

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À FUNÇÃO SEXUAL DAS
PACIENTES NA PÓS-MENOPAUSA ATENDIDAS EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL
*RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL FUNCTION OF POSTMENOPAUSAL
PATIENTS ATTENDED IN A SOUTH CITY OF BRAZIL***

Bárbara Gerlach da Silva Ziemath¹

Maria Victória Siebert Oliveira²

Márcia Regina Kretzer³

Luísa Aguiar da Silva Nery⁴

¹Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail:
barbaraziemath@gmail.com . Telefone +5548999169333

²Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

³Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa
Catarina – UNISUL.

⁴Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Docente do curso de Graduação de
Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

Endereço da Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL - Campus Grande
Florianópolis . Avenida Pedra Branca, 25. Cidade Universitária, Palhoça, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

Objetivo: identificar os fatores que influenciam na função sexual das pacientes na pós-menopausa atendidas em um Ambulatório Médico em uma cidade na região Sul do Brasil.

Método: Estudo observacional caso-controle, realizado em um ambulatório escola médico no Sul do Brasil, com 132 pacientes na pós menopausa, sexualmente ativas, entre 45 e 65 anos. Aplicou-se um questionário referente às características sociodemográficas, hábitos de vida e história clínica ginecológica. A função sexual foi avaliada através do Quociente Sexual Feminino (QS-F), enquanto os sintomas do climatério avaliados através do *Menopause Rating Scale* (MRS). *Resultados:* No grupo estudado 48,5% das pacientes apresentaram disfunção sexual (QS-F <60). Todos os domínios do MRS, incluindo score total, demonstraram valores mais baixos em pacientes com disfunção sexual, resultando significância estatística em todos os segmentos ($p < 0,05$). Demais características estudadas não apresentaram significância estatísticas entre os grupos. *Conclusão:* Os sintomas climatéricos de esfera somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais parecem influenciar negativamente a função sexual das mulheres na pós menopausa.

Palavras-chave: Sexualidade, climatério, menopausa, saúde da mulher, mulher.

Abstract

Objective: The aim of the study was to identify the factors associated with the sexual function of postmenopausal patients attended at a Medical Ambulatory in a city in the South of Brazil.

Method: Observational case-control study, conducted in an outpatient clinic of medical medicine in the South of Brazil, with 132 postmenopausal, sexually active women aged 45- 65 years. A questionnaire was used to collect the sociodemographic characteristics, life habits and clinical gynecological history. Sexual function was assessed through the Female Sexual Quotient (QS-F), while the climateric symptoms by the Menopause Rating Scale (MRS). *Results:* Among the studied group, 48.5% of the patients presented sexual dysfunction (QS-F <60). All MRS domains, including total score, demonstrated lower values in patients with sexual dysfunction, resulting in

statistical significance in all segments ($p < 0.05$). Other studied characteristics did not exhibit statistical significance between the groups. *Conclusion:* Our results show that all somatovegetative, urogenital and psychological MRS symptoms have a negative influence on the sexual function of postmenopausal women.

Keywords: Sexuality, climacteric, menopause, woman's health, woman.

Introdução

O climatério é definido como o período de transição entre os anos reprodutivos e não reprodutivos da mulher¹. Esse período caracteriza-se por mudanças endócrinas em função da diminuição da atividade ovariana, mudanças biológicas pelo declínio da fertilidade e, como consequência das alterações do ciclo menstrual, surgimento de sintomas clínicos que podem refletir na qualidade de vida da mulher². Menopausa, por sua vez, é um importante marco dessa fase e corresponde à cessação permanente das menstruações, reconhecida apenas após 12 meses de amenorreia^{2,3}.

No climatério, a preocupação em relação à sexualidade feminina e a influência desse fator na qualidade de vida vêm sendo valorizada nos últimos anos em virtude do aumento da prevalência das disfunções sexuais após a menopausa e, principalmente, em função do aumento da expectativa de vida da mulher^{4,5}.

