resposta sexual saudável é considerada como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Para uma melhor compreensão acerca desse ciclo, serão discutidas especificamente cada uma dessas fases.

1.3.1 Fase do Desejo Sexual

Constitui-se na primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina. Fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos podem influenciar essa fase. A fisiologia desse processo ainda é pouco compreendida, entretanto sua influência hormonal está razoavelmente esclarecida (KAPLAN, 1977). A base hormonal do impulso sexual feminino está vinculada aos hormônios, principalmente os androgênios. A testosterona é capaz de induzir a atividade sexual e baixos níveis da mesma podem interferir no desejo, sem necessariamente prejudicar toda a resposta sexual feminina. Os baixos níveis de androgênio encontrados na mulher na

transição menopausal e naquelas submetidas a intervenções cirúrgicas podem alterar radicalmente seu impulso sexual (DAVIS, 2000).

É a fase mais subjetiva do ciclo da resposta sexual, considerada de difícil mensuração e intimamente relacionada com a idade, ciclo de vida da mulher, relacionamento com o parceiro, conhecimentos e crenças a respeito da sexualidade e comorbidades clínicas (AMBROGINI et al., 2011).

O desejo sofre interferência de três aspectos: o biológico (impulso sexual, parcialmente controlado pelos hormônios sexuais masculinos e femininos), o motivacional (vontade, estimulada a partir do relacionamento) e o cognitivo (que engloba o processo de decisão, construído pela avaliação da relação custo/benefício) (PALACIOS et al., 2002; ABDO, 2007).

A testosterona exerce sua ação no desejo sexual tanto em homens quanto em mulheres e é considerada o hormônio do desejo e da motivação sexual. Desse modo, com a depleção dos níveis séricos desse androgênio, há consequentemente um declínio no desejo sexual (AMBROGINI et al., 2011).

BASSON (2000) destaca que nos relacionamentos mais estáveis e duradouros, o desejo sexual das mulheres é influenciado pelo comprometimento e cumplicidade entre os parceiros, tolerância, afetividade, aproximação emocional do casal, que provocaria um maior estímulo à fase de excitação da resposta sexual feminina. Na percepção da autora, a intimidade é considerada uma forte reforçadora do desejo sexual na mulher.

Importante destacar que durante a fase de pós-menopausa, que acompanha o processo de envelhecimento, fatores como baixa autoestima,

mudanças corporais e uma autoimagem negativa, poderá fazer com que as mulheres sintam-se menos atraentes diante do parceiro, o que contribui para a inibição do desejo sexual.

1.3.2 Fase de Excitação

É a segunda etapa do ciclo da resposta sexual feminina, desencadeada pelo desejo e caracterizada por uma reação orgânica generalizada de miotonia, vasocongestão tanto dos vasos genitais locais como da pele e lubrificação vaginal (KAPLAN, 1977).

O sistema nervoso autônomo, por meio de sua ação parassimpática, proporciona o relaxamento da musculatura lisa vaginal, permitindo, assim, aumento de aporte sanguíneo, tumescência e lubrificação vaginais (WEBER et al., 1995).

1.3.3 Fase do Orgasmo

A resposta sexual feminina atinge seu ápice com o orgasmo, que envolve contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais (LOPES et al., 1994).

Segundo MASTERS & JOHNSON (1966) o orgasmo constitui-se em um reflexo e, desse modo, possui um componente sensório e outro motor. A excitação clitoridiana provoca a descarga orgástica feminina, que é expressa através de contrações rítmicas das musculaturas vaginal e circunvaginal. A fase de resolução caracteriza-se por um período de completo relaxamento e imensa sensação de bem-estar.

Em ambos, homem e mulher, o orgasmo altera a função autonômica e promove contrações musculares, aumenta os níveis sanguíneos de vasopressina, ocitocina, adrenalina e polipeptídeo vasointestinal, acelera os batimentos cardíacos, a frequência respiratória e aumenta a pressão sanguínea.

1.3.4 Fase de Resolução

É a última fase do ciclo da resposta sexual. É o período que se segue ao orgasmo, durante o qual os tecidos e todo o corpo voltam ao seu estado normal de repouso, havendo relaxamento geral e sensação de bem-estar. Quando não ocorre orgasmo, a fase de resolução não acontece, provocando, por vezes, uma certa irritabilidade e insatisfação (AMBROGINI et al., 2011).

Em decorrência das fases da resposta sexual serem interligadas entre si, qualquer alteração em uma de suas etapas pode levar ao surgimento das disfunções sexuais femininas, as quais serão apresentadas no capítulo a seguir.

1.4 Disfunção sexual feminina: definição e classificação

A função sexual feminina é complexa, exibe um caráter multidimensional e é afetada por múltiplos fatores, como os biológicos, médicos, psicológicos, socioculturais, políticos, econômicos e interpessoais (ASLAN et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) reconhece a disfunção sexual como um problema de Saúde Pública e recomenda sua investigação por causar importantes alterações na qualidade de vida.

FERREIRA et al. (2007) ressaltam que a disfunção sexual feminina é um transtorno no ciclo da resposta sexual, que pode culminar em sofrimento pessoal, afetar a qualidade de vida, as relações interpessoais e que resulta de uma condição multifatorial que engloba aspectos anatômicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais.

As disfunções sexuais são caracterizadas pela falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual feminina, o que afeta uma ou mais fases deste. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e os respectivos prognóstico e tratamento (ABDO, 2004).

A base biológica da sequência das fases que compõem o ciclo da resposta sexual feminina resulta ainda da integridade e funcionamento adequado dos sistemas nervoso, endócrino e vascular, os quais são responsáveis por reações fisiológicas e anatômicas específicas de cada fase da resposta sexual feminina (LOPES et al., 1994).

A disfunção sexual, portanto, resulta em alguma modificação, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, que se apresenta de modo persistente ou recorrente (ABDO & FLEURY, 2006).

A Associação Americana de Psiquiatria (2002) caracteriza a disfunção sexual como uma alteração nos processos que caracterizam o ciclo da

resposta sexual ou dor associada à relação sexual. Subdivide e conceitua os transtornos sexuais em:

Transtornos do Desejo Sexual:

- **Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**: Caracteriza-se por uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
- **Transtorno de Aversão Sexual**: Caracteriza-se por aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.

✓ **Transtornos de Excitação Sexual:**

- **Transtorno da Excitação Sexual Feminina**: Caracteriza-se por uma incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.
- **Transtorno Erétil Masculino**: Caracteriza-se por uma incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.

✓ **Transtornos do Orgasmo:**

- **Transtorno do Orgasmo Feminino** (anteriormente Orgasmo Feminino Inibido): Caracteriza-se por um atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

- **Transtorno do Orgasmo Masculino**: Caracteriza-se por atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
- **Ejaculação precoce**: início persistente ou recorrente de orgasmo e ejaculação com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo o deseje.

✓ **Transtornos Sexuais Dolorosos:**

- **Dispareunia** (não devida a uma condição patológica): Caracteriza-se por dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso. O transtorno pode ocorrer tanto em homens quanto em mulheres.
- **Vaginismo** (não devida a uma condição patológica): Caracteriza-se por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

✓ **Disfunção Sexual Devido a uma Condição Patológica**: Caracteriza-se pela presença de uma disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição patológica.

- ✓ **Disfunção Sexual Induzida por Substância**: A disfunção é considerada plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina). É uma disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

- ✓ **Disfunção Sexual Sem Outra Especificação**: Esta categoria inclui disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer Disfunção Sexual específica.

Disfunções sexuais relacionadas à fase de resolução do ciclo de resposta sexual começam a ser relatadas na literatura médica, entretanto ainda não estão classificadas nos manuais existentes (inadequação, insatisfação, dor) (ABDO, 2007).

1.5 Epidemiologia das disfunções sexuais femininas: prevalência e fatores associados

A disfunção sexual feminina é um problema multidimensional e multicausal, que está relacionado com o processo de envelhecimento e interação de determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais. Apresenta forte impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais. Para muitas mulheres é fisicamente desconcertante e emocionalmente estressante e permanece altamente prevalente, afetando 20 a 50% da população feminina (BASSON et al., 2000).

Estima-se que 40 a 45% das mulheres e de 20 a 30% dos homens possuem alguma queixa de disfunção sexual (LEWIS et al., 2004). A prevalência é maior entre as mulheres, conforme evidenciada pela literatura científica.

Estudo epidemiológico americano, National Health and Social Life Survey constatou que 43% das mulheres americanas entre 18 e 59 anos de idade apresentavam algum tipo de disfunção sexual. Entre os homens a prevalência foi de 31% (LAUMANN et al., 1999). Inquérito realizado em sete países Europeus, com 4.977 homens e 5.023 mulheres, de 40 a 80 anos de idade, evidenciou que entre as mulheres, o relato de disfunção sexual foi de 32%, enquanto para os homens, foi de 23%.

No Brasil, foi detectada uma prevalência de disfunções sexuais de 30%, no ano de 2002, através do estudo do comportamento sexual do brasileiro (ABDO et al., 2002), em que as principais queixas femininas encontradas neste estudo foram falta de desejo (34,6%) e dificuldade para obter o orgasmo (29,3%).

Na Turquia, a prevalência encontrada de disfunção sexual feminina foi de 48,3% (OKSUZ & MALHAN, 2006), enquanto na América Latina, em um estudo multicêntrico, a prevalência foi de 56,8% (BLÜMEL et al., 2009).

Estudos brasileiros indicam uma prevalência que vai de 21,9% (PRADO et al., 2010) a 35,9% (VALADARES et al., 2008a). Em investigações realizadas na Espanha, com mulheres pós-menopáusicas de 48 a 68 anos, a prevalência foi mais alta, alcançando o percentual de 64,1% (LLANEZA et al., 2011). Inquérito realizado com 371 mulheres chinesas, de

40 a 60 anos, constatou que 77,2% apresentaram pelo menos um tipo de disfunção sexual (LO & KOK, 2013).

Ao buscar os fatores envolvidos na ocorrência de disfunção sexual, LEWIS et al. (2004) identificaram que o comprometimento do estado de saúde geral, doença cardiovascular e geniturinária, desordem psicológica e psiquiátrica, doenças crônicas, fatores relacionais e condições sociodemográficas desfavoráveis contribuíram significativamente para a sua ocorrência.

Em estudo realizado por LORENZI & SACILOTO (2006), na região Sul do Brasil, com 206 mulheres pós-menopáusicas, as principais causas de diminuição da frequência da atividade sexual foram: impotência sexual do parceiro (41,7%); falta de desejo sexual (20,6%) e doenças ou problemas clínicos da própria mulher (19,4%). Na Turquia, em inquérito desenvolvido com 518 mulheres, os achados revelam que os fatores associados com as disfunções sexuais foram o tabagismo, estado menopausal, dieta e condição marital (OKSUZ & MALHAN, 2006).

VALADARES et al. (2008a), em pesquisa que envolveu 315 mulheres brasileiras, constataram que o envelhecimento e a presença de ondas de calor mantiveram associação positiva com as disfunções sexuais.

Em estudo realizado por DENNERSTEIN et al. (2002), com 438 mulheres australianas, foi sugerido que o avançar da idade e o *status* menopausal diminuem a resposta sexual. Os autores destacam que a transição menopausal por si aumenta a prevalência de disfunção sexual de 42 a 88%.

TOMIC et al. (2006), ao estudarem 846 mulheres que residiam em Maryland (Estados Unidos), evidenciaram que o envelhecimento e ressecamento vaginal estiveram significativamente associados com baixos níveis de satisfação sexual entre mulheres de meia-idade. Em investigação feita por GRACIA et al. (2004), na Filadélfia, com uma amostra de 326 mulheres, os fatores de risco associados com a diminuição da libido incluíram ressecamento vaginal, depressão e ausência dos filhos nos lares.

ASLAN et al. (2008) demonstraram que o baixo nível educacional, a menopausa, a depressão, a presença de disfunção sexual no parceiro e o uso de contraceptivos orais se constituíram em fatores associados à disfunção sexual entre mulheres.

É possível perceber, conforme evidenciado pelos estudos, que a ocorrência de disfunção sexual feminina varia entre os países, não só como consequência socioeconômica e cultural, mas também como produto dos diferentes hábitos de vida, características pessoais e étnicas.

Portanto, inúmeros são os fatores que podem estar associados às disfunções sexuais femininas, incluindo: idade, raça, idade do parceiro, nível educacional, renda, condição marital, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, exercício físico, paridade, uso de contraceptivo oral, *status* menopausal, terapia de reposição hormonal, diabetes, hipertensão, depressão, doenças cardíacas, uso de drogas, cirurgias ginecológicas, presença de disfunção sexual no parceiro, doença/cirurgias do parceiro, dentre outras.

1.6 Menopausa e a sua relação com as disfunções sexuais femininas

O estudo denominado The Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), conduzido por SOULES et al. (2001) foi o primeiro a observar que pequenas mudanças no ciclo menstrual poderiam refletir o início das flutuações hormonais. Baseados nestas alterações, as nomenclaturas pré-menopausa, transição menopausal precoce, transição menopausal tardia e pós-menopausa foram criadas.

O avanço desta classificação ocorreu com o Penn Ovarian Aging Study (PENN-5), realizado por GRACIA et al. (2005), que, por meio de determinações séricas dos hormônios luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH), inibina, estradiol, testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona, criaram o novo conceito de envelhecimento ovariano.

Este conceito, caracterizado pelo processo contínuo de consumo folicular, foi dividido em cinco estágios (fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal precoce e tardia, e pós-menopausa) e correlacionou a sintomatologia menstrual às determinações sanguíneas hormonais, o que permitiu o diagnóstico clínico dos estágios de envelhecimento ovariano. As diferenças entre os estudos STRAW e PENN-5 podem ser observadas no Quadro 1.

Apesar da falta de consenso sobre a nomenclatura, várias sociedades internacionais, como a NAMS (North American Menopause Society) e a IMS (International Menopause Society) têm utilizado a nova terminologia proposta pela PENN-5.

Quadro 1. Estágios do envelhecimento ovariano

PERÍODO	STRAW*	PENN-5**
Pré-menopausa **Inicial**	Ciclos regulares	Ciclos regulares
Pré-menopausa **Tardia**		Ciclos regulares com intervalo ≥ 7 dias
Transição menopausal **Precoce**	1 ciclo com intervalo ≥ 7 dias	2 ciclos com intervalo ≥ 7 dias
Transição menopausal **Tardia**	2 a 11 meses de amenorreia	3 a 11 meses de amenorreia
Pós-menopausa	≥ 12 meses de amenorreia	≥ 12 meses de amenorreia

*Stages of Reproductive Aging Workshop (SOULES et al., 2001), ** Penn Ovarian Aging Study (GRACIA et al., 2005)

GRACIA et al. (2005) definiram o estágio reprodutivo como aquele que se inicia com a menarca e se estende até a menopausa. A partir dos 36 a 37 anos, começa a fase de transição menopausal precoce, quando a mulher começa a apresentar disfunção menstrual (ocorre variação de sete dias ou mais no intervalo intermenstrual), decorrente de delicadas alterações hormonais, como redução da inibina ovariana e aumento compensatório do hormônio folículo estimulante (FSH), sem a evidência de qualquer alteração sanguínea do hormônio luteinizante (LH) e estradiol (estrogênio).

Entretanto, com o avançar da idade, as concentrações sanguíneas de inibina, FSH e LH aumentam e a de estradiol diminui, caracterizando o estágio da transição menopausal tardia, quando se iniciariam importantes alterações menstruais, com dois ou mais ciclos ausentes e intervalo de amenorreia superior a 60 dias, até amenorreias mais prolongadas (até 11 meses). Após um período de amenorreia mínimo de 12 meses, firma-se o diagnóstico de menopausa - última menstruação -, tendo início a fase do envelhecimento ovariano denominado de pós-menopausa, que se estende até o fim da vida da mulher (GRACIA et al., 2005).

Segundo a classificação da OMS (1996), o termo perimenopausa deveria incluir o período que precede imediatamente a menopausa (quando começam os sintomas endócrinos, biológicos e clínicos precursores desta) e o primeiro ano seguinte. Para evitar conflitos, o termo climatério não deveria mais ser adotado. O termo pré-menopausa compreende todo o período de vida reprodutivo que antecede ao período menstrual final.

Na presente investigação foi adotada a seguinte classificação quanto ao estado menopausal: pré-menopausa (ciclos menstruais regulares - período de vida reprodutiva que antecede a menopausa); transição menopausal precoce (caracterizada por irregularidades nos ciclos menstruais), transição menopausal tardia (período de 3-11 meses de amenorreia) e pós-menopausa (inicia-se com a menopausa e se estende até o final da vida da mulher) (OMS, 1996; SOULES et al., 2001; GRACIA et al. 2005).

A transição para a menopausa é um fenômeno fisiológico normal, percebida por algumas mulheres como uma fase natural e sinal de maturidade, enquanto, para outras, significa perda, aproximação da velhice, sinônimo de doença e que pode ocasionar um impacto em suas vidas.

O hipoestrogenismo é responsável por inúmeros eventos no período da transição menopausal e pós-menopausa. As manifestações clínicas podem ser categorizadas em genitais e/ou extragenitais. Entre as alterações do trato genital, interessam as que acometem a vulva, vagina, útero, tubas uterinas, ovários e as estruturas pélvicas (MOURA et al., 2011).

Durante a transição para a menopausa, níveis decrescentes de estrógeno provocam adelgaçamento do epitélio da vagina, atrofia da musculatura lisa da parede vaginal e ressecamento vaginal em decorrência da lubrificação insuficiente, que podem provocar dor e desconforto durante a relação sexual (BACHMANN & LEIBLUM, 2004; ABDO, 2004).

Segundo ALDRIGHI et al. (2002) o progressivo hipoestrogenismo que caracteriza esse período, além de alterações menstruais, interfere no

organismo feminino, causando sintomas desagradáveis, como ondas de calor, atrofia cutâneo-mucosa, alteração da distribuição de gordura corporal e distúrbios na qualidade do sono, bem como expõe a mulher a maior agravos à saúde, como o cardiovascular e a osteoporose.

As alterações hormonais que ocorrem nessa fase podem levar a alterações no ciclo menstrual acompanhado de sintomas vasomotores e genitais, dificuldade com o sono e alterações no humor, na função cognitiva e no bem-estar geral (AVIS et al., 2000; BLÜMEL et al., 2000; BACHMANN & LEIBLUM, 2004). Estes sintomas podem afetar negativamente a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres na meia-idade.

Além disso, a função sexual pode ser comprometida pela ausência de um parceiro sexual (GONZALES et al., 2006; VALADARES et al., 2008b), pela saúde e desempenho sexual do parceiro (DENNERSTEIN et al. 2001), pela função sexual da mulher no passado, pelos hábitos de vida, educação, personalidade, significados da menopausa para a mulher e seu parceiro, comorbidades (ABDO et al., 2004), uso de medicação e condições socioeconômicas.

A atrofia urogenital é uma queixa comum durante esse período, sendo responsável pela ocorrência de intenso desconforto à mulher. A intensificação do declínio estrogênico após a menopausa promove um adelgaçamento e enrijecimento da parede vaginal, que na presença de uma menor lubrificação, geram dispareunia e dificuldades no intercurso sexual (LORENZI et al., 2005).

A redução nos níveis de estradiol pode interferir negativamente na função sexual (DENNERSTEIN et al., 2002; GRACIA et al., 2007). Além disso, fatores sociodemográficos (ABDO et al., 2004; GONZALES et al., 2006) e a qualidade dos relacionamentos (BASSON et al., 2000; GONZALES et al., 2006; VALADARES et al., 2008b) podem contribuir para uma deterioração da função sexual das mulheres na meia-idade.

No que se refere à resposta sexual feminina, sabe-se que os hormônios estrógeno e testosterona interferem diretamente no desejo e na excitação sexual, pois desempenham papel importante no sistema nervoso central através da vasodilatação, que culminará em aporte sanguíneo adequado para a genitália e consequente diminuição da lubrificação (ABDO, 2007).

Na opinião de AMBROGINI et al. (2011) com a chegada do período de transição menopausal, o ciclo de resposta sexual da mulher pode sofrer algumas mudanças, como maior dificuldade para excitação e consequente lubrificação causada pelo hipoestrogenismo. Eles consideram que nessa fase, a princípio, o desejo sexual pouco se altera, pois a produção de testosterona se mantém nas células da teca no parênquima ovariano, e que as queixas de diminuição da libido poderiam ser explicadas pelas diversas alterações emocionais que permeiam essa etapa da vida.

A esse respeito, NAPPI & LACHOWSKI (2009), entretanto, enfatizam que a testosterona diminui significativamente com a idade, independentemente da transição para a menopausa, devido a uma redução progressiva na produção adrenal, outra importante fonte androgênica.

A redução variável na produção de testosterona pelos ovários durante a menopausa pode associar-se a um conjunto de alterações específicas no desejo sexual e resposta sexual (PALACIOS et al., 2002). Os autores referem que as hipóteses quanto à influência da testosterona sobre a libido podem ser sustentadas pelos seguintes aspectos: a testosterona possui efeitos diretos sobre a libido; a testosterona exerce papel como precursora primária para a biossíntese do estradiol, importante para a função sexual feminina; efeito vasomotor proporcionado pela testosterona, que é importante para o fluxo sanguíneo vaginal e lubrificação adequados.

Os principais androgênios que exercem efeito sobre o organismo feminino são: dehidroepiandrosterona (DHEA), sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), androstenediona, testosterona e dehidrotestosterona (DHT), os quais participam de processos bioquímicos complexos. Portanto, um desequilíbrio no seu sistema traz consigo uma infinidade de sintomas, tais como instabilidade de humor, alteração no bem-estar geral, na memória e cognição, fadiga e perda do desejo sexual e prazer. Este complexo de sintomas, somados uns aos outros, são resultantes da insuficiência androgênica (GENAZZANI et al., 2004).

AMBROGINI et al. (2011) relatam que, embora os conhecimentos fisiológicos sejam de suma importância para a análise e compreensão das fases da resposta sexual, por si só, eles não são suficientes. Devem ser levados em consideração aspectos relativos à história de vida de cada pessoa, motivos pela escolha do parceiro, bem como o contexto relacional, que irão refletir nas emoções que permeiam o ato sexual.

Autores acrescentam, ainda, o fato de que a experiência individual da menopausa resulta de uma complexa reciprocidade de fatores biológicos, psicossexuais e sócio-relacionais que podem influenciar a capacidade da mulher para lidar com um período de vida caracterizado por significativas mudanças. A perda da capacidade reprodutiva pode induzir não apenas a mudanças endócrinas, como também levar a uma redefinição do papel feminino com significativa variação em sua imagem corporal e autoestima. Por fim, a experiência dos sintomas e queixas menopausais podem afetar negativamente a sensação de bem-estar físico e mental, bem como provocar mudanças na vida social, familiar e nos relacionamentos (DENNERSTEIN et al., 2002).

A sexualidade das mulheres no período de transição e após a menopausa deve ser modulada com base em fatores físicos, psíquicos e culturais que caracterizam a sua complexidade, devendo-se evitar uma abordagem universal para o seu tratamento. Durante esta fase, as mulheres acumularam a experiência necessária para remodelar suas crenças, para rejeitar ou assimilar as designações impostas, para se envolver totalmente em um relacionamento com o parceiro e para se dedicarem às suas famílias, que culminará com um processo que afetará a maneira como elas lidam e encaram a sua sexualidade (LARA et al., 2009).

Entre 25% e 33% das mulheres de 35 a 59 anos apresentam disfunções sexuais, podendo chegar a 75% entre os 60 e 65 anos (BLÜMEL et al., 2004).

Durante essa fase, além das dificuldades decorrentes da atrofia genital, a mulher precisa compreender as mudanças físicas decorrentes do processo de envelhecimento simbolizadas pela menopausa, que podem comprometer a percepção da sua autoimagem corporal, diminuindo a sua autoestima e interferindo negativamente na sua libido. Esse processo diverge de mulher para mulher, pois, entre as que vivenciam mais positivamente o período de transição para a menopausa, as repercussões na esfera sexual parecem ser menos intensas. Estas perceberiam na redução das obrigações com os filhos e com a carreira profissional, uma oportunidade para o exercício afetivo-sexual (LORENZI et al., 2009).

