



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO

CAMILLE GIEHL MARTINS MIRANDA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E
DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES APÓS A MENOPAUSA
COM DISFUNÇÃO SEXUAL**

JEQUIÉ – BA

2018

CAMILLE GIEHL MARTINS MIRANDA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E
DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES APÓS A MENOPAUSA
COM DISFUNÇÃO SEXUAL**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de pesquisa: Vigilância à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

JEQUIÉ – BAHIA

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

MIRANDA, Camille Giehl Martins. Características sociodemográficas, comportamentais e de condições de saúde de mulheres após a menopausa com disfunção sexual. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia. 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientador e Presidente da Banca examinadora

Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Parecerista da banca examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Lilian Lira Lisboa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Parecerista da banca examinadora

Jequié/BA, 08 de março de 2018.

*Dedico esse trabalho ao meu esposo e aos meus pais, por todo amor,
dedicação e carinho.*

AGRADECIMENTOS

- A Deus, meu criador e mantenedor. Quem me permitiu ingressar neste programa e me sustentou durante esta caminhada.
- Ao meu esposo Felipe, companheiro em tudo na minha vida. Quem sempre acreditou em mim e dispensou todo amor e carinho que eu precisei durante este tempo. Quem cuidou com tanta dedicação da nossa filha para que eu tivesse tempo suficiente para me dedicar a este sonho.
- À minha filha Maya, que apesar de não ter ainda entendimento, é hoje a razão do meu viver. Ela me faz querer crescer cada vez mais.
- A meus queridos pais, Marli e Paulo Roberto, sempre me incentivando e comemorando cada conquista, especialmente a minha mãe que não mediu esforços para ajudar durante este período.
- À minha tia Ester, que sempre foi o meu exemplo na vida profissional e quem me incentiva a ser cada dia melhor.
- Ao meu irmão Gabriel, que é um exemplo de que não podemos nos acomodar e precisamos investir nos nossos sonhos.
- À todos os meus familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado, torceram por mim durante este tempo e se alegraram com esta vitória. Em especial à amiga Paula, que esteve todo o tempo me oferecendo ajuda e até da coleta de dados participou.
- Ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes, que além de orientador, também amigo, compreendeu sempre meus momentos difíceis. Disponível e dedicado, muito exigente e detalhista o que me permitiu um grande crescimento ao longo destes dois anos.
- Ao Prof. Dr. José Ailton O. Carneiro, que foi tão presente quanto o meu orientador. Sempre disposto a ajudar. Obrigada pela paciência e pela contribuição fundamental na construção da pesquisa.
- Ao Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula e à Profa. Dra. Lilian Lira Lisboa, que aceitaram tão prontamente participar da banca examinadora e contribuíram imensamente com suas considerações para o enriquecimento da dissertação.
- À todos os que participam do NEPE pela dedicação e comprometimento nas muitas tardes de coleta de dados. Sem vocês eu não seria capaz.
- Às idosas que participam dos grupos de convivência, pela disponibilidade e excelente receptividade.
- À todos os professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES pela colaboração na construção de conhecimentos que levarei para a vida toda. Em especial à Profa. Dra. Edite Lago, que me incentivou tanto a ingressar neste mestrado.
- A todos os colegas da turma pelo apoio e incentivo durante esses dois anos.
- Por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste estudo.

“Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem desanimes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares” (Josué 1:9).

MIRANDA, Camille Giehl Martins. Características sociodemográficas, comportamentais e de condições de saúde de mulheres após a menopausa com disfunção sexual. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia. 2018.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência das disfunções sexuais em mulheres após a menopausa, e associar as disfunções sexuais com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e condições de saúde. Trata-se de um estudo de corte transversal e analítico, realizado com 49 mulheres sexualmente ativas, após a menopausa que participam de grupos de convivência para terceira idade no município de Jequié-BA. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista utilizando um formulário próprio, baseado no questionário usado na Pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), sendo acrescentado a este, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Escala de Estresse Percebido (PSS), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Quociente Sexual Feminino (QS-F). Além dos questionários foram realizadas medidas antropométricas. Para análise dos dados foi realizado a regressão logística binária, com cálculo de odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A idade média das participantes foi $65,20 \pm 6,50$ anos. A prevalência de disfunção sexual foi de 53,1%. Após a análise ajustada apenas o relacionamento negativo (regular/ruim) com o parceiro permaneceu associado com a presença de disfunção sexual ($p = 0,027$). Sendo assim, pouco mais da metade das mulheres com vida sexual ativa apresentaram disfunção sexual e o relacionamento negativo com o parceiro aumentou a chance de disfunção sexual.

Descritores: Sexualidade, Pós-menopausa, Envelhecimento.

MIRANDA, Camille Giehl Martins. Sociodemographic, behavioral and health conditic characteristics of postmenopausal women with sexual dysfunction. Dissertation [Master]. Post Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié-Bahia. 2018.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the prevalence of sexual dysfunction in postmenopausal women and to associate sexual dysfunctions with sociodemographic, behavioral and health conditions. This is a cross-sectional and analytical study, carried out with 49 sexually active women, after menopause who participate in groups for the elderly in the municipality of Jequié-BA. The data collection was done through an interview using an own form, based on the questionnaire used in the Health, Welfare and Aging Research (SABE), with the addition of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI), the Perceived Stress Scale (PSS), the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Female Sexual Quotient (QS-F). In addition to the questionnaires, anthropometric measurements were performed. To analyze the data, binary logistic regression was performed, with odds ratio (OR) and 95% confidence interval (95% CI). The mean age of participants was 65.20 ± 6.50 years. The prevalence of sexual dysfunction was 53.1%. After the adjusted analysis only the negative (regular / poor) relationship with the partner remained associated with the presence of sexual dysfunction ($p = 0.027$). Thus, slightly more than half of the women with active sexual life had sexual dysfunction and the negative relationship with the partner increased the chance of sexual dysfunction.

Descriptors: Sexuality, Postmenopause, Aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA

1.Diagrama de decisões no processo de inclusão das mulheres no estudo,Jequié,BA,Brasil,2017.....	26
--	----

TABELAS

1. Relação da disfunção sexual com os fatores sociodemográficos e comportamentais. Jequié,Bahia,Brasil,2017.....	32
2. Relação da disfunção sexual com as condições de saúde. Jequié, BA, Brasil, 2017.....	33
3. Análise ajustada da disfunção sexual com as variáveis independentes do estudo. Jequié,BA,Brasil,2017.....	34

LISTA DE SIGLAS

AAGRUTI	Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GAI	Inventário de Ansiedade Geriátrica
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de Confiança
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
KG	Kilogramas
Km	Kilometros
M	Metros
MC	Massa Corporal
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NEPE	Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento
PSS	Escala de Estresse Percebido
QS-F	Quociente Sexual versão Feminina
OR	Odds Ratio
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

\leq Menor ou igual

\geq Maior ou igual

= Igual

< Menor

> Maior

x Vezes

+ Mais

- Menos

\pm Mais ou menos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	17
3.2 SEXUALIDADE HUMANA E DISFUNÇÃO SEXUAL.....	17
3.3 MENOPAUSA.....	20
3.4 ESTILO DE VIDA.....	23
4 MÉTODOS.....	25
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E CAMPO DO ESTUDO.....	25
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
4.3 COLETA DE DADOS.....	26
4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	27
4.4.1 DISFUNÇÃO SEXUAL (VARIÁVEL DEPENDENTE).....	27
4.4.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES:.....	28
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	31
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	49
ANEXO A - LIBERAÇÃO DA AAGRUTI PARA COLETA DOS DADOS.....	66
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	67

1 INTRODUÇÃO

A função sexual feminina é considerada complexa, uma vez que depende de uma ótima interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais são influenciados por crenças, valores e motivações. Tais influências são consequências das experiências do indivíduo com o meio social associadas a fatores emocionais e interpessoais, o que ocasionam expectativas em relação à atividade sexual. Portanto, a definição de função sexual normal será individual para cada mulher, com base no contexto cultural, na sua história de vida e experiências sexuais prévias. Tendo em vista tantos aspectos influenciadores, as queixas relacionadas à atividade sexual são frequentes nos consultórios ginecológicos, ocorrem em todas as faixas etárias de mulheres sexualmente ativas e exacerbam-se no período pós-menopausa, em consequência da interação do hipoestrogenismo fisiológico com os aspectos emocional e social característicos dessa fase (PINTO NETO; VALADARES; COSTA-PAIVA, 2013).

Além das alterações fisiológicas do organismo que podem interferir na prática sexual com o processo de envelhecimento, a cultura da assexualidade e o preconceito criado pela sociedade com os mais velhos determinam a construção de uma idéia errônea de que a sexualidade é exclusiva dos mais jovens, o que gera barreiras no campo da sexualidade entre os idosos (DE ALENCAR et al., 2014).

As crenças religiosas podem dominar as opiniões das pessoas sobre o que é considerado aceitável e apropriado no comportamento sexual. Como consequência muitas mulheres se sentem culpadas e evitam buscar atendimento médico para as suas desordens sexuais (KELLOGG SPADT et al., 2014). Além disso, muitos profissionais de saúde têm dificuldade em abordar a questão sexual com seus pacientes. Muitos não consideram importante por não ser uma doença com risco de morte, e outros se sentem desconfortáveis ou desconhecem mais profundamente o assunto (GLINA; ANKIER, 2013).

A população feminina com o passar dos anos apresenta maior prejuízo na sexualidade quando comparada aos homens, principalmente por parte de mulheres solteiras ou viúvas, o que acarreta o abandono da própria vida sexual por muitas

(FLEURYL; ABDO, 2015). Entretanto, atividade sexual contínua traz muitos benefícios para a saúde ao longo da vida, pois a intimidade e satisfação sexual afetam de forma significativa as relações humanas (MACIEL; LAGANÀ, 2014). Além do impacto nas relações interpessoais, a disfunção sexual feminina acarreta importante angústia emocional (MASLIZA et al., 2014).