No Brasil a menopausa ocorre por volta dos 48 anos de idade⁶. Considerando que a expectativa de vida atual da população feminina brasileira - segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2016⁷- é de 79,1 anos, é estimado que as mulheres permaneçam quase um terço das suas vidas em estado de deficiência hormonal^{2,8}.

No mundo, aproximadamente 60% das mulheres - entre 40 e 64 anos de idade - referem algum sintoma de disfunção sexual (DS). A prevalência desses sintomas nas mulheres europeias é de 54,5%, enquanto naquelas residentes na América do Sul é de 69,8%⁹. No Brasil, entretanto, estima-se que 86,6% das mulheres na pós-menopausa queixam-se de alguma alteração sexual³.

As causas de DS feminina podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurogênicas, musculogênicas e hormonais¹⁰. A maior parte é decorrente de alterações endócrinas naturais do corpo humano¹¹ e essas alterações determinam o aparecimento de sintomas vasomotores, alterações de humor, aumento do risco para doenças cardiovasculares e osteoporose, além da atrofia urogenital^{2-4,10,12,13}.

A resposta sexual feminina pode ser prejudicada por inúmeras causas, entre elas são citadas repercussões de educação rígida, estimulação inadequada das zonas erógenas,

conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, história de violência sexual, ansiedade, depressão, fadiga e doenças físicas, como diabetes e dislipidemia¹⁴⁻¹⁶.

Uma boa anamnese, que contemple dados históricos que tenham impacto sobre a sexualidade, considerando aspectos psicossociais e questões sobre a intimidade feminina, é importante para reconhecer disfunções sexuais em uma paciente no climatério. Esta pesquisa teve como objetivo identificar os fatores que influenciam na função sexual das pacientes na pós-menopausa atendidas em um Ambulatório Médico em uma cidade na região sul do Brasil.

Métodos

Os dados deste estudo foram coletados de forma transversal e posteriormente organizados e analisados em casos e controles. O estudo foi realizado no serviço de ginecologia e de atenção primária em saúde de um ambulatório escola em uma cidade do sul do Brasil no período de agosto de 2016 à junho de 2017.

A população do estudo foi composta por 132 mulheres na pós-menopausa (entre 45 e 65 anos), que apresentaram ou não DS. Para cada um caso com disfunção, foi incluído um controle sem DS.

Os critérios de inclusão para os grupos caso e controle foram: mais de 12 meses em amenorreia, paciente sexualmente ativa nos últimos 6 meses (a partir da data da entrevista). Foram excluídas nos dois grupos mulheres que estavam ou já estiveram sob tratamento quimioterápico, radioterapia, cirurgia pélvica para ooforectomia bilateral, doenças neurológicas ou demenciais incapacitantes.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguido de três instrumentos auto aplicáveis às pacientes que aceitaram participar da pesquisa. Os questionários aplicados correspondem ao Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)¹⁶, *Menopause Rating Scale* (MRS)¹⁷ e o Questionário Complementar.

O primeiro, QS-F, foi elaborado por Abdo¹⁶ no Programa de Estudos em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse instrumento é composto de 10 questões, cada qual devendo

ser respondida em uma escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual, a saber: Bom a Excelente (82 a 100 pontos); Regular a Bom (62 a 80 pontos); Desfavorável a Regular (42 a 60 pontos); Ruim a Desfavorável (22 a 40 pontos); Nulo a Ruim (0 a 20 pontos). Através disso, o QS-F pode ser interpretado em escore total, o que avalia a qualidade do desempenho ou da satisfação sexual da mulher. Foi considerado o ponto de corte em 60 como forma de rastreamento. Abaixo desse valor a paciente foi considerada com DS.

O segundo questionário aplicado, o MRS, padronizado, inicialmente na Alemanha por Heinmann *et al*¹⁷, foi traduzido para vários idiomas, inclusive o português. A validação para o Brasil foi realizada em 2002 pelo Instituto Nacional 'NFO' com sede nos Estados Unidos da América¹⁸. Esse questionário foi criado para dar ao médico a possibilidade de documentar sintomas do climatério e suas mudanças durante algum tipo de tratamento. O MRS consiste em 11 questões que devem ser respondidas escolhendo uma das seguintes categorias: nenhum sintoma, pouco severo, moderado, severo e muito severo. A pontuação varia de 0 (sem sintomas) até 4 (sintomas muito severos) por questão, gerando um escore total de 0 (assintomática) a 44 (mais alto grau de reclamações). Essas pontuações variam entre três dimensões, dependendo do número de reclamações atribuídas: sintomas psicológicos variam de 0 a 16 pontos (4 sintomas: deprimida, irritada, ansiosa, esgotada), sintomas somato-vegetativos variam de 0 a 16 pontos (4 sintomas: transpiração/falta de ar, queixas cardíacas, distúrbios do sono, queixas articulares e musculares) e sintomas urogenitais que variam de 0 a 12 pontos (3 sintomas: problemas sexuais, queixas urinárias, ressecamento vaginal).

Além desses questionários, foi aplicado às pacientes um questionário complementar, elaborado pelos autores, destinado a conhecer fatores sociodemográficos, hábitos de vida e história clínica-ginecológica da paciente.

Os dados foram tabulados utilizando o software Windows Excel, e posteriormente exportados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS). Version 18.0. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009. Primeiramente foi apresentada a distribuição das variáveis independentes nos casos e controles. A significância estatística das diferenças na ocorrência da exposição, ao comparar casos e controles, como parte da análise bivariada, foi obtida pelo teste do Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para os desfechos qualitativos e o teste t de Student para as variáveis independentes quantitativas. A medida de associação foi representada pelo *Odds Ratio* (OR) que mede a chance de encontrar um indivíduo exposto entre os casos comparados aos controles. Foram apresentados o intervalo de confiança (IC95%) para o OR e o valor de *p* no nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Unisul sob parecer CAAE 57068016.4.0000.5369. Não existiram conflitos de interesse entre os pesquisadores e as pacientes da pesquisa.

Resultados

As características demográficas e hábitos de vida encontram-se descritas na tabela 1. O estudo analisou 132 pacientes, divididas em dois grupos: mulheres com DS (48,5%) no grupo caso e mulheres sem DS (51,1%) no grupo controle. A maioria declarou-se branca (86,3%), com parceiro fixo (91%), com filhos (95,4%), com baixo grau de escolaridade (53%) e renda familiar abaixo de 4 salários mínimos. A atividade física era realizada por 53,12 % das pacientes com DS contra 69,12% das mulheres sem DS. A maioria, em ambos os grupos, negou ser tabagista. Das pacientes com DS, 15,62% referiram DS do parceiro quando comparadas a 19,12% dos parceiros das pacientes sem essa queixa.

A história clínica-ginecológica encontra-se descrita na tabela 2. Observou-se comorbidades nos grupo caso (76,56%) e controle (61,76%). A hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente em ambos os grupos. A história de cirurgia ginecológica prévia foi referida por 40,6 % das pacientes com DS versus 27,95% das pacientes sem disfunção. Já o uso de terapia hormonal (TH) e creme vaginal foi aproximadamente o dobro nas pacientes classificadas com DS.

A tabela 3 foi composta da idade das pacientes estudadas, renda familiar e associação do MRS total e seus domínios aos grupos caso e controle. A média de idade nas pacientes do primeiro grupo foi de 55,31 anos ($\pm 5,2$) e a do segundo grupo 56,62 anos ($\pm 4,99$), Já a média de idade de menopausa das pacientes foi de 48,85 anos. O escore médio do MRS total foi de 22,13 ($\pm 8,14$) pontos para as pacientes com DS e 14,29 ($\pm 7,94$) para as paciente sem DS. Verificou-se significância estatística entre maiores escores do MRS total e domínios às pacientes avaliadas com DS ($p < 0,001$).

Discussão

O objetivo desse estudo foi identificar os fatores que influenciam na função sexual das pacientes na pós menopausa, bem como avaliar os principais sintomas climatéricos que contribuem para a DS e que exercem impacto negativo na qualidade de vida das mulheres estudadas.

A população em estudo foi composta de maioria branca, com parceiro fixo e filhos, baixo grau de escolaridade e renda mensal familiar inferior a 4 salários mínimos. Das pacientes entrevistadas 48,5% foram classificadas com DS (QS-F<60) e a elas atribuída maior sintomatologia climatérica (MRS) quando comparadas às sem DS. Estudos transversais prévios internacionais¹⁹⁻²¹ e brasileiros^{4,22-24} demonstraram resultados semelhantes com taxas de DS entre 51-80% em mulheres de meia-idade.

De Lorenzi *et al*⁴ em estudo realizado em 2002, no Rio Grande do Sul, identificaram uma redução da atividade sexual em pacientes na pós-menopausa e associaram tal achado aos sintomas climatéricos e à DS. A pesquisa de Valadares *et al*²⁵, realizada com 276 mulheres em Minas Gerais (2007), mostrou que a DS estava associada a idade avançada das pacientes (59,3%), propondo que esse problema tende a piorar conforme o avançar da idade. Cabral *et al*²² corroboram esses achados com um estudo (2011) no Rio Grande do Norte que demonstrou maior risco de DS (67% das entrevistadas) às pacientes com mais sintomas climatéricos. Cruz *et al*²⁴, no norte do Brasil (2015), evidenciaram que 100% das pacientes com sintomas climatéricos intensos apresentaram DS.

Sabe-se que os sintomas como depressão, ansiedade, irritabilidade, esgotamento físico e mental, fogachos, palpitações, insônia, problemas musculares ou articulares, ressecamento vaginal e distúrbios urinários, influenciam na vida sexual, sendo esse um importante marcador de bem estar ^{20,22,23,26,27}. Estudo realizado por Blumel *et al* ²⁸ (2011), que avaliou 8373 mulheres latino americanas na pós menopausa, demonstrou que a presença de sintomas psicológicos, somato-vegetativos e urogenitais eram fatores de risco importantes para a qualidade de vida das mulheres.

No presente estudo as mulheres classificadas com DS apresentaram mais sintomas climatéricos referentes aos domínios do MRS em relação às sem DS. O escore do domínio psicológico do MRS foi o maior entre as pacientes com DS, seguido dos sintomas somato-vegetativos e urológicos, respectivamente, similar a outros estudos^{22,29-31}.

Para Cabral *et al* ²² o nível educacional e o baixo nível sócio econômico da população estudada, mulheres residentes no Nordeste do Brasil, impossibilitaram o acesso das pacientes ao suporte psicológico necessário. Mezones-Iloiquin *et al* ²⁹ também acrescentaram à esse achado possíveis problemas no desempenho sexual do parceiro das pacientes estudadas no Peru, o que justifica o fato de que o perfil sóciodemográfico da população estudada e a estabilidade emocional, bem como com o parceiro, tem grande influência sobre o domínio psicológico do MRS.

Dombek *et al* ²³ e Chedraui *et al* ³² obtiveram maior significância no domínio dos sintomas urogenitais, justificando tal achado pelo hipoestrogenismo que leva a atrofia genital das pacientes dessa faixa etária.

Queixas como fogachos, palpitações, insônia e problemas articulares ou musculares tiveram importante significância estatística nos estudos de Blumel *et al* ²⁸ e Murphy *et al* ³³. A associação entre piora da qualidade de vida e queixas somato-vegetativas é justificada pelo fato de os sintomas possuírem origem etiopatogênica similares: baixos níveis de estradiol e altos de gonadotrofina levam ao aumento da temperatura corporal através do centro de regulação da temperatura hipotalâmica e piora da qualidade do sono como consequência^{28,33}. Já para Masjoudi *et al* ²⁶ as pacientes classificadas como pós-menopausa obtiveram maior escore no domínio dos sintomas somato-vegetativos, sendo justificado pelos autores por uma provável

relação com o clima mediterrâneo do local do estudo, o que corrobora ainda mais para a hipótese de que variados fatores, inclusive geográficos, de uma população específica podem influenciar nos achados de uma pesquisa, como encontrados nessa pesquisa.

Diversos estudos^{21,27,31,34-38} demonstram resultados com significância estatística de que a realização de atividade física, baixo índice de massa corporal e/ou ausência de comorbidades estão relacionadas a uma melhor qualidade da função sexual feminina, bem como menos queixas de sintomas climatéricos. No entanto, o presente estudo não demonstrou significância estatística nessas variáveis - embora tenha verificado que as pacientes classificadas com DS realizaram menos atividade física e eram portadoras de mais comorbidades quando comparadas às pacientes sem DS. Acredita-se que o exercício físico regular e vigoroso estimule a produção de beta-endorfinas a nível de hipotálamo, estabilizando o centro hipotalâmico e diminuindo as queixas de fogachos, conseqüentemente há melhora também das queixas de humor, memória e outros sintomas somáticos³⁹. Para Tairova *et al*³⁴ a estabilidade no humor das pacientes fisicamente ativas faz com que as mesmas tenham uma visão mais positiva da fase climatérica, tolerando melhor as mudanças urogenitais e suas conseqüências na atividade sexual. Além disso, sabe-se que a atividade física regular reduz a incidência de doenças cardiovasculares e osteoporose, sendo uma prática bastante importante para a redução e controle das comorbidades das mulheres de meia idade^{40,41}.

Alguns estudos^{23,28,42-44} sugerem que a TH possa melhorar função sexual das pacientes na pós menopausa, podendo afetar também nos fatores psicológicos e somato-vegetativos. Nesse estudo houve uma contradição nesses resultados, inferindo que pacientes em uso de TH ou creme vaginal hormonal tenham tido piora da função sexual. Tal resultado pode estar associado ao não entendimento do questionário, uso intermitente ou incorreto desses fármacos²⁸.

A sexualidade humana é complexa e envolve diversas condições não apenas do ponto de vista físico, mas também psicológico. Pacientes que possuem uma relação sexual instável e pacientes com distúrbios psiquiátricos, como depressão, foram incluídas na pesquisa, o que pode ter influenciado em respostas inapropriadas aos questionários. Nesse sentido, o uso de dois instrumentos validados tanto para separar os grupos caso e controle em relação a função

sexual, quanto para mensurar os sintomas que acompanham a menopausa foi de suma importância para a qualidade dessa pesquisa.

Diferentes fatores estão associados a função sexual feminina sejam esses sociais, econômicos, relacionados aos hábitos de vida, fator conjugal e história atual ou prévia da paciente. Embora todas estejam relacionadas a DS, esse estudo se propôs a avaliar os fatores de risco relevantes associados às pacientes na pós menopausa, sendo esses detectados nas esferas psicológica, somato-vegetativos e urogenital. Poucos estudos foram feitos com o QS-F o que foi um desafio para a atual pesquisa, visto que os domínios do ciclo sexual feminino não puderam ser avaliadas individualmente por uma falta de artigos para comparação de resultados. Recomenda-se mais pesquisas com esse instrumento, desenvolvido para a população feminina brasileira, bem como amostras maiores a fim de contribuir para os critérios diagnósticos e métodos de tratamento das DS em pacientes na pós menopausa.

Prestar atendimento adequado às pacientes com sintomas climatéricos é necessário, pois a maioria dessas queixas podem sofrer intervenções apropriadas a fim de melhorar e modificar a qualidade de vida dessa população.

Referências

- 1 Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia.6.ed.Porto Alegre: Artmed;2011.748p.
- 2 Zahar SEV, Aldrighi JM, Neto AMP, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev Assoc Med Bras.2005; 51(3):133-8.
- 3 Del Nero U. Alterações orgânicas no climatério e menopausa que repercutem sobre a sexualidade feminina.Feminina.2006; 36(11):749-52.
- 4 De Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. Rev Assoc Med Bras.2006; 52(4):256-60.
- 5 Tairova OS,De Lorenzi DRS. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós menopausa.Rev Bras Geriatr Gerontol.2011.14(1).135-45.
- 6 Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Climatério: 2010.São Paulo:FEBRASGO;2010.
- 7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Tábuas completas de mortalidade 2016 [acesso em 30 ago 2017].Disponível em: <http://ibge.gov.br>
- 8 Hashemi S, Tehrani FM, Simbar M, Abedini M, Bahreinian H, Gholami R. Evaluation of sexual attitude and sexual function in menopausal age;a population based cross-sectional study. Iran J Reprod Med. 2013;11(8):631-36.
- 9 Makara-Studzinska MT, Krys-Noszczyk KM, Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause – intercontinental review. Prz Menopauzalny.2014;13(3):203-11.
- 10 Prado DQ, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Rev Bras Ginecol Obstet.2010;32(3):139-43.

11 Hess R, Thurston RC, Hays RD, *et al.* The impact of menopause on health-related quality of life: results from STRIDE longitudinal study. *Qual Life Res.* 2012;21:535-44.

12 Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen testosterone, or polyacrylic acid on sexual function in postmenopausal women: A randomized controlled Trial. *J Sex Med.* 2014;11(5):1262-70.

13 Freedman MA. Perceptions of dyspareunia in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: findings from the REVIVE survey. *Women's Health.* 2014;10(4):445-54.

14 Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, de Souza MH, Paiva LC. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(4): 299-304.

15 Basson R. Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):395-403.

16 Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.* 2009;14(2):89-91.

17 Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1-28.

18 Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, *et al.* The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 2-45.

19 Shobeiri F, Jenabi E, Seyyed, Hazavehei MM, Roshanaei G. Quality of Life in Postmenopausal Women in Iran: A Population-based Study. *J Menopausal Med.* 2016;22:31-38.

20 Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *J Sex Med.* 2017;14:675- 86.

21 Andac T, Aslan E. Sexual Life of Women in the Climacterium: a community-based study, Health Care for Women Int. Published online:25 Jul 2017. DOI:

10.1080/07399332.2017.1352588

22 Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério Júnior J, Amaral RLG, Gonçalves AKS. Influência do sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7):329-34.

23 Dombek K, EJM Capistrano, ACC Costa and LPF Marinheiro. Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. Int J Impot Res.2016; 1 – 6.

24 Cruz EF, Nina VJS, Figuerêdo ED. Sintomatologia climatérica e disfunção sexual: associação entre o índice de Kupperman e Blatt e o índice de função sexual feminina. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39:66–71.

25 Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. Menopause. 2008;15(2): 264-69.

26 Masjoudi M, Amjadi MA, Leyli EKN. Severity and Frequency of Menopausal Symptoms in Middle Aged Women, Rasht, Iran. J Clin Diagn Res. 2017;11(8):17-21.

27 Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Robinson PJ, Davis SR. Moderate-Severe Vasomotor Symptoms Are Associated with Moderate-Severe Depressive Symptoms. Res J Womens Health.2016;1-7.

28 Blümel JE, Chedraui P, Baron G, *et al.* A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. Menopause. 2011;18(7):778-85.

29 Mezones-Holguin E, Córdova-Marcelo W, Lau-Chu-Fon F, *et al.* Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged, Peruvian women. Climacteric. 2011;14(6): 654-60.

- 30 Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004; 16:160-66.
- 31 Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, Hess R, Thurston RC, Wisner KL, Bromberger JT. Symptoms of Depressed Mood, Disturbed Sleep, and Sexual Problems in Midlife Women: Cross-Sectional Data from the Study of Women's Health Across the Nation. *Res J Womens Health.* 2015;24 (2): 119-26.
- 32 Chedraui P, Pérez-López FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas.* 2011; 68: 387–90.
- 33 Murphy PJ, Campbell SS. Sex hormones, sleep, and core body temperature in older postmenopausal women. *Sleep.* 2007;30:1788-1794.
- 34 Tairova OS, De Lorenzi DRS. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós menopausa: um estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):135-45.
- 35 Dombek K, Capistrano EJ, Costa ACC, Marinheiro LPF. Metabolic syndrome and sexual function in postmenopausal women. *Arch Endocrinol Metab.* 2016;60(6):545-53.
- 36 Lett C, Valadares ALR, Baccaro LF, Pedro AO, Filho JL, Lima M, Costa-Paiva L. Is the age at menopause a cause of sexual dysfunction? A Brazilian population-based study. *Menopause.* 2017; 25(1):1-7.
- 37 Valadares ALR, Lui-Filho JF, Costa-Filho L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: a population-based study. *Menopause.* 2016;23 (3): 304-09.
- 38 Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, Majd HÁ. Sexual Function and Exercise in Postmenopausal Women Residing in Chalous and Nowshahr, Northern Iran. *Iran Red Crescent*

Med J. 2016; 18(5):e30120.

39 Daley AJ, MacArthur C, McManus M. Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacologic interventions in symptomatic menopausal women. *Climacteric* 2006;9(5):336-46.

40 Daley AJ, Stokes-Lampard H, MacArthur C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review. *Maturitas* 2009; 63(3):176-80.

41 Gonçalves JMP, Lopes JGC, Pires Neto CS et al. A influência do exercício físico no perfil lipídico e na aptidão física em mulheres idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(2):215-26.

42 Smith AJ, Hall DR, Grové D. Postmenopause hormone therapy and quality of life. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95:267-71.

43 Gast MJ, Freedman MA, Vieweg AJ, De Melo NR, Girão MJBC, Zinaman MJ. A randomized study of low-dose conjugated estrogens on sexual function and quality of life in postmenopausal women. *Menopause.* 2009;16(2): 247-56.

44 Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on sexual function in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *J Sex Med.* 2014;11 (5):1262-70.

Tabelas

Tabela 01: Associação entre as características sócio-demográficas, hábitos de vida e disfunção sexual do parceiro à função sexual feminina

Variável	Com DS† (n%)	Sem DS (n%)	OR‡ (IC 95%)	Valor-P
<i>Cor de Pele</i>				
Branca	56 (87,5)	58 (85,3)	1,20 (0,43-3,40)	0,71
Não Branca	8 (12,5)	10 (14,70)	1,0	
<i>Estado Civil</i>				
Com Parceiro	57 (89,1)	63 (92,64)	0,65 (0,19-2,15)	0,47
Sem Parceiro	7 (10,9)	5 (7,35)	1,0	
<i>Filhos</i>				
Sim	61 (95,3)	65 (95,58)	0,94 (0,18-4,83)	0,94
Não	3 (9,7)	3 (4,42)	1,0	
<i>Escolaridade</i>				
Baixo grau	37 (57,14)	33 (62,26)	0,81 (0,37-1,74)	0,59
Alto grau	27 (42,86)	20 (37,74)	1,0	
<i>Tabagista</i>				
Sim	13 (20,3)	6 (8,82)	1,0	
Não	51 (79,7)	62 (92,18)	2,63 (0,92-7,42)	0,60
<i>IMC §</i>				
Entre 18,5 e 24,9	11 (17,18)	13 (19,2)	1,0	
Entre 25 e 29,9	28 (43,75)	31 (45,5)	1,04 (0,41-2,83)	0,89
>30	25 (39,06)	24 (35,3)	1,22 (0,45-3,34)	0,67
<i>Atividade Física</i>				
Sim	34 (53,12)	47 (69,12)	0,60 (0,25-1,03)	0,06
Não	30 (46,88)	21 (30,88)	1,0	
<i>Tempo de Atividade Física Semanal</i>				
<150 minutos	22 (62,85)	25 (53,2)	1,49 (0,61-3,64)	0,38
>150 minutos	13 (37,15)	22 (46,8)	1,0	
<i>História de Abuso Sexual</i>				
Sim	6 (9,37)	5 (7,35)	1,0	
Não	58 (90,63)	63 (92,65)	1,30 (0,38-4,50)	0,67
<i>Parceiro com DS</i>				
Sim	10 (15,62)	13 (19,12)	1,0	
Não	54 (84,38)	55 (80,88)	0,78 (0,32-1,94)	0,60

†, Disfunção Sexual; ‡, Odds Ratio; §, Índice de Massa Corporal.

Valor-P: Qui-quadrado de Pearson; teste exato de Fisher

Fonte: elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 02: Associação entre a história clínica-ginecológica à função sexual

Variável	Com DS (n%)	Sem DS (n%)	OR (IC 95%)	Valor-P
<i>Comorbidades</i>				
Sim	49 (76,56)	42 (61,76)	2,02 (0,95-4,31)	0,07
Não	15 (23,44)	26 (38,24)	1,0	
<i>Diabetes Mellitus</i>				
Sim	15 (23,44)	12 (17,64)	1,0	0,41
Não	49 (76,56)	56 (82,36)	1,43 (0,61-3,34)	
<i>H.A.S. †</i>				
Sim	29 (45,3)	27 (39,7)	1,0	0,51
Não	35 (54,7)	41 (60,3)	1,26 (0,63-2,51)	
<i>Doença C.V. ‡</i>				
Sim	11 (17,18)	9 (13,24)	1,0	0,53
Não	53 (82,82)	59 (86,76)	1,36 (0,52-3,54)	
<i>Tireoidopatas</i>				
Sim	10 (15,62)	9 (13,24)	1,0	0,70
Não	54 (84,38)	59 (86,76)	1,21 (0,46-3,21)	
<i>Outras Doenças</i>				
Sim	22 (34,38)	15 (22,05)	1,0	0,11
Não	42 (65,62)	53 (77,95)	1,85 (0,86-4,00)	
<i>Tipo de Parto</i>				
Normal	35 (57,37)	26 (39,4)	2,05 (0,86-4,98)	0,09
Cesário	13 (21,31)	20 (30,3)	1,0 (0,36-2,73)	0,80
Ambos	13 (21,31)	20 (30,3)	1,0	
<i>CX. Ginecológica §</i>				
Sim	26 (40,6)	19 (27,95)	1,0	0,12
Não	38 (59,4)	49 (72,05)	1,76 (0,85-3,65)	
<i>T.H. ¶,</i>				
Sim	13 (29,31)	11 (16,17)	1,0	0,54
Não	51 (79,69)	57 (83,83)	1,32 (0,54-3,21)	
<i>Creme Vaginal</i>				
Sim	22 (35,37)	14 (20,58)	1,0	0,07
Não	42 (65,63)	54 (79,42)	2,02 (0,92-4,42)	

† Hipertensão Arterial Sistêmica; ‡ Cardiovascular; § Cirurgia; ¶ Terapia Hormonal.

Valor-P: Qui-quadrado de Pearson; teste exato de Fisher

Fonte: elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 03: Associação entre idade da paciente, idade da menopausa, renda familiar e domínios do MRS à função sexual

Variável	Com DS		Sem DS		Valor-P
	Média	DP‡	Média	DP	
<i>Idade</i>	55,31	5,20	56,62	4,99	0,14
<i>Idade da Menopausa</i>	48,83	4,42	48,87	4,91	0,96
<i>Renda</i>	3,25	1,95	3,59	1,74	0,29
<i>MRS † Total</i>	22,13	8,14	14,29	7,94	<0,001
<i>MRS Sintomas Somato-vegetativos</i>	7,83	3,40	5,88	3,58	<0,01
<i>MRS Sintomas Psicológicos</i>	8,34	4,16	5,47	3,78	<0,001
<i>MRS Sintomas Urogenitais</i>	5,95	2,77	2,91	2,60	<0,001

† *Menopause Rating Scale*; ‡ Desvio Padrão

Valor-P: Qui-quadrado de Pearson; teste exato de Fisher

Fonte: elaborado pelo autor, 2017.