Estudos revelam que as queixas relacionadas à sexualidade ocorrem com maior frequência na fase de pós-menopausa (PEDRO et al., 2003; LORENZI & SACILOTO, 2006; SILVA, 2009).

Segundo a literatura, os fatores que afetam negativamente a função sexual feminina por volta da meia-idade incluem envelhecimento, qualidade dos relacionamentos, declínio da saúde física devido a condições crônicas, nível educacional, transtornos do humor, incluindo ansiedade e depressão e uso concomitante de medicações que interferem na libido (antidepressivos). Pode ser acrescentado, ainda, o fato de que a meia-idade tem sido considerada uma fase de grande estresse psicossocial para as mulheres, as quais devem lidar com a perda da juventude, da função reprodutiva, com a solidão pelo fato dos filhos deixarem seus lares, problemas de saúde e morte dos pais (DENNERSTEIN, 2008).

DENNERSTEIN & LEHERT (2004) relatam ainda que o estado menopausal e as alterações hormonais podem estar associados a efeitos adversos sobre a sexualidade. Entretanto, destacam que há várias outras explicações possíveis para a deterioração da atividade sexual nessa fase da vida. Estas incluem os fatores relacionais, como relacionamentos recentes, sentimentos em relação ao parceiro, a saúde do parceiro, a atitude feminina na fase de transição menopausal e pós-menopausa, fatores sociodemográficos e psicológicos, incluindo o envelhecimento cronológico, bem-estar, estresse, hábitos e estilo de vida.

Não é possível compreender as modificações biológicas distanciadas dos aspectos psicológicos, pois não existem evidências de que as alterações hormonais sejam as únicas responsáveis pelo desencadeamento de problemas sexuais. Estes também podem ser influenciados por fatores do meio ambiente, personalidade da mulher, dificuldades conjugais, distanciamento, crise familiar e outros, os quais necessitam de uma investigação ampliada e livre de mitos e estereótipos acerca do processo de envelhecimento e sexualidade feminina (COELHO et al. 2010).

De acordo com AMORE et al. (2007) fatores relacionados à personalidade, doenças pessoais e qualidade da relação marital podem contribuir para a ocorrência de queixas sexuais entre as mulheres durante a transição para a menopausa. Acrescentam ainda que seja mais provável que mulheres com personalidade bem equilibrada e vida sexual satisfatória sejam mais capazes de passar por mudanças nesse período e serem menos propensas a apresentar esses sintomas durante a menopausa.

A ocorrência da menopausa e de alterações observadas no organismo feminino conduz a uma percepção da proximidade da terceira idade e do processo de envelhecimento. Desse modo, nessa fase, há implicações psíquicas profundas, que podem interferir em seu comportamento familiar e social. Além disso, os problemas afetivos, socioeconômicos e socioculturais podem acentuar negativamente as alterações psíquicas durante esse período. Todas essas alterações, concomitante às repercussões do hipoestrogenismo, levariam à redução da qualidade de vida das mulheres após a menopausa (MOURA et al., 2011).

LORENZI et al. (2009) destacam que as questões relacionadas à sexualidade passaram a ser mais valorizadas em decorrência da crescente longevidade feminina nas últimas décadas e da maior prevalência de disfunções sexuais após a menopausa.

No que se refere a esse aspecto, a maior expectativa de vida da população traz consigo o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, que podem causar prejuízos à saúde e interferir na sexualidade das pessoas.

Portanto, a sexualidade feminina durante esse período deve ser atenciosamente avaliada, visto que ela se constitui em um dos pilares da manutenção da qualidade de vida. Entretanto, a sua abordagem nem sempre é realizada adequadamente, seja por constrangimento das mulheres ou por desatenção e despreparo dos profissionais de saúde em lidar com essa questão (LORENZI et al., 2009).

No Brasil, são ainda escassos os estudos voltados para os aspectos relativos à sexualidade feminina, durante as fases de transição menopausal e pós-menopausa (LORENZI & SACILOTO, 2006; VALADARES et al., 2008a; VALADARES et al., 2008b), o que poderia contribuir para a implementação de programas voltados para a assistência à mulher no seu processo de envelhecimento e planejamento de medidas que viessem a melhorar sua qualidade de vida.

Investigação realizada por SILVA (2009) evidenciou que a diminuição da libido esteve presente em 55,7% das mulheres em transição para a menopausa e em 31,6% daquelas que estavam em pós-menopausa. As mulheres são afetadas com maior frequência e severidade pelas disfunções sexuais, entretanto, infelizmente ainda pouco se sabe acerca dos fatores envolvidos na sua ocorrência, em especial na região Norte do Brasil.

Portanto, a preocupação com estas questões relativas à sexualidade da mulher nessa fase suscitou a elaboração de alguns questionamentos: quais são as principais disfunções sexuais que afetam as mulheres durante a transição e após a menopausa e quais os fatores associados à presença destas disfunções?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Avaliar a ocorrência de disfunções sexuais entre mulheres de meia-idade da Região Norte do Brasil.

2.2 Específicos:

- Identificar a prevalência de disfunções sexuais entre as mulheres estudadas;

- Caracterizar os tipos de disfunções sexuais que afetam as mulheres durante essa fase; e

- Identificar os fatores associados à ocorrência de disfunções sexuais entre a população estudada, considerando variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relacionadas com as condições de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa, de corte transversal e prospectiva.

Para HULLEY et al. (2003) os delineamentos transversais são de grande utilidade quando se pretende descrever variáveis e seus padrões de distribuição, bem como permitem estimar a prevalência, que caracteriza a proporção da população que tem uma doença ou condição clínica em determinado momento.

3.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no Ambulatório de Ginecologia da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), atual Hospital das Clínicas do Acre, localizado no município de Rio Branco - Acre.

Segundo o último Censo Demográfico, o Estado do Acre possui uma área territorial de 164.123 Km^2 e uma população de 758.786 habitantes. Rio Branco, o principal município do Estado, integra uma população de 348.354 habitantes e tem uma área de 9.222 Km^2 (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) da capital é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que o seu valor é de 0,754 (ACRE EM NÚMEROS, 2006).

3.2.1 Hospital das Clínicas do Acre[1]

O Hospital das Clínicas do Acre foi inaugurado em dezembro de 2010 e substituiu a FUNDHACRE, a qual efetivamente iniciou as suas atividades no mês de maio de 1991, devido à necessidade regional. O Estado contava apenas com uma Maternidade, a qual atuava em área específica, um Hospital Infantil, com atendimento direcionado e um Hospital Geral, que apresentava uma estrutura física e de recursos humanos insuficientes para atender a demanda.

O Hospital das Clínicas do Acre é uma entidade com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e vinculada à Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento (SESACRE), sendo regida pela Lei complementar nº 133 de 29/01/04, que tem como missão ser um hospital de referência regional na prestação de assistência terciária, com atendimento de qualidade e humanizado, promovendo a melhoria do sistema de saúde, a pesquisa científica e formação de recursos humanos.

Destaca-se que, nesta unidade hospitalar, são realizadas práticas disciplinares dos acadêmicos dos Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, bem como é local para o desenvolvimento das atividades das equipes de Residência em Infectologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. Portanto, é importante reconhecer o

[1]Informações obtidas através do Diagnóstico Situacional da unidade hospitalar elaborado por acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Acre

seu papel na formação de profissionais na área da saúde, proporcionando uma rica contribuição no desenvolvimento de suas atividades acadêmicas.

O usuário precisa de um encaminhamento, obtido nos Centros de Saúde, destinado ao médico da especialidade pretendida para realizar o agendamento da consulta. No ambulatório, realiza-se, ainda, o agendamento de exames e retorno de consultas.

A média de atendimento mensal no ambulatório é de aproximadamente 9.000 (nove mil) usuários e 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos por dia.

3.3 População do estudo

A população estudada foi composta por mulheres com idade entre 35 a 65 anos referenciadas ao Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas do Acre situado no município de Rio Branco - Acre. As mulheres que buscavam atendimento eram procedentes das zonas urbana e rural dos seguintes municípios do Estado do Acre (Rio Branco, Senador Guiomard, Sena Madureira, Plácido de Castro, Cruzeiro do Sul, Manoel Urbano, Assis Brasil, Capixaba, Bujari, Mâncio Lima, Feijó, Acrelândia, Epitaciolândia, Xapuri, Tarauacá, Porto Acre, Jordão, Santa Rosa do Purus, Marechal Taumaturgo); e do Estado do Amazonas (Boca do Acre e Pauini). Buscaram-se, nesta população específica, as mulheres que tinham vida sexual ativa na faixa etária investigada. Apesar de ter-se trabalhado com o universo das mulheres da faixa etária do estudo com disfunção sexual, para poder apreender melhor o fenômeno e garantir às análises dos dados posteriores,

elas foram divididas nos seguintes grupos etários: 35 a 44, 45 a 54 e 55 a 65 anos, definindo-se que, para cada um deles, seria necessário garantir números mínimos de 200 participantes em cada grupo (CESAR et al., 1996). Desta forma, o tempo da coleta de dados dependeu de se ter atingido o número mínimo de usuárias de cada grupo, isto é, a coleta só foi encerrada no mês (inteiro) em que o grupo com menor número de mulheres (55 a 65 anos) atingiu o número esperado. É importante ressaltar que a coleta foi contínua para todas as faixas etárias estudadas até se conseguir o critério de número estabelecido.

Assim, o total de mulheres que compreendem a população de estudo é de 1415.

3.4 Procedimento de campo

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas do Acre, nos períodos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira, durante o período compreendido entre julho de 2011 a janeiro de 2012.

A equipe formada para o preenchimento dos formulários de pesquisa incluiu a própria pesquisadora e duas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, previamente treinadas.

Antes da aplicação definitiva do instrumento, foi realizado um pré-teste para efetuar a validade e o conteúdo das questões. Os aspectos testados foram a sequência das questões, linguagem, conteúdo, relevância e compreensão das perguntas.

Inicialmente, as mulheres foram questionadas acerca de dados relativos às variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos/estilo de vida, história ginecológica e de comorbidades clínicas (APÊNDICE 1). Em um segundo momento, as mulheres foram entrevistadas acerca da sintomatologia menopausal, utilizando a Escala de Classificação da Menopausa (ANEXO 1), instrumento devidamente traduzido e reconhecido para uso no Brasil (HEINEMANN et al., 2003; HEINEMANN et al., 2004).

A MRS é definida como uma escala de qualidade de vida relacionada à saúde que foi desenvolvida no início dos anos 90, na Alemanha, em resposta à ausência de escalas padronizadas para medir a gravidade do processo do envelhecimento e a presença de sintomas e o seu impacto na qualidade de vida.

A escala é composta de onze itens divididos em três categorias de sintomas: (1) somáticos: ondas de calor, mal estar do coração, problemas de sono, problemas musculares e nas articulações (itens 1-3 e 11, respectivamente); (2) psicológicos: estado de ânimo depressivo, irritabilidade, ansiedade e esgotamento físico e mental (itens 4-7, respectivamente) e (3) urogenital: problemas sexuais, problemas de bexiga e ressecamento vaginal (itens 8-10, respectivamente).

Cada item pode ser graduado por participante de 0 (nenhum) a 4 (1=pouco severo, 2=moderado, 3=severo, 4=muito severo). O escore total da MRS - Menopause Rating Scale é a média dos escores obtidos por cada subescala. Valores iguais ou acima de 9 (somático), 7 (psicológico), 4

(urogenital) e 17 (total) são usados para definir escores severos[2]. Estes questionamentos iniciais foram realizados durante o período em que as mulheres estiveram aguardando para a realização da consulta.

Em seguida, foi aplicado o Índice da Função Sexual Feminina - IFSF (ANEXO 2), traduzido para o português e válido para avaliação da resposta sexual das mulheres brasileiras (THIEL et al., 2008). É uma escala breve, específica e multidimensional, construída e validada na língua inglesa, utilizada para avaliar a função sexual feminina, acessando seus domínios (ROSEN et al., 2000).

O questionário é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cinco domínios: desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Se o escore de algum domínio for igual a zero, significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. A pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36)

---

[2]**Comparison of degree of severity of the MRS and its domains**. Disponível em: <http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountGr.pdf.> Acesso em: 16 agosto 2013.

é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual. Mulheres que apresentam escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (WIEGEL et al., 2005; HENTSCHEL et al., 2007; THIEL et al., 2008; PRADO et al., 2010).

Este instrumento foi aplicado em sala reservada, onde a mulher permaneceu apenas com a entrevistadora para esclarecimento de dúvida, quando houvesse. Algumas mulheres preferiram ser entrevistadas, ao invés de preencher o questionário. No caso específico das mulheres não alfabetizadas, todas foram entrevistadas.

A sexualidade não é determinada apenas pelo número de eventos, mas sim pela percepção e satisfação das mulheres. Por esta razão, os questionários auto-administrados, tais como o IFSF, têm sido sugeridos como ideais para a avaliação e diagnóstico da disfunção sexual feminina (ALTHOF et al., 2005).

3.5 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão no estudo foram estabelecidos os seguintes parâmetros: mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas do Acre, que possuíam parceiro fixo e que tiveram relação sexual no último mês em relação à entrevista.

3.6 Recusas

Foram convidadas a participar 1450 mulheres, das quais 35 recusaram-se, representado por 2,5% (2,5%, 35/1.450), restando 1.415 que aceitaram participar do estudo.

3.7 Critérios de exclusão

Foram excluídas mulheres grávidas, populações indígenas e aquelas que nunca menstruaram e, devido à dificuldade de estabelecer clinicamente o seu estado menopausal, aquelas com ooforectomia e histerectomia prévias.

3.8 Variáveis de estudo

3.8.1 Variável dependente:

3.8.1.1 Disfunção sexual

- **Disfunção sexual**: avaliada através do Índice da Função Sexual Feminina. Escores iguais ou inferiores a 26 caracterizam a presença de disfunção sexual.

3.8.2 Variáveis independentes:

3.8.2.1 Caracterização sociodemográfica e econômica:

- **Idade** (agrupada em três categorias): 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 65 anos;

Vale ressaltar que foi adotado o termo meia-idade para a caracterização das mulheres estudadas. Apesar de não haver um consenso entre os autores acerca dessa faixa etária, pode-se inferir que a meia-idade compreende uma variação de período que se estende geralmente dos 40 até os 65 anos de idade, sendo mencionado por muitos autores como uma fase que possui relação direta com a transição menopausal e pós-menopausa. Desse modo, conforme evidenciado pela literatura nacional e internacional consultada (DUARTE et al., 2002; MORI et al., 2004; BLÜMEL et al., 2009; CHEDRAUI et al., 2011; PÉREZ-LOPEZ et al., 2012) e pela média de idade encontrada no estudo (47,7 anos), optou-se por adotar o termo meia-idade, por julgá-lo de acordo com o período de vida explorado nesta investigação.

- **Estado civil** (classificado em): solteira; casada; divorciada/separada judicialmente; viúva (IBGE, 2009);
- **Grau de escolaridade** (total de anos completos de estudo autorreferidos): categorizado em 5 anos e mais e menos de 5 anos de estudo;
- **Religião:** autorreferida;
- **Número de pessoas que residem na casa:** autorreferido;

- **Renda familiar *per capita* em salários mínimos** (total dos rendimentos dos indivíduos da família dividido pelo número total de pessoas que a integram, tendo como referência o valor do salário mínimo (SM) em reais vigente na época da coleta de dados, no valor de R$ 545 (quinhentos e quarenta e cinco reais) que passou a vigorar a partir de 01 de janeiro de 2011. Categorizado em menos de 2 SM e 2 SM e mais;
- **Ocupação remunerada:** dicotomizada em sim ou não.

3.8.2.2 Caracterização quanto aos hábitos/estilo de vida:

- **Prática de exercício físico** (critério de atividade física regular - 3 vezes por semana e por um tempo mínimo de 30 minutos) (OMS, 2003) - dicotomizada em sim ou não;
- **História de tabagismo** (no último ano): dicotomizada em sim ou não;
- **Ingestão de bebidas alcoólicas:** dicotomizada em sim ou não.

3.8.2.3 Caracterização da história ginecológica e sexualidade:

- **Idade a menarca:** em anos;
- **Sexarca** (idade da primeira relação sexual): em anos;
- **Idade à última gestação:** em anos;
- **Número de gestações prévias:** autorreferido;
- **Número de filhos vivos:** autorreferido;
- **Atividade sexual** (número de relações sexuais na última semana);

- **Uso de contraceptivos** (classificado pelo tipo de método anticoncepcional) - dicotomizado em sim ou não;
- **Terapia hormonal** (nos últimos seis meses): dicotomizada em sim ou não;
- **Idade da menopausa natural** (última menstruação seguida de 12 meses de amenorreia).
- **Estado menopausal:** a definição adotada de estado menopausal foi pré-menopausa (ciclos menstruais regulares - período de vida reprodutiva que antecede a menopausa); transição menopausal precoce (caracterizada por irregularidades nos ciclos menstruais), transição menopausal tardia (período de 3-11 meses de amenorreia) e pós-menopausa (inicia-se com a menopausa e se estende até o final da vida da mulher) (OMS, 1996; SOULES et al., 2001; GRACIA et al. 2005). Para auxiliar a análise estatística, os estágios precoces e tardios da transição foram agrupados como fase de transição menopausal.

Para esta classificação foram ainda excluídas as causas orgânicas de sangramento uterino anormal (miomatose uterina, adenomiose, cisto ovariano, endometriose), causas iatrogênicas, dentre outras, que não caracterizariam, portanto, alterações do fluxo menstrual da fase de transição para a menopausa.

3.8.2.4 Caracterização da situação de saúde e comorbidades clínicas:

- **Autopercepção de saúde:** categorizada em boa/excelente; ruim/terrível;
- **Peso:** o peso foi obtido em quilos usando balança portátil Tanita digital. A balança é de fácil transporte, mantém a calibração com mudanças de local, tem capacidade de 150 quilogramas com variação de 100g;

- Para a aferição, foi solicitada a mulher que subisse na balança sem sapatos, com pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés e braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi realizado duas vezes e medidas em que houve a diferença de 100 gramas entre os dois pesos foi calculada a média;

- **Altura:** A altura foi medida com auxílio do antropômetro numa parede com 90º em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, com o peso distribuído em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de Frankfurt (Plano de Frankfurt: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo estão em uma mesma linha horizontal). A leitura da medida foi realizada duas vezes;

- **Índice de Massa Corporal - IMC:** Classificação das mulheres em obesas e não obesas com o produto da divisão do peso corporal pelo quadrado da altura. Categorizado em três grandes grupos: ≤ 24,99 (padrão **normal**); ≥ a 25 e ≤ a 29,99 (**sobrepeso**) e ≥ a 30 (**obesidade**);
- **Prevenção do câncer de colo uterino:** dicotomizada em sim ou não;
- **Prevenção do câncer de mama:** dicotomizada em sim ou não;
- **Hipertensão arterial:** dicotomizada em sim ou não;
- ***Diabetes mellitus*:** dicotomizada em sim ou não;
- **Distúrbio psiquiátrico:** dicotomizado em sim ou não;
- **Outros problemas de saúde:** as doenças referidas foram agrupadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, versão 2009 - CID 10;
- **Doenças do parceiro:** as doenças referidas foram agrupadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, versão 2009 - CID 10;
- **Uso de medicamentos:** dicotomizado em sim ou não.

3.8.2.5 Sintomatologia menopausal

- **Sintomatologia menopausal:** avaliada por meio da Escala de Classificação da Menopausa, que inclui sintomas **somáticos** (falta de ar, suor, calor, mal estar do coração, problemas de sono, problemas musculares e nas articulações); **psicológicos** (estado de ânimo depressivo,

irritabilidade, ansiedade e esgotamento físico e mental) e **urogenitais** (problemas sexuais, problemas de bexiga e ressecamento vaginal).

3.9 Análise dos dados

Para a construção do banco de dados foi utilizado o programa Epidata 3.1 e, para as análises estatísticas foi utilizado o *STATA 10* for Windows (*Stata Corporation, College Station*, TX, EUA).

Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) e, para as variáveis contínuas, as médias, os desvios padrão, valores mínimo e máximo.

A disfunção sexual (variável dependente) foi avaliada pelo IFSF (variável contínua) que foi transformada em categórica, sendo considerada como caso aquela que apresentasse escore $\leq$ 26 (presença de disfunção sexual). As variáveis independentes consideradas no modelo de regressão logística foram: características sociodemográficas, econômicas, de estilo de vida, história ginecológica, saúde e comorbidades clínicas e sintomatologia menopausal.

Como teste de associação, o teste x^2 de Pearson foi utilizado, com níveis de significância estatística de 5%. Para investigar os potenciais fatores associados às disfunções sexuais femininas, utilizou-se, inicialmente, a análise de regressão logística univariada. O modelo de regressão logística múltipla foi adotado para isolar o efeito confundidor de variáveis. No modelo de regressão múltipla entraram todos os potenciais fatores sociodemográficos, econômicos, de estilo de vida, história ginecológica,

sexualidade, comorbidades clínicas e sintomatologia menopausal que, na análise univariada, apresentaram *odds ratio* (OR) cujo valor de p foi menor que 0,20. As categorias das variáveis tomadas como referência foram assinaladas nas tabelas.

A adequação final do modelo de regressão logística foi avaliada pelo Teste de Hosmer-Lemeshow, cujo valor varia de 0 a 1. Resultados mais próximos de 1 indicam melhor adequação do modelo.

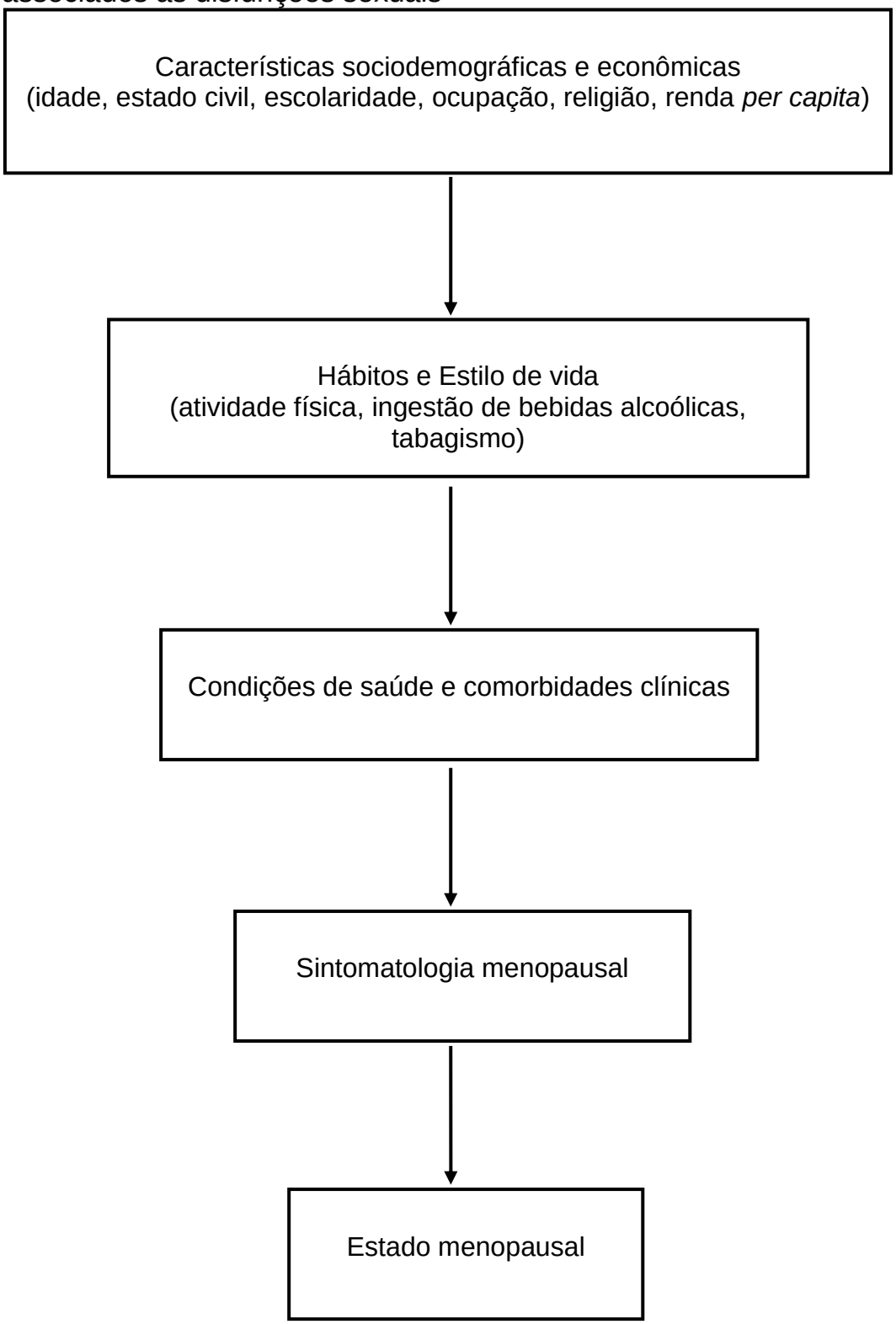
A confiabilidade dos instrumentos utilizados (IFSF e MRS) foi testada por meio da análise de consistência interna dos domínios, utilizando-se o coeficiente alpha de Cronbach. Valores > 0,70 são considerados indicativos de consistência interna. Na presente investigação o alpha de Cronbach da MRS foi de 0,77. Com relação ao IFSF, constatou-se que todos os domínios do IFSF apresentaram coeficientes acima de 0,80, indicativo de consistência interna adequada de todas as medidas. O coeficiente geral do instrumento foi de 0,92.