Alterações na função sexual podem trazer prejuízo para a qualidade de vida e sofrimento emocional. Quando estas alterações têm uma duração curta, geram frustração e angústia; no entanto, quando crônicas, eles podem levar a problemas psicológicos, prejudicar relacionamentos ou criar dificuldades em outras áreas da vida (VALADARES et al., 2013).

O Brasil vivencia um processo de grandes mudanças demográficas, determinadas principalmente por queda nas taxas de mortalidade e natalidade, culminando no envelhecimento populacional. Tal cenário traz consigo modificações em todos os aspectos da sociedade e da vida cultural da nação (ALVES, 2014). Além do envelhecimento, observa-se uma feminização da velhice, pois segundo dados do IBGE em 2011, 55,5% da população acima de 60 anos e 61% acima de 80 anos é composta por mulheres. Esta maior proporção de mulheres pode ser justificada pela maior expectativa de vida e maior procura aos serviços de saúde em relação aos homens, além do que elas tendem a se expor menos a fatores de riscos externos que são causas de mortalidade (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2008).

Diante do contexto de transição demográfica, com o aumento da expectativa de vida, torna-se necessário avaliar o processo de envelhecimento de forma holística, incluindo fatores biológicos, psicológicos, econômicos e sociais. Neste cenário, os estudos sobre sexualidade passaram a ser de suma importância. Através do conhecimento da extensão do problema, torna-se relevante identificar os fatores associados à disfunção sexual em mulheres no processo de envelhecimento para melhor elaborar e estimular a implementação de estratégias terapêuticas e redução dos estigmas sociais relacionados a este tema, além de estimular os profissionais da área de saúde a se dedicarem a este assunto na busca de conhecimento apropriado.

Trata-se de temática negligenciada entre os profissionais da área de saúde, com poucos estudos que abordam a associação entre fatores sociais e culturais com disfunção sexual. Os fatores biológicos apesar de já terem sido bem investigados na população masculina, em mulheres os estudos são limitados. Observa-se ainda, maior limitação quando se trata da população após a menopausa.

2 OBJETIVOS

- Determinar a prevalência das disfunções sexuais em mulheres após a menopausa.
- Descrever as características sociodemográficas, condições de saúde e estilo de vida das mulheres com atividade sexual após a menopausa.
- Verificar a existência de associação entre disfunções sexuais e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e estilo de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento é um processo biológico natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que ocorre como consequência da passagem do tempo (DE MORAES; DE MORAES; LIMA, 2010). Sua velocidade pode variar de acordo com as características de vida dos indivíduos, como estilo de vida, condições socio econômicas e presença de doenças crônicas. Cada indivíduo encara este processo de forma diferente. Alguns temem esta fase por a considerarem como uma crescente vulnerabilidade e cada vez maior dependência de cuidadores, enquanto outros enaltecem a velhice por se tratar de um período de maior experiência, sabedoria e bom senso para lidar com a vida diária (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Com os avanços na Medicina e as melhorias nas condições de vida e saúde podemos observar um processo de transição demográfica, caracterizado por redução nas taxas de mortalidade e natalidade, o que proporciona um significativo aumento da expectativa de vida nos últimos anos e um crescimento proporcional da população idosa (LEBRÃO, 2007). O segmento da população que mais aumenta no Brasil é o de idosos, com taxas de crescimento previstas acima de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A previsão é de que a população de idosos que era de 19,6 milhões em 2010 passe a 73,5 milhões em 2060 (IBGE, 2010).

Com o envelhecimento, os sistemas do corpo humano sofrem alterações importantes e nas mulheres estas alterações são mais marcadas após a menopausa. Entre elas, encontram-se fatores que interferem diretamente na atividade sexual provenientes principalmente da deficiência hormonal que atua negativamente nas fases do ciclo de resposta sexual da mulher (FLEURY; ABDO, 2012).

3.2 SEXUALIDADE HUMANA E DISFUNÇÃO SEXUAL

A sexualidade é considerada uma parte integrante da personalidade da mulher, característica presente em todas as fases da vida. Baseia-se em um mecanismo

complexo, que depende da coordenação dos sistemas endócrino, vascular e neurológico, sendo amplamente influenciada pelo contexto sociocultural em que o indivíduo está exposto (MELO; SANTANA, 2014). Envolve associação de atributos biológicos como a genética e necessidades reprodutivas, com fatores subjetivos, entre eles, afeto, amor e carinho (ARAUJO et al., 2013). Assim sendo, é de suma importância o conhecimento de que a sexualidade não se limita ao coito, mas envolve a satisfação com a realização das atitudes e comportamentos, como o toque e a expressão verbal dos sentimentos que exprimem amor e carinho e conseqüentemente criam laços mais intensos de união com o companheiro. Como resultado há um aumento do bem-estar, melhora da autoestima e a busca pela relação íntima (MORAES et al., 2011).

Os principais hormônios envolvidos na função sexual são estrogênio e a testosterona. O estrogênio atua na manutenção do trofismo da mucosa vaginal e na preservação do tecido pélvico para uma relação sexual confortável. Quando os níveis deste hormônio são insuficientes ocorre ressecamento vaginal e atrofia da mucosa. Além disso, ocorre redução dos pêlos pubianos, perda de gordura subcutânea e do tecido elástico, com isso os lábios maiores e menores tornam-se enrugados e menos sensíveis à estimulação sexual, o que pode culminar em desconforto durante o ato sexual. Já a testosterona tem a função de manter a saúde sexual das mulheres e conseqüentemente a sua diminuição observada em idosas está associada à redução do desejo e do prazer sexual, sentimentos de mal-estar físico e fadiga persistente (AMBLER; BIEBER; DIAMOND, 2012).

A espécie humana apresenta uma característica peculiar em relação ao exercício da sexualidade. Diferentemente das outras espécies, as fêmeas humanas apresentam peculiaridades anatômicas e funcionais que as permitem ser receptivas aos seus parceiros mesmo fora do período fértil, possibilitando o exercício da sexualidade por prazer e não só como finalidade de procriação (VITIELLO, 1998).

Cavallanti et al. (2014) afirmam que "a sexualidade é considerada um dos pilares para o envelhecimento sadio e com qualidade de vida". Um estudo desenvolvido em 29 países, envolvendo mais de 13.000 mulheres entre 40 e 80 anos identificou a importância da manutenção da função sexual para 60% das mulheres. Além de

concluírem que a depressão, estresse, idade e problemas de relacionamento possuem influência na sexualidade (LAUMANN et al., 2005).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) publicado em 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana, em sua quinta edição (DSM – 5), classifica os transtornos sexuais em disfunções sexuais, disforia de gênero e transtornos parafilicos. As disfunções sexuais constituem um grupo de transtornos que geram a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação por pelo menos seis meses.

As disfunções sexuais, que compreendem a maior parte dos transtornos de sexualidade, caracterizam-se por alterações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual (ABDO; OLIVEIRA, 2002). Podem ser classificadas de duas formas: primária (presente desde a sexarca) ou secundária (adquirida com experiências sexuais posteriores a vida sexual satisfatória) e generalizada (sempre presente) ou situacional (presente em situações ou momentos específicos) (ABDO, 2010).

Masters e Johnson, na década de 70, foram os primeiros a considerar a resposta sexual humana como uma função biológica natural e a observar o comportamento sexual humano com a proposta do ciclo de resposta sexual em quatro estágios dispostos em sequência linear: excitação, platô, orgasmo e resolução. Posteriormente, Kaplan, em 1997, observou a importância do desejo como motivação para gerar o gatilho para início do ato sexual. Com isso elaborou um modelo alternativo de resposta sexual composto por apenas três fases: desejo, excitação e orgasmo. Em 2000, Basson, psiquiatra canadense, definiu o modelo circular para o ciclo de resposta sexual feminina. Este modelo valoriza a resposta e a receptividade feminina com ênfase em que para muitas mulheres o desejo sexual pode não estar presente inicialmente e a intimidade pode ser o gatilho para a resposta sexual (AMBLER; BIEBER; DIAMOND, 2012; GLINA; ANKIER, 2013).

A disfunção sexual manifesta-se como transtornos que podem incidir de forma persistente ou recorrentemente. Entre eles: transtorno do desejo/excitação, transtorno de dor gênito-pélvica/penetração (dispareunia e vaginismo) e o transtorno do orgasmo

(atraso ou ausência após fase normal de excitação sexual). A dispareunia constitui dor genital associada ao intercurso sexual e pode ser ocasionada por fatores psicossociais ou por alterações orgânicas como traumas, atrofia vaginal e inflamações. O vaginismo é definido por contração involuntária dos músculos do períneo quando é tentada a penetração vaginal (DE ARAÚJO MATHIAS et al., 2015).

A fase do desejo inclui as fantasias acerca da atividade sexual e a vontade de realizá-la. A fase de excitação corresponde a um sentimento subjetivo de prazer acompanhado de manifestações fisiológicas que preparam para o ato sexual. O orgasmo é o clímax do ato sexual, manifesta-se como a sensação máxima de prazer e acompanha-se de contrações dos músculos perineais. A fase de resolução consiste na sensação de bem estar e relaxamento da musculatura anteriormente contraída (ABDO; OLIVEIRA, 2002).

Os dados da literatura em relação a população em geral apontam que as principais queixas sexuais trazidas ao consultório pelas pacientes em ordem decrescente são: falta de desejo sexual, associação de falta de desejo sexual e dispareunia, dispareunia e disfunção orgásmica (ABDO; OLIVEIRA, 2002).

A sexualidade na pós-menopausa é um universo que precisa ser mais bem compreendido, porque muito tem se falado das modificações fisiológicas que o corpo apresenta no decorrer dos anos como fator para as disfunções sexuais, mas ainda é necessário a quebra de preconceitos sociais e da cultura da assexualidade com os mais velhos; o que favorece o esteriótipo de que a sexualidade está restrita aos jovens, reprimindo os idosos no campo sexual (DE ALENCAR et al., 2014).

3.3 MENOPAUSA

O climatério é um período do ciclo vital feminino determinado pela queda da produção dos hormônios sexuais femininos, estrogênio e progesterona, e tem início, em geral, a partir de 40 anos de idade (BRASIL, 2009). A menopausa é considerada episódio pontual no período do climatério, determinado pela parada permanente da

menstruação. Seu diagnóstico é clínico e retrospectivo, sendo a data da última menstruação após a qual transcorreram 12 meses de amenorréia. Ela pode ocorrer de forma espontânea ou por intervenção cirúrgica (BRASIL, 2009; DE ALMEIDA, 2008).

A menopausa é um marco no envelhecimento feminino, no qual ocorre o encerramento da vida reprodutiva e início do período pós-menopausa (DE ALMEIDA, 2008; DE LORENZI et al., 2006). Importante refletir que a menopausa marca o início de uma nova etapa do ciclo da vida e não o tempo de vida útil, nem o fim das perspectivas e sonhos. Como ocorre em sua maioria entre 45 e 55 anos e, atualmente, a expectativa de vida da mulher situa-se acima de 70 anos, ainda há muito tempo para ser vivido neste período (VALENÇA; GERMANO, 2016).

Até o início do século XX, pouco se dava atenção ao período pós-menopausa, pois um pequeno percentual de mulheres vivenciavam estas mudanças. Entretanto, o aumento progressivo da expectativa de vida aumentou a necessidade de estudo sobre os eventos fisiológicos que ocorrem neste período (CAVALCANTI et al., 2014). Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) revelaram que a expectativa de vida ao nascer no Brasil subiu de 62,5 anos em 1980 para 74,9 anos em 2013.

A faixa etária média de ocorrência da menopausa é de 50 anos, podendo variar dependendo do nível de desenvolvimento do país. Fala-se em menopausa precoce quando ela se instala antes dos 40 anos e em menopausa tardia quando ocorre após os 55 anos (DE ALMEIDA, 2008). Pedro et al. (2003) avaliaram a idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras e concluíram que ocorre em média aos 51,2 anos.

Devido ao hipoestrogenismo instalado nesta fase, a mulher apresenta repercussões clínicas, como sintomas neurovegetativos, aceleração da perda da massa óssea, modificações cutâneas, alterações do humor, alterações no metabolismo dos lipídeos e atrofia urogenital. Os estudos revelam que os sintomas climatéricos estão intimamente relacionados com o comprometimento da função sexual (DE ALMEIDA, 2008; VALADARES, 2012). Valadares et al (2008) através de estudo de base populacional evidenciaram associação de fogachos, nervosismo, insônia e depressão

com disfunção sexual. Segundo Andac e Aslan (2017) a menopausa foi identificada como um fator de risco importante para a disfunção sexual.

Os tecidos urogenitais são muito sensíveis ao estrogênio, e a queda dos níveis deste hormônio durante a transição da menopausa pode tornar esses tecidos frágeis e causar sintomas angustiantes. Além do ressecamento vaginal, pode-se observar estreitamento e encurtamento da vagina, bem como prolapso genital, levando a altas taxas de dispareunia e como consequência a diminuição da atividade sexual (SANTORO; NEILL EPPERSON; MATHEWS, 2015)

As pacientes na pós-menopausa apresentam maior tendência à depressão, o que tem sido atribuído ao medo de envelhecer, modificações na estrutura corporal, percepção de proximidade da morte, sensação de inutilidade e carência afetiva. Isto se observa em menor escala em mulheres que associam a menopausa a maior maturidade e autoconfiança (DENNERSTEIN; LEHERT; GUTHRIE, 2002).

É interessante ressaltar que alguns sintomas climatéricos, como os vasomotores e alterações do humor geralmente evoluem com melhora no período pós-menopausa, enquanto as alterações do sono, secura vaginal, dispareunia e sintomas cognitivos tendem a persistir ou piorar em associação com o envelhecimento, fato este que ocasiona piora da função sexual na senilidade (SANTORO; NEILL EPPERSON; MATHEWS, 2015).

Outros fatores podem comprometer a atividade sexual neste período, como sentimentos de culpa, dificuldades conjugais, comorbidades pré-existentes da mulher ou do parceiro e necessidade de uso de medicamentos (LAURITZEN, 1983).

Cavalcanti et al (2014) concluíram que fatores como osteoporose, incontinência urinária e correções cirúrgicas do assoalho pélvico aumentaram a chance de disfunção sexual nas pacientes climatéricas.

De Lorenzi et al (2006) através de um estudo para avaliar fatores associados a qualidade de vida na pós menopausa, concluíram que a frequência da atividade sexual impacta a qualidade de vida nas mulheres menopausadas. As disfunções sexuais

acometem 25% a 33% das mulheres entre 35-59 anos e 51% a 75% das mulheres entre 60-65 anos.

As disfunções sexuais, especialmente a diminuição de desejo sexual, aumentam com a idade. Entretanto, o aumento da idade e alterações hormonais não são os únicos fatores que atuam na diminuição do desejo sexual. Nesse contexto, estado geral de saúde, saúde mental, problemas psicológicos e estresse desenvolvem um papel importante no desejo sexual, independentemente da idade e do status menopausal (RABIEE; NASIRIE; ZAFARQANDIE, 2015).

3.4 ESTILO DE VIDA

Nos últimos anos, foram realizados estudos para avaliar a influência do estilo de vida no desenvolvimento de uma série de doenças e já existem dados na literatura que provam a participação de fatores como padrões alimentares pobres, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e fatores psicossociais na patogênese e incidência de doenças crônicas, entre elas principalmente hipertensão e diabetes, as quais fazem parte da síndrome metabólica (SAGNER et al., 2014). Otunctemur et al (2015) concluíram que as disfunções sexuais são mais frequentes nas mulheres que possuem síndrome metabólica quando comparadas com as pacientes que não possuem esta síndrome.

Mais de 70% da população mundial não consegue manter níveis adequados de atividade física, entretanto, o impacto negativo deste estilo de vida não está limitado às doenças físicas, mas também aumenta o risco de doenças mentais como depressão e ansiedade (DA SILVA et al., 2012).

A medicina do estilo de vida é definida pelo American College of Lifestyle Medicine como um ramo da medicina baseada na evidência de que as mudanças no estilo de vida incluindo suporte nutricional, atividade física regular, controle do estresse e suporte social são usados para prevenir, tratar e reverter a progressão de doenças crônicas. As intervenções deste ramo da medicina incluem avaliar o risco de saúde dos

indivíduos e aconselhamento para mudança do estilo de vida, sendo frequentemente prescrita pelos profissionais de saúde em associação com as outras formas de terapia (SAGNER et al., 2014).

Uma pesquisa europeia concluiu que uma alta proporção de pacientes com estilo de vida insalubre, atendidos na atenção básica não perceberam a necessidade de mudar seus hábitos e ainda cerca de metade destes relataram não ter tido qualquer discussão sobre estilos de vida saudáveis com os profissionais envolvidos nos atendimentos (BROTONS et al., 2012).

Uma metanálise com um total de 740 participantes de 6 ensaios clínicos em 4 países concluiu que modificações de estilo de vida e farmacoterapia para fatores de risco cardiovasculares foram associados a uma melhora estatisticamente significativa na função sexual em homens com disfunção erétil (GUPTA et al., 2011).

Abdo (2010) afirma que a prevenção das disfunções sexuais femininas baseia-se em cuidados com a saúde através de estilo de vida saudável. Através de práticas regulares de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, evitando estresse, tabagismo, bebidas alcoólicas e outras drogas, o tecido endotelial vascular mantém-se mais preservado, o que gera melhora na lubrificação e funcionamento dos órgãos genitais.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E CAMPO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de corte transversal e analítico, no município de Jequié – BA, localizado a 368 Km da capital do estado da Bahia. O referido município localiza-se no Sudoeste do estado, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata, com uma população estimada de 151.895 habitantes e densidade demográfica de 47,07 habitantes/Km² (IBGE, 2010).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de eleição para a pesquisa foi de mulheres após a menopausa cadastradas nos grupos de convivência para terceira idade no município de Jequié-BA. A Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI), com sede em Jequié, possui 10 grupos distribuídos nos principais bairros do município, com um total de 280 mulheres participando ativamente.

A AAGRUTI foi criada em 2001 vislumbrando uma melhoria na qualidade de vida da população idosa com objetivo de aprimorar o conhecimento das leis de proteção ao idoso e o exercício da sua cidadania, inclusão e participação em atividades físicas e recreativas, bem como, a valorização pessoal, visando autonomia e independência. Inicialmente criada para inclusão de pessoas da terceira idade, entretanto, participam homens e mulheres a partir dos 50 anos, que são atraídos pelas propostas do envelhecimento ativo.

Foram considerados como critérios de inclusão todas as mulheres após a menopausa, com vida sexual ativa há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão a presença de déficit cognitivo que impossibilite compreender e responder as questões abordadas, uso de terapia de reposição hormonal nos últimos seis meses e ainda as pacientes que não aceitarem participar voluntariamente do estudo.

De acordo com informações colhidas na presidência da AAGRUTI, participam ativamente 280 mulheres, entre estas, 7 (2,5%) não foram encontradas após 3 visitas ao grupo. Entre as 273 mulheres avaliadas, 220 (78,6%) não realizaram atividade sexual nos últimos 6 meses, 3 (1,1%) apresentaram déficit cognitivo e 1 (0,36%) ainda menstrua, sendo excluídas da pesquisa, resultando em população final de 49 (17,5%) mulheres.

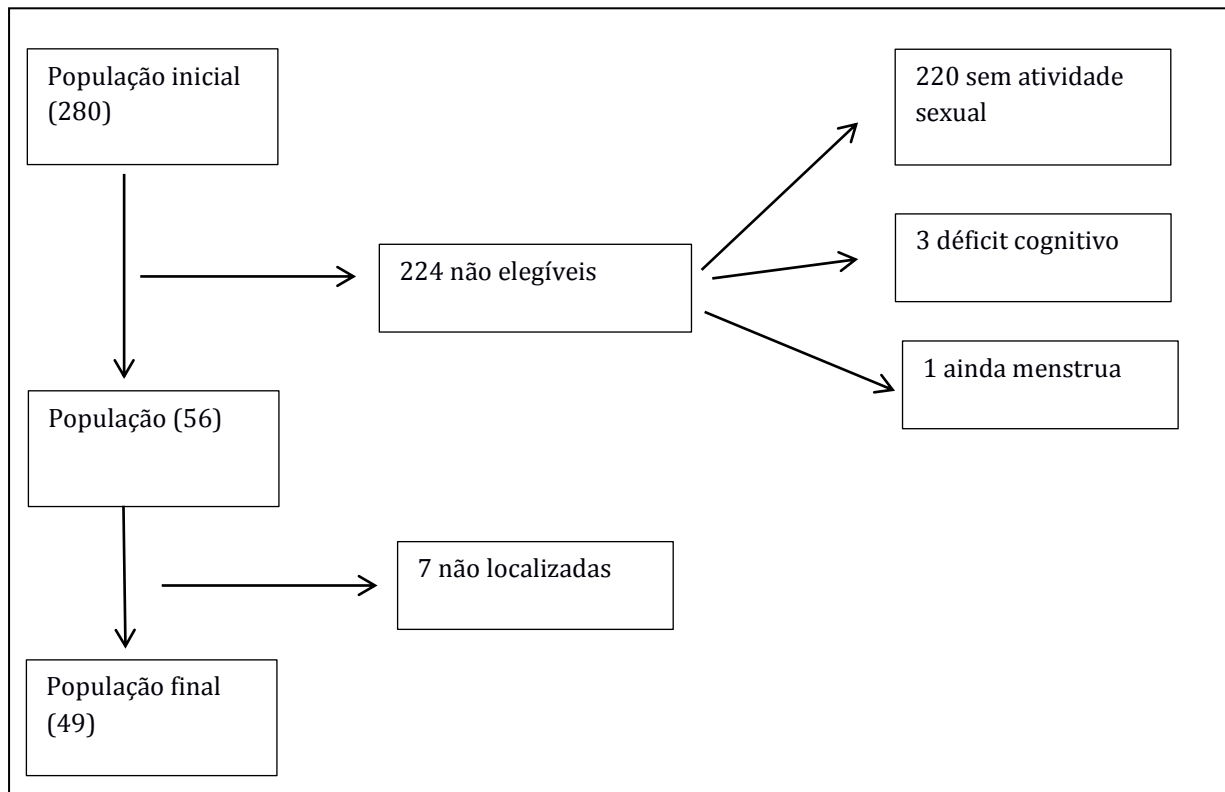


Figura 1: Diagrama de decisões no processo de inclusão das mulheres no estudo, Jequié, BA, Brasil, 2017.

4.3 COLETA DE DADOS

Primeiramente foi realizado um estudo piloto com 10 mulheres que frequentam um grupo de idosas de uma Unidade de Saúde da Família para testar a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada nos meses de Julho a Setembro de 2017, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da

Bahia, e aconteceu em etapa única, nos horários e locais de funcionamento dos grupos de convivência. Inicialmente foi realizada uma entrevista, utilizando um questionário próprio (APÊNDICE B) baseado no questionário usado na Pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) realizada em sete países da América Latina e Caribe (ALBALA et al., 2005), sendo acrescentado a este, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) (PACHANA et al., 2007), a Escala de Estresse Percebido (PSS) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) em sua versão brasileira e abreviada em 15 itens (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e o Questionário Internacional de atividades física (IPAQ)- forma curta (CRAIG et al., 2002).

A qualidade geral do desempenho e satisfação sexual das idosas foi avaliada através do Quociente Sexual versão Feminina (QS-F), desenvolvido pelo Programa de Estudos em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ABDO, 2009). O QS-F já foi previamente validado (ABDO, 2006).

No início da entrevista, as idosas foram submetidas ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), versão modificada e validada (ICAZA; ALBALA, 1999), com pontuação máxima de 19 pontos. As entrevistadas que apresentaram em suas respostas, soma igual ou inferior a 12 pontos, foram excluídas da pesquisa por déficit cognitivo, enquanto que as que pontuaram entre 13 e 19 continuaram a responder ao questionário.

Após a entrevista, as participantes foram submetidas à avaliação de medidas antropométricas (massa corporal e estatura).

A coleta dos dados e a realização dos testes foram executadas por profissionais e estudantes da área de Saúde, os quais receberam um treinamento prévio.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.4.1 DISFUNÇÃO SEXUAL (VARIÁVEL DEPENDENTE)

O QS-F é composto por 10 perguntas a serem respondidas em uma escala gradual de zero a cinco, no qual zero indica “nunca”, um indica “raramente”, dois indica

“às vezes”, três indica aproximadamente 50% das vezes, quatro indica “a maioria das vezes” e cinco indica “sempre”. O resultado é obtido pela soma de todas as questões multiplicado por 2, o que resulta em pontuação final que varia entre 0 e 100. A sétima questão deve ser tratada de forma invertida em seus valores, ou seja, o valor da resposta deve ser subtraído de 5 para se ter o resultado final dessa questão. Entre os valores maiores, encontram-se as idosas com melhor desempenho e satisfação sexual. O ponto de corte para classificar disfunção sexual foi 60, sendo assim as mulheres com escore ≤ 60 foram classificadas como disfunção sexual e as com escore $>$ que 60 como função sexual normal (ABDO, 2009).

4.4.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES:

1- Aspectos sociodemográficos:

- **Idade:** em anos completos (50-59, 60-69, ≥ 70 anos);
- **Estado civil:** categorizado em com união estável (casada ou união estável) e sem união estável (solteira, viúva ou divorciada).
- **Nível de escolaridade** (analfabeta, 1º grau e 2º grau);
- **Renda familiar** (≤ 1600 reais, > 1600 reais). As categorias foram criadas através da mediana;
- **Trabalho remunerado** (realiza e não realiza).

2- Aspectos comportamentais e estilo de vida

- **Nível de atividade física:** (ativos, insuficientemente ativos). Avaliado através do *Questionário Internacional de atividade física (IPAQ)- versão curta (CRAIG et al., 2003)*. A versão curta é composta por 8 questões que são usadas para estimar o tempo gasto por semana realizando atividade física nos seguintes domínios: intensidade vigorosa, intensidade moderada, atividade de caminhada e sentado. Para todos os domínios, os pacientes serão perguntados quanto ao número de dias por semana e o tempo em minutos por dia que elas realizam a atividade para ≥ 10 min continuamente. Para quantificar os níveis de atividade física, o produto da duração (min / dia) e frequência

(dias / semana) será utilizado para estimar a atividade física leve, atividade física moderada a vigorosa e atividade física total. Foram considerados ativos, os indivíduos que praticaram atividades físicas moderadas e/ou vigorosas por pelo menos 150 minutos por semana (OMS, 2010);

- **Etilismo** (bebe, não bebe) através dos questionamentos “Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas?”;
- **Tabagismo** (fumante, ex fumante, nunca fumou) através do questionamentos “A Sra. tem ou teve o hábito de fumar?”;
- **Relacionamento com o parceiro:** categorizado em positivo (excelente, bom) e negativo (regular, ruim). Esta variável foi obtida através da pergunta “A Sra diria que o relacionamento de convivência nas atividades normais do dia-a-dia com seu parceiro é excelente, bom, regular ou ruim?”

3- Condições de saúde:

- **Auto-percepção de saúde** (boa, regular, ruim) Obtida através do questionamento “A Sra diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?”. Categorizada em boa (excelente, muito boa e boa), regular (regular) e ruim (má).
- **Comorbidade** (sim, não) Categorizada em sim (≤ 1 doença crônica) e não (≥ 2 doenças crônicas). Para essa classificação considerar-se-á o relato da mulher quanto ao diagnóstico referido por algum profissional de saúde para: hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, problemas cardíacos, doenças pulmonares, doenças do sistema nervoso central, problemas psiquiátricos, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, doenças da tireóide, osteoporose e incontinência urinária.
- **Queda** (sim, não) Através da pergunta “Teve alguma queda nos últimos 12 meses?”;
- **Polifarmácia** (sim, não) Foi solicitado à mulher que respondesse o seguinte questionamento “A Sra poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando?”. Foi considerada prática de polifarmácia o uso de três ou mais medicamentos (LIANG et al., 2015).
- **Incontinência urinária (sim, não)** definida como qualquer perda involuntária de urina, que cause problemas sociais ou higiênicos. Avaliada através da seguinte

questão: “Normalmente não gostamos de falar sobre isso, mas preciso saber para o estudo se nos últimos 12 meses alguma vez perdeu urina sem querer?”

➤ **Sintomas depressivos** (sim, não) Avaliados através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) em sua versão brasileira e abreviada em 15 itens. O ponto de corte 5/6 (não/sim) produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Portanto, este foi o ponto de corte utilizado por este estudo.

➤ **Sintomas de ansiedade** (sim, não) Classificados através do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), um instrumento composto por 20 itens, desenvolvido na Austrália para avaliar ansiedade em idosos. De acordo com o estudo original, cada item respondido positivamente (concordo) soma-se 1 ponto, com uma pontuação final que varia de 0 a 20, o ponto de corte ideal para identificar ansiedade generalizada em adultos mais velhos é 10/11 (PACHANA et al., 2007). Martiny et al (2011) traduziram e realizaram adaptação transcultural da versão brasileira e o questionário foi validado na população brasileira em 2014 (MASSENA, 2014). Categorizado em não quando escore ≤ 10 e não quando ≥ 11 .

➤ **Sintomas de estresse** (baixo/moderado, alto/muito alto) O nível de estresse foi avaliado através da Perceived Stress Scale (Escala de Estresse Percebido -PSS). A PSS possui 14 questões com opções de respostas que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. De acordo com a pontuação total o nível de estresse foi classificado como baixo ou moderado (0-28) ou como alto ou muito alto (29-56) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983). Esta escala foi validada para idosos no Brasil (LUFT et al., 2007).

➤ **Índice de massa corporal (IMC):** definido através da divisão da massa corporal (MC) em quilogramas pela estatura (Est) ao quadrado em metros: $IMC = MC \text{ (kg)} / Est.(m^2)$. Para mensurar a MC utilizou-se uma balança digital portátil, e a paciente

utilizando o mínimo de roupas possível. E para medir a estatura, orientou-se a mulher a permanecer descalça, ereta, com os pés unidos, e calcanhares, nádegas e cabeça em contato com a parede, com os olhos fixos num eixo horizontal paralelo ao chão, respeitando-se a Linha de Frankfurt.

O IMC foi classificado como insuficiente ($<18,5\text{kg/m}^2$), adequado ($18,5$ a $24,9\text{ kg/m}^2$) e excessivo ($\geq 25\text{kg/m}^2$) (WHO, 1998).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise descritiva dos dados (média e desvio padrão, frequência absoluta e relativa). A associação entre disfunção sexual e as variáveis independentes foi verificada por meio de análises brutas usando o Teste Quiquadrado de Pearson. As variáveis que obtiveram o nível de significância $\leq 0,10$ foram incluídas na análise ajustada, usando a regressão logística binária, com cálculo de odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). O nível de significância adotado no estudo foi de 5%. Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico SPSS para Windows versão 21.0 (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido respaldando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentadora das pesquisas com seres humanos.

Todas as mulheres selecionadas como aptas a participar do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob CAAE nº 67839516.6.000.0055 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 49 voluntárias após a menopausa com idade média de $65,20 \pm 6,50$ anos. As mulheres com disfunção sexual apresentaram idade média de $67,21 \pm 6,39$ e sem disfunção de $63,42 \pm 6,17$ anos. A prevalência de disfunção sexual foi de 53,1%.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de disfunção sexual, de acordo com as variáveis sociodemográficas e comportamentais. Os resultados mostraram que entre estas variáveis, apenas o relacionamento com o parceiro e o estado civil apresentaram associação com disfunção sexual estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Tabela 1. Relação da disfunção sexual com os fatores sociodemográficos e comportamentais. Jequié, Bahia, Brasil, 2017.

Variáveis	Taxa de resposta	Total	Sem Disfunção Sexual	Com Disfunção Sexual	P-valor
Grupo etário	100				
50-69 anos		13	4 (17,4%)	9 (34,6%)	0,229
60-69 anos		20	9 (39,1%)	11 (42,3%)	
≥ 70 anos		16	10 (43,5%)	6 (23,1%)	
Estado civil	100				
Com união estável		40	16 (69,6%)	24 (92,3%)	0,040
Sem união estável		9	7 (30,4%)	2 (7,7%)	
Nível de escolaridade	91,8				
2º grau		15	10 (47,6%)	5 (20,8%)	0,163
1º grau		27	10 (47,6%)	17 (70,8%)	
Analfabeto		3	1 (4,8%)	2 (8,4%)	
Renda familiar	100				
>1600 reais		24	12 (52,2%)	12 (46,2%)	0,674
≤ 1600 reais		25	11 (47,8%)	14 (53,8%)	
Trabalho remunerado	100				
Realiza		16	6 (20,1%)	10 (38,5%)	0,357
Não realiza		33	17 (79,9%)	16 (61,5%)	
Atividade física	100				
Ativo		33	18 (78,3%)	15 (57,7%)	0,125

Insuf. ativo		16	5 (21,7%)	11 (42,3%)	
Tabaco					
Fumante	98	0	0 (0%)	0 (0%)	0,173
Ex-fumante		15	5 (21,7%)	10 (40,0%)	
Nunca fumou		33	18 (78,3%)	15 (60,0%)	
Consumo de álcool	98				
Não bebe		25	13 (56,3%)	12 (48,0%)	0,555
Bebe		23	10 (43,5%)	13 (52,0%)	
Rel. parceiro	93,9				
Bom/excelente		33	19 (90,5%)	14 (56%)	0,010
Ruim/Regular		13	2 (9,5%)	11 (44%)	

Insuf. Ativo: insuficientemente ativo; **Rel. parceiro:** relacionamento com o parceiro.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de disfunção sexual, de acordo com as variáveis de condições de saúde. Os resultados mostraram que as variáveis de condições de saúde avaliadas não apresentaram associação com disfunção sexual estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Tabela 2. Relação da disfunção sexual com as condições de saúde. Jequié, BA, Brasil, 2017.

Variáveis	Taxa de resposta	Total	Sem Disfunção	Com Disfunção	P-valor
Percepção de saúde	100				
Boa		13	4 (17,4%)	9 (34,6%)	0,197
Regular		32	18 (78,3%)	14 (53,8%)	
Ruim		4	1 (4,3%)	3 (11,5%)	
Comorbidade	100				
Não		10	2 (8,7%)	8 (30,8%)	0,056
Sim		39	21 (91,3%)	18 (69,2%)	
Quedas	98				
Sim		12	4 (17,4%)	8 (32,0%)	0,243
Não		36	19 (82,6%)	17 (68,0%)	
IMC	100				
< 18,5		1	0 (0%)	1 (3,8%)	0,282
18,5 – 24,9		10	3 (13,0%)	7 (26,9%)	

≥ 25		38	20 (87,0%)	18 (69,2%)	
Incontinência urinária	95,9				
Sim		15	5 (23,8%)	10 (38,5%)	0,284
Não		32	16 (76,2%)	16 (61,5%)	
Polifarmácia	93,9				
não		26	10 (47,6%)	16 (64,0%)	0,264
sim		20	11 (52,4%)	9 (36,0%)	
Sint depressivos	98,6				
Não		41	19 (82,6%)	22(84,6%)	0,850
Sim		8	4 (17,4%)	4 (15,4%)	
Sint de ansiedade	100				
Não		33	14 (60,9%)	19 (73,1%)	0,363
Sim		16	9 (39,1%)	7 (26,9%)	
Nível de estresse	100				
Baixo/moderado		12	5 (21,7%)	7 (26,9%)	0,674
Alto/muito alto		37	18 (78,3%)	19 (73,1%)	

IMC: índice de massa corporal; **Sint depressivos:** sintomas depressivos; **Sint de ansiedade:** sintomas de ansiedade.

Após a análise ajustada apenas o relacionamento negativo (regular/ruim) com o parceiro permaneceu associado com a presença de disfunção sexual, conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3. Análise ajustada da disfunção sexual com as variáveis independentes do estudo. Jequié, BA, Brasil, 2017.

Variáveis	OR	IC95%	p-valor
Relacionamento com o parceiro			
Bom/Excelente	1	1,24-37,89	0,027
Ruim/ Regular	6,87		
Estado civil			
Com união estável	1	0,02-1,68	0,139
Sem união estável	0,20		
Comorbidade			
Não	1	0,91-37,12	0,061
Sim	5,84		

6 DISCUSSÃO

Este estudo investigou a prevalência de disfunção sexual em mulheres após a menopausa que participam de grupos de convivência para terceira idade e verificou associação com características sociodemográficas, comportamentais e condições de saúde. O principal achado do presente estudo aponta a disfunção sexual associada ao relacionamento negativo (ruim, regular) com o parceiro.

Apesar de não ter se constituído como objetivo deste estudo, devido ao elevado percentual de mulheres excluídas porque não tiveram relação sexual nos últimos 6 meses, é relevante discutir este dado. Entre as 273 mulheres avaliadas, apenas 53 (19,4%) realizaram atividade sexual nos últimos 6 meses. Lonnèe-Hoffmann et al (2014) em estudo internacional, avaliando 230 mulheres australianas após a menopausa, com idade média de 70 anos, evidenciaram que 49,8% eram sexualmente ativas, e os principais fatores que influenciaram a inatividade sexual foram ausência de parceiros e histórico de depressão. Já Valadares et al (2013) em estudo transversal de base populacional, envolvendo 622 mulheres brasileiras com idade igual ou superior a 50 anos, encontraram prevalência de 36,7% de atividade sexual. Oliveira et al (2015) em estudo transversal com 67 idosos brasileiros não institucionalizados, sendo 91% do sexo feminino, observaram que apenas 26,9% estavam ativos sexualmente e concluíram que o grande número de idosos sem atividade sexual pode ser justificado pelo grande percentual de viúvos. A prevalência de atividade sexual após a menopausa encontrada no presente estudo foi a menor entre os estudos avaliados.

A diminuição ou ausência da atividade sexual com o envelhecimento pode ser considerada como resultado das alterações biológicas esperadas com o avançar da idade ou como uma disfunção sexual. Entretanto pode haver associação de fatores como os relacionados com a transição fisiológica, psicológica e social, próprios do processo de envelhecimento. Entre eles, observa-se a influência das modificações na imagem corporal, e algumas mulheres passam a se sentir menos atraentes com as alterações do corpo e aparência, o que interfere diretamente na sexualidade. Quanto ao contexto social, deve ser levada em consideração a falta de privacidade de mulheres mais velhas que necessitam viver com sua família (MACIEL; LAGANÀ, 2014).

Laganà e Maciel (2010) em estudo com mulheres hispano-americanas observaram que grande parte das idosas possui fantasias sexuais, mas muitas delas não desejam se envolver em práticas sexuais pela indisponibilidade de um parceiro apropriado, sendo assim, muitas mulheres são forçadas a abstinência sexual devido à falta de um companheiro íntimo.

Além dos fatores intrínsecos das mulheres, muitos casais heterossexuais interrompem suas práticas sexuais por disfunções masculinas, principalmente a diminuição de desejo, em geral secundário a disfunção erétil (MACIEL; LAGANA, 2014)

Entre as mulheres ativas sexualmente em nosso estudo, a disfunção sexual foi encontrada em pouco mais da metade das participantes, com prevalência de 53,1%, o que é compatível com a literatura. Estudos internacionais apontam uma variação entre 23% (LONNÉE-HOFFMANN et al., 2014) a 85,2% (MASLIZA et al., 2014). Cavalcanti et al (2014) apontaram prevalência de 46,2% em estudo nacional incluindo 173 mulheres no período do climatério.

Os dados na literatura sobre a prevalência de disfunção sexual são limitados, uma vez que diferem muito na forma de definir disfunção sexual, composição das populações e amostras e métodos de coleta de dados (CLAYTON, A. H.; JUAREZ, 2017). Apesar deste entrave, observa-se na maioria dos estudos alta prevalência de disfunção sexual nas mulheres após a menopausa. Burri, Hilpert e Spector (2015) em estudo longitudinal realizado na Suíça com objetivo de avaliar a função sexual em mulheres antes e após a menopausa, concluíram que a proporção de mulheres pós-menopáusicas que sofrem de disfunção sexual foi maior em comparação com mulheres pré-menopáusicas.

Valadares et al (2013) concluíram após análise bivariada que estar na pós-menopausa ($p=0,025$) foi um dos fatores associados com a classificação da vida sexual pelas mulheres como regular, ruim ou muito ruim.

A baixa prevalência de atividade sexual e a alta prevalência de disfunção sexual entre as mulheres investigadas podem ser por inúmeros fatores. Entre eles, sabe-se que os principais hormônios envolvidos nos processos biológicos de resposta sexual, estrogênio e testosterona, encontram-se diminuídos nesta fase, pela queda da função

ovariana (AMBLER; BIEBER; DIAMOND, 2012). Com isso, observa-se neste período, de forma marcante, a atrofia vaginal, diminuição da lubrificação, da excitação, do desejo, do prazer e da satisfação sexual (CREMA; TILIO; CAMPOS, 2017).

Alves et al (2015) em estudo transversal com 260 mulheres no climatério, evidenciaram que o melhor desempenho sexual está associado a uma menor intensidade dos sintomas climatéricos. Concluíram, portanto, que a intensidade dos sintomas ocasionados pela queda dos níveis hormonais, como ondas de calor, suores noturnos, secura vaginal, mudanças de humor, insônia, fadiga e irritabilidade, pode afetar a sexualidade, a resposta sexual e o desempenho sexual em geral. Andac e Aslan (2017) e Erenel et al (2015) também evidenciaram que à medida que os sintomas da menopausa aumentam, a função sexual diminuiu.

Além das alterações hormonais, as mudanças sociais e psicológicas que ocorrem durante esta fase, como a aposentadoria, filhos saindo de casa, mudanças na imagem corporal, doenças crônicas, viuvez, divórcio, entre outros, também podem influenciar a função sexual das mulheres menopausadas (ERENEL et al., 2015).

O elevado percentual de disfunção sexual entre as mulheres mais velhas também pode ser explicado pela dificuldade em encontrar um profissional de saúde que valorize e trate suas queixas, o que pode ser explicado por falta de capacidade técnica dos trabalhadores da saúde em abordar as preocupações sexuais das mulheres, além da disponibilidade limitada de profissionais do sexo feminino, uma vez que as pacientes mais velhas sentem-se menos constrangidas para abordar este assunto com pessoas do mesmo sexo. Sendo assim, elas permanecem com a disfunção por muitos anos (MACIEL; LAGANÀ, 2014). Sobecki et al (2012) realizaram uma pesquisa com 1.154 médicos ginecologistas/obstretas em relação a abordagem das práticas sexuais das pacientes. Entre os resultados deste estudo, 63% dos médicos relataram avaliar as atividades sexuais de suas pacientes, 40% perguntam sobre os problemas sexuais de forma rotineira, e somente 28,5% questionam sobre satisfação sexual. Se os médicos ginecologistas e obstetras que são os mais treinados para abordar este assunto não o fazem em sua totalidade, mais difícil será para os outros profissionais da saúde.

Em relação aos fatores sociodemográficas, comportamentais e condições de saúde, apenas o relacionamento com o parceiro mostrou-se com associação estatisticamente significativa após análise ajustada ($p = 0,027$).

Laumann e Waite (2008) correlacionaram os problemas sexuais entre pessoas de 57 a 85 anos usando dados do NSHAP (National Social Life, Health, and Aging Project), que foi a primeira análise abrangente de base populacional de problemas sexuais nesta faixa etária nos Estados Unidos da América, incluindo uma amostra de 1.550 mulheres e 1.455 homens. Segundo os autores, a satisfação no relacionamento está associada a menos problemas sexuais, especificamente na melhora de prazer sexual em mulheres ($OR = 0,6$) e homens ($OR = 0,5$), bem como baixas probabilidades de inorgasmia das mulheres e falta de interesse sexual dos homens ($OR = 0,7$ para ambos). Dessa forma, os problemas sexuais entre os mais velhos não são consequência apenas do envelhecimento e sim influenciados pela presença de estressores em diversos domínios de vida, incluindo principalmente a saúde mental e a relação de intimidade com o parceiro.

Hayes et al (2008) observaram que a disfunção sexual foi associado à dificuldade de comunicação das necessidades sexuais ao parceiro e, a partir desta conclusão, apontaram que os fatores de relacionamento com o parceiro são mais importantes para o desejo sexual do que a idade ou menopausa.

Maciel e Laganà (2014) relataram que como observado na prática clínica, a maioria das mulheres não relacionam a satisfação sexual com o funcionamento de seus órgãos sexuais, mas principalmente com a qualidade do relacionamento com o parceiro que possuem. Portanto, afirmam que a associação entre a qualidade do relacionamento das mulheres com o parceiro e a função sexual é fundamental para abordagem dos problemas emocionais e sexuais.

De acordo com Crema, Tilio e Campos (2017), a qualidade dos relacionamentos afetivos influencia na função sexual, uma vez que permite abertura para dialogar sobre as necessidades e satisfação com o desempenho da sexualidade. Davis e Jane (2011) afirmam que problemas de comunicação entre parceiros, raiva, ira e negligência também podem causar baixa libido e insatisfação sexual.

O bom relacionamento com o parceiro com abertura para comunicação é de suma importância na transição menopáusicas, uma vez que o comportamento sexual feminino se altera neste período, com menor frequência de desejo e lentidão da excitação. Logo, as preliminares precisam ser mais presentes antes do coito e isto precisa ser entendido e trabalhado pelo parceiro. Além disso, ocorrem diferenças de intensidade de desejo sexual entre os parceiros, tanto no que diz respeito à duração quanto à frequência da atividade sexual. Por vezes essas diferenças geram conflitos conjugais, o que é minimizado com o bom relacionamento (ABDO, 2010).

A limitação do estudo foi a amostra pequena devido a baixa frequência de atividade sexual entre as mulheres que participam dos grupos de convivência para terceira idade no município de Jequié-BA.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das mulheres inicialmente avaliadas não era sexualmente ativa e pouco mais da metade daquelas com vida sexual ativa apresentaram disfunção sexual. O relacionamento negativo com o parceiro apresentou associação com a presença de disfunção sexual.

Importante considerar que o climatério é um período esperado com o processo de envelhecimento para todas as mulheres, e a sexualidade não se extingue com a menopausa, pois é possível exercê-la em todas as etapas da vida, pois a capacidade de amar e ser amado não tem limites. Sendo assim é de suma importância a desmistificação dos preconceitos que dificultam que as mulheres mais velhas exerçam sua prática sexual de maneira satisfatória.

Ainda há muito a ser investigado na área da sexualidade das mulheres mais velhas porque certamente a detecção dos diversos problemas influenciadores permitirá práticas de saúde pública para melhoria da qualidade sexual e de vida em geral desta população.

Os profissionais de área de saúde precisam ser empáticos e bem treinados na esfera multidisciplinar da abordagem da saúde sexual para o sucesso na problematização das queixas das pacientes com intuito de identificar fatores que interferem na função sexual e entender como agir nos processos não patológicos, culturais e biopsicossociais. Com isso, melhorar a sua atitude na abordagem da sexualidade das mulheres mais velhas.

Espera-se a partir dos dados deste estudo ter contribuído para aumentar a conscientização sobre a importância do bom relacionamento com o parceiro na qualidade da prática sexual. Conseqüentemente faz-se necessário promover melhorias na detecção precoce de problemas sexuais, tratamento das disfunções e criação de programas de educação e planos de cuidados para aumentar a satisfação sexual.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. Disfunções sexuais femininas. In: Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica, p. 177-99, 2010.
- ABDO, C.H.N. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **RBM rev bras med**, v. 63, n. 9, p. 477-82, 2006.
- ABDO, C.H.N. Quociente sexual feminino: um questionario brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diag Tratamento**, v.14, n. 2, p.89-91, 2009.
- ABDO, C.H.N, OLIVEIRA JUNIOR, W.M. O ginecologista brasileiro frente as queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Rev Bras Med**, v.59, n. 3, p.179-86, 2002.
- ALBALA, C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n.5, p. 307-22, 2005.
- ALMEIDA O. P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, n.57, n. 2B, p.421-6, 1999.
- ALVES, E. R. P. et al. Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 64-71, 2015.
- ALVES, J.E.D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, v. 40, n. 4, p. 8-15, 2014.
- AMBLER, D.R.; BIEBER, E.J.; DIAMOND, M.P. Sexual function in elderly women: a review of current literature. **Reviews in obstetrics & gynecology**, v. 5, n.1, p.16-27, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **American Psychiatric Publishing**, Arlington, Va, USA, 5th edition, 2013.
- ANDAC, T.; ASLAN, E. Sexual life of women in the climacterium: A community-based study. **Health care for women international**, v. 38, n. 12, p. 1344-55, 2017.
- ARAÚJO, I. A. et al. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 114-22, 2013.
- BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE. 2008. Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero v. 1, p. 107-119, 2008.

- BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **J Urol**, v.163, n.3, p. 888-93, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF), p.42-3, 2009.
- BROTONS, C. et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. **Family Practice**, v. 29, n. suppl 1, p. i168-i176, 2012.
- BURRI, A.; HILPERT, P.; SPECTOR, T. Longitudinal Evaluation of Sexual Function in a Cohort of Pre-and Postmenopausal Women. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 6, p. 1427-35, 2015.
- CAVALCANTI, I.F. et al. Função sexual e fatores associados a disfunção sexual em mulheres no climaterio. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.36, n.11, p.497-502, 2014.
- CLAYTON, A. H.; JUAREZ, E. M. V. Female sexual dysfunction. **Psychiatric Clinics**, v. 40, n. 2, p. 267- 84, 2017.
- CREMA, I.L.; TILIO, R.; CAMPOS, M. T. A. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 753-69, 2017.
- COHEN S, KARMACK T, MERMELSTEIN R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav**, v. 24, n.4, p. 385-96, 1983.
- CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1381- 95, 2003.
- DA SILVA, M.A. et al. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. **European journal of epidemiology**, v. 27, n. 7, p. 537- 46, 2012.
- DAVIS, S. R.; JANE, F. Sex and perimenopause. **Australian family physician**, v. 40, n. 5, p. 274-8, 2011.
- DE ALENCAR D. L. et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saude Coletiva**, v.19, n. 8, p. 3533 - 42, 2014.
- DE ALMEIDA, A.B. Fisiopatologia do Climatério. In **Ginecologia Baseada em Evidências**. 2 ed. São Paulo ATHENEU, p. 205 - 17, 2008.
- DE ARAÚJO MATHIAS, A. E.R. et al. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 2, p. 75-9, 2015.

DE LORENZI, D.R. et al. Factors related to quality of life in post-menopause. **Rev Assoc Med Bras**.v.52, n. 5, p.312- 7, 2006.

DE MORAES, E.N.;DE MORAES, F.L.; LIMA, S.P.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v.20, n. 1, p.67-73, 2010.

DENNERSTEIN, L.;LEHERT, P.; GUTHRIE, J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well being. **Arch Women Ment Health**, v.5, N.1, p.15-22, 2002.

ERENEL, A. S. et al. Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. **International journal of nursing practice**, v. 21, n. 5, p. 575- 83, 2015.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, Rio de Janeiro, v.1, n.20, p.106- 194, jun. 2012.

FLEURYL, H. J.; ABDO, C.H.N. Sexualidade da mulher idosa. **Diagn Tratamento**, v. 20, n. 3, p. 117-20, 2015.

GLINA, S.; ANKIER, C. Porque o profissional de saúde deve abordar o aspecto sexual dos pacientes. In:**Manual Prático de Condutas em Medicina Sexual e Sexologia**.1ªEd. São Paulo: Santos editora, p.6, 2013.

GUPTA, B.P. et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 20, p. 1797- 803, 2011.

HAYES, R. D. et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 7, p. 1681-93, 2008.

ICAZA, M. C.; ALBALA C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estatístico. **OPAS**, p. 1-18, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).**Censo histórico 2010**.Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm. Acesso em: 05/09/2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).**Cidades 2010**.Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=bahia|jequi>>. Acesso em 25/08/2016.

- KELLOGG SPADT, Susan et al. Sexual health and religion: a primer for the sexual health clinician (CME). **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 7, p. 1606-19, 2014.
- LAGANÀ, L.; MACIEL, M. Sexual desire among Mexican-American older women: A qualitative study. **Culture, health & sexuality**, v. 12, n. 6, p. 705-19, 2010.
- LAUMANN, E.O. et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int J Impot Res**, v. 17, n. 1, p. 39-57, 2005.
- LAUMANN, E. O.; WAITE, L. J. Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative US probability sample of men and women 57–85 years of age. **The journal of sexual medicine**, v. 5, n. 10, p. 2300-11, 2008.
- LAURITZEN, C. Biology of female sexuality in old age. **Z Gerontol**, v.16, n. 3, p.134-8, 1983.
- LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135 - 40, 2007.
- LIANG, Y. et al. Use of medications and functional dependence among Chinese older adults in a rural community: A population-based study. **Geriatr Gerontol Int**, v. 15, n.12, p. 1242- 48, 2015.
- LONNÈE-HOFFMANN, R. A.M. et al. Sexual Function in the Late Postmenopause: A Decade of Follow-Up in a Population-Based Cohort of Australian Women. **The journal of sexual medicine**, v. 11, n. 8, p. 2029 - 38, 2014.
- LUFT, C.B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.
- MACIEL, M; LAGANÀ, L. Older women's sexual desire problems: Biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. **BioMed research international**, v. 2014, p. 1-9, 2014.
- MARTINY, C. et al . Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo , v. 38, n. 1, p. 8-12, 2011.
- MASLIZA, W. et al. Sexual dysfunction among postmenopausal women. **La Clinica terapeutica**, v. 165, n. 2, p. 83-9, 2014.
- MASSENA, P.N. Estudo de validação do Inventário de Ansiedade Geriátrica (Tese de Mestrado). Porto Alegre, 2014.

MELO, A. S. A. F.; SANTANA, J. S. S. Sexualidade: Concepções, valores e condutas entre universitários de biologia de UEFS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p.149-59, 2014.

MORAES, K. M. et al. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 4, p. 787-98, 2011.

OLIVEIRA, L. B. et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 42-50, 2015.

Organización Mundial de La Salud (OMS). Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010.

OTUNCTEMUR, A. et al. Effect of metabolic syndrome on sexual function in pre-and postmenopausal women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 41, n. 4, p. 440- 9, 2015.

PINTO NETO, A.M.; VALADARES, A.L.; COSTA-PAIVA L. Climacteric and sexuality. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n. 3, p.93-6, 2013.

PACHANA, N.A. et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **International Psychogeriatrics**, v.19, n.1, p.103- 14, 2007.

PEDRO, A.O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquerito populacional domiciliar. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.17-25, 2003.

RABIEE, M.; NASIRIE, M.; ZAFARQANDIC, N. Evaluation of factors affecting sexual desire during menopausal transition and post menopause. **Women's Health Bull**, v.1, n. 3, e 25147, 2015.

SAGNER, Michael et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. **International journal of clinical practice**, v. 68, n. 11, p. 1289- 92, 2014.

SANTORO, N.; NEILL EPPERSON, C. N.; MATHEWS, S. B. Menopausal symptoms and their management. **Endocrinology and metabolism clinics of North America**, v. 44, n. 3, p. 497-515, 2015.

SOBECKI, J. N. et al. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of US obstetrician/gynecologists. **The journal of sexual medicine**, v. 9, n. 5, p. 1285-94, 2012.

VALADARES, A. L. R. et al. Self-perception of sexual life and associated factors: a population study conducted in women aged 50 or more years. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 7, p. 295-300, 2013.

VALADARES, A.L.R. Tratamento do Climatério. In **Manual de Ginecologia e Obstetria SOGIMIG**. 5 ed. Belo Horizonte.COOPMED, p. 459- 69, 2012.

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

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 1, p. 161-71, 2016.

VITIELLO, N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. **Rev bras Med**, edição especial, v. 55, novembro 1998.

APÊNDICES

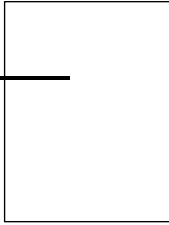
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa **“FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS”**, sob responsabilidade da pesquisadora **Camille Giehl Martins Miranda**, do Departamento de Saúde II, que tem como objetivo determinar o número de mulheres que possuem problemas sexuais entre as idosas que participam dos grupos de convivência para terceira idade no município de Jequié-BA, bem como avaliar a associação entre os problemas sexuais com algumas características pessoais. Ao concordar em participar da pesquisa, a senhora será solicitada a responder uma entrevista com informações sobre a sua vida, além de participar de alguns testes físicos e medidas corporais. Durante os testes de desempenho motor, existe um pequeno risco de a senhora perder o equilíbrio e cair. É possível que ocorra também um pequeno desconforto nos seus músculos após 24 horas da realização dos testes. Porém, como os testes são considerados leves, se ocorrer, esse desconforto será mínimo e desaparecerá após 48h. Para tranquilizá-la, é importante deixar claro que todos esses procedimentos serão realizados por uma equipe de pesquisadores altamente treinada e qualificada, o que minimizará todos os riscos e desconfortos. Além disso, a senhora terá toda liberdade para interromper ou não permitir a realização dos procedimentos, se assim preferir. Esta pesquisa não trará qualquer tipo de dano moral ou material a seus participantes. As informações obtidas, bem como a sua identidade, serão mantidos em sigilo, sendo utilizadas somente para o desenvolvimento desta pesquisa e sua publicação. A sua participação nesta pesquisa será voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. Espera-se que esta investigação possa fornecer informações que servirão de subsídio para a melhoria da atenção a saúde do idoso no município. Por fim, informamos que há a possibilidade de desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidades.

Caso precise de mais informações sobre a pesquisa, poderá entrar em contato conosco no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo email: camillegiehlm@yahoo.com.br ou pelo telefone (73) 3528-9610 ou ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se situa no mesmo endereço citado anteriormente ou pelo telefone (73) 3528-9727.

Após leitura e esclarecimentos sobre a pesquisa, eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecida quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Nossa assinatura



Sua assinatura

Polegar
direito

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Saúde das Idosas dos Centros de Convivência de Jequié (BA), 2017.

DS//UESB

Número do Questionário |_|_|_|_|

Nome do Entrevistador: _____.

Nome da entrevistada:

Endereço completo / telefone:

Minha participação é voluntária, recebi e assinei o termo de consentimento livre e esclarecido.

SEÇÃO A- AVALIAÇÃO COGNITIVA

Neste estudo estamos investigando como a Sra. se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com perguntas sobre sua memória.

A.1. Como a Sra. avalia sua memória atualmente?(leia as opções)

- (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa
(4) Regular (5) Má (888) NS (999) NR

A.2. Comparando com um ano atrás, a Sra. diria que agora sua memória é: melhor, igual ou pior?

- (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (888) NS (999) NR

A.3. Por favor, me diga a data de hoje (Pergunte mês, dia, ano, e dia da semana. Anote um ponto em cada resposta correta).

Códigos:

					Correto	
Segunda feira	01	}	Mês	_ _ _	()	
Terça feira	02		Dia do mês	_ _ _	()	
Quarta feira	03		Ano	_ _ _ _ _	()	
Quinta feira	04		Dia da semana	_ _ _	()	
Sexta feira	05				Total	()
Sábado	06					
Domingo	07					

A.4. Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são as palavras porque vou voltar a perguntar mais adiante. A Sra. tem alguma pergunta?

(Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote. Se o entrevistado não acertar as três palavras: 1) repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda, máximo de repetições: 5 vezes; 2) anote o número de repetições que teve que fazer; 3) nunca corrija a primeira parte; 4) anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados)

ÁRVORE	()	(1) Lembrou
MESA	()	(0) Não lembrou
CACHORRO	()	NÚMERO DE REPETIÇÕES: ____
Total:	()	

A.5. "Agora quero que me diga quantos são 30 menos (tira) 3 ... Depois ao número encontrado volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

(1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

Resposta certa	Idoso responde	Pontuação	
27	_____	_____	Subtração correta: 1 ponto
24	_____	_____	Subtração incorreta: 0
21	_____	_____	
18	_____	_____	
15	_____	_____	
		Total: ()	

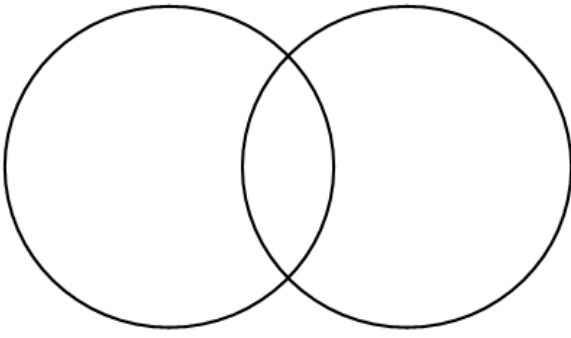
A.6. Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas (Passe o papel e anote 1 ponto para cada ação correta).

Pega o papel com a mão direita	()	Ação correta: 1 ponto
Dobra na metade com as duas mãos	()	Ação incorreta: 0
Coloca o papel sobre as pernas	()	
Total:	()	

A.7. Há alguns minutos li uma série de 3 palavras e o Sr.(a) repetiu as palavras que lembrou. "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". (1 ponto por cada resposta correta). **Não ler as palavras!**

ÁRVORE	()	Lembrou- 1
MESA	()	Não lembrou-0
CACHORRO	()	Total: ()

A.8. Por favor, copie este desenho. Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto.

	
---	--

(0) Ação incorreta (1) ação correta

A.9. NÃO LER! FILTRO- Some as respostas corretas anotadas nas perguntas A.3 a A.8 e anote o total (a pontuação máxima é 19)

(1) a soma é 13 ou mais \Rightarrow **(CONTINUE A ENTREVISTA)**

(2) a soma é 12 ou menos \Rightarrow **(INTERROMPA A ENTREVISTA)**

SEÇÃO B – INFORMAÇÕES PESSOAIS

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA - Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que a Sra. não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

B.1. Em que mês e ano a Sra nasceu? Mês |__|__|

Ano |__|__|__|__|

B.2. Quantos anos completos a Sra tem? |__|__|__|

NÃO LER!

ATENÇÃO: SOME A IDADE COM O ANO DE NASCIMENTO E ANOTE O TOTAL. SE A ENTREVISTADA JÁ FEZ ANIVERSÁRIO EM 2017, A SOMA DEVE SER **2017**. SE NÃO FEZ ANIVERSÁRIO AINDA, A SOMA DEVE SER **2016**. NO CASO DE INCONSISTÊNCIA, ESCLAREÇA COM A ENTREVISTADA. PEÇA ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO QUE MOSTRE A DATA DE NASCIMENTO OU A IDADE.

SOMA |__|__|__|__|

B.3. A Sra. sabe ler e escrever um recado?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

B.4. Qual a última série, de qual grau, na escola, a Sra. concluiu com aprovação? (Anote a série do último grau aprovado e registre só a opção que corresponda a esse grau)

(01) Primeiro grau (ou primário + ginásio) |__|

(02) Segundo grau (antigo clássico e científico) |__|

- (03) Primeiro grau + auxiliar técnico |____|
 (04) Técnico de nível médio (técnico em contabilidade, laboratório) |____|
 (06) Magistério - segundo grau (antigo normal) |____|
 (07) Graduação (nível superior)
 (08) Pós-graduação
 (09) Nunca foi à escola
 (888) NS
 (999) NR

B.5. Atualmente a Sra. vive sozinha ou acompanhada?

- (1) sozinho (2) acompanhado (888) NS (999) NR



Vá para a questão B.6.

B.5.a. Com quantas pessoas a Sra. reside?

- (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) Mais de 3 (888) NS (999) NR

B.6. Qual a religião da Sra.?

- (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Judáica
 (4) Outro. Especifique: _____
 (5) Nenhuma (888) NS (999) NR



Vá para a questão B.7.

B.6a. Qual a importância da religião em sua vida?

- (1) Importante (2) Regular (3) Nada importante (888) NS (999) NR

B.7. Qual destas opções o descreve melhor? (Ler todas as alternativas)

- (1) Branco
 (2) Pardo (Mestiço de negros com outra raça, mulatas)
 (3) Preto
 (4) Amarelo
 (5) Indígena
 (888) NS
 (999) NR

B.8. Com relação ao seu estado civil atual, a Sra. é (leia cada uma das opções):

- (1) Casado ou união estável (2) Solteiro/nunca se casou (3) Viúvo (4) Divorciado
 (999) NR

B.9. - Qual a renda familiar? (em reais)

_____ (número) (888) NS (999) NR

B.10. - Quantas pessoas vivem desta renda?

_____ (número) (888) NS (999) NR

CONDIÇÕES OCUPACIONAIS: OBS: as questões B.11 a B.17 devem assumir uma única resposta como verdadeira. Na opção outro, favor especificar por extenso.

B.11. A Senhora é aposentada ou recebe alguma pensão? () Sim () Não

B.12. A senhora atualmente realiza algum trabalho remunerado? () sim () não



Vá para a questão B.15

B.13. Se a senhora trabalha atualmente, qual sua ocupação atual? (REMUNERADO)

B.14. Se a senhora trabalha atualmente, qual o principal motivo para continuar trabalhando?

- () complementar renda familiar
- () por opção própria
- () vontade de manter-se produtiva
- () outro: _____

B.15. A senhora realiza algum trabalho não remunerado?

- () não
- () sim, cuidando de familiar/dependente
- () sim, afazeres domésticos -SEM AJUDA (lavar, cozinhar, passar, etc)
- () sim, afazeres domésticos -COM AJUDA (lavar, cozinhar, passar, etc)
- () outro: _____

B.16. OBS: APLICAR SÓ PARA QUEM RESPONDEU NÃO NA B12:

Se a senhora não tem trabalho remunerado atualmente, qual o principal motivo?

- () problemas de saúde
- () minha aposentadoria é suficiente
- () minha família ajuda financeiramente
- () não consigo emprego
- () outro: _____

B.17. Na maior parte de sua vida, a senhora trabalhou em qual ocupação?

SEÇÃO C- ESTADO DE SAÚDE

C.1. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. A Sra. diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Má (888) NS (999) NR

C.2. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, a Sra. diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (888) NS (999) NR

C.3. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que a Sra. tem pressão sangüínea alta, quer dizer, hipertensão?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \Rightarrow Vá para C.4.

C.3a. A Sra. está tomando algum medicamento para baixar sua pressão sangüínea?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.4. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que a Sra. tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \Rightarrow Vá para C.5.

C.4a. A Sra. está tomando algum medicamento oral para controlar seu diabetes?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.5. Alguma vez um médico lhe disse que a Sra. tem câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.6. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \Rightarrow Vá para C.7.

C.6a. A Sra. