

DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES ADULTAS ATENDIDAS NO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Sexual dysfunction in adult women attended in the gynecology service of university hospital

Disfunción sexual en mujeres adultas atendidas en el servicio de ginecología del hospital universitario

Cristina Portela da Mota¹; Maria José de Melo²; Jorge Luiz Lima da Silva^{3}; Claudia Maria Messias⁴; Ricardo José de Oliveira Mouta⁵; Felipe Guimarães Tavares⁶*

Como citar este artigo:

Mota CP, Melo MJ, Silva NS, *et al.* Disfunção sexual em mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do hospital universitário. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:1116-1121. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.8817>

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic, sexual and reproductive profile, the prevalence of sexual dysfunction in adult women attended at the University Hospital. **Method:** quantitative, descriptive and cross-sectional study. Total of 267 adult women between the ages of 25 and 49 with at least one sexual intercourse were evaluated. **Results:** there was a significant association of female sexual dysfunction with coitarcha younger than 15 years, frequency of monthly or less sexual intercourse, and lactation. The prevalence of dyspareunia was found in (30.3%) of the interviewees and vaginismus in (26.2%). **Conclusion:** noticed that preventive measures minimize the occurrence of dysfunctions such: facilitating access to information, promotion and prevention of health, training and continuing education programs. Is important to build holistic approach and multidisciplinary effort, since female sexual dysfunction constitutes broad spectrum of difficulties.

Descriptors: Sexual dysfunction, Reproductive health, Nursing, Gynecology, Health promotion.

¹ Licenciatura em Enfermagem / Unirio. Doutorado em Saúde Pública / Ensp / Fiocruz. Universidade Federal Fluminense.

² Licenciatura em Enfermagem / UFF. Universidade Federal Fluminense.

³ Licenciatura em Enfermagem / UFF. Doutorado em Saúde Pública / Ensp / Fiocruz. Professor no Departamento de Materno-Criança e Psiquiatria da UFF. Doutorado em Enfermagem / UFRJ. Universidade Federal Fluminense.

⁴ Licenciatura em Enfermagem / Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Barra Mansa RJ. Professor no Departamento de Materno Infantil e Psiquiatria / UFF. Universidade Federal Fluminense.

⁵ Licenciatura em Enfermagem / Uerj. Departamento de Enfermagem Materna e Infantil. Doutorado em Enfermagem / Uerj. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁶ Licenciatura em Enfermagem / UFF. Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública / Ensp / Fiocruz. Professor do Departamento Médico-cirúrgico / UFF. Universidade Federal Fluminense.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sócio-demográfico, sexual e reprodutivo, e a prevalência da disfunção sexual em mulheres adultas atendidas do Hospital Universitário. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e transversal. Avaliaram-se 267 mulheres adultas entre 25 e 49 anos com pelo menos uma relação sexual na vida. **Resultados:** constatou-se associação significativa das disfunções sexuais femininas com coitarca menor que 15 anos, frequência de uma relação sexual mensal ou menos e lactação. A prevalência de dispaurenia foi encontrada em 30,3% das entrevistadas e vaginismo em 26,2%. **Conclusão:** percebe-se que medidas preventivas minimizam a ocorrência das disfunções como: facilitar o acesso à informação, promoção e prevenção de saúde, e programas de capacitação e educação permanente. É importante construir uma abordagem holística e esforço multidisciplinar, visto que a disfunção sexual feminina constitui um largo espectro de dificuldades.

Descritores: Disfunção sexual, Saúde reprodutiva, Enfermagem, Ginecologia, Promoção da saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico, sexual y reproductivo, la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres adultas atendidas del Hospital Universitario. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Evaluaron 267 mujeres adultas entre 25 y 49 años con menos una relación sexual en vida. **Resultados:** se constató una asociación significativa de las disfunciones sexuales femeninas con coito menor de 15 años, frecuencia de una relación sexual mensual o menos y lactancia. La prevalencia de dispaurenia fue encontrada en (30,3%) de entrevistadas y el vaginismo (26,2%). **Conclusión:** percibe que medidas preventivas minimizan la ocurrencia de las disfunciones como: facilitar el acceso a información, promoción y prevención de salud, programas de capacitación y educación permanente. Es importante construir enfoque holístico y esfuerzo multidisciplinario, ya que la disfunción sexual femenina constituye un amplio espectro de dificultades.

Descriptorios: Disfunción sexual, Salud reproductiva, Enfermería, Ginecología, Promoción de la salud.

INTRODUÇÃO

Uma vida sexual satisfatória é parte integrante da saúde global do ser humano e do bem-estar individual, sendo muito importante numa relação afetiva. A sexualidade é multifatorial e influenciada por todas as dimensões do indivíduo, nomeadamente a personalidade, a biologia, o ciclo de vida e as experiências sexuais prévias.¹

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos ao longo da vida. Neste novo contexto de sociedade, as mulheres tornam-se mais exigentes e interessadas em resolver ou conhecer a função sexual, prevenir e tratar as disfunções sexuais, se apropriando de conhecimento para melhorar sua satisfação, em busca de melhor qualidade de vida.²

As disfunções sexuais femininas (DSF) são caracterizadas

por perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria.³

O ciclo de resposta sexual é influenciado negativamente por fatores psicológicos, entre eles a ansiedade, baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas passadas, histórico de abuso e qualidade do relacionamento. Há outros fatores como desequilíbrio hormonal (baixos níveis de andrógenos e hiperprolactinemia), vasculares, fisiológicos, condições médicas específicas (urogenital, neurológicas e distúrbios endócrinos, disfunções do assoalho pélvico, menopausa, gravidez e pós-parto), musculares (lacerações perineais decorrentes do parto, fraqueza muscular e músculos disfuncionais hipertônicos) e ou em virtude de cirurgia ou medicamentos.⁴⁻⁷

Não obstante às altas taxas de disfunção sexual, grande parcela das mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamento subprofissionalizado. Uma minoria das mulheres tem a iniciativa de falar sobre suas dificuldades sexuais e apenas uma pequena parcela dos ginecologistas questiona sobre a função sexual de suas pacientes.⁸

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública pela alta prevalência e por estar relacionado a prejuízos tanto na qualidade de vida das mulheres quanto no relacionamento com os seus parceiros. É capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais.^{3,9}

O estudo teve por objetivos a descrever o perfil sócio-demográfico, sexuais e reprodutivos e a prevalência da disfunção sexual em mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Universitário.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, do tipo transversal de abordagem quantitativa, realizado no ambulatório do serviço de ginecologia de um hospital universitário. As participantes foram mulheres adultas com idade entre 25 e 49 anos, com relação sexual ativa. Foram excluídas mulheres adultas portadoras de malformações de genitais.

Para coleta de dados foi utilizada, no primeiro momento, entrevista contendo com perguntas fechadas referentes à idade, estado civil, escolaridade, religião, raça/cor, renda familiar, uso de medicações e métodos contraceptivos, história pessoal clínica, número de filhos e tipo de parto. Em seguida, foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), que é uma escala breve, específica e multidimensional, para avaliar a função sexual de mulheres pela pesquisadora, acompanhada por uma psicóloga especialista na área da sexologia clínica.¹⁰

O cálculo da amostra foi baseado na média de 700

de mulheres atendidas mensalmente no ambulatório ginecológico do Hospital Universitário, posteriormente ao uso dos critérios, o número de participantes do estudo foi de 267 mulheres.

O questionário usado, construído e validado na língua inglesa, já traduzido e validado para utilização em pacientes de língua portuguesa fluente no Brasil, é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total.¹¹

Os escores finais podem variar de dois a 36, sendo que escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual.¹² Mulheres que apresentam escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual.¹³

As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram utilizadas, para sumarizá-las, frequências simples e relativas e, se necessário o teste do qui-quadrado de Person. Para realizar os cálculos estatísticos, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, com o número de parecer 1.409.265. Todas as mulheres recrutadas para o estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 267 mulheres com idade de 25 a 49 anos. A média de idade encontrada foi de 35,10 anos (DP±7,75). Estudos realizados a nível mundial nesta área evidenciou que a prevalência da disfunção sexual aumenta com a idade.^{3,14,15}

Em relação à cor/raça auto referida, as mulheres referem-se como: preta 122 (45,7%), parda 108 (40,9%) e branca 37 (13,9%). Quanto à escolaridade, 132 (49,4%) referiam ter até o ensino médio completo, 29 (10,9%) ensino superior completo, e 23 (8,6%) ensino fundamental completo.

Sendo assim, neste estudo, a escolaridade das mulheres adultas era elevada, o que vai ao encontro de estudo realizado com 346 mulheres em Portugal que encontrou associação entre o baixo nível de escolaridade e a presença de disfunção sexual feminina.³

De acordo com as Tabelas um e dois, observam-se quanto ao estado civil, 121 (45,3%) solteiras, 120 (44,9%) casadas, 16 (6,0%) separadas e 10 (3,7%) viúvas. Em relação à situação conjugal, 120 (44,9%) referiram viver com companheiro. Dos fatores de risco possíveis encontrados

na relação marital, estar solteira demonstrou associação com o interesse sexual, lubrificação, orgasmo, dispareunia, enquanto que, dificuldades conjugais associaram-se com baixos níveis de interesse sexual, excitação, orgasmo e com dispareunia.¹⁶

Tabela 1- Distribuição das variáveis sócio demográficas da população de mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Antônio Pedro. Niterói, RJ, Brasil, 2016

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS		
	N	%
Cor da pele auto referida		
Branca	37	13,9
Parda	108	40,4
Negra	122	45,7
Idade por faixa etária		
≥ 25 anos até 39 anos	189	70,9
> 39 anos até 49 anos	78	29,1
Escolaridade		
Ensino Fund Incompleto	2	0,7
Ensino Fund Completo	23	8,6
Ens. Méd. Incompl	25	9,4
Ens. Méd. Compl	132	49,4
Ens. Sup. Incompl	56	21,0
Ens. Sup. Compl	29	10,9
Estado civil		
Casada	120	44,9
Solteira	121	45,3
Separada	16	6,0
Viúva	10	3,7
Situação conjugal		
Com companheiro (a)	120	44,9
Sem companheiro (a)	147	55,1
Religião		
Possui	179	67,0
Não possui	88	33,0
Renda per capita por salário mínimo		
≤ 1 salário mínimo	99	37,1
> 1-7 < salários mínimos	158	59,1
≥ 7 salários mínimos	10	3,7

Legenda: N= total no estrato. % = porcentagem. SM = salário mínimo

Tabela 2- Distribuição das variáveis sexuais e reprodutivas da população de mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Antônio Pedro. Niterói, RJ, Brasil, 2016

VARIÁVEIS SEXUAIS REPRODUTIVAS		
	N	%
Idade da menarca		
Até 11 anos	189	70,8
Acima de 11 anos	78	29,2
Idade da coitarca		
Até 15 anos	152	56,9
Acima de 15 anos	115	43,1
Método contraceptivo		
Faz uso	56	19,5
Não faz uso	215	80,5
Partos		
Normal	62	54,4
Cesárea	52	45,6

Filhos			
Possui	114	42,7	
Não possui	153	57,3	
Amamentou			
Sim	111	41,6	
Não	156	58,4	
Parceiros			
Possui			
Não possui			
Possui	256	95,9	
Não possui	11	4,1	
Medicamento			
Faz uso	56	21,0	
Não faz uso	211	79,0	
Cirurgia			
Realizou	52	19,5	
Não realizou	215	80,5	
DST			
Já teve	15	5,6	
Nunca teve	252	94,4	
Frequência do coito			
1 vez por dia	14	6,7	
1 vez por semana	34	16,2	
1 vez por mês	80	38,1	

Legenda: N=total no estrato. %=porcentagem. DST= Doença Sexualmente Transmissível

Respostas recebem pontuação entre 'zero' e 'cinco', de forma crescente, exceto nas questões sobre dor, em que a pontuação é definida de forma invertida. O escore total é a soma dos escores para cada domínio multiplicada pelo fator correspondente e pode variar de 'dois' a '36', considerando risco para disfunção sexual um escore total <26. O escore do IFSF variou de '0,12' e '39,8', sendo que 39,8 (39,8%) das mulheres apresentaram escore abaixo de 29, sendo assim classificadas com disfunção sexual <29 (Tabela três).

Tabela 3 - Escores dos domínios do Índice de Função Sexual Feminina – IFSF

Domínio	Questões	Varição do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1 e 2	2,0-10	0,6	0,12	0,60
Excitação	3 a 6	00-20	0,3	00	6,0
Lubrificação	7 a 10	00-20	0,3	00	6,0
Orgasmo	11 a 13	00-38	0,4	00	15,2
Satisfação	14 a 16	00-15	0,4	00	6,0
Dor	17 a 19	00-15	0,4	00	6,0
Escore total				0,12	39,8

Na tabela quatro pode-se perceber que não houve muita variação de mulheres que responderam positivamente quanto às modalidades de disfunção sexual. Cumpre frisar, no entanto, que os dados relativos à prevalência das disfunções sexuais em geral apresentam uma grande diversidade entre si, talvez por serem tão diversificados os sistemas classificatórios, os métodos de avaliação e os grupos populacionais em que incidem estes estudos e ainda por uma mesma mulher apresentar mais de uma ou todas

as disfunções.

Em um estudo de revisão evidenciou que é possível constatar, com maior relevância, as alterações no desejo sexual como indicador de disfunção sexual em 78% dos estudos, mas em 47% é salientada a diminuição do desejo sexual durante a gravidez. A alteração na satisfação sexual é também uma das características mais significativas referida em 64% dos estudos, a seguir a alteração do desejo, seguindo-se as alterações no orgasmo 59%, dor na relação sexual 57%, alteração na frequência da atividade sexual 54% e as alterações na excitação sexual, em cerca de metade dos estudos. Ligeiramente menos relevantes identificaram-se as alterações específicas na lubrificação vaginal 43% e as alterações no interesse sexual 21%.¹⁷

Tabela 4 - Prevalência das disfunções sexuais da população de mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do hospital universitário. Niterói, RJ, Brasil, 2016

VARIAVEIS DISFUNÇÕES SEXUAIS	n	%
Disfunção ao orgasmo	34	12,7
Dispaurenia	81	30,3
Disfunção do desejo	41	15,4
Disfunção da excitação	33	12,4
Vaginismo	70	26,2

DISCUSSÃO

A prevalência global de disfunção sexual encontrada neste estudo foi de 39,8%, concordando com outros estudos, nos quais a prevalência variou de 21,9% a 35,7%.^{9,18,19} No entanto, há estudos que evidenciaram prevalência de disfunção sexual acima de 70%.^{3,20,21} As dificuldades sexuais são comuns entre as mulheres; estima-se que as disfunções sexuais afetem 20-50% delas.²²

As disfunções sexuais femininas apresentam natureza multifatorial e estão sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares. Poucos estudos foram realizados para avaliar a prevalência no Brasil, mas sabe-se que o aumento está relacionado à idade avançada e várias características sócio-demográficas.³

Recentemente, a criação de questionários validados para a língua portuguesa proporcionou maior detecção de sintomas deste agravo que tanto afeta a qualidade de vida das mulheres no mundo inteiro. No que diz respeito à idade da coitarca, observa-se que 152 (56,9%) das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos. A iniciação sexual vem ocorrendo de forma mais precoce devido às oportunidades de manter relações sexuais, ao estilo de vida moderno e aos estímulos ambientais.²³ Além disso, é importante levar em consideração a queda da média de idade de ocorrência da menarca, a qual diminui cerca de quatro meses a cada década e atualmente encontra-se entre os 11 e 12 anos.²⁴

A associação entre a frequência de coito e as disfunções sexuais femininas foi observada nas mulheres sexualmente ativas no último mês que antecedeu ao estudo. A dispareunia

81 (30,3%) seguida do vaginismo 70 (26,2%) e da disfunção do desejo 41 (15,4%) foram as disfunções mais frequentes, diferentemente do orgasmo 34 (12,7%) e da excitação 33 (12,4%) que foram menos referidas.

A partir destes resultados, é possível observar que vários fatores concorrem para a crescente relevância de estudos sobre os transtornos da sexualidade feminina: mudanças nas expectativas sexuais das próprias mulheres, maior liberação sexual feminina atestada nos dias atuais e informações constantemente veiculadas pela mídia sobre o tema. Progressivos avanços na indústria farmacêutica, crescente sensibilidade de profissionais de saúde quanto à sexualidade humana e, sobretudo, a alta prevalência das disfunções sexuais femininas também é fator que releva a importância do tema.

A sexualidade por ser algo essencial ao ser humano está presente desde o nascimento até sua morte, e é vivenciada nos aspectos afetivos, amorosos, na construção da identidade, na história de vida e nos valores culturais, morais e religiosos. Sendo assim, diversas medidas preventivas podem impedir a ocorrência de disfunções sexuais femininas em determinado grupo de mulheres: melhorar o nível educacional da população brasileira, facilitar seu acesso à informação e aconselhamento, estimular ações promotoras e preventivas de saúde e por fim investirem programas de treinamento e educação em saúde continuada.

O trabalho realizado com essa população necessita de equipes interdisciplinares de saúde que se aproximem de todos os aspectos que possam envolver a sexualidade humana e as disfunções sexuais. Uma alternativa para essa problemática seria incluir nos currículos de graduações em saúde, disciplinas que trabalhem a sexualidade não apenas como ato reprodutivo ou doenças sexualmente transmissíveis, mas sim, como um assunto que envolve principalmente aspectos de qualidade de vida da pessoa envolvida.²⁵

Neste sentido, refletimos sobre a importância da atuação do enfermeiro como profissional de saúde que assiste às mulheres no ambulatório ginecológico, onde este pode colaborar de maneira positiva para a vivência completa e saudável da sexualidade da mulher.

CONCLUSÕES

A disfunção sexual feminina constitui um espectro alargado de dificuldades, de etiologia multifatorial, que exige uma abordagem holística na sua avaliação e intervenção e, idealmente, um esforço multidisciplinar.

Convém destacar ainda o caráter exploratório da pesquisa aqui apresentada, sendo necessário, portanto, a realização de outros estudos que busquem sanar as limitações observadas.

Por fim, cabe ressaltar que o planejamento interventivo deve ser individualizado para cada caso, devendo ocorrer

uma junção das áreas que trabalhem com essa temática atuando de forma interdisciplinar, abarcando de forma integral a sexualidade feminina e as problemáticas sexuais relacionadas a esse gênero.

O pioneirismo do estudo foi grande desafio no tocante às comparações, por ser escassos estudos sobre grupos femininos semelhantes com a temática. O corte transversal proporciona uma imagem instantânea da variável que se pretende estudar, neste caso o desfecho foram as disfunções sexuais femininas.

Fator limitante se deu na coleta de informação nos questionários, momento que de alguma forma pode ter sido influenciado por nervosismo, ou até mesmo timidez das participantes, lembrando também que as disfunções são referidas pelas mulheres e não diagnosticadas pela clínica.

Cabe ressaltar que o uso de escalas autorreferidas é amplo na literatura e consolidado, o que fortalece este estudo e com cuidados para amenizar erros e inconsistências como descritos no método.

REFERÊNCIAS

1. Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinics* [internet]. 2011; 66(1): 83-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322011000100015
2. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Salgado LPP. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2009; 13(4):817-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam* [internet]. 2013; 29(1):16-24. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000100004
4. Okeahialam BN. Valsartan, an angiotensin receptor blocker treats sexual dysfunction in a female hypertensive: a case report. *Afr J Med Med Sci* [internet]. 2011; 40(3):273-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22428523>
5. Rathil M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: pathophysiology. *Indian J Endocrinol Metab* [internet]. 2012;16(2):214-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22470857>
6. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* [internet]. 2012; 119(3):647-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353966>
7. Miner M, Sadovsky R, Buster JE. Hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: case studies. *Postgrad Med* [internet]. 2012; 124(1):94-103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22314119>
8. Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev Bras Reumatol* [internet]. 2013; 53(1):35-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
9. Lima AC, Dotto LMG, Mamede MV. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad Saúde Publ* [internet]. 2013; 29(8):1544-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J*

- Sex Marital Ther [internet]. 2000; 26(2):191-208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10782451>
11. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2008; 30(10):504-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001000005
 12. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev HCPA [internet]. 2007; 27(1):9-14. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/fsfi.pdf>
 13. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. J Sex Marital Ther [internet]. 2005; 31(1):1-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841702>
 14. Santos AM, Santos FC, Cendoroglo MS. Sexualidade e dor crônica em idosas longevas: descrição de fatores interferenciais. Rev Dor [internet]. 2015; 16(1):48-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000100048&lng=en&nrn=iso&tlng=pt
 15. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2008; 30(6):313-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008
 16. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr ED et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med [internet]. 2010; 7(4):1598-607. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9060/2/Lewis%20RW%20Definitions....pdf>
 17. Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMA. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. Rev Bras Enferm [internet]. 2016; 69(1):153-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0165.pdf>
 18. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2010; 32(3):139-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000300007
 19. Bezerra IFD, Sousa VPS, Santos LC, Viana ESR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2015; 37(6):266-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000600266
 20. Silva BM, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TMMT, Cavalcante JC. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. Rev Col Bras Cir [internet]. 2013; 40(3):196-202. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000300006
 21. Costa TF, Silva CR, Muniz LF, Mota LMH. Prevalência de disfunção sexual entre pacientes acompanhadas na coorte Brasília de artrite reumatoide inicial. Rev Bras Reumatol [internet]. 2015; 55(2):123-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042015000200123&script=sci_abstract&tlng=pt
 22. Faria K, Pedrosa LAK. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. Rev Eletr Enf [internet]. 2012; 14(2):366-73. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a17.htm>
 23. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia [internet]. 2010; 20(45):123-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015
 24. Castilho SD, Pinheiro CD, Bento CA, Barros-Filho AA, Cocetti M. Tendência secular da idade da menarca avaliada em relação ao índice de massa corporal. Arq Bras Endocrinol Metab [internet]. 2012; 56(3):195-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000300008
 25. Martins FA. Intervenções na área da saúde frente à disfunção sexual feminina no Brasil: uma revisão sistemática [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2017. Available from: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2017/07/PAP_Francine-Aparecida-Martins_2017.pdf

Recebido em: 01/04/2019

Revisões requeridas: 30/08/2019

Aprovado em: 14/10/2019

Publicado em: 14/06/2021

***Autor Correspondente:**

Jorge Luiz Lima da Silva

Rua Dr. Celestino, n° 74

Centro, Niterói, RJ, Brasil

E-mail: jorgeluilima@gmail.com

Telefone: +55 (21) 9 9848-7314

CEP: 24.020-091