Nas análises de regressão logística, as categorias das variáveis tomadas como referência foram assinaladas nas tabelas. Foi adotada a metodologia de modelagem de "*stepwise forward*" para a introdução das variáveis no modelo final. As variáveis independentes são, primeiramente, ordenadas em ordem crescente de valor de p (da variável com menor valor p – mais significativa estatisticamente – até a variável com maior valor), determinando a ordem de entrada na regressão logística múltipla. Permaneceram aquelas consideradas estatisticamente significativas representadas pelo valor de p<0,05. Para essa construção do modelo final,

foi utilizada a técnica de análise hierarquizada proposta por VICTORA et al. (1997). Os fatores investigados foram agrupados em blocos, ordenados de acordo com a precedência que atuam sobre a ocorrência de disfunção sexual entre as mulheres. Nesse sentido, os fatores sociodemográficos e econômicos foram considerados como determinantes distais, que atuaram diretamente sobre os demais grupos, que são: estilo de vida, condições de saúde e comorbidades clínicas, sintomatologia menopausal e estado menopausal, conforme Figura 1. O modelo seguiu ainda o referencial de TOMIC et al. (2006) no estudo intitulado "Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women", no qual foram inseridos primeiramente no modelo final de análise de regressão logística as variáveis sociodemográficas, seguidas pelo estilo de vida, condições de saúde, sintomatologia menopausal e estado menopausal.

O primeiro bloco incluído foi o das variáveis sociodemográficas e econômicas, que permaneceram como fatores de ajuste para os blocos de variáveis seguintes. Os próximos blocos foram os das variáveis referentes ao estilo de vida, que foram ajustadas pelo primeiro bloco. E assim, sucessivamente para os demais blocos da hierarquia. As variáveis que permaneceram no modelo foram as que obtiveram valor de $p<0,05$.

Figura 1. Modelo conceitual para investigação dos fatores associados às disfunções sexuais



3.10 Aspectos éticos

A presente pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, e o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre (ANEXO 3) e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (ANEXO 4).

A equipe entrevistou individualmente as mulheres, respeitando a seguinte sequência: primeiro foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 2) e, após a aceitação em participar da pesquisa por meio da assinatura, foram questionadas sobre as informações pretendidas pelo estudo.

As participantes do estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, a inexistência de riscos ou desconfortos, a preservação do sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízos. Foi assegurado o anonimato das mulheres e o esclarecimento quanto à utilização dos dados para fins de trabalhos científicos.

Foi obtida ainda a permissão da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas para efetuar a coleta de dados (ANEXO 5).

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas, econômicas e de estilo de vida

Participaram do estudo 1.415 mulheres de 35 a 65 anos. A média de idade encontrada foi de 47,7 (±8,5) anos.

Em relação à escolaridade, que variou de 0 a 19 anos de estudo, a média obtida foi de 6,4 (±4,6) anos de estudo.

Entre as entrevistadas, 94,3% eram casadas, 58,3% não possuíam ocupação remunerada e a quase totalidade (95,3%) apresentava renda familiar *per capita* mensal de menos de 2 SM (Tabela 1).

No que se refere ao aspecto religião, 98,8% eram praticantes religiosas, com destaque para 49,7% que eram protestantes, seguido por 48,5% que afirmaram ser católicas (Tabela 1).

Quanto ao estilo de vida, evidenciou-se que 84,8% das mulheres pesquisadas não praticavam atividade física e 19,4% eram tabagistas (Tabela 1).

Os demais dados relativos às variáveis sociodemográficas, econômicas e de estilo de vida encontram-se distribuídos na Tabela 1.

Tabela 1. Condições sociodemográficas, econômicas e de estilo de vida de mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Características gerais	**N**	**%**
Faixa etária		
35 a 44	602	42,5
45 a 54	430	30,4
55 a 65	383	27,1
Escolaridade (anos de estudo)		
Menos de 05 anos	631	44,6
05 anos e mais	784	55,4
Estado civil		
Casada	1.335	94,3
Solteira	54	3,8
Divorciada/separada judicialmente	14	1,0
Viúva	12	0,9
Religião		
Protestante	703	49,7
Católica	687	48,5
Espírita	06	0,4
Daimista	01	0,1
Islâmica	01	0,1
Nenhuma	17	1,2
Ocupação remunerada		
Não	825	58,3
Sim	590	41,7
Renda familiar *per capita* (salário mínimo)		
Menos de 2 SM	1.349	95,3
2 e mais SM	66	4,7
Atividade física		
Sim	215	15,2
Não	1.200	84,8
Tabagismo		
Sim	275	19,4
Não	1.140	80,6
Álcool		
Sim	155	10,9
Não	1.260	89,1
TOTAL	**1.415**	**100,0**

4.2 Características relativas à história ginecológica e sexualidade

Constatou-se que as médias de idade de ocorrência da menarca e da sexarca entre as mulheres entrevistadas foram de 13,4 (±1,6) anos e de 17,3 (±3,1) anos, respectivamente. A idade de ocorrência da menopausa natural variou entre 30 a 60 anos, com uma média de 48,3 (±4,9) anos (Tabela 2).

No que se refere ao estado menopausal, 54,0% das mulheres encontravam-se em fase de pré-menopausa, seguido por 35,9% em fase de pós-menopausa. Ressalta-se o percentual reduzido destas que faziam uso de terapia hormonal (2,3%) (Tabela 2).

Ao serem questionadas acerca de qual alteração sexual mais lhes afetava, 46,3% das mulheres relataram a diminuição da libido sexual, seguido por dor/desconforto (16,6%) e dificuldade para atingir o orgasmo (10,4%) (Tabela 2).

Quanto ao uso de método contraceptivo, a maioria das mulheres, representada por 76,6%, faziam uso de algum método, com destaque para 63,1% que haviam realizado laqueadura tubária, seguido pelo uso de preservativo (6,4%). Ressalta-se aqui o número importante, embora reduzido, de mulheres que exerciam dupla proteção: 34 (2,4%) haviam feito laqueadura e usavam preservativo e 09 (0,6%) faziam uso de contraceptivo oral e preservativo, o que representa o cuidado e a proteção com relação às doenças sexualmente transmissíveis. Os demais dados com relação ao tipo de método contraceptivo podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2. História ginecológica e sexualidade de mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	Média (Dp)	(Mín. - Máx.)
Idade à menarca	13,4 (± 1,6)	(9 - 20)
Idade à sexarca	17,3 (± 3,1)	(10 - 39)
Idade à última gestação	29,3 (± 6,0)	(15 - 50)
Nº. gestações	4,6 (± 2,8)	(1 - 18)
Nº. filhos vivos	3,8 (± 2,2)	(1 - 14)
Idade da menopausa natural	48,3 (± 4,9)	(30 - 60)
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	**N**	**%**
Estado menopausal		
Pré-menopausa	764	54,0
Transição menopausal	143	10,1
Pós-menopausa	508	35,9
Terapia hormonal		
Sim	32	2,3
Não	1.383	97,7
Alteração sexual que mais afeta		
Diminuição da libido	655	46,3
Dor/desconforto	235	16,6
Dificuldade para atingir o orgasmo	147	10,4
Dificuldade para ficar lubrificada	106	7,5
Dificuldade de excitação	46	3,2
Nenhuma	226	16,0
Método contraceptivo		
Sim	1.084	76,6
Não	331	23,4
Tipo de método contraceptivo		
Laqueadura tubária[1]	893	63,1
Preservativo	91	6,4
Contraceptivo oral[2]/injetável[3]/DIU[4]	100	7,1
Não faz uso de método	331	23,4
TOTAL	**1.415**	**100,0**

[1]Laqueadura Tubária + uso do preservativo: 34 (2,4%)
[2]Contraceptivo oral + uso do preservativo: 09 (0,6%)
[3]Contraceptivo injetável + uso do preservativo: 01 (0,1%)
[4]DIU + uso do preservativo: 01 (0,1%)

4.3 Caracterização quanto às condições de saúde e comorbidades clínicas

Conforme os dados apresentados na Tabela 3, evidenciou-se que 54,6% das mulheres possuíam uma autopercepção de saúde ruim/muito ruim e, quanto ao índice de massa corporal, 77,1% encontravam-se em sobrepeso/obesidade.

Verificou-se que 77,7% das mulheres referiram realizar o exame preventivo do câncer de colo uterino, e apenas 44,6% realizaram o exame preventivo do câncer de mama com regularidade (Tabela 3).

Quanto à presença de doença diagnosticada, observou-se que 68% relataram a presença de alguma doença diagnosticada pelo médico, dentre as quais se destacaram: hipertensão arterial (30%) e *diabetes mellitus* (7,8%) (Tabela 3).

Quanto ao número de comorbidades, visualiza-se na Tabela 3, que 68% das entrevistadas possuíam de 1 a 5 comorbidades, e 57,7% faziam uso de remédios regularmente.

Ao serem indagadas se, durante as consultas, o médico lhes questionava sobre a sua vida sexual, um percentual elevado (72,4%) afirmaram que estas questões não eram discutidas durante consultas de rotina (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das variáveis relativas às características de saúde e comorbidades clínicas entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Características de saúde e comorbidades clínicas	N	%
Autopercepção de saúde		
Bom/Excelente	643	45,4
Ruim/Muito ruim	772	54,6
Índice de Massa Corporal		
Normal	324	22,9
Sobrepeso	574	40,6
Obesidade	517	36,5
Exame preventivo câncer de colo uterino regularmente		
Sim	1.100	77,7
Não	315	22,3
Exame preventivo câncer de mama regularmente		
Sim	631	44,6
Não	784	55,4
Doença diagnosticada		
Sim	962	68,0
Não	453	32,0
Hipertensão arterial		
Sim	425	30,0
Não	990	70,0
Diabetes mellitus		
Sim	111	7,8
Não	1.304	92,2
Distúrbio psiquiátrico		
Sim	78	5,5
Não	1.337	94,5
Número de comorbidades		
0	453	32,0
1	496	35,0
2 a 5	466	33,0
Utiliza remédio regularmente		
Sim	816	57,7
Não	599	42,3
Médico questiona sobre sua vida sexual		
Sim	390	27,6
Não	1.025	72,4
TOTAL	**1.415**	**100,0**

Quanto às comorbidades clínicas, evidenciou-se uma maior prevalência de doenças cardiovasculares (31,4%), osteomusculares (14,7%) e neoplasias (13,9%) coexistindo com as doenças infecciosas e parasitárias (2,8%), perfil este que não difere do que tem sido observado no Brasil (Figura 2).

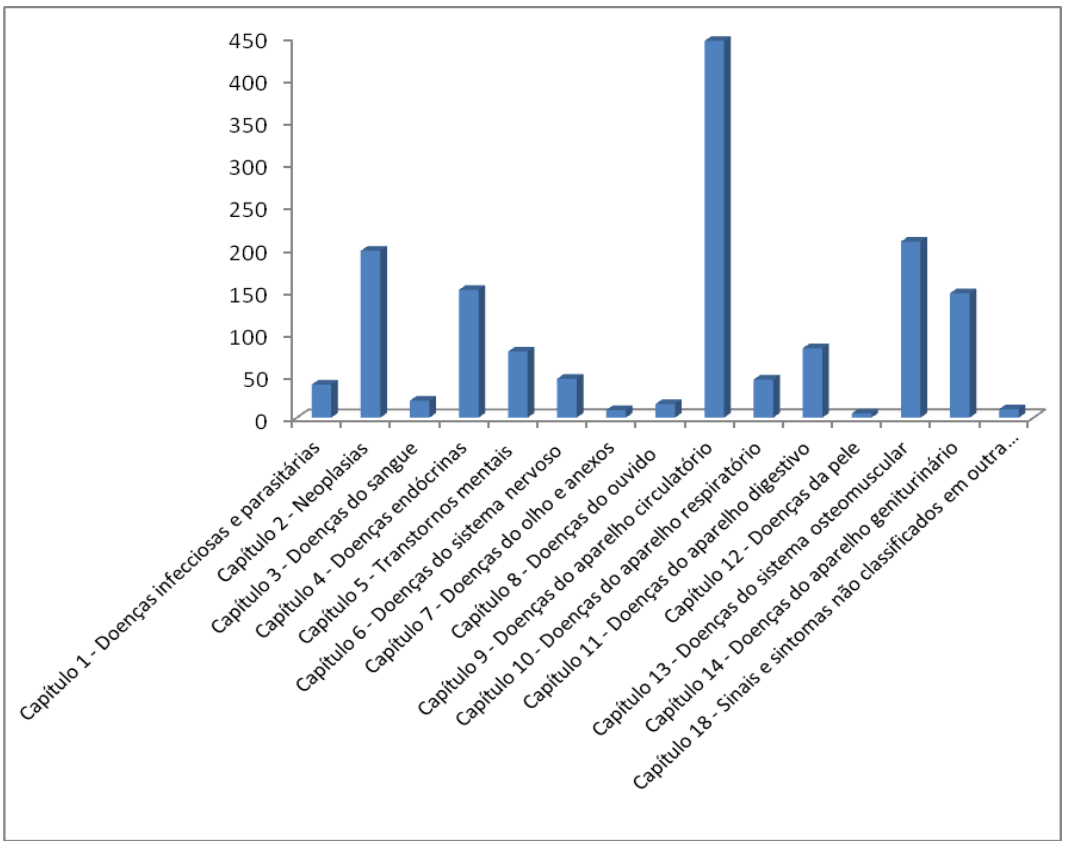


Figura 2. Distribuição das doenças referidas pelas mulheres entrevistadas, categorizadas de acordo com a CID-10.

4.4 Sintomatologia menopausal[3]

Na tabela 4, estão apresentados os dados relativos à sintomatologia menopausal segundo a Escala de Classificação da Menopausa.

Os três sintomas mais frequentemente relatados pelas mulheres foram: irritabilidade (78,3%), seguido pelos problemas musculares e nas articulações (74,8%) e ansiedade (72,7%) (Tabela 5).

Nesta investigação, a média total dos escores da MRS foi de 15,6 (±8,8) e para os domínios: 6,2 (±4,1) - somático; 6,7 (±4,6) - psicológico e 2,6 (±2,6) - urogenital (Tabela 5). Escores severos da MRS (ponto de corte) foram apresentados por 43,8% (*n*=619) escore total, 31,1% (*n*=440) domínio somático (ponto de corte), 49,1% (*n*=694) domínio psicológico (ponto de corte) e 33,1% (*n*=469) domínio urogenital (ponto de corte) (Tabela 5).

Quanto à intensidade da sintomatologia, destaca-se que o sintoma considerado mais grave pelas mulheres foram problemas musculares e nas articulações, reportado por 578 (40,9%) das entrevistadas (Tabela 5).

---

[3] Dados referentes ao artigo publicado produto da Tese:
SILVA, A. R da.; TANAKA, A. C d'A. Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. **Maturitas**. v.76, p.64-9, 2013. (APÊNDICE 3)

Tabela 4. Distribuição da sintomatologia segundo a Escala de Classificação da Menopausa referida pelas mulheres, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Escala de Classificação da Menopausa	N	%
Ondas de calor		
Nenhum	529	37,4
Leve/moderado	416	29,4
Severo/muito severo	470	33,2
Mal-estar no coração		
Nenhum	654	46,2
Leve/moderado	568	40,2
Severo/muito severo	193	13,6
Dificuldades com o sono		
Nenhum	621	43,9
Leve/moderado	394	27,8
Severo/muito severo	400	28,3
Estado de ânimo depressivo		
Nenhum	614	43,4
Leve/moderado	522	36,9
Severo/muito severo	279	19,7
Irritabilidade		
Nenhum	307	21,7
Leve/moderado	547	38,6
Severo/muito severo	561	39,7
Ansiedade		
Nenhum	387	27,4
Leve/moderado	528	37,3
Severo/muito severo	500	35,3
Esgotamento físico e mental		
Nenhum	549	38,8
Leve/moderado	484	34,2
Severo/muito severo	382	27,0
Problemas sexuais		
Nenhum	710	50,1
Leve/moderado	489	34,6
Severo/muito severo	216	15,3
Problemas de bexiga		
Nenhum	1.037	73,3
Leve/moderado	204	14,4
Severo/muito severo	174	12,3
Ressecamento vaginal		
Nenhum	843	59,6
Leve/moderado	365	25,8
Severo/muito severo	207	14,6
Problemas musculares e nas articulações		
Nenhum	357	25,2
Leve/moderado	480	33,9
Severo/muito severo	578	40,9
TOTAL	**1.415**	**100,0**

Tabela 5. Frequência e intensidade da sintomatologia menopausal entre as mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Domínios e sintomas	**n=1415**	**Severidade domínios e sintomas n (%)**
Domínio somático 6,2 ± 4,1[a] (mediana 6)		440 (31,1)
1. Falta de ar, suores, calores	886 (62,6)[b]	470 (33,2)
2. Mal estar do coração	761 (53,8)	193 (13,6)
3. Problemas de sono	794 (56,1)	400 (28,3)
11. Problemas musculares e articulações	1.058 (74,8)	578 (40,9)
Domínio psicológico 6,7 ± 4,6 (mediana 6)		694 (49,1)
4. Estado de ânimo depressivo	680 (56,6)	279 (19,7)
5. Irritabilidade	1.108 (78,3)	561 (39,7)
6. Ansiedade	1.028 (72,7)	500 (35,3)
7. Esgotamento físico e mental	866 (61,2)	382 (27,0)
Domínio urogenital 2,6 ± 2,6 (mediana 3)		469 (33,1)
8. Problemas sexuais	705 (49,8)	216 (15,3)
9. Problemas de bexiga	378 (26,7)	174 (12,3)
10. Ressecamento vaginal	572 (40,4)	207 (14,6)
Total escores MRS 15,6 ± 8,8 (mediana 15)		619 (43,8)

[a] média ± desvio padrão; [b] n (%)

4.5 Prevalência de disfunção sexual feminina

Evidenciou-se uma prevalência elevada (62,3%) de disfunção sexual entre as mulheres estudadas, medida pelo Índice da Função Sexual Feminina (IFSF), em que escores iguais ou menores a 26 caracterizam a presença de disfunção sexual. A média dos escores totais do IFSF foi de 24,6 (±5,4) pontos e para as mulheres com disfunção sexual foi de 21,2 (±3,6) pontos.

Pelo exposto, verifica-se que o aumento da prevalência de disfunção sexual entre as mulheres do estudo, é diretamente proporcional ao aumento da faixa etária, tendo em vista que entre as mais jovens (35 a 44 anos), o percentual é de 54,8%, com uma tendência a elevar-se com o avançar da idade, alcançando 64,2% entre as de 45 a 54 anos e 71,8% entre as de 55 a 65 anos de idade (Figura 3).

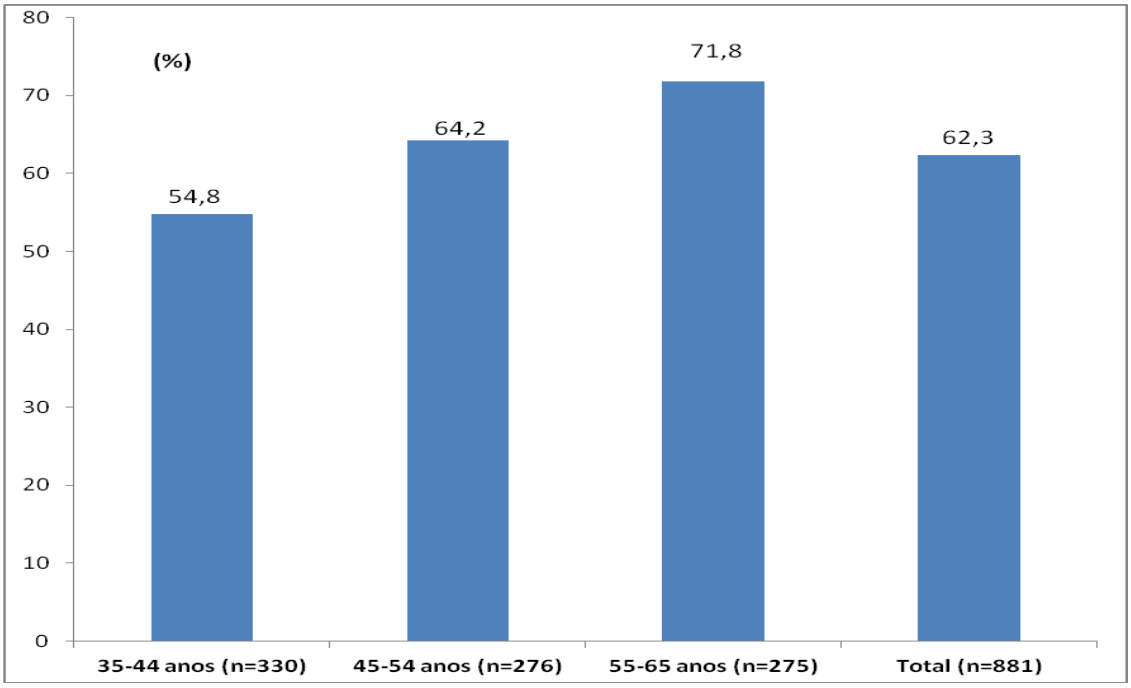


Figura 3. Prevalência de disfunção sexual de acordo com grupos etários, entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

4.5.1 Análise individual de cada domínio do IFSF

4.5.1.1 Domínio 1 - Desejo:

A média geral do domínio desejo foi de 4,0 (±1,7) pontos. Quando questionadas com qual frequência sentiu desejo sexual nas últimas quatro

semanas, verificou-se que 606 mulheres (42,8%) responderam poucas vezes, seguido por às vezes (21,1%). Com relação ao nível (grau) de desejo ou interesse sexual, 38,6% referiu como moderado.

4.5.1.2 Domínio 2 - Excitação:

Com relação à frequência de sentir-se excitada durante o ato ou atividade sexual nas últimas quatro semanas, 482 mulheres (34,1%) relataram poucas vezes e 42,5% classificaram em moderado o seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual. A média geral deste domínio foi de 9,1 (±3,1) pontos.

4.5.1.3 Domínio 3 - Lubrificação:

Ao serem indagadas com que frequência ficou lubrificada durante a atividade sexual nas últimas quatro semanas, constatou-se que grande parte das mulheres, representadas por 37,4% afirmaram sempre ou quase sempre. Quanto ao grau de dificuldade para ficar lubrificada durante a atividade sexual, evidenciou-se que 535 mulheres (37,8%) consideraram nada difícil. A média geral do domínio lubrificação entre as mulheres estudadas foi de 11,9 (±3,8) pontos.

4.5.1.4 Domínio 4 - Orgasmo:

Entre o grupo pesquisado, a média geral do domínio orgasmo foi de 8,3 (±2,6) pontos. No que se refere à frequência com que as mulheres

atingiram o orgasmo na atividade sexual ou quando sexualmente estimuladas durante as últimas quatro semanas, obteve-se que 27,6% informaram chegar ao orgasmo poucas vezes, e que o grau de dificuldade para obter o orgasmo foi considerado pouco difícil (28,4%), seguido por difícil (26,3%).

4.5.1.5 Domínio 5 - Satisfação:

As mulheres consideraram-se moderadamente satisfeitas no que diz respeito aos seguintes aspectos: grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional com o parceiro durante a atividade sexual (42,8%); grau de satisfação na relação sexual com o parceiro (44,9%) e grau de satisfação com a sua vida sexual (42,4%). A média geral do domínio satisfação foi de 9,6 (±2,4) pontos.

4.5.1.6 Domínio 6 - Dor:

A média geral do domínio dor foi de 9,7 (±2,9) pontos. Ao serem questionadas acerca da frequência em sentir dor ou desconforto durante e após a penetração vaginal, nas últimas quatro semanas, 52,9% e 65,4% das mulheres afirmaram nunca ou quase nunca, respectivamente. No que se refere ao nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal, 53,9% o consideraram baixíssimo.

4.5.2 Distribuição das médias dos domínios do Índice da Função Sexual Feminina

As médias dos domínios dos escores do IFSF obtidos foram: Desejo 4 (±1,7), Excitação 9,1 (±3,1), Lubrificação 11,9 (±3,8), Orgasmo 8,3 (±2,6), Satisfação 9,6 (±2,4) e Dor 9,7 (±2,9), as quais podem ser visualizadas na Figura 4.

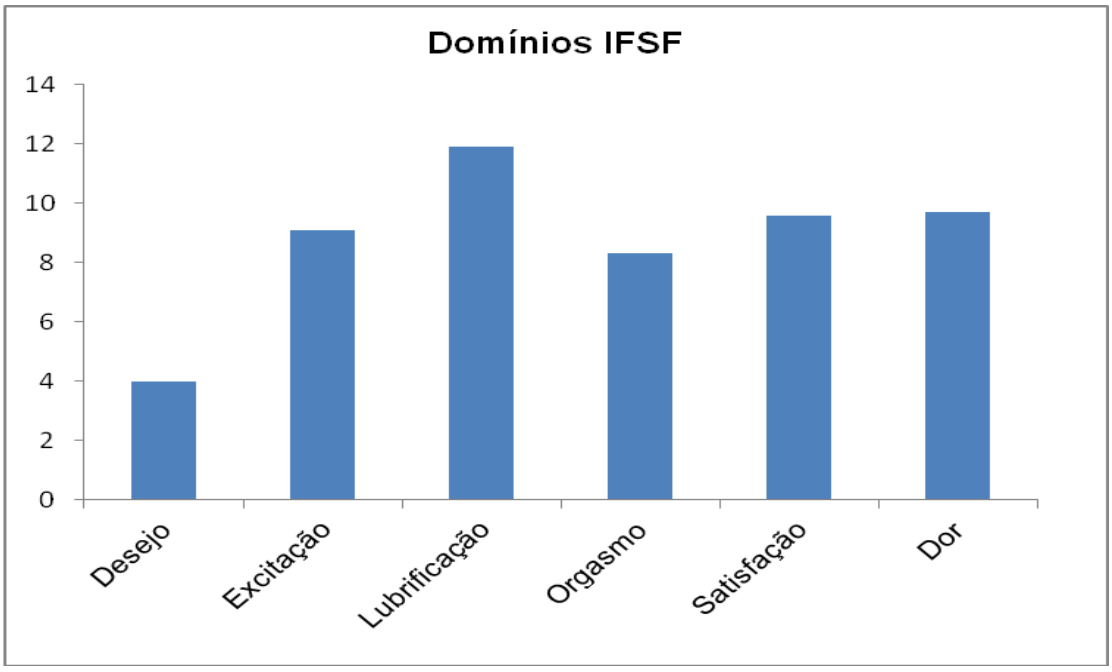


Figura 4. Distribuição das médias dos domínios do IFSF entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

4.5.3 Domínios do Índice da Função Sexual Feminina segundo grupos etários

Os escores dos domínios encontrados diminuíram significativamente com a idade. As médias dos domínios dos escores do IFSF entre as mulheres, por grupos etários, estão ilustradas na Figura 5.

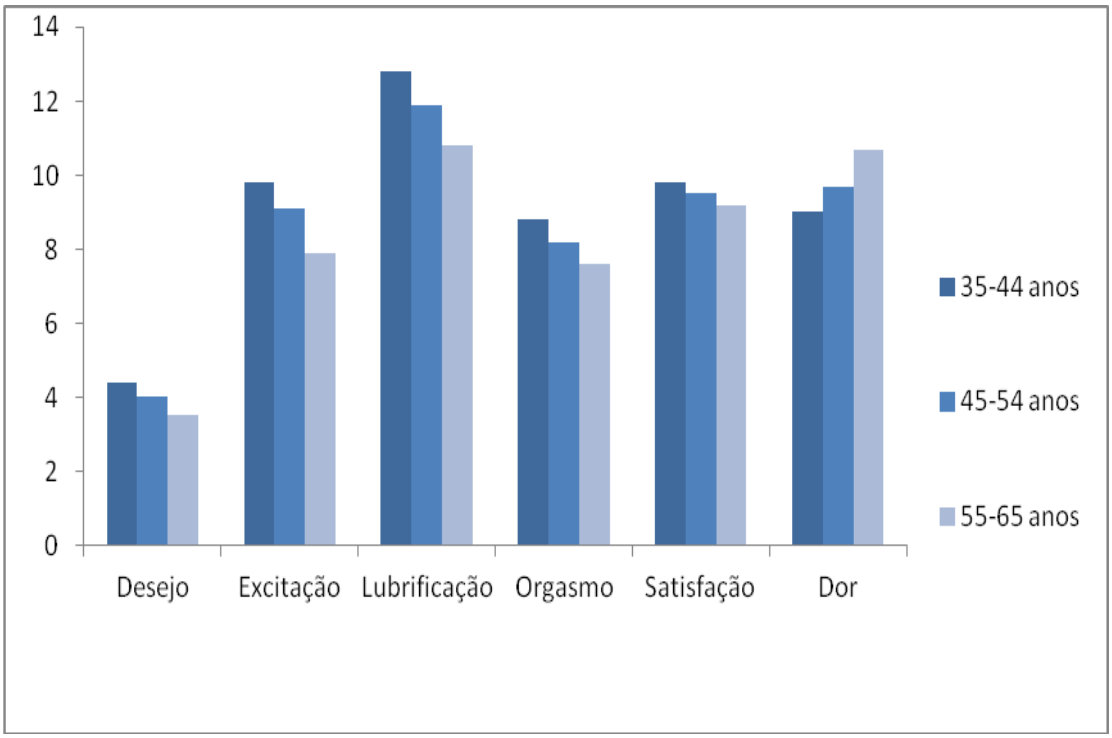


Figura 5. Distribuição dos domínios do IFSF, segundo grupos etários, entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

4.6 Associações entre possíveis características epidemiológicas e clínicas e a ocorrência de disfunção sexual entre as mulheres estudadas

Os resultados das análises que avaliaram a associação univariada entre a ocorrência de disfunção sexual feminina e possíveis fatores sociodemográficos, econômicos e de estilo de vida estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Associação univariada entre possíveis fatores sociodemográficos, econômicos e de estilo de vida e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Variável	**Disfunção Sexual**		**ORBruta (IC 95%)**	**p§**
	Não	**Sim**		
	n (%)	**n (%)**		
Faixa etária				
35 a 44 anos*	272 (45,2)	330 (54,8)	1	0,000
45 a 54 anos	154 (35,8)	276 (64,2)	1,47 (1,14 - 1,90)	
55 a 65 anos	108 (28,2)	275 (71,8)	2,09 (1,59 - 2,76)	
Escolaridade				
5 anos e mais*	363 (46,3)	421 (53,7)	1	0,000
Menos de 5 anos	171 (27,1)	460 (72,9)	2,31 (1,85 - 2,90)	
Ocupação				
Sim*	262 (44,4)	328 (55,6)	1	0,000
Não	272 (33,0)	553 (67,0)	1,62 (1,30 - 2,01)	
Renda *per capita*				
2 SM e mais*	38 (57,6)	28 (42,4)	1	0,001
Menos de 2 SM	496 (36,8)	853 (63,2)	2,33 (1,41 - 3,85)	
Atividade física				
Sim*	115 (53,5)	100 (46,5)	1	0,000
Não	419 (34,9)	781 (65,1)	2,14 (1,59 - 2,87)	

***Grupo de referência; §Teste qui-quadrado de Pearson; **OR**=Odds Ratio; **IC**=Intervalo de Confiança

Os resultados das análises que avaliaram a associação univariada entre a disfunção sexual feminina e possíveis fatores relacionados à saúde e comorbidades clínicas estão apresentados na Tabela 7. A disfunção sexual foi considerada mais provável de ser encontrada em mulheres com as seguintes características: autopercepção de saúde ruim/muito ruim (p<0,001); possuir doença diagnosticada pelo médico (p<0,001); ter hipertensão arterial (p=0,002); possuir distúrbio psiquiátrico (p=0,001); utilizar medicamentos regularmente (p<0,001) e possuir de 2 a 5 comorbidades clínicas (p<0,001).

Tabela 7. Associação univariada entre possíveis fatores relativos à saúde e comorbidades clínicas e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Variável	**Disfunção Sexual**		**ORBruta (IC 95%)**	**p§**
	Não	**Sim**		
	n (%)	**n (%)**		
Percepção de saúde				
Bom/Excelente*	330 (51,3)	313 (48,7)	1	0,000
Ruim/Muito ruim	204 (26,4)	568 (73,6)	2,93 (2,34 - 3,66)	
Doença				
Não*	217 (47,9)	236 (52,1)	1	0,000
Sim	317 (32,9)	645 (67,1)	1,87 (1,48 - 2,35)	
Hipertensão				
Não*	399 (40,3)	591 (59,7)	1	0,002
Sim	135 (31,8)	290 (68,2)	1,45 (1,14 - 1,84)	
Dist. psiquiátrico				
Não*	518 (38,7)	819 (61,3)	1	0,001
Sim	16 (20,5)	62 (79,5)	2,45 (1,39 - 4,29)	
Medicamentos				
Não*	261 (43,6)	338 (56,4)	1	0,000
Sim	273 (33,5)	543 (66,5)	1,53 (1,23 - 1,90)	
Comorbidades				
Nenhuma*	217 (47,9)	236 (52,1)	1	0,000
1	176 (35,5)	320 (64,5)	1,67 (1,28 - 2,16)	
2 a 5	141 (30,3)	325 (69,7)	2,11 (1,61 - 2,77)	

*****Grupo de referência; **§**Teste qui-quadrado de Pearson; **OR**=Odds Ratio; **IC**=Intervalo de Confiança

Os resultados das análises que avaliaram a associação univariada entre a ocorrência de disfunção sexual feminina e ao estado e sintomatologia menopausal estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Associação univariada entre a sintomatologia e o estado menopausal e a ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Variável	Disfunção Sexual Não n (%)	Disfunção Sexual Sim n (%)	ORBruta (IC 95%)	p§
Ondas de calor				
Não*	261 (49,3)	268 (50,7)	1	0,000
Sim	273 (30,8)	613 (69,2)	2,18 (1,75 - 2,73)	
Mal-estar coração				
Não*	296 (45,3)	358 (54,7)	1	0,000
Sim	238 (31,3)	523 (68,7)	1,81 (1,46 - 2,25)	
Dificuldades sono				
Não*	278 (44,8)	343 (55,2)	1	0,000
Sim	256 (32,2)	538 (67,8)	1,70 (1,37 - 2,11)	
Ânimo depressivo				
Não*	285 (46,4)	329 (53,6)	1	0,000
Sim	249 (31,1)	552 (68,9)	1,92 (1,54 - 2,38)	
Irritabilidade				
Não*	150 (48,9)	157 (51,1)	1	0,000
Sim	384 (34,7)	724 (65,3)	1,80 (1,39 - 2,32)	
Ansiedade				
Não*	170 (43,9)	217 (56,1)	1	0,003
Sim	364 (35,4)	664 (64,6)	1,42 (1,12 - 1,81)	
Esgot. físico/mental				
Não*	238 (43,3)	311 (56,7)	1	0,001
Sim	296 (34,2)	570 (65,8)	1,47 (1,18 - 1,83)	
Problemas sexuais				
Nao*	352 (49,6)	358 (50,4)	1	0,000
Sim	182 (25,8)	523 (74,2)	2,82 (2,25 - 3,53)	
Problemas bexiga				
Não*	438 (42,2)	599 (57,8)	1	0,000
Sim	96 (25,4)	282 (74,6)	2,14 (1,65 - 2,79)	
Ressec. vaginal				
Não*	409 (48,5)	434 (51,5)	1	0,000
Sim	125 (21,8)	447 (78,2)	3,37 (2,65 - 4,28)	
Probl. musculares				
Não*	190 (53,2)	167 (46,8)	1	0,000
Sim	344 (32,5)	714 (67,5)	2,36 (1,84 - 3,01)	
Est. menopausal				
Pré-menopausa*	339 (44,3)	427 (55,7)	1	0,000
Trans. menopausal	53 (37,1)	90 (62,9)	1,34 (0,93 - 1,94)	
Pós-menopausa	142 (28,1)	364 (71,9)	2,03 (1,59 - 2,58)	

***Grupo de referência; §Teste qui-quadrado de Pearson; **OR**=Odds Ratio; **IC**=Intervalo de Confiança

4.7 Análise de Regressão Logística Múltipla (modelo final): fatores associados à ocorrência de disfunção sexual feminina

Após o ajuste para fatores de confusão, foram identificados que o baixo grau de escolaridade - menos de 5 anos de estudo (OR:1,70; p<0,001); não praticar atividade física (OR:1,73; p=0,001); autopercepção de saúde ruim/muito ruim (OR:1,99; p<0,001); estado de ânimo depressivo (OR:1,16; p=0,002); problemas sexuais (OR:2,50; p<0,001); ressecamento vaginal (OR:1,49; p<0,001) e a fase de pós-menopausa (OR:1,82; p<0,001) estiveram significativamente associados com a ocorrência de disfunção sexual entre as mulheres pesquisadas (Tabela 9).

Tabela 9. Modelo de Regressão Logística Múltipla[a] ajustado entre a disfunção sexual e os fatores epidemiológicos e clínicos entre mulheres de meia-idade, no município de Rio Branco - Acre, 2011 a 2012.

Variável	β[§]	ORAjustada[#] (IC 95%)	p
Escolaridade			
5 anos e mais*	0,53	1	0,000
Menos de 5 anos		1,70 (1,31 - 2,19)	
Atividade física			
Sim*	0,55	1	0,001
Não		1,73 (1,23 - 2,42)	
Autopercepção saúde			
Bom/Excelente*	0,69	1	0,000
Ruim/Muito ruim		1,99 (1,55 - 2,57)	
Ânimo depressivo			
Não*	0,15	1	0,002
Sim		1,16 (1,05 - 1,27)	
Problemas sexuais			
Não*	0,92	1	0,000
Sim		2,50 (1,96 - 3,20)	
Ressecamento vaginal			
Não*	0,40	1	0,000
Sim		1,49 (1,33 - 1,66)	
Estado menopausal			
Pré-menopausa*	0,60	1	0,000
Pós-menopausa		1,82 (1,39 - 2,38)	

***Grupo de referência; [§]Coeficiente Beta; **OR**: Odds Ratio; **IC 95%**: Intervalo de 95% de Confiança;
[#]Ajustado por faixa etária, ocupação, renda *per capita*, doença diagnosticada, hipertensão, distúrbio psiquiátrico, uso de medicamentos, comorbidades clínicas e sintomatologia menopausal.
[a]A adequação final do modelo de regressão foi demonstrada pelo Teste Hosmer-Lemeshow:0,93

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal foco de interesse identificar os fatores associados às disfunções sexuais entre as mulheres de meia-idade da Região Norte Brasileira. Para tanto foram investigadas possíveis características pessoais, clínicas e epidemiológicas, as quais podem influenciar na ocorrência de disfunção sexual feminina, de modo que o conhecimento do perfil da população de estudo é essencial para a compreensão dos fatores sociodemográficos, econômicos, de estilo de vida, saúde e comorbidades clínicas a ela associados.

Vale destacar que 97,6% das convidadas aceitaram participar do estudo. No que se refere à taxa de participação, FOWLER JR. (1984) afirma que valores acima de 75% são considerados adequados. Dessa forma, os resultados encontrados nesta investigação são representativos e podem expressar as características da população estudada.

A média de idade encontrada de ocorrência da menopausa natural (48,3 anos) foi similar a achados de outros estudos realizados em países da América Latina (BLÜMEL et al., 2006); Chile (BLÜMEL et al., 2000), Colômbia (MONTERROSA et al., 2008) e Brasil (SILVA et al., 2010).

Por outro lado, nos países desenvolvidos é considerado um processo mais tardio, em que a menopausa ocorre por volta dos 51,3 anos nos países europeus (KRAJESWKA-FERISHAH et al., 2010) e 51,1 anos nas sociedades orientais (RAHMAN et al., 2011).

Diante desse cenário, as mulheres, especialmente as latino-americanas, são expostas mais cedo e por um período mais prolongado aos efeitos negativos do hipoestrogenismo. Essas oscilações hormonais podem ser responsáveis pela ocorrência de sintomas, que por vezes são tão intensos, que interferem no cotidiano e na qualidade de vida das mulheres.

Ao longo das últimas décadas, a população brasileira se tornou mais longeva. O Brasil ocupa o 87º lugar entre os países com maior expectativa de vida ao nascer. As mulheres brasileiras vivem 7,6 anos a mais que os homens, com uma esperança média de vida ao nascer de 73,1 anos. Na Região Norte, na primeira década dos anos 2000, a expectativa de vida feminina passou de 72,4 anos para 75,1 anos e no estado do Acre, de 71,8 anos para 74,7 (IBGE, 2010).

Como resultado, a longevidade da população feminina fará com que as mulheres passem uma proporção significativa de suas vidas sob o efeito do hipoestrogenismo (SIERRA et al., 2005), tendo em vista que a menopausa, no Brasil, ocorre por volta dos 48,7 anos (ALDRIGHI et al., 2005).

As oscilações hormonais dessa fase podem levar a alterações no ciclo menstrual acompanhado de sintomas vasomotores e genitais, dificuldades com o sono e alterações no humor, na função cognitiva, e no bem-estar geral (BLÜMEL et al., 2000; BACHMANN & LEIBLUM, 2004).

AMORE et al. (2007) consideram que a "síndrome menopausal" é caracterizada por sintomas psicológicos e somáticos que incluem depressão, ansiedade, irritabilidade, dificuldade com a memória e concentração, ondas

de calor, suor noturno, ressecamento vaginal e mudanças no comportamento sexual.

Entretanto, os sintomas mais consistentemente relacionados às alterações hormonais durante a transição para a menopausa são os vasomotores (ondas de calor/suor noturno), o ressecamento vaginal e as dificuldades com o sono (DENNERSTEIN et al., 2000; WOODS & MITCHELL, 2005).

Neste estudo, os três sintomas mais referidos pelas mulheres de acordo com a MRS foram: irritabilidade (78,3%), problemas musculares e nas articulações (74,8%) e ansiedade (72,7%), sintomas esses considerados atípicos pela literatura médica (DENNERSTEIN et al., 2000; WOODS & MITCHELL, 2005).

Esses dados são similares ao de outros inquéritos realizados na América Latina (CHEDRAUI et al., 2007; CHEDRAUI et al., 2010). Durante a transição para a menopausa, as mulheres de meia-idade podem apresentar uma ampla variedade de sintomas físicos e psicológicos, dos quais os mais frequentes e considerados típicos dessa fase são os vasomotores e urogenitais.

Quanto aos sintomas psicológicos (irritabilidade, ansiedade e depressão), considera-se que podem estar presentes, não apenas relacionados com os níveis de hormônios sexuais femininos, como também em associação com o processo de envelhecimento (CHEDRAUI et al., 2007).

Nesse sentido, WOODS & MITCHELL (2005) destacam que as mulheres talvez atribuam seus sintomas a uma variedade de fatores, além das oscilações hormonais, como idade, dificuldades no papel de mulher na sociedade moderna, estresse, mudanças emocionais e nos padrões de saúde.

No que se refere à intensidade da sintomatologia menopausal, os problemas musculares e nas articulações constituíram-se no sintoma mais severo, reportado por 40,9% das mulheres, dado similar ao encontrado em outros inquéritos, tanto nas sociedades ocidentais (LÓPEZ et al., 2010), quanto orientais (WAIDYASEKERA et al., 2009; SHAFIE et al., 2011).

Na Região Norte do Brasil, pesquisadores (SILVA et al., 2010) constataram uma associação estatisticamente significativa entre a queixa de dor nas articulações e a fase de pós-menopausa.

Entretanto, pelo fato de esta ocorrência ter sido observada apenas no grupo etário de 45 anos ou mais, os autores inferiram que tal característica poderia estar relacionada à idade e ao processo de envelhecimento, no qual as mulheres comumente são afetadas pelas doenças osteomusculares, e, talvez, não apenas ao estado menopausal. Isto é reforçado pelo fato de que a idade está associada com a gravidade da dor nas articulações e à dificuldade para movimentação (FREEMAN et al., 2007), bem como pela maior tendência ao sedentarismo após os 50 anos (LORENZI et al., 2006).

Na presente investigação, na análise bivariada, a dor nas articulações esteve associada com a possível ocorrência de disfunção sexual, contudo, na análise de regressão logística esta associação não foi mantida.

Todavia, é importante salientar que os problemas articulares podem determinar mudanças nos padrões sexuais. Durante a fase de pós-menopausa, que comumente acompanha o processo de envelhecimento, as dores musculoesqueléticas são queixas frequentes entre as mulheres.

O aumento da prevalência de doenças do sistema osteomuscular, comum nesse período, pode contribuir para essa ocorrência. A dor provocada por essas condições ocasiona dificuldades de mobilidade, flexibilidade e redução do tônus muscular, o que interfere no intercurso sexual, bem como, pode inibir o desejo e a disposição das mulheres para a prática sexual.

É interessante ressaltar que neste estudo as ondas de calor foram reportadas por 62,6% das mulheres e consideradas severas por 33,2%, evidenciando que este sintoma, apesar de não ter sido a principal queixa nesta investigação, é frequentemente apresentado pelas mulheres, especialmente as de países ocidentais. Estudos recentes constataram a presença desta queixa como uma das mais frequentes (CHEDRAUI et al., 2007; MONTERROSA et al., 2008; CHUNI & SREERAMAREDDY, 2011).

Pesquisadores apontam que as ondas de calor não são apenas influenciadas pelas alterações hormonais associadas com a menopausa, mas também devem ser consideradas dentro de um contexto sociocultural, ressaltado pelo menor percentual de mulheres nas sociedades orientais que relatam este sintoma, quando comparadas com as do ocidente (CHEN et al., 2010).

Na presente pesquisa, a associação entre a intensidade das ondas de calor e a ocorrência de disfunção sexual não foi identificada no modelo final de regressão logística, entretanto, este achado foi evidenciado por outros autores (VALADARES et al., 2008a; CHEDRAUI et al., 2012).

A esse respeito, sabe-se que as ondas de calor interferem no bem-estar geral das mulheres, pelo fato de afetar o humor, as atividades cotidianas, sociais, promover alterações nos padrões de sono, causar irritabilidade e indisposição, o que pode ter repercussões negativas em sua vida sexual.

No que tange as médias dos escores dos domínios somáticos, psicológicos, urológicos e totais da MRS constatou-se dados similares a inquérito realizado na América Latina (CHEDRAUI et al., 2010) nos quais estes permaneceram elevados quando comparados com os de países europeus (KRAJESWKA-FERISHAH et al., 2010) e asiáticos (LEE et al., 2010) em que as médias dos domínios encontradas foram bastante reduzidas.

Com a finalidade de comparar os domínios somáticos, psicológicos, urológicos e totais dos escores da MRS entre o presente estudo e o de outras investigações, construiu-se o quadro 2. Nesse quadro, pode-se observar que os escores apresentaram-se superiores em todos os domínios entre as mulheres de países da América Latina (Brasil e Equador) quando comparados com a Europa e Ásia, com destaque para as médias dos escores totais, apresentando-se mais elevadas no Acre (15,6) e Equador (18), enquanto na Coreia, foi apena de 8,9.

Quadro 2. Comparação entre as médias dos escores dos domínios da MRS da Região Norte do Brasil e de outras investigações realizadas na América Latina, Europa e Ásia.

País	Domínio somático	Domínio psicológico	Domínio Urogenital	Escores Totais
Brasil (Acre)	6,2 ± 4,1[a]	6,7 ± 4,6	2,6 ± 2,6	15,6 ± 8,8
Equador[b]	7,2 ± 4,5	6,9 ± 4,8	3,9 ± 3,4	18 ± 10,6
Bélgica[c]	5,5 ± 2,7	5,0 ± 2,9	3,3 ± 2,4	13,8 ± 6,5
Grécia[c]	5,7 ± 3,1	4,7 ± 3,0	2,6 ± 2,2	12,9 ± 6,5
Polônia[c]	4,9 ± 3,0	4,8 ± 3,4	2,5 ± 2,4	12,2 ± 7,6
Coreia[d]	3,6 ± 2,3	3,3 ± 2,3	1,9 ± 1,7	8,9 ± 5,1

[a]Domínios expressos em médias e ± (desvios padrão)
[b]CHEDRAUI et al. (2010)
[c]KRAJESKA-FERISHAH et al. (2010)
[d]LEE et al. (2010)

Importante mencionar, portanto, que essas diferenças poderiam ser explicadas pelo contexto sociodemográfico, econômico e cultural no qual estas mulheres estão inseridas, de modo que a severidade da sintomatologia não é consequência apenas das oscilações hormonais e do hipoestrogenismo, mas também de fatores não biológicos.

No que se refere à severidade dos domínios da MRS, destacou-se com maior intensidade o domínio psicológico (49,1%), o qual pode estar relacionado às preocupações vivenciadas pelas mulheres durante as fases de transição e após a menopausa. Nesse aspecto, deve-se considerar que a ausência da menstruação, símbolo da fertilidade, pode ser interpretada por algumas mulheres como o término de um período de vida saudável e que, a partir desse momento, há uma maior sensação de aproximação da

senescência, do aparecimento de doenças graves, alterações biológicas e até emocionais.

É oportuno salientar que em algumas culturas, a menopausa e o processo de envelhecimento representa uma significativa mudança, que geralmente confere respeito, autoridade e maturidade com o processo de envelhecimento. Enquanto para outras mulheres, particularmente aquelas que vivem em culturas que reverenciam a juventude, à menopausa pode ser atribuída uma conotação negativa. Autores enfatizam que, psicologicamente, durante a menopausa as mulheres devem lidar com mudanças internas decorrentes das alterações hormonais, perda do potencial reprodutivo e transição para uma idade mais avançada. Destacam ainda que socialmente, na fase de meia-idade, elas têm que enfrentar muitos problemas, incluindo filhos que saem de casa, doenças físicas próprias, a perda dos pais e de familiares, adoecimento de familiares e, por vezes, estresse e incompreensão no casamento (AMORE et al., 2007).

GOBERNA et al. (2009) consideram que as mulheres na meia-idade não só enfrentam mudanças físicas, emocionais, sociais e familiares, como também vivenciam um período de suas vidas representado por profundas e críticas reflexões sobre a sua experiência. Na verdade, elas têm que enfrentar a sua própria realidade e as demais demandas colocadas sobre elas, especialmente devido ao modelo/cultura patriarcal existente em algumas sociedades.

A prevalência de disfunção sexual no grupo estudado (escores totais do IFSF iguais ou inferiores a 26) foi de 62,3%, dado este corroborado por

LAUMANN et al., 1999; ÇAYAN et al., 2004; OKSUZ & MALHAN, 2006; ASLAN et al., 2008; BLÜMEL et a., 2009; CHEDRAUI et al., 2012; LO & KOK, 2013 e diferente de outros achados na literatura (NICOLOSI et al., 2006; PÉREZ-LÓPEZ et al., 2012; VALADARES et al., 2008a).

Entre as mulheres pesquisadas, a média dos escores totais do IFSF foi de 24,6 (±5,4), similar ao obtido nos estudos de ASLAN et al. (2008): 24,3 (±9,5) pontos e BLÜMEL et al. (2009): 25,2 (±5,9) pontos. Todos os domínios do IFSF diminuíram significativamente com a idade. Na investigação em questão, todos os domínios, à exceção da dor/desconforto durante a relação sexual, apresentaram-se menores com o avançar da idade, similar ao encontrado por ASLAN et al. (2008).

Com relação às médias dos escores dos domínios do IFSF, o mais afetado foi o desejo, em que média obtida foi de 4,0 (±1,7) pontos, seguida pelo orgasmo com 8,3 (±2,6) pontos. Estes resultados são similares aos achados na literatura, em que a diminuição da libido e a disfunção orgástica estiveram entre as principais disfunções sexuais encontradas (ABDO, 2002; ABDO, 2004; NICOLOSI et al., 2006; OKSUZ & MALHAN, 2008; BLÜMEL et al., 2009).

Conforme evidenciado no quadro 3, a seguir, os dados do presente estudo revelam que a prevalência de disfunção sexual feminina permanece elevada, e que esta é uma realidade encontrada não apenas na Região Norte do Brasil, como também nos demais países da América Latina, na Ásia e nos Estados Unidos. Apenas na Europa, as queixas de disfunção sexual alcançaram baixos percentuais.

Quadro 3. Estudos epidemiológicos de distribuição da prevalência de disfunção sexual feminina

Autores	Desenho Estudo	País	Amostra	Faixa etária	Prevalência
LAUMANN et al. (1999)	Coorte	Estados Unidos	1.749 mulheres 1.410 homens	18-59 anos	Mulheres - 43% Homens - 31%
ABDO et al. (2004)	Transversal	Brasil	1.219 mulheres	18 anos e mais	49% - relataram um tipo de disfunção sexual 26,7% - diminuição da libido
NICOLOSI et al. (2006)	Transversal	Europa (Suécia, Bélgica, Alemanha, Áustria, França, Espanha, Itália e Reino Unido)	5.023 mulheres 4.977 homens	40 a 80 anos	Mulheres - 32% Diminuição libido (18%) Homens - 23% Ejaculação precoce (11%)
LORENZI & SACILOTO (2006)	Transversal	Brasil	206 mulheres	45 a 60 anos	60% relataram diminuição da libido após a menopausa
OKSUZ & MALHAN (2006)	Transversal	Turquia	518 mulheres	18 a 55 anos	48,3% - disfunção sexual 48,3% - diminuição da libido
ASLAN et al. (2008)	Transversal	Turquia	1.009 mulheres	20 anos e mais	43,4% - disfunção sexual Diminuição libido - menores escores do IFSF no estudo
VALADARES et al. (2008a)	Transversal	Brasil	315 mulheres	40 a 65 anos	35,9% - disfunção sexual
BLÜMEL et al. (2009)	Transversal	América Latina (11 países)	7.243 mulheres	40 a 59 anos	56,8% - disfunção sexual 40,8% a 60,4% - ressecamento vaginal
CHEDRAUI et al. (2012)	Transversal	Equador	904 mulheres	40 a 59 anos	65% - disfunção sexual
PÉREZ-LÓPEZ et al. (2012)	Transversal	Espanha	179 mulheres	40 a 65 anos	36,9% - disfunção sexual
LO & KOK (2013)	Transversal	China	371 mulheres	40 a 60 anos	77,2% - relataram pelo menos um tipo de disfunção sexual 42,9% - ressecamento vaginal

A prevalência de disfunção sexual entre os grupos etários de 35 a 44, 45 a 54 e 55 a 65 anos foram de 54,8%, 64,2% e 71,8%, respectivamente. Estes dados revelaram um aumento significativo da prevalência de disfunção sexual com a progressão da idade, dados similares aos de outros inquéritos (OKSUZ & MALHAN, 2006; HAYES et al., 2007; ASLAN et al., 2008).

O estudo "*Women's International Survey of Health and Sexuality*" (WHISHeS) investigou mulheres na Europa - Alemanha, França, Itália e Reino Unido (1.998) e Estados Unidos (1.591). Entre as europeias, a proporção de mulheres com baixo nível de desejo sexual aumentou de 11% entre aquelas com 20 a 29 anos para 53% entre as com 60 a 70 anos. Entre as mulheres americanas, não houve tendência significativa de diminuição da libido relacionada à idade (HAYES et al., 2007).

As dificuldades sexuais femininas podem ser consideradas como idade-dependentes. Dessa forma, o desejo sexual tende a diminuir, especialmente com o advento da menopausa, que acompanha o processo de envelhecimento (ABDO, 2007).

Segundo as mulheres entrevistadas, a disfunção sexual que mais lhes afetou foi a diminuição da libido, referida por 655 (55,1%), similar ao encontrado por ABDO et al., 2002, ABDO et al., 2004 e OKSUZ & MALHAN (2006), em que a queixa de falta de desejo sexual foi reportada por 34,6%, 26,7% e 48,3%, respectivamente. Resultado diferente foi encontrado por NICOLOSI et al. (2006), no qual, entre as mulheres europeias investigadas, a diminuição do interesse sexual foi relatada por apenas 18%.

De acordo com o estado menopausal a prevalência de disfunção sexual foi de: 55,7% (pré-menopausa); 62,9% (transição menopausal) e 71,9% (pós-menopausa), resultado similar ao encontrado por VALADARES et al. (2008a), em que houve uma elevação na frequência de disfunção sexual à medida que as mulheres progrediam pelas fases de pré, peri e pós-menopausa.

Os fatores que mantiveram associação com a ocorrência de disfunção sexual entre as mulheres foram: baixo grau de escolaridade (menos de 5 anos de estudo), não praticar atividade física, autopercepção de saúde ruim/muito ruim, fase de pós-menopausa, estado de ânimo depressivo, problemas sexuais (falta no desejo, na ativação e na satisfação sexual) e presença ressecamento vaginal, similar ao encontrado por outros pesquisadores (GONZALEZ et al., 2006; ASLAN et al., 2008; BLÜMEL et al., 2009; HAYES et al., 2008; LLANEZA et al., 2011).

Resultados não similares aos da presente investigação foram encontrados (TOMIC et al., 2006; OKSUZ & MALHAN, 2006; AMORE et al., 2007; VALADARES et al., 2008a), entretanto tais análises podem revelar que, em se tratando de populações e amostras distintas, bem como aspectos socioculturais e demográficos específicos, e ainda pelos instrumentos utilizados para medir a função sexual, serão reveladas particularidades inerentes a cada região e população estudada.

No que diz respeito à associação entre a disfunção sexual e nível de escolaridade, LAUMANN et al. (1999), em seu estudo "*The National Health and Social Life Survey*" (NHSLS), indicaram que a disfunção sexual esteve

fortemente associada com características demográficas, incluindo idade e nível educacional. No geral, homens e mulheres com menor nível educacional relataram uma experiência sexual menos prazerosa e níveis elevados de ansiedade sexual. Os autores acrescentam, ainda, o fato de que os indivíduos mais instruídos são considerados mais saudáveis e possuem estilos de vida que são física e emocionalmente menos estressantes.

BLÜMEL et al. (2009), em um estudo Latino-americano multicêntrico que investigou a disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, evidenciaram que o baixo nível educacional foi um fator que aumentou a disfunção sexual feminina nos anos que se seguem à menopausa.

No que se refere a aspectos relativos ao estilo de vida, constatou-se no inquérito de VALADARES et al. (2008a) que as mulheres que relataram sedentarismo ou que tiveram uma autopercepção de saúde ruim foram mais propensas a ser afetadas por disfunção sexual. Autores apontam que aspectos como saúde mental, bem-estar emocional e autoestima elevada estão associados com uma melhora da função sexual (DENNERSTEIN & LEHERT, 2004; LAUMANN et al., 1999; LAUMANN et al., 2005).

PALACIOS et al. (2002) apontam que a presença de comorbidades clínicas e o uso de medicamentos são uma fonte comum de disfunção sexual, devido ao seu impacto sobre os sistemas neuroendócrino e vascular. Na presente pesquisa, 68% das mulheres possuíam doença diagnosticada pelo médico, e 57,7% faziam uso de medicamentos regularmente, o que pode ter relação direta com a autopercepção de saúde considerada

ruim/muito ruim por um percentual elevado de entrevistadas (54,6%), aspecto este que manteve associação com a ocorrência de disfunção sexual na população estudada.

Vários pesquisadores têm relatado diminuição do desejo ou interesse sexual e da capacidade de resposta sexual entre as mulheres na pós-menopausa (AVIS et al., 2000; DENNERSTEIN et al., 2001; DENNERSTEIN et al., 2002; TOMIC et al., 2006; VALADARES et al., 2008b).

Em investigação realizada por ROSEN et al. (2012), as mulheres em fase de pós-menopausa apresentaram menores escores totais do IFSF: 14 (±7,5) pontos, que podem indicar piora na função sexual quando comparadas com as mulheres em pré-menopausa: 16,7 (±6,8) pontos. Acrescentam, ainda, o fato de que, na fase de pós-menopausa é mais comum a ocorrência de doenças crônicas, tais como problemas cardiovasculares e depressão, do que em mulheres em pré-menopausa.

DENNERSTEIN et al. (2001) constataram que, durante a fase de pós-menopausa, houve uma queda significativa na resposta, frequência da atividade sexual e libido, concomitante ao aumento da dispareunia e problemas do parceiro quanto ao desempenho sexual.

DENNERSTEIN et al. (2002) indicaram que o aumento da dispareunia e a diminuição da libido e resposta sexual estiveram correlacionados com o decréscimo dos níveis de estradiol, mas não com os de androgênios. No estudo de LEIBLUM et al. (2006), mulheres com idade entre 50 e 70 anos, em fase pós-menopausa natural e cirúrgica, apresentaram percentuais

similares quanto à diminuição do desejo sexual (29 e 33%, respectivamente).

Acrescenta-se, ainda, o fato de que o estado menopausal é um fator significativo que pode influenciar o desejo sexual, principalmente em decorrência da severidade da sintomatologia que compromete o bem-estar físico e emocional, que, por sua vez, pode influenciar a responsividade sexual. Para uma parcela considerável das mulheres, as fases de transição menopausal e pós-menopausa constituem-se em períodos de mudanças biológicas, bem como psicossociais, que podem propiciar maior fragilidade durante este ciclo de vida (HARTMANN et al., 2004).

Alguns pesquisadores investigaram a contribuição independente do estado menopausal para a ocorrência de um declínio na função sexual feminina, de forma que após o controle para idade e outros aspectos clínicos e epidemiológicos, a relação entre a ocorrência de menopausa e a redução do funcionamento sexual permaneceu significativa (DENNERSTEIN et al., 2001; ÇAYAN et al., 2004; OKSUZ & MALHAN, 2006; LEIBLUM et al., 2006; ASLAN et al., 2008).

A literatura considera, ainda, que embora as causas para a diminuição da atividade sexual em mulheres na pós-menopausa sejam variadas, em algumas circunstâncias, o aumento da prevalência de disfunção sexual seja devido a dificuldades de excitação e dor/desconforto durante a relação sexual (LEVINE et al., 2008, FIGUEROA et al., 2009, BLÜMEL et al., 2009).

No inquérito "*Melbourne Womens's Midlife Health Study*" foi evidenciado que, durante a transição menopausal, as mulheres apresentaram um declínio significativo na resposta sexual, período em que também é afetada a sua relação com o parceiro e a sua capacidade de realizar o ato sexual.

Com a transição para a pós-menopausa, foram observadas, ainda, novas quedas no funcionamento e capacidade sexuais, bem como um maior aumento dos problemas do parceiro no desempenho sexual (DENNERSTEIN et al., 2001). Em estudo de LORENZI & SACILOTO (2006), 60% das mulheres referiram diminuição da atividade sexual após a menopausa.

Na presente investigação, o percentual de mulheres que referiram estado de ânimo depressivo (tristeza, choro e alterações de humor) foi de 68,9%.

Quanto à possível associação entre esta queixa e a ocorrência de disfunção sexual, há relato na literatura de que os sintomas psicológicos, estresse e problemas emocionais podem estar relacionados a um declínio da atividade sexual e à diminuição da libido (MISHRA & KUH, 2006; LEIBLUM et al. 2006).

Do ponto de vista psicossocial, cabe apontar um fator importante que ocorre nesse período, conhecido como a "síndrome do ninho vazio". Nesse momento a mulher sente-se como estivesse perdendo os filhos, que, agora adultos, saem de casa para construir a sua própria vida (SOARES & ALMEIDA, 1999). Aquelas que não apresentam uma atividade profissional

fora do contexto familiar podem ser as mais afetadas nesse aspecto (TRIEN et al., 1994).

Outro aspecto a ser considerado, refere-se ao fenômeno chamado "ninho cheio", caracterizado por uma permanência mais prolongada do adulto jovem na casa dos pais, em que a família passa a residir conjuntamente (VIEIRA & RAVA, 2010).

Essa convivência com os filhos adolescentes e adultos jovens traz novos desafios. Eventos como a gravidez não esperada das filhas ou namoradas dos filhos, condição que pode conduzir a mulher, mais cedo do que talvez ela desejasse, ao papel de avó. Isso colabora para o aumento de suas tarefas e responsabilidades, principalmente se os netos ficarem sob sua guarda ou cuidado (VIEIRA & VIEIRA, 2011).

AMORE et al. (2007) revelaram que o humor deprimido e o funcionamento sexual prejudicado foram mais relevantes na pós-menopausa do que nos períodos de pré-menopausa e transição menopausal. Por outro lado, FREEMAN et al. (2009) referem que há um aumento na probabilidade de sintomas depressivos durante a transição para a menopausa, a qual tende a diminuir na fase de pós-menopausa após o ajuste para outros fatores preditores de depressão.

A depressão é um importante fator de risco para as disfunções sexuais por causar desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros sintomas que comprometem o desejo sexual. Por sua vez, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e causar conflitos relacionais (ABDO, 2007). A autora acrescenta que o prejuízo do desejo inibe a

deflagração do ciclo de resposta sexual e, na ausência do desejo, o ciclo não se desenvolve, pois as fantasias sexuais não são desencadeadas (ou são raras e fugazes), e os potenciais estímulos sensoriais não se efetivam.

GUTMANN (2005) destaca que as mudanças psicossociais que acometem as mulheres durante o seu processo de envelhecimento podem contribuir para a ocorrência de disfunções sexuais e que fatores como o estresse da vida diária, o papel de cuidadoras dos pais idosos, exercidos por algumas delas, podem levar à ansiedade e depressão, podendo causar impacto negativo na função sexual.

HARTMANN et al. (2004) inferem que o estresse, o contexto social, as experiências sexuais anteriores e o desequilíbrio emocional são mais significativos para a vida sexual do que as mudanças comuns que ocorrem durante a menopausa.

Segundo DENNERSTEIN (2008) os fatores que agem negativamente na função sexual de mulheres de meia-idade incluem o envelhecimento, qualidade dos relacionamentos, declínio da saúde física - incluindo ansiedade e depressão - e o uso concomitante de medicamentos que ocasionam efeitos adversos na esfera sexual. A fase de meia-idade tem sido considerada um período de relativo estresse psicossocial para as mulheres, momento em que elas são confrontadas com alterações nos ciclos menstruais, perda da juventude e da função reprodutiva, doença e morte dos pais, problemas de saúde próprios e do parceiro.

No que se refere à presença de disfunção sexual associada a problemas sexuais (falta no desejo, na atividade e satisfação), de acordo

com abrangentes pesquisas, o desejo sexual hipoativo (falta de interesse sexual) está entre as queixas sexuais femininas mais frequentes (LAUMANN et al., 2005; HOLLINGSWORTH & BERMAN, 2006), dados corroborados pela presente investigação, em que a diminuição da libido foi a principal queixa sexual, referida por 46,3% das entrevistadas. Dentre os domínios do IFSF, o desejo foi o que apresentou os escores mais baixos.

LEIBLUM et al. (2006) destacam que a diminuição do desejo sexual esteve correlacionada com baixos níveis de excitação, orgasmo e prazer. As relações entre desejo e os outros aspectos da função sexual foram similares entre os quatro grupos de mulheres estudadas (pós-menopausa cirúrgica, com grupos etários de 20 a 59 anos e 50 a 70 anos; pré-menopausa, com idade entre 20 e 49 anos; e pós-menopausa natural, com idade entre 50 e 70 anos), indicando que uma mulher que relata baixo desejo sexual muito provavelmente também experimenta baixos níveis de excitação sexual, de prazer sexual, bem como dificuldades para atingir o orgasmo, independentemente de sua idade e da fase de pós-menopausa.

Esses dados sugerem que as mulheres que referem baixo desejo sexual podem apresentar uma experiência sexual qualitativa diferente das mulheres que reportam ausência de problemas sexuais. Redução do prazer ou satisfação com as suas experiências pessoais podem influenciar tanto a receptividade quanto o interesse sexual subsequentes, levando a novas reduções na satisfação sexual ou relação global (LEIBLUM et al., 2006).

Para muitas mulheres, o baixo desejo sexual pode estar associado ao sofrimento psicológico e deve ser reconhecido como um item importante

para a manutenção da qualidade de vida. O Distúrbio do Desejo Sexual Hipoativo esteve significativamente associado com o aumento do sofrimento emocional e psicológico, a uma menor satisfação sexual do parceiro, bem como foi associado com decréscimos significativos no estado de saúde geral, incluindo aspectos de saúde física e mental (LEIBLUM et al., 2006).

O desejo sexual feminino é vital para a saúde e para uma relação sólida entre a mulhere e seu parceiro. Para muitas mulheres o desejo sexual sofre declínio durante os anos finais da vida reprodutiva e se mantém após a menopausa (BUSTER, 2005).

Com o passar da idade, a produção ovariana de testosterona vai diminuindo, o que pode levar ao desejo sexual hipoativo. Porém, é impossível distinguir se esse sintoma ocorre apenas pelo hipoandrogenismo ou se porque a função sexual está bastante prejudicada pelo hipoestrogenismo, tornando a relação, além de não prazerosa, dolorosa, levando indiretamente à diminuição da vontade em manter relações sexuais (AMBROGINI et al., 2011).

HARTMANN et al. (2004) ressaltam que para uma avaliação mais rigorosa quanto à presença do baixo desejo sexual entre mulheres mais velhas, pelo menos cinco dimensões e suas interações devem ser levadas em consideração, quais sejam: 1) idade; 2) idade do parceiro e qualidade do relacionamento; 3) estado menopausal, incluindo saúde física; 4) experiências sexuais prévias; e 5) fatores pessoais e saúde mental.

Investigação realizada por GRACIA et al. (2004) revelou que a diminuição da libido nos anos finais de vida reprodutiva esteve associada

com uma variação acentuada nos níveis de testosterona. CHEDRAUI et al. (2011) consideram que os baixos níveis de estrogênio podem causar diminuição do suprimento do sangue que afeta a lubrificação vaginal, contribuindo para o aumento da dispareunia e fazendo com que as mulheres, especificamente, pelo fato de sentir dor e/ou desconforto urogenital, se tornem mais relutantes em se envolver em relações sexuais.

Para GOBERNA et al. (2009), no entanto, a diminuição do desejo sexual, nos anos que se seguem à menopausa nem sempre é percebida negativamente, uma vez que muitas mulheres têm obtido alguns benefícios no que diz respeito a sua experiência sexual. A redução do desejo e do impulso sexual é compensado por uma experiência mais calma e racional da sexualidade, que não é vista como menos satisfatória. Destacam que a diminuição da atividade sexual durante a transição menopausal não se constitui em um evento cronológico, mas depende de fatores que incluem o bem-estar da mulher e de seu parceiro.

No presente estudo, o ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual) esteve presente em 78,2% das mulheres com disfunção sexual.

Quanto ao seu papel como um dos fatores responsáveis pela ocorrência de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade, constata-se que, no período tardio da menopausa, a severa atrofia do tecido urogenital provoca secura vaginal, dificuldade de excitação e obtenção do orgasmo, além de dispareunia, fazendo com que muitas mulheres adquiram aversão sexual.

No estudo de GRACIA et al. (2004) o ressecamento vaginal foi apontado como um preditor independente para a diminuição da libido entre mulheres de 35 a 47 anos. Em análise feita por BLÜMEL et al. (2009), o decréscimo da lubrificação vaginal foi considerado o mais importante fator de risco associado à diminuição da função sexual entre mulheres de meia-idade.

A deficiência estrogênica decorrente da pós-menopausa pode causar atrofia vulvovaginal. A integridade vaginal depende dos níveis de estrogénio e dos efeitos das fibras elásticas e de colágeno. A vagina, vulva, uretra e o trígono da bexiga, todos contêm receptores de estrogênio e sofrem atrofia quando diminuem os níveis de estrogênio. A vulva e as paredes vaginais também se tornam mais finas e podem perder sua elasticidade. As secreções vaginais também diminuem, levando a uma lubrificação reduzida. Tais fatores levam as mulheres a sentir dor e desconforto durante a relação sexual (CASTELO-BRANCO et al., 2005; WYLIE et al., 2010).

AVIS et al. (2009) apontam que a secura vaginal foi encontrada como um achado importante associado com a masturbação, dor, excitação, prazer físico e satisfação emocional. Entre as mulheres que relataram a presença de 1 (um) a 5 (cinco) dias de ressecamento vaginal, maior foi o relato de dor durante a relação sexual e menor o nível de excitação, enquanto aquelas que relataram 6 (seis) ou mais dias de secura vaginal, tiveram um risco ainda maior de referir dor, menos excitação, prazer físico menor e menos satisfação emocional quando comparada às mulheres que não relataram esta queixa.

THOMAS et al. (2011) identificaram que a dispareunia e o ressecamento vaginal são problemas comumente reportados por mulheres de meia-idade, entretanto, obtiveram que apenas a dor/desconforto durante a relação sexual esteve associada com o declínio da frequência da atividade sexual durante a transição menopausal e pós-menopausa.

Na presente investigação, as entrevistadas relataram que apenas 27,6% dos médicos questionaram sobre a sua vida sexual durante as consultas de rotina. A esse respeito, LAUMANN et al. (1999) identificaram que apenas cerca de 10 a 20% de homens e mulheres, respectivamente, procuram consultas médicas para tratamento de seus problemas sexuais.

Vale destacar que durante o processo de envelhecimento, os homens também apresentam alterações de ordem sexual, seja pelo avançar da idade ou pela presença de comorbidades clínicas, especialmente doenças dos sistemas cardiovascular e urológico.

Portanto, uma cuidadosa avaliação da história sexual das mulheres e de seus parceiros, poderia contribuir para uma identificação de determinadas condições apresentadas por eles, que conduziriam à ocorrência de disfunções sexuais e que de forma equivocada, seriam atribuídas às mulheres. Um homem que apresenta ejaculação precoce, por exemplo, pode induzir sua parceira a considerar-se incapaz de alcançar o orgasmo. Todavia, a disfunção sexual por ele apresentada, a impede de atingir todas as fases do ciclo de resposta sexual com êxito (ABDO & FLEURY, 2006).

Entretanto, é oportuno salientar que, por vezes, as questões relativas às disfunções sexuais não são tratadas durante as consultas ambulatoriais

por ainda ser considerado um assunto constrangedor, especialmente para muitas mulheres, que não se sentem à vontade para expor tais questões.

Simples questionamentos podem ajudar os médicos a estabelecer uma conexão entre a ocorrência de disfunção sexual e a transição menopausal, bem como podem exigir treinamento especializado para determinar se outros fatores, além das mudanças hormonais, estão interferindo na saúde sexual.

HARTMANN et al. (2004) destacam que os profissionais de saúde devem ser sensíveis aos problemas sexuais de seus pacientes, bem como devem ser encorajados a avaliar os desejos sexuais e os problemas pessoais que podem auxiliar as mulheres, especialmente as mais idosas, a falar sobre a sua sexualidade e a expressar as suas necessidades sexuais. Estes se constituem em passos importantes para que cada mulher possa fazer uma transição bem sucedida durante este ciclo de vida que vem acompanhado pelo processo de envelhecimento, visando à manutenção da qualidade de vida e autoestima elevada.

Investigar e tratar precocemente a disfunção sexual significa identificar sua causa, o que garante um tratamento mais efetivo, em vista de serem as disfunções sexuais marcadores de saúde, ou seja, indicadores da presença subjacente de problemas de saúde física e psíquica (ABDO, 2007).

A farmacoterapia para disfunção sexual feminina ainda é bastante restrita. A reposição estrogênica local melhora as queixas genitais, com efeito positivo na resposta sexual, e a racionalidade da terapia androgênica ainda não está bem estabelecida (LARA et al., 2008), apesar de ser indicada

em algumas condições específicas, tais como: menopausa cirúrgica, pós-quimioterapia ou pós-radioterapia; falência ovariana prematura e menopausa fisiológica quando os benefícios provenientes da terapia hormonal convencional não são suficientes (GENAZZANI et al., 2004).

Os dados apresentados no presente estudo chamam a atenção para a necessidade de avaliação dos aspectos relativos ao contexto social, de saúde e de relacionamento na etiologia das disfunções sexuais durante o período de transição e nos anos que se seguem à menopausa.

A esse respeito, investigadores destacam a importância dos fatores pessoais, sociais e relativos ao parceiro como possíveis preditores da função sexual feminina, além da idade e de fatores hormonais (BLÜMEL et al., 2009; CHEDRAUI et al., 2011; CHEDRAUI et al., 2012). VIEIRA & VIEIRA (2011) destacam que as fases de transição menopausal e pós-menopausa percorrem uma extensão muito grande da vida da mulher (uma faixa de aproximadamente 25 anos) e que, portanto, deve se pensar numa abordagem complexa, com a participação de diversos campos do conhecimento humano, somados com as fases de desenvolvimento feminino.

HAYES et al. (2008) ressaltam que fatores de relacionamento exercem maior interferência na diminuição do desejo do que a idade ou o estado menopausal. PÉREZ-LÓPEZ et al. (2012) apontam para o fato de que entre as mulheres, os aspectos sociais, comportamentais, de saúde e estilo de vida contribuem para alterações emocionais, que, em geral, podem prejudicar gravemente a qualidade de vida, desempenho e interesse sexual.

DENNERSTEIN et al. (2001) relatam que tanto fatores biológicos quanto psicossociais afetam o funcionamento sexual das mulheres de meia-idade. LORENZI & SACILOTO (2006) reforçam que a sexualidade da mulher durante a transição e após a menopausa não é influenciada apenas pelo hipoestrogenismo, como também por fatores psicossociais e culturais, inerentes ao processo de envelhecimento. A resposta sexual feminina é considerada multidimensional, envolvendo parâmetros hormonais, fisiológicos, relacionais, emocionais e psicológicos.

HARTMANN et al. (2004) alertam que a abordagem das disfunções sexuais deve levar em consideração uma adequada avaliação de aspectos psicossociais, pois identificaram que fatores socioculturais, estresse diário, passado sexual e problemas de saúde mental foram considerados mais preditores do interesse sexual do que o próprio estado menopausal.

Portanto, a avaliação completa de uma mulher apresentando disfunção sexual deverá considerar todos os aspectos inerentes à mente e ao corpo, para garantir que todas as dimensões sejam contabilizadas na avaliação do bem-estar sexual da paciente (HOLLINGSWORTH & BERMAN, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante notar que os resultados dessa investigação são limitados por se tratar de um estudo transversal. Entretanto, ressalta-se que os objetivos pretendidos com a realização da pesquisa foram alcançados, bem como destaca-se esse inquérito como o primeiro a ser realizado na Região Norte brasileira que incluiu uma parcela significativa de mulheres procedentes de um Hospital Escola de Rio Branco - Acre e que utilizou o IFSF para medir a função sexual feminina.

Evidenciou-se nessa investigação que, entre mulheres acrianas oriundas da Amazônia Ocidental brasileira, a prevalência de disfunção sexual foi elevada e que, além do estado e sintomatologia menopausal, fatores relacionados a aspectos não biológicos (socioeconômicos, estilo de vida e condições de saúde) estiveram significativamente associados com a ocorrência de disfunção sexual feminina.

Com o processo de transição demográfica pelo qual passa o país, o número de mulheres em fase de pós-menopausa será cada vez maior e, por se constituir em um período relativamente longo da vida das mulheres, deve merecer atenção crescente no contexto das Políticas Públicas voltadas à Atenção à Saúde da Mulher, especialmente devido à sintomatologia menopausal, bem como à presença de doenças, algumas de caráter crônico e degenerativo.

É necessário estimular um cuidado mais integral à saúde da mulher durante a transição menopáusica e o processo de envelhecimento, através

da promoção de atitudes positivas, adoção de um estilo de vida mais saudável e redução do estresse, que poderiam contribuir para uma melhora da qualidade de vida e função sexual.

Infelizmente, a disfunção sexual ainda não é vista como um problema de saúde pública. É necessário que os profissionais de saúde identifiquem as alterações de ordem sexual, que ainda permanecem ocultas, dentre as queixas apresentadas pelas mulheres, durante as consultas de rotina.

É importante que as mulheres sejam estimuladas a expressarem seus problemas, durante os atendimentos nas unidades de saúde, e que os profissionais estejam mais sensibilizados a atendê-las, considerando as especificidades do período em que se encontra.

Nesse sentido, espera-se que os resultados do presente trabalho possam contribuir positivamente para a implementação de políticas públicas de saúde voltadas a essa considerável parcela da população feminina.

É importante salientar que é necessário o incentivo à realização de futuros estudos acerca da temática em questão, para que essa realidade seja melhor conhecida e estratégias possam ser implementadas, com a finalidade de uma abordagem mais efetiva da sexualidade feminina nos serviços de saúde, bem como a implementação de estratégias resolutivas das disfunções sexuais que acometem as mulheres.

7 REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. et al. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 59, n. 4, p. 250-7, 2002.

ABDO, C. H. N. **Descobrimento sexual do Brasil**. São Paulo: Lemos, 2004.

ABDO, C. H. N. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**. v. 16, n. 2, p. 160-6, 2004.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 3, p. 162-7, 2006.

ABDO, C. H. N. **Da depressão à disfunção sexual**. São Paulo: Vizoo Editora, 2007.

ACRE. GOVERNO DO ESTADO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Sustentável - SEPLANDS. ACRE EM NÚMEROS, 2006.

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 59, p. 15-21, 2002.

ALDRIGHI, J. M. et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 51, n. 1, p. 51-3, 2005.

ALTHOF, S. E. et al. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 31, n. 2, p. 153-66, 2005.

AMBROGINI, C. C. et al. Sexualidade feminina na transição menopausal e pós-menopausa. In: HAIDAR, M. A.; SILVA. I. da. **Diagnóstico e tratamento na transição menopausal e pós-menopausa**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 11-35.

AMORE, M. et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. **Maturitas**. v. 56, n. 3, p. 303-11, 2007.

ASLAN, E. et al. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a University Hospital in Istanbul. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 5, n. 9, p. 2044-52, 2008.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AVIS, N. E. et al. Is there an association between menopause status and sexual functioning? **Menopause**. v. 7, n. 5, p. 297-309, 2000.

AVIS, N. E. et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause results from the Study of Women's Health Across the Nation. **Menopause**. v. 16, n. 3, p. 442-52, 2009.

BACHMANN, G. A.; LEIBLUM, S. R. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. **Menopause**. v. 11, n. 1, p. 120-30, 2004.

BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urology**. v. 163, n. 3, p. 888-93, 2000.

BASSON, R. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

BLÜMEL, J. E. et al. Quality of life after the menopause: a population study. **Maturitas**. v. 34, n. 1, p. 17-23, 2000.

BLÜMEL, J. E. et al. Índice de función sexual femenina: um teste para evaluar la sexualidad de la mujer. **Revista Chilena de Obstetrícia e Ginecologia**. v. 69, n. 2, p. 118-25, 2004.

BLÜMEL, J. E. et al. Age at menopause in Latin America. **Menopause**. v. 13, n. 4, p. 706-12, 2006.

BLÜMEL, J. E. et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. **Menopause**. v. 16, n. 6, p. 1139-48, 2009.

BUSTER, J. E. Aging, androgens and female sexual desire: can we restore what time takes away? **Sexuality, Reproduction & Menopause**. v. 3, n. 1, p. 3-7, 2005.

CASTELO-BRANCO, C. et al. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginits. **Maturitas**. v. 52, p. 46-52, 2005.

ÇAYAN, S. et al. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual

dysfunction improve female partner's functions? **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 30, n. 5, p. 333-41, 2004.

CESAR, C. L. G. et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 30, n. 2, p. 153-60, 1996.

CHEDRAUI, P. et al. Assessing menopausal symptoms among health middle-aged women with the Menopause Rating Scale. **Maturitas**. v. 57, p. 271-8, 2007.

CHEDRAUI, P. et al. Severe menopausal symptoms in middle aged women are associated to female and male factors. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. v. 281, p. 879-95, 2010.

CHEDRAUI, P. et al. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. **Maturitas**. v. 68, p. 387-90, 2011.

CHEDRAUI, P. et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. **Maturitas**. v. 71, n. 4, p. 407-12, 2012.

CHEN, C.; LAFORCE, C. B.; WANG, S. Y. A comparative study of menopausal hot flashes and their psychosocial correlates in Taiwan and the United States. **Maturitas**. v. 67, p. 171-7, 2010.

CHUNI, N.; SREERAMAREDDY, C. T. Frequency of symptoms, determinants of severe symptom, validity of and cut-off survey among midlife Nepalese women. **BMC Women's Health**. v. 11, p. 1-9, 2011.

COELHO, D. N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Revista Rene Fortaleza**. v. 11, n. 4, p. 163-73, 2010.

Comparison of degree of severity of the MRS and its domains. Disponível em: <http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountGr.pdf.> Acesso em: 16 agosto 2013.

DAVIS, S. R. Androgens and female sexuality. **The Journal of Gender-Specific Medicine**. v. 3, n. 1, p. 36-40, 2000.

DENNERSTEIN, L. et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. **Obstetrics & Gynecology**. v. 96, n. 3, p. 351-8, 2000.

DENNERSTEIN, L.; DUDLEY, E.; BURGER, H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? **Fertility and Sterility**. v. 76, n. 3, p. 456-60, 2001.

DENNERSTEIN, L.; HANDOLPH, J.; TAFFE, J. et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. **Fertility and Sterility**. v. 77, n. 4, supl. 4, p. 42-8, 2002.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. **Menopause**. v. 11, n. 6, p. 778-85, 2004.

DENNERSTEIN, L. Sexuality, midlife, and menopause. **Menopause**. v. 15, n. 2, p. 221-2, 2008.

DUARTE, C. P.; SANTOS, C. L. dos.; GONÇALVES, A. K. A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 23, n. 3, p. 35-48, 2002.

FERREIRA, A. L. C. G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Femina**. v. 35, n. 11, p. 689-95, 2007.

FIGUEROA, J. R. et al. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. **Revista Médica de Chile**. v.137, p.345-50, 2009.

FOWLER JÚNIOR, F. J. **Survey research methods**. Califórnia: Sage Publications, 1984.

FREEMAN, E. W. et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. **Obstetrics and Gynecology**. v. 110, p. 230-40, 2007.

FREEMAN, E. W. et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. **Archives of General Psiquiatry**. v. 61, p. 62-70, 2009.

GENAZZANI, A. R. et al. Women's sexuality after menopause: What role of androgens? **Sexuality, Reproduction & Menopause**. v. 2, n. 4, p. 204-8, 2004.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 18, p. 103-12, 2002.

GOBERNA, J. et al. Sexual experiences during the climacteric years: what do women think about it? **Maturitas**. v. 62, p. 47-52, 2009.

GONZALES, M. et al. Libido and orgasm in middle-aged woman. **Maturitas**. v. 53, p. 1-10, 2006.

GRACIA, C. R. et al. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. **Menopause**. v. 11, n. 2, p. 144-50, 2004.

GRACIA, C. R. et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. **Menopause**. v. 2, n. 12, p. 128-35, 2005.

GRACIA, C. R. et al. Hormones and sexuality during transition to menopause. **Obstetrics & Gynecology**. v. 109, n. 4, p. 831-40, 2007.

GUTMANN, J. N. Exploring sexual dysfunction in the menopausal woman. **Sexuality, Reproduction & Menopause**. v. 3, n. 1, p. 8-11, 2005.

HARTMANN, U. et al. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors psychosocial development, present sexuality. **Menopause**. v. 11, n. 6, p. 726-40, 2004.

HAYES, R. D. et al. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. **Fertility and Sterility**. v. 87, p. 107-12, 2007.

HAYES, R. D. et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual desire and sexual distress. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 5, p. 1681-93, 2008.

HEINEMANN, L. A. J.; POTTHOFF, P.; SCHNEIDER, P. G. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 1, n. 28, p. 1-4, 2003.

HEINEMANN, K. et al. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 2, n. 45, p. 1-8, 2004.

HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. v. 27, n. 1, p. 10-14, 2007.

HOLLINGSWORTH, M.; BERMAN, J. The role of androgens in female sexual dysfunction. **Sexuality, Reproduction & Menopause**. v. 4, n. 1, p. 27-32, 2006.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/AC.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: 2010.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KRAJEWSKA-FERISHAH, K. et al. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study. **Advances in Medical Scienses**. v. 55, n. 2, p. 191-5, 2010.

LARA, L. A da S. et al. Abordadem das disfunções sexuais femininas; **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 6, p. 312-21, 2008.

LARA, L. A da S. et al. Sexuality during the climacteric period. **Maturitas**. v. 62, p. 127-33, 2009.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and precditors. **JAMA**. v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LAUMANN, E. O. et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **International Journal of Impotence Research**. v. 17, n. 1, p. 39-57, 2005.

LEE, M.; KIM, J.; PARK, M. Factor influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. **Journal of Korean Medical Science**. v. 25, p. 758-65, 2010.

LEIBLUM, S. R. et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). **Menopause**. v. 13, n. 1, p. 46-56, 2006.

LEVINE, K. B.; WILLIAMS, R. E.; HARTMANN, K. E. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. **Menopause**. v. 15, n. 4, p. 661-6, 2008.

LEWIS, R. W. et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 1, n. 1, p. 35-9, 2004.

LLANEZA, P. et al. Sexual Function assessment in postmenopausal women with 14-Item changes in sexual functioning questionnaire. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 8, p. 2144-51, 2011.

LO, S. S-T.; KOK, W-M. Sexuality of Chinese women around menopause. **Maturitas**. v. 74, p. 190-95, 2013.

LOPES, G. P. et al. **Patologia e terapia sexual**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

LOPEZ, F. A.; LORENZI, D. R. S. de.; TANAKA, A. C. d'A. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). **Revista Chilena de Obstetrícia e Ginecologia**. v. 75, p. 375-82, 2010.

LORENZI, D. R. S. de et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 1, p. 12-9, 2005.

LORENZI, D. R. S. de et al. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 52, p. 312-7, 2006.

LORENZI, D. R. S. de; SACILOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006.

LORENZI, D. R. S. de et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 2, p. 287-93, 2009.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Human sexual response**. Boston: Little Brown, 1966.

MEYER, D. E. E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S. dos S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**. s/v, n. 46, p. 219-39, 2007.

MISHRA, G.; KUH, D. Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. **Menopause**. v. 13, n. 6, p. 880-90, 2006.

MONTERROSA, A.; BLUMEL, J. E.; CHEDRAUI, P. A. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. **Maturitas**. v. 59, n. 2, p. 182-90, 2008.

MORI, M.E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 17, n. 2, p. 177-87, 2004.

MOURA, K. F. Q. de.; VIEIRA, L. H. L.; NUNES, M. G. Qualidade de vida na transição menopausal e pós-menopausa. In: HAIDAR, M. A.; SILVA. I. da. **Diagnóstico e tratamento na transição menopausal e pós-menopausa**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 161-5.

MULHALL, J. et al. Importance and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 5, n. 4, p. 788-95, 2008.

NAPPI, R.; LACHOWSKY, M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. **Maturitas**. v. 63, p. 138-41, 2009.

NICOLOSI, A. et al. Sexual behavior, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **World Journal of Urology**. v. 24, p. 423-8, 2006.

NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade.** Campinas, SP: Papirus, 1987.

OKSUZ, E.; MALHAN, S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. **The Journal of Urology**. v. 175, n. 2, p. 654-8, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa**. Ginebra, 1996. (OMS - Série de Informes Técnicos, 866).

PALÁCIOS, S.; TOBAR, A. C.; MENENDEZ, C. Sexuality in the climacteric years. **Maturitas**. v. 43, suppl.1, p. 69-77, 2002.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. 2. ed. Tradução de ANDRADE, M. T. M. São Paulo: Best Seller, 1991.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 735-42, 2003.

PÉREZ-LÓPEZ, F. R. et al. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item FSFI. **Menopause**. v. 19, n. 11, p. 1124-30, 2012.

PHILLIPS, N. A. Female Sexual Dysfunction: evaluation and treatment. **American Family Physician**. v. 62, n. 1, p. 127-36, 2000.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socieconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 32, n. 3, p. 139-43, 2010.

RAHMAN, S.; SALEHIN, F. IQBAL, A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kutshia, Bangladesh. **BMC Research Notes**. v. 4, p. 1-4, 2011.

ROSEN, R. C. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

ROSEN, R. C. et al. Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder: the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for Women. **Menopause**. v. 19, n.4, p. 396-405, 2012.

SHAFIE, K. El.; et al. Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the Menopause Rating Scale. **Menopause**. v. 18, p. 1113-9, 2011.

SIERRA, B.; HIDALGO, L. A.; CHEDRAUI, P. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. **Maturitas**. v. 51, p. 236-45, 2005.

SILVA, A. R. da. **Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós-menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre**. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, A. R. da.; FERREIRA, T. de F.; TANAKA, A. C. d'A. História ginecológica e sintomatologia climatérica de mulheres pertencentes a uma unidade de saúde pública do Estado do Acre. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 20, n. 3, p. 778-86, 2010.

SILVA, A. R. da.; TANAKA, A. C. d'A. Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. **Maturitas**. v. 76, p. 65-9, 2013.

SOARES, C. N.; ALMEIDA, O. P. Abordagem dos transtornos mentais associados ao climatério. In: FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHBA, S. **Climatério feminino**: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p. 297-307.

SOULES, M. R. et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). **Fertility and Sterility**. v. 76, n. 5, 874-8, 2001.

THIEL, R. do R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Índex. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 10, p. 504-10, 2008.

THOMAS, H. M. et al. Dyspareunia is associated with decreased frequency of intercourse in the menopausal transition. **Menopause**. v. 18, n. 2, p. 152-7, 2011.

TOMIC, D. et al. Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. **Maturitas**. v. 53, n. 2, p. 144-57, 2006.

TRIEN, S. F. **Menopausa**: a grande transformação. Trad. Maria Therezinha Musa Cavalhari. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

VALADARES, A. L. R. et al. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. **Clinical Science**. v. 63, n. 6, p. 775-82, 2008a.

VALADARES, A. L. R. et al. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. **Menopause**. v. 15, n. 4, p. 706-13, 2008b.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**. v. 26, n.1, p. 224-7, 1997.

VIEIRA, A. C. S.; RAVA, P. G. S. Ninho cheio: uma nova etapa do ciclo vital familiar? **Barbarói**. v.2, n. 33, p.118-34, 2010.

VIEIRA L. H. L.; VIEIRA, L. Aspectos psicológicos na transição menopausal e pós-menopausa. In: HAIDAR, M. A.; SILVA. I. da. **Diagnóstico e tratamento na transição menopausal e pós-menopausa**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 7-10.

WAIDYASEKERA, H. et al. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. **Menopause**. v. 16, p. 164-70, 2009.

WEBER, A. M.; WALTERS, M. D.; SCHOVER, L. R.; MITCHINSON, A. Vaginal anatomy and sexual function. **Obstetrics & Gynecology**. v. 86, n. 6, 946-9, 1995.

WEREBE, M. J. G. **Sexualidade, política e educação.** Campinas, SP: Editora Autores associados, 1998.

WHO - World Health Organization. Defining sexual health. **Report.** Geneva, 2006. (WHO - Technical Report Series, 2002).

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**. v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WOODS, N. F.; MITCHELL, E. S. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory and significance in women's lives. **American Journal of Medicine**. v. 118, p. 14-24, 2005.

WYLIE, K. et al. Androgens, health and sexuality in women and men. **Maturitas**. v. 67, p. 275-89, 2010.

ANEXOS

Escala de Classificação da Menopausa

Qual dos seguintes sintomas e em que medida você diria que sente atualmente? **PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA**

Sintomas

1. **Falta de ar, suores, calores:**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

2. **Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

3. **Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

4. **Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

5. **Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

6. **Ansiedade (impaciência, pânico):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

7. **Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

8. **Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

9. **Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

10. **Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

11. **Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações):**

0. nenhum ( ) 1. pouco severo ( ) 2. moderado ( ) 3. severo ( ) 4. muito severo ( )

Índice da Função Sexual Feminina (IFSF)

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 2. Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
( ) 5. Muito alto
( ) 4. Alto
( ) 3. Moderado
( ) 2. Baixo
( ) 1. Muito baixo ou nenhum

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (metade das vezes)
( ) 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Muito alto
( ) 4. Alto
( ) 3. Moderado
( ) 2. Baixo
( ) 1. Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Altíssima confiança
( ) 4. Alta confiança
( ) 3. Moderada confiança
( ) 2. Baixa confiança
( ) 1. Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 1. Extremamente difícil ou impossível
( ) 2. Muito difícil
( ) 3. Difícil
( ) 4. Pouco difícil
( ) 5. Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 1. Extremamente difícil ou impossível
( ) 2. Muito difícil
( ) 3. Difícil
( ) 4. Pouco Difícil
( ) 5. Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Sempre ou quase sempre
( ) 4. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 2. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 1. Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 1. Extremamente difícil ou impossível
( ) 2. Muito difícil
( ) 3. Difícil
( ) 4. Pouco Difícil
( ) 5. Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Muito satisfeita
( ) 4. Moderadamente satisfeita
( ) 3. Indiferente
( ) 2. Moderadamente insatisfeita
( ) 1. Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?
( ) 0. Sem atividade sexual
( ) 5. Muito satisfeita
( ) 4. Moderadamente satisfeita
( ) 3. Indiferente
( ) 2. Moderadamente insatisfeita
( ) 1. Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?
( ) 5. Muito satisfeita
( ) 4. Moderadamente satisfeita
( ) 3. Indiferente
( ) 2. Moderadamente insatisfeita
( ) 1. Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?
( ) 5. Muito satisfeita
( ) 4. Moderadamente satisfeita
( ) 3. Indiferente
( ) 2. Moderadamente insatisfeita
( ) 1. Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
( ) 0. Não houve tentativa de penetração
( ) 1. Sempre ou quase sempre
( ) 2. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 4. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 5. Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
( ) 0. Não houve tentativa de penetração
( ) 1. Sempre ou quase sempre
( ) 2. Muitas vezes (mais da metade do tempo)
( ) 3. Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) 4. Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) 5. Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
( ) 0. Não houve tentativa de penetração
( ) 1. Altíssimo
( ) 2. Alto
( ) 3. Moderado
( ) 4. Baixo
( ) 5. Baixíssimo ou nenhum

20. Soma dos escores do IFSF _____

21. Disfunção sexual:
0. Não ( ) 1. Sim ( )

Agradecemos sua participação em nossa pesquisa.

FUNDHACRE

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
Secretaria de Estado de Saúde
FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE
Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

PARECER FINAL Nº 008/2011

REG. PROTOCOLO Nº 537/2011
Projeto de Pesquisa: "Fatores Associados às Disfunções Sexuais entre Mulheres Climatéricas".
Instituição onde será realizada a Pesquisa: Hospital das Clínicas do Acre.
Pesquisadora Responsável: Andréia Ramos da Silva.
Data de Apresentação ao CEP: 21/02/2011.

Avaliamos com Parecer favorável a execução do Projeto de Pesquisa, estando dentro dos padrões de exigência Ética. Diante do exposto e de acordo com a Resolução nº 196/96 da CONEP, este Comitê de Ética em Pesquisa considera o Projeto APROVADO.

OBSERVAÇÃO:

- Recomendamos a consulta ao site (www.conselho.saude.gov.br) e e-mail (conep@saude.gov.br) do CONEP, para dirimir possíveis dúvidas.
- De acordo com o Manual Operacional para este Comitê de Ética em Pesquisa e a Resolução 196/96; item vII. 13. De, para o acompanhamento da pesquisa pós aprovação pelo CEP/Fundhacre, solicitamos que os relatórios sejam enviados conforme cronograma que segue:
- Pesquisas realizadas de 01 a 06 meses – 01 relatório final;
- Pesquisas realizadas de 01 a 12 meses – 01 relatório semestral- parciais e 01 relatório final;
- Pesquisas realizadas de 01 a 24 meses – 01 relatório anual parcial e 01 relatório final;
- Pesquisas realizadas de 01 a 36 meses – 02 relatórios anuais parciais e 01 relatório final.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Atenciosamente,

Rio Branco, 15 de março de 2011.

Marta Adelino da Silva Faria.
Coordenadora do CEP/Hospital das Clínicas do Acre.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/277/11

15 de agosto de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **6.ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **05/08/2011**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2242**, intitulado "**FATORES ASSOCIADOS ÀS DISFUNÇÕES SEXUAIS ENTRE MULHERES CLIMATÉRICAS**", do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Andréa Ramos da Silva Bessa** e orientação da Professora **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**, considerando **HOMOLOGADA A APROVAÇÃO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1)** Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; **2)** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; **3)** Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; **4)** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5)** Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública/USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado "Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres climatéricas".

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências do Hospital das Clínicas do Acre (Ambulatório de Ginecologia) e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Rio Branco-Acre, 01 de março de 2011

Yôtaro Alberto Camargo Suzuki

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Yôtaro Alberto Camargo Suzuki
Gerente Geral do Hospital das Clínicas
CRM 615 / AC

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

I. Caracterização sociodemográfica e econômica

Nº de identificação: .....

Nome completo:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

1. Idade: _____ anos
2. Condição marital (Estado civil atual)

1.Solteira ( )

2.Casada ( )

3.Divorciada/Separada judicialmente ( )

4.Viúva ( )

3. Grau de escolaridade - anos de estudo: _____ anos

4.Religião: _____

5. Quantas pessoas moram com você em sua casa? _____ pessoas

6. Ocupação remunerada: 0. Não ( ) 1. Sim ( )

7. Qual é a sua renda familiar mensal? _____ reais

8. Renda familiar per capita _____ reais

II.Caracterização quanto aos hábitos/estilo de vida

9. Você pratica exercício físico (30 minutos diários de atividade física):

0. Não ( ) 1. Sim ( )

10. Você fuma cigarro?

0. Não ( ) 1. Sim ( )

11. Você ingere bebidas alcoólicas?

0. Não ( ) 1. Sim ( )

12. Você faz uso de medicamentos?

0. Não ( ) 1. Sim ( )

13. Se sim, quais? _____

III. História ginecológica e sexualidade

14. Idade à menarca (primeira menstruação): _____ anos

15. Idade à sexarca (primeira relação sexual): _____ anos

16. Idade à última gestação: _____ anos

17. Número de gestações prévias: _____ gestações

18. Número de filhos vivos: _____ filhos vivos

19. Número de relações sexuais no último mês: _____ relações

20. Uso de métodos contraceptivos: 0. Não ( ) 1. Sim ( )

21. Se sim, qual é o método adotado: _____

22. Menstruação presente:

0. Não ( ) 1. Sim ( )

23. Se sim, os ciclos menstruais nos últimos 12 meses tem se apresentado:

0. Regulares ( ) 1. Irregulares ( )

24. Se não, qual a idade de ocorrência da menopausa natural? _____ anos

25. Terapia hormonal: 0. Não ( ) 1. Sim ( )

26. Estado menopausal:

1. Pré-menopausa ( ) 2. Perimenopausa ( ) 3. Pós-menopausa ( )

27. Você está satisfeita com a sua vida sexual? 0. Não ( ) 1. Sim ( )

28. Se não, por qual motivo: _____

29. Você considera que o seu parceiro está satisfeito com a vida sexual de vocês?

0. Não ( ) 1. Sim ( )

30. Se não, por qual motivo: _____

31. Qual das seguintes alterações sexuais você considera que mais lhe afeta:

1. Diminuição do desejo ou interesse sexual ( )

2. Dificuldade de excitação ( )

3. Dificuldade para ficar lubrificada durante a relação sexual ( )

4. Dificuldade para atingir o orgasmo ( )

5. Dor ou desconforto durante a relação sexual ( )

IV. Caracterização da situação de saúde e comorbidades clínicas

32. Autopercepção de saúde **(Como você considera o seu estado de saúde?)**

0. Terrível ( ) 1. Ruim ( ) 2. Bom ( ) 3. Excelente ( )

33. Peso: _____

34. Altura: _____

35. IMC: _____

36. Categorização do peso:

0. Normal ( ) 1. Sobrepeso ( ) 2. Obesidade ( )

37.Você realiza exame de prevenção do câncer de colo uterino regularmente?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

38. Você realiza exame de prevenção do câncer de mama regularmente?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

39. Você tem alguma doença diagnosticada pelo médico?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

40. Se sim, qual é a doença? _____

41. Você tem hipertensão arterial?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

42. Você tem diabetes *mellitus*?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

43. Você tem algum distúrbio psiquiátrico?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

44. Se sim, qual? _____

45. Você faz acompanhamento psicológico?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

46. Seu parceiro tem alguma doença diagnosticada pelo médico?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

47. Se sim, qual? _____

48. O seu médico pergunta sobre a sua vida sexual?

0. Não ( ) 1.Sim ( )

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres climatéricas

Estamos lhe convidando para participar de um projeto de pesquisa cujo objetivo é avaliar as disfunções sexuais entre mulheres climatéricas no município de Rio Branco (Acre).

Além do objetivo de estudar os problemas relacionados à sexualidade, esse estudo está sendo feito também como parte integrante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível de Doutorado, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A sua participação no estudo é livre e voluntária, tendo como garantia de que será mantido o seu anonimato e que caso não queira mais participar da pesquisa pode sair a qualquer momento sem prejuízo na continuidade do atendimento nas unidades de saúde.

Todas as declarações serão usadas somente para fins desse estudo e os resultados da pesquisa destinar-se-ão a elaboração de trabalhos de pesquisa e/ou publicações científicas.

Comprometo-me também, se houver algum desconforto decorrente da entrevista, encaminhá-la ao serviço de apoio do ambulatório do Hospital das Clínicas, a proporcionar um retorno dos dados obtidos, de forma a que os Programas de Atenção à Saúde da Mulher do município de Rio Branco (Acre) possam utilizá-los para o benefício da população, para o fortalecimento de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas e medidas de peso e altura. A duração média das entrevistas será de 40 minutos.

Estarão garantidos o sigilo, privacidade, anonimato e ausência de qualquer tipo de punição para as mulheres que participarem da pesquisa e também para aquelas que se recusarem a participar da pesquisa.

Quaisquer esclarecimentos ou dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa, consultar os Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Fica assegurada uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a participante da pesquisa.

Rio Branco-Acre, 21 de maio de 2011

.....

Assinatura do Participante

.....

Assinatura do Entrevistador

Pesquisadora responsável: Andréa Ramos da Silva CORENAC nº 116.776
Contato: (068) 3901.2585

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre Tel: (068) 3226.4336
Rodovia BR 364, Nº 3831, Km 2 Portal da Amazônia CEP: 69914-220 Rio Branco - AC

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP Tel: (011) 3061.7779/7742
Av. Dr. Arnaldo, 715 Assessoria Acadêmica CEP: 01246-904 São Paulo - SP

_____

Impressão Digital

Maturitas 76 (2013) 64–69

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Maturitas

journal homepage: www.elsevier.com/locate/maturitas

Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon

Andréa Ramos da Silva[a,*], Ana Cristina d'Andretta Tanaka[b]

[a] Centre for Health Sciences and Sport, Federal University of Acre, Rio Branco, AC, Brazil
[b] Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:
Received 6 May 2013
Accepted 21 May 2013

Keywords:
Menopause
Menopausal transition
Symptoms
Menopause Rating Scale

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and severity of menopausal symptoms and associated factors in middle-aged Brazilian women.
Methods: A cross-sectional study was carried out involving 1415 women aged 35–65 years attended at the Outpatient unit of the Clinicas Hospital of Rio Branco, Acre state, Brazil. The Menopause Rating Scale (MRS) was used to assess the severity of menopause symptoms. The Stata 10 statistical package was used for all data analysis whereas Pearson's x^2 nonparametric association test was used for bivariate analysis, adopting a level of statistical significance of 5%. On the multivariate analysis, independent variables positively associated with the dependent model were retained in the final model ($p < 0.005$).
Results: Overall, 54.1% of participants were premenopausal, 10.1% perimenopausal, and 35.8% postmenopausal. Irritability was the most frequent symptom (78.3%), followed by joint and muscular discomfort (74.8%), and anxiety (72.7%). Mean total MRS score was 15.6 + 8.8 (median 15). After adjusting for confounding factors, the logistic regression analysis found low educational level (OR:1.53; [95% CI:1.21–1.95]; $p < 0.001$); self-perceived poor/very poor health (OR:4.48; [95% CI: 3.53–5.69]; $p < 0.001$), and menopausal transition phase (OR:1.73; [95% CI:1.18–2.53]; $p = 0.005$) to be statistically significantly associated with more severe menopausal symptoms.
Conclusion: Among Brazilian women, atypical symptoms of the menopause were the most frequently reported. Severe menopausal symptoms were more likely in women with low educational level, self-perceived poor health and at the menopausal transition phase.
© 2013 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Over the past few decades, longevity of the Brazilian population has risen. Currently, Brazil is ranked 87th in terms of life expectancy at birth. Brazilian women live, on average, 7.6 years longer than Brazilian men, and have a mean life expectancy at birth of 73.1 years. In the Northern Region, during the 2000s, life expectancy among women rose from 72.4 years to 75.1 years, while in the state of Acre this increase was from 71.8 to 74.7 years [1].

As a result of the greater longevity of the female population, women spend a longer portion of their lives under the effects of hypoestrogenism [2], with the menopause in Brazil occurring at around 48.7 years of age [3].

The menopause is a normal physiological process which can impact the lives of many middle-age women. The permanent ending of menstruation is due to the loss in ovarian follicular activity and the decrease in production of steroid hormones [4]. During the menopause, a variety of body changes can take place, some of which stem from the suppression in ovarian function and others from the aging process [5].

The hormonal fluctuations occurring during this stage can lead to changes in the menstrual cycle accompanied by vasomotor and genital symptoms, sleep problems, mood swings, impaired cognitive function and general wellness [6,7]. However, the symptoms most consistently related to hormonal changes during the transition to the menopause are vasomotor (hot flushes/night sweats), vaginal dryness and sleep problems [8,9].

Age, menopausal status, chronic diseases and sociodemographic characteristics (income, ethnicity and educational level) have been identified as predictors of the frequency and severity of menopausal symptoms [10]. These latter characteristics can determine women's quality of life, especially in Western societies, where the menopausal stage is regarded as an aging process marking the end of their "useful" lives.

In order to devise interventions aimed at attenuating these symptoms, it is important to determine their degree of intensity

* Corresponding author at: Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Campus Universitário, BR 364, Km 04, Distrito Industrial, CEP: 69.920-900 Rio Branco, AC, Brazil. Tel.: +55 06839012585; fax: +55 06839012648.
E-mail addresses: andrears@usp.br, andreaufac@bol.com.br (A.R. da Silva).

0378-5122/$ – see front matter © 2013 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.05.015

and severity. Several instruments have been devised for this purpose, including the Kuperrman Index, Greene Climacteric Scale and Menopause Rating Scale – MRS. The MRS is defined as a health-related quality of life scale, developed during the early 1990s in Germany in response to the dearth of standardized scales for measuring the severity of the aging process, presence of symptoms and their impact on quality of life [11].

There is no data available for Brazil's Northern region on the severity of menopausal symptoms and associated factors, since the MRS survey conducted in Brazil covered only the Southern Region. The Southern Region has different socioeconomic and cultural characteristics to the rest of the country, which may lead to variations in prevalence and intensity of symptoms, as well as in the determinants of more intense symptoms. This scenario prompted the present longitudinal study of a representative population of women from the Brazilian Western Amazon, whose aim was to determine the frequency and severity of menopausal symptoms and associated factors in middle-aged women, as measured by the Menopause Rating Scale.

2. Methods

A cross-sectional study of a non-probabilistic convenience sample of women aged 35–65 years referred to the Outpatient Unit of the Clinicas Hospital of Acre located in the city of Rio Branco, Acre state, Brazil, was carried out. The data presented in this study are part of a PhD thesis investigating the factors associated with sexual dysfunctions among women during menopausal transition and post-menopausal stages using the MRS as an analysis tool. Therefore, these women were referred for specialized medical treatment and had no sexual dysfunction complaints.

In order to better elucidate the phenomenon, the women were stratified into 35–44, 45–54 and 55–65 age groups, while observing that each group required a minimum number of participants to allow subsequent analysis [12]. A complaint prevalence of around 50% was also assumed [13,14]. Accordingly, it was estimated that 200 individuals with these characteristics per age group would be required in the sample. Thus, the total number of women studied was determined by the collection time necessary for inclusion of 200 women with sexual dysfunction symptoms in the 55–65 age group. Given that women of reproductive age is the group that most often seeks health services [15], data collection lasted for a period of seven months spanning from July 2011 to January 2012, representing the time needed to include the required number of women aged between 55 and 65 years.

A total of 1450 women were invited to take part in the study, 35 (2.5%) of whom refused, with the remaining 1415 participants answering the general data questionnaire and the MRS. The exclusion criteria were women who had never menstruated and those who had undergone oophorectomy or hysterectomy, owing to the difficulty in clinically establishing the menopausal status of these individuals. Women that were not sexually active were also excluded.

The selected women's mean age and educational level was 47.7 (±8.5) and 6.4 (±4.6) years, respectively, whereas mean parity was 4.6 (±2.8) children. Of those interviewed, 94.3% were married, 58.3% were not in paid employment, 58.1% had a monthly family income *per capita* of under US$ 158.42, and 95.3% less than US$ 635.29. The majority of women were at the pre-menopause stage (54.0%). Natural menopause occurred, on average, at 48.3 (±5.0) years. Only 2.3% of participants used hormone therapy (HT). Self-perceived health was rated as poor/very poor by 54.6% and prevalence of overweight/obesity was 77.1%.

Severity of menopause symptoms (as assessed by total MRS score) was considered a dependent variable.

The MRS is an 11-item scale divided into three dimensions of symptoms: (1) somatic: hot flushes, heart discomfort, sleep problems, joint and muscular discomfort (items 1–3 and 11, respectively); (2) psychological: depressed mood, irritability, anxiety, physical and mental exhaustion (items 4–7, respectively); and (3) urogenital: sexual problems, bladder problems and vaginal dryness (items 8–10, respectively). Each item is subjectively scored by respondents from 0 (none) to 4 (1 = mild, 2 = moderate, 3 = severe, 4 = very severe) points. Total score on the MRS is calculated as the sum of the sum-scores for each respective subscale. Sum-scores on sub-scales of greater than or equal to 9 (somatic), 7 (psychological), 4 (urogenital) and 17 (total) denote severe scores [16]. The MRS has been translated into over 27 languages. For the purposes of this study, the Spanish version of the MRS was used [17], having been previously validated in Chile based on internal analysis (Cronbach's alpha 0.80) and external reliability (Pearson's Coefficient $p < 0.01$) [18]. A Cronbach's alpha value of 0.77 was found in the present study.

Independent variables were defined as menopausal status, sociodemographic data, economic data, life-style, gynecologic history, and clinical health/comorbidities.

The definition adopted for menopausal status was pre-menopausal (regular menstrual cycles – reproductive period of life preceding the menopause), early menopausal transition (characterized by irregularity in menstrual cycles), late menopausal transition (3–11 month period of amenorrhea) and post-menopausal (from menopause to end of life) [4,19]. In order to simplify statistical analysis, both early and late stages of transition were grouped into a single menopausal transition phase.

With regard to health and clinical comorbidities, data collected included self-perceived health, body mass index, arterial hypertension, *diabetes mellitus*, other clinical comorbidities and use of medications.

The Epidata 3.1 program was used to build the database while STATA 10 for Windows (*Stata Corporation, College Station*, TX, USA) was employed for all statistical analyses.

For categorical variables, absolute (n) and relative (%) frequencies were calculated whereas for continuous variables, means, standard deviations and minimum/maximum values were used.

The dependent (continuous) variable – severity of menopause symptoms (as assessed by total MRS score) was transformed into a categorical variable, whereby those with a score ≥ 17 (severe) were considered a case. The independent variables considered in the logistic regression model were: sociodemographic, economic, and life-style characteristics, gynecologic history, and clinical health/comorbidities.

Pearson's x^2 test was used as the association test, adopting a level of statistical significance of 5%. Potential factors associated with severity of menopause symptoms were initially investigated using univariate logistic regression analysis. All factors with an odds ratio (OR) whose p-value was less than 0.020 on univariate analysis were input into the multiple regression model. On logistic regression analyses, the categories of variables taken as reference were designated in the tables. The stepwise forward model was adopted to introduce the variables into the final model, and those considered statistically significant with a p-value of ≤ 0.005 were retained. The final fit of the multiple regression model was confirmed by the Hosmer–Lemeshow Test. The internal consistency of the instrument used (MRS) was assessed by Cronbach's alpha coefficient.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Clinicas Hospital of Acre (Protocol n° 537/2011) and the School of Public Health of the University of São Paulo (Protocol n° 2242). All of the participants signed a Free and Informed Consent Form prior to taking part in the study.

Table 1
Frequency and intensity of menopause symptoms in middle-aged women from North Region of Brazil, 2012.

Domains and symptoms	$n = 1415$	Domain and symptom severity, n (%)
Somatic domain 6.2 ± 4.1[a] (median 6)		440(31.1)
1. Shortness of breath, sweats, hot flushes	886(62.6)[b]	470(33.2)
2. Heart discomfort	761(53.8)	193(13.6)
3. Sleep problems	794(56.1)	400(28.3)
11. Muscle and joint discomfort	1058(74.8)	578(40.9)
Psychological domain 6.7 ± 4.6 (median 6)		694(49.1)
4. Depressed mood	680(56.6)	279(19.7)
5. Irritability	1108(78.3)	561(39.7)
6. Anxiety	1028(72.7)	500(35.3)
7. Physical and mental exhaustion	866(61.2)	382(27.0)
Urogenital domain 2.6 ± 2.6 (median 3)		469(33.1)
8. Sexual problems	705(49.8)	216(15.3)
9. Bladder problems	378(26.7)	174(12.3)
10. Vaginal dryness	572(40.4)	207(14.6)
Total MRS scores 15.6 ± 8.8 (median 15)		619(43.8)

[a] Mean ± standard deviation.
[b] n (%).

3. Results

The frequency and severity of the menopause symptoms together with MRS scores (mean totals and domains) are given in Table 1. The three symptoms most frequently reported by the women were: irritability (78.3%), muscle and joint discomfort (74.8%) and anxiety (72.7%). In the present investigation, the mean total of sum-scores on the MRS was 15.6 ± 8.8 (median 15) and domain scores: 6.2 ± 4.1 (somatic); 6.7 ± 4.6 (psychological) and 2.6 ± 2.6 (urogenital) (Table 1). Severe scores on the MRS (cut-off point) were found in 43.8% ($n = 619$) for total score, 31.1% ($n = 440$) for somatic domain (cut-off point), 49.1% ($n = 694$) for psychological domain (cut-off point) and 33.1% ($n = 469$) for the urogenital domain (cut-off point). Concerning severity of symptoms, the symptom considered most severe by women was muscle and joint discomfort, reported by 578 (40.9%) of interviewees.

Table 2 contains total scores together with somatic, psychological and urologic domain scores on the MRS for the present study compared against scores reported by other investigations. The table shows higher scores across all domains among women from Latin America [20] compared to Europe [21] and Asia [22], most notably for mean total scores which were highest in Acre (15.6) and Ecuador (18) versus only 8.9 in Korea.

The results of the analyses assessing the univariate association between menopause symptom severity and socioeconomic factors, life-style, menopause status, and clinical health/comorbidities are shown in Table 3.

Results of the multiple logistic regression analysis are given in Table 4. After adjusting for confounding factors, it was found that low educational level – less than 05 years of education (OR:1.53; [95%CI:1.21–1.95]; $p < 0.001$); poor/very poor self-perceived health (OR:4.48; [95%CI:3.53–5.69]; $p < 0.001$) and the transition phase to menopause (OR:1.73; [95%CI:1.18–2.53]; $p = 0.005$) were significantly associated with severity of menopause symptoms.

4. Discussion

The mean age of occurrence of natural menopause (48.3 years) found in the present study was similar to figures reported by previous investigations conducted in the countries of Latin America (Chile [6], Colombia [10] and Brazil [23]). By contrast, this process tends to occur later in developed countries, with the menopause occurring at 51.3 years in European countries [21] and at 51.1 years in Eastern societies [24]. Given this scenario, women, particularly Latin Americans, are exposed to the negative effects of hypoestrogenism both earlier and for a longer period. These fluctuations in hormones can give rise to symptoms, often severe, which have a negative impact on women's daily activities and quality of life.

The objective of the present study was to determine the frequency and severity of these symptoms as well as associated factors in middle-aged women from the Brazilian Western Amazon.

The three symptoms most frequently reported by the women assessed were: irritability (78.3%), muscular and joint discomfort (74.8%) and anxiety (72.7%), symptoms considered atypical by the medical literature [8,9]. These data are similar to results of other surveys carried out in Latin America [20,25]. During the transition to menopause, middle-aged women can manifest a broad spectrum of physical and psychological symptoms, with vasomotor and urogenital being the most common and typical for this stage. However, other psychological symptoms, not necessarily related to female sexual hormone levels, may also be present, including anxiety, irritability and muscular/joint pain, which may be related to the process of aging [25]. Therefore, some authors [9] point out that it remains unclear whether variation in certain symptoms, such

Table 2
Comparison of mean scores on MRS domains for North Region of Brazil versus investigations in Ecuador, Europe and Asia.

Country	Somatic domain	Psychological domain	Urogenital domain	Total scores
Brazil (Acre)	6.2 ± 4.1[a]	6.7 ± 4.6	2.6 ± 2.6	15.6 ± 8.8
Ecuador[b]	7.2 ± 4.5	6.9 ± 4.8	3.9 ± 3.4	18 ± 10.6
Belgium[c]	5.5 ± 2.7	5.0 ± 2.9	3.3 ± 2.4	13.8 ± 6.5
Greece[c]	5.7 ± 3.1	4.7 ± 3.0	2.6 ± 2.2	12.9 ± 6.5
Poland[c]	4.9 ± 3.0	4.8 ± 3.4	2.5 ± 2.4	12.2 ± 7.6
Korea[d]	3.6 ± 2.3	3.3 ± 2.3	1.9 ± 1.7	8.9 ± 5.1

[a] Domains expressed as mean ± (standard deviations).
[b] Chedraui et al. (2010) [20].
[c] Krajeska-Ferishah et al. (2010) [21].
[d] Lee et al. (2010) [22].

Table 3
Univariate association between personal, socioeconomic, life-style, clinical health/comorbidities and more severe menopausal symptoms.

Variable	MRS severity scores		p^b	OR_{Raw} (95% CI)	p^c
	No < 17 *n* (%)	Yes ≥ 17 *n* (%)			
Age group			0.001		0.009
35–44 years[a]	373 (62.0)	229 (38.0)		1	
45–54 years	224 (52.1)	206 (47.9)		1.49 (1.16–1.92)	
55–65 years	199 (52.0)	184 (48.0)		1.50 (1.16–1.95)	
Educational level			<0.001		<0.001
5 or more years[a]	506 (64.5)	278 (35.5)		1	
Less than 5 years	290 (46.0)	341 (54.0)		2.14 (1.72–2.61)	
Physical activity			0.001		0.005
Yes[a]	144 (67.0)	71 (33.0)		1	
No	652 (54.3)	548 (45.7)		1.70 (1.25–2.31)	
Smoking			0.002		0.022
No[a]	664 (58.3)	476 (41.7)		1	
Yes	132 (48.0)	143 (52.0)		1.51 (1.16–1.96)	
Menopausal status			<0.001		0.001
Pre-menopausal[a]	471 (61.5)	295 (38.5)		1	
Peri-menopausal	66 (46.1)	77 (53.9)		1.86 (1.30–2.66)	
Post-menopausal	259 (51.2)	247 (48.8)		1.52 (1.21–1.91)	
No. pregnancies			0.003		0.032
Less than 04[a]	360 (60.5)	235 (39.5)		1	
04 or more	412 (52.6)	372 (47.4)		1.38 (1.11–1.71)	
Perceived health			<0.001		<0.001
Good/excellent[a]	489 (76.1)	154 (23.9)		1	
Poor/very poor	307 (40.0)	465 (60.0)		4.80 (3.81–6.06)	
Disease			<0.001		<0.001
No[a]	322 (71.1)	131 (28.9)		1	
Yes	474 (49.3)	488 (50.7)		2.53 (1.99–3.21)	
Hypertension			<0.001		<0.001
No[a]	613 (61.9)	377 (38.1)		1	
Yes	183 (43.1)	242 (56.9)		2.15 (1.70–2.70)	
Diabetes			<0.001		0.001
No[a]	753 (57.8)	551 (42.2)		1	
Yes	43 (38.7)	68 (61.3)		2.16 (1.45–3.21)	
Comorbidities			<0.001		<0.001
None[a]	322 (71.1)	131 (28.9)		1	
1	281 (56.6)	215 (43.3)		1.88 (1.43–2.46)	
2–5	193 (41.4)	273 (58.6)		3.47 (2.64–4.57)	
Medications			<0.001		<0.001
No[a]	397 (66.3)	202 (33.7)		1	
Yes	399 (48.9)	417 (51.1)		2.05 (1.65–2.55)	

[a] Reference group.
[b] Pearson's Chi-square test; OR: Odds ratio; 95%CI: 95% Confidence Interval.
[c] *p*-value for OR < 0.020.

Table 4
Multiple logistic regression model[a]: variables associated with menopausal symptom severity.

Variables and categories	Raw OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p^c
Educational level			<0.001
5 or more years[b]	1	1	
Less than 5 years	2.14 (1.72–2.61)	1.53 (1.21–1.95)	
Self-perceived health			<0.001
Good/excellent[b]	1	1	
Poor/very poor	4.80 (3.81–6.06)	4.48 (3.53–5.69)	
Menopausal status			0.005
Pre-menopausal[b]	1	1	
Peri-menopausal	1.86 (1.30–2.66)	1.73 (1.18–2.53)	

[a] Final fit of regression model confirmed by Hosmer–Lemeshow test:0.97.
[b] Reference group; OR: Odds ratio; 95%CI: 95% Confidence interval.
[c] *p*-value for OR ≤ 0.005.
[d] Adjusted for age group and other variables relative to clinical health/comorbidities and life-style.

as depressed mood, anxiety, physical and mental exhaustion and muscular pains, are indeed the result of the menopause. These authors believe that women may attribute their symptoms to a range of factors besides hormone fluctuations, such as age, difficulties concerning women's role in modern society, stress, as well as to changes in emotional and health status.

Regarding severity of menopausal symptoms, muscle and joint discomfort constitute the most severe symptom, reported by 40.9% of the women assessed, a similar prevalence to that found in previous surveys for both Western [26] and Eastern societies [5,27]. In the North Region of Brazil, researchers [23] have observed a statistically significant association between joint pain complaints and the post-menopausal stage. Nevertheless, since this association was observed only in the age group of over 45s, the authors inferred that the phenomenon may not be associated solely to menopausal status but also to age and the aging process, during which women are often affected by osteomuscular diseases. This notion is further supported by the fact that age is associated with joint pain severity and movement difficulties [28], as well as by the greater tendency of sedentarism beyond the age of 50 [29].

A notable finding of the present study was that hot flushes were reported by 62.6% of the women and deemed severe by 33.2%, highlighting that the symptom, although not the leading complaint in this investigation, remains one of the most frequent symptoms manifested by the women, particularly among those from Western countries. Recent studies have shown hot flushes to be one of the most commonly reported complaints in this group of women [10,25,30]. Similarly, a multi-center study in Latin America found that over 50% of women in the 40–59 year age bracket presented hot flushes [31]. Scholars [32] have pointed out however, that hot flushes are not influenced by hormonal changes associated with the menopause alone, but should also be viewed within a sociocultural context, evidenced by the lower percentage of women reporting the symptom in Eastern societies.

The mean scores found on somatic, psychological and urologic domains as well as for totals on the MRS, are in line with results of another survey carried out in Latin America [20] which reported higher values compared to the substantially lower values observed in European [21] and Asiatic [22] countries, confirming that women in these latter regions report less symptoms. It is noteworthy that these disparities may also be explained by the sociodemographic, economic and cultural context in which these women live, in as far as the severity of symptoms is not determined by hormone fluctuations and hypoestrogenism alone.

With regard to severity on the MRS domains, the psychological domain had the highest prevalence (49.1%), perhaps related to the worries experienced by women during the transition phase and post-menopausal stage. In this respect, the absence of menstruation, a symbol of fertility, may be construed by some women as marking the watershed between a healthy life and a shift toward senescence, serious diseases and biological changes.

On this point, it is relevant to note that in some cultures, the menopause represents an important change which generally confers respect, authority and maturity with the process of aging. In other women however, particularly those living in cultures which hold youth in high regard, the menopause can take on negative connotations. The authors emphasized that psychologically, during the menopause women must deal with the internal changes stemming from hormone changes, loss of reproductive potential and transition to a more advanced age. Moreover, women of middle-age also have to cope with problems from a social standpoint, including children leaving home, their own physical diseases, loss of parents and family members, sickness of relatives, and sometimes stress and lack of understanding in their marriage [33].

In terms of the factors associated with greater severity of symptoms, the most important were low educational level, poor/very poor self-perceived health and the menopausal transition phase.

Previous studies had shown that low educational is associated with greater menopausal symptom intensity [5,10,27,34], a relationship corroborated by the results of the present study. An investigation carried out in the South of Brazil [29] found that schooling contributed favorably to greater comprehension and understanding of the body changes characteristic of the menopause, reducing anxiety levels and fostering self-care. As such, schooling is directly related to the depth of understanding of both the organic and non-organic processes involved during the transition to menopause, allowing these women to see this phase [29,34] and the aging process in a more positive light. In the present survey, self-perceived health was rated as poor/very poor by 54.6% of respondents and the presence of physician-diagnosed disease was reported by 68.0%. The high percentage of women that reported a diagnosed disease and regarded their health as poor, in association with the aging process and illness, may interact in a way that leads to impaired quality of life and greater severity of symptoms. These results are in agreement with data found in the literature [30].

The menopausal transition phase was found to be statistically significantly associated with more severe symptoms, mirroring the findings of other authors [8,35] indicating that more marked hormone fluctuations take place during this period, perhaps explaining the association of the phase with greater frequency and severity of symptoms, particularly vasomotor symptoms.

It is important to point out that the results of this investigation are limited by the convenience sample and cross-sectional design of the study. However, this survey stands out for being the first carried out in the North Region of Brazil employing the MRS as the instrument for assessing severity of menopausal symptoms.

In conclusion, this study showed that women living in Acre from the Brazilian Western Amazon were highly symptomatic and had predominantly psychological symptoms. Also, in this group of women, the related factors of socioeconomic aspects, health and menopausal status were significantly associated with severity of symptoms.

Given the demographic transition process currently underway in Brazil, the number of women at the post-menopausal stage is set to increase further. Since this stage represents a relatively long period in these women's lives, the issue warrants closer attention by society, especially in view of its associated symptoms and diseases, some of which are chronic and degenerative.

Contributors

A. R. da Silva reviewed the references, designed the study, prepared the questionnaire, and was involved in the field work by performing data collection and supervision, keying in questionnaires, analyzing data and writing the article. A. C. Tanaka contributed to defining the study design and assisted in preparing and analyzing the data, reviewing the references and writing the article.

Competing interest

None.

Funding

This study was financially supported by the FUNTAC – Fundação de Tecnologia do Estado do Acre (Technology Foundation of the State of Acre), with funding from the FDCT – Fundo de

as depressed mood, anxiety, physical and mental exhaustion and muscular pains, are indeed the result of the menopause. These authors believe that women may attribute their symptoms to a range of factors besides hormone fluctuations, such as age, difficulties concerning women's role in modern society, stress, as well as to changes in emotional and health status.

Regarding severity of menopausal symptoms, muscle and joint discomfort constitute the most severe symptom, reported by 40.9% of the women assessed, a similar prevalence to that found in previous surveys for both Western [26] and Eastern societies [5,27]. In the North Region of Brazil, researchers [23] have observed a statistically significant association between joint pain complaints and the post-menopausal stage. Nevertheless, since this association was observed only in the age group of over 45s, the authors inferred that the phenomenon may not be associated solely to menopausal status but also to age and the aging process, during which women are often affected by osteomuscular diseases. This notion is further supported by the fact that age is associated with joint pain severity and movement difficulties [28], as well as by the greater tendency of sedentarism beyond the age of 50 [29].

A notable finding of the present study was that hot flushes were reported by 62.6% of the women and deemed severe by 33.2%, highlighting that the symptom, although not the leading complaint in this investigation, remains one of the most frequent symptoms manifested by the women, particularly among those from Western countries. Recent studies have shown hot flushes to be one of the most commonly reported complaints in this group of women [10,25,30]. Similarly, a multi-center study in Latin America found that over 50% of women in the 40–59 year age bracket presented hot flushes [31]. Scholars [32] have pointed out however, that hot flushes are not influenced by hormonal changes associated with the menopause alone, but should also be viewed within a sociocultural context, evidenced by the lower percentage of women reporting the symptom in Eastern societies.

The mean scores found on somatic, psychological and urologic domains as well as for totals on the MRS, are in line with results of another survey carried out in Latin America [20] which reported higher values compared to the substantially lower values observed in European [21] and Asiatic [22] countries, confirming that women in these latter regions report less symptoms. It is noteworthy that these disparities may also be explained by the sociodemographic, economic and cultural context in which these women live, in as far as the severity of symptoms is not determined by hormone fluctuations and hypoestrogenism alone.

With regard to severity on the MRS domains, the psychological domain had the highest prevalence (49.1%), perhaps related to the worries experienced by women during the transition phase and post-menopausal stage. In this respect, the absence of menstruation, a symbol of fertility, may be construed by some women as marking the watershed between a healthy life and a shift toward senescence, serious diseases and biological changes.

On this point, it is relevant to note that in some cultures, the menopause represents an important change which generally confers respect, authority and maturity with the process of aging. In other women however, particularly those living in cultures which hold youth in high regard, the menopause can take on negative connotations. The authors emphasized that psychologically, during the menopause women must deal with the internal changes stemming from hormone changes, loss of reproductive potential and transition to a more advanced age. Moreover, women of middle-age also have to cope with problems from a social standpoint, including children leaving home, their own physical diseases, loss of parents and family members, sickness of relatives, and sometimes stress and lack of understanding in their marriage [33].

In terms of the factors associated with greater severity of symptoms, the most important were low educational level, poor/very poor self-perceived health and the menopausal transition phase.

Previous studies had shown that low educational is associated with greater menopausal symptom intensity [5,10,27,34], a relationship corroborated by the results of the present study. An investigation carried out in the South of Brazil [29] found that schooling contributed favorably to greater comprehension and understanding of the body changes characteristic of the menopause, reducing anxiety levels and fostering self-care. As such, schooling is directly related to the depth of understanding of both the organic and non-organic processes involved during the transition to menopause, allowing these women to see this phase [29,34] and the aging process in a more positive light. In the present survey, self-perceived health was rated as poor/very poor by 54.6% of respondents and the presence of physician-diagnosed disease was reported by 68.0%. The high percentage of women that reported a diagnosed disease and regarded their health as poor, in association with the aging process and illness, may interact in a way that leads to impaired quality of life and greater severity of symptoms. These results are in agreement with data found in the literature [30].

The menopausal transition phase was found to be statistically significantly associated with more severe symptoms, mirroring the findings of other authors [8,35] indicating that more marked hormone fluctuations take place during this period, perhaps explaining the association of the phase with greater frequency and severity of symptoms, particularly vasomotor symptoms.

It is important to point out that the results of this investigation are limited by the convenience sample and cross-sectional design of the study. However, this survey stands out for being the first carried out in the North Region of Brazil employing the MRS as the instrument for assessing severity of menopausal symptoms.

In conclusion, this study showed that women living in Acre from the Brazilian Western Amazon were highly symptomatic and had predominantly psychological symptoms. Also, in this group of women, the related factors of socioeconomic aspects, health and menopausal status were significantly associated with severity of symptoms.

Given the demographic transition process currently underway in Brazil, the number of women at the post-menopausal stage is set to increase further. Since this stage represents a relatively long period in these women's lives, the issue warrants closer attention by society, especially in view of its associated symptoms and diseases, some of which are chronic and degenerative.

Contributors

A. R. da Silva reviewed the references, designed the study, prepared the questionnaire, and was involved in the field work by performing data collection and supervision, keying in questionnaires, analyzing data and writing the article. A. C. Tanaka contributed to defining the study design and assisted in preparing and analyzing the data, reviewing the references and writing the article.

Competing interest

None.

Funding

This study was financially supported by the FUNTAC – Fundação de Tecnologia do Estado do Acre (Technology Foundation of the State of Acre), with funding from the FDCT – Fundo de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Technological and Scientific Development Fund).

References

[1] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

[2] Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui P. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. Maturitas 2005;51:236–45.

[3] Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Smoking and earlier menopause. Rev Assoc Med Bras 2005;51:51–3.

[4] OMS - Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Ginebra: Informes; 1996 [OMS - Serie de Informes Técnicos, 866].

[5] Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. Menopause 2009;16:164–70.

[6] Blümel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas 2000;34:17–23.

[7] Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. Menopause 2004;11:120–30.

[8] Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. Obstet Gynecol 2000;96:351–8.

[9] Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. Am J Med 2005;118:14–24.

[10] Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui PA. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. Maturitas 2008;59:182–90.

[11] Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): investigation in the German population. Zentralbl Gynakol 2002;124:161–3.

[12] Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Referred morbidity and the utilization of health services in urban areas of south-eastern Brazil: methodology. Rev Saúde Pública 1996;30:153–60.

[13] Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSBB). Int J Impot Res 2004;16:160–6.

[14] Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. Menopause 2008;15:706–13.

[15] Ribeiro M. Utilização de serviços de saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário, por sexo e cobertura por plano de saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005 [dissertação de mestrado].

[16] http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountGr (accessed 21.05.12).

[17] Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. Health Qual Life Outcomes 2004;2:1–7.

[18] Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada com el climatério em una poblácion Chilena de mujeres saludables. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71:402–9.

[19] Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, et al. Defining menopausal status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. Menopause 2005;12:128–35.

[20] Chedraui P, Pérez-Lopez FR, Mendonza M, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. Arch Gynecol Obstet 2010;281:879–85.

[21] Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kulak E, Terlikowski S, et al. Analysis of quality of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study. Adv Med Sci 2010;55:191–5.

[22] Lee M, Kim J, Park M. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. J Korean Med Sci 2010;25: 758–65.

[23] da Silva AR, de Ferreira TF, d'Andretta Tanaka AC. Gynecological history and climacteric symptomatology of women in a public health unit of State of Acre. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2010;20:778–86.

[24] Rahman S, Salehin F, Iqbal A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kutshia, Bangladesh. BMC Res Notes 2011;4:1–4.

[25] Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among health middle aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas 2007;57:271–8.

[26] López FA, de Lorenzi DRS, d'Andretta Tanaka AK. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). Rev Chil Obstet Ginecol 2010;75:375–82.

[27] El Shafie K, Al Farsi Y, Al Zadjali N, Al Adawi S, Al Busaidi Z, Al Shafaee M. Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the Menopause Rating Scale. Menopause 2011;18: 1113–9.

[28] Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. Obstet Gynecol 2007;110:230–40.

[29] de Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Júnior IP. Factors related to quality of life in post-menopause. Rev Assoc Med Bras 2006;52:312–7.

[30] Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptom, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening total: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. BMC Women's Health 2011;11:1–9.

[31] Chedraui P, Blümel JE, Baron G, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. Maturitas 2008;61: 323–9.

[32] Chen C, LaForce CB, Wang SY. A comparative study of menopausal hot flashes and their psychosocial correlates in Taiwan and the United States. Maturitas 2010;67:171–7.

[33] Amore M, Di Donato P, Berti A, et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. Maturitas 2007;56:303–11.

[34] Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr. Predicting factors of climacteric symptoms. Rev Bras Ginecol Obstet 2005;27:12–9.

[35] Rahman SA, Zainudin SR, Mun VLK. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age in Kuching, Sarawak, Malaysia. Asia Pacific Family Med 2010;9:1–6.

CURRICULO LATTES RESUMIDO - ORIENTANDA

Andréa Ramos da Silva

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5605332881016301
Última atualização do currículo em 04/07/2013

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (2004). Professora Efetiva do Magistério Superior da Universidade Federal do Acre. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2009). Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, com ênfase na Atenção à Saúde da Mulher. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Andréa Ramos da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, A. R. da

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal do Acre, CCSD - Centro de Ciencias da Saúde e do Desporto. Campus Universitário Reitor Aulio Gelio Alves de Souza - Rodovia BR 364 (Km 04) Distrito Industrial 69915-900 - Rio Branco, AC - Brasil Telefone: (068) 39012500 Ramal: 2584 Fax: (068) 39012585 URL da Homepage: http://www.ufac.br

Formação acadêmica/titulação

2010	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres climatéricas, Orientador: Ana Cristina d'Andretta Tanaka.
2007 - 2009	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós-menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre,Ano de Obtenção: 2009. Orientador: Ana Cristina d'Andretta Tanaka. Palavras-chave: saúde da mulher; Pré, peri e pós-menopausa; menopausa. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem de Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Obstétrica / Especialidade: Saúde da Mulher. Setores de atividade: Saúde Humana; Cuidado À Saúde das Pessoas.
2004 - 2005	Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. (Carga Horária: 660h). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

CURRICULO LATTES RESUMIDO - ORIENTADORA

Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/0164280031047299
Última atualização do currículo em 04/07/2013

possui graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr pela Universidade de São Paulo (1973), graduação em Curso de Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1970), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e Livre-Docência em Saúde da Mulher pela Universidade de São Paulo (1994). Foi aprovada no concurso de Professor Titular pela Universidade de São Paulo, em 2003. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade Materna, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade materna, risco gravídico, saúde da mulher, saúde materna, saúde pública e informação em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Nome em citações bibliográficas	TANAKA, A. C. d'A.;Tanaka, Ana Cristina d'Andretta;Tanaka, Ana Cristina d'A.;d'Andretta Tanaka, Ana Cristina;D`ANDRETTA TANAKA, ANA CRISTINA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. AV. DR. ARNALDO - 715 2º andar Departamento de Saúde Materno-Infantil CERQUEIRA CESAR 01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/titulação

1994	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Maternidade: O dilema entre nascimento e morte, Ano de obtenção: 1994. Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde Materna; Assistência à gestação parto e puerpério; Saúde da mulher; Peregrinação. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Materna. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil / Especialidade: Obstetrícia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1981 - 1987	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: SAÚDE MATERNA E SAÚDE PERINATAL: RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS ORGÂNICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E INSTITUCIONAIS, Ano de obtenção: 1987. Orientador: ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Risco Gravidico; Saude Materna; Saude Perinatal. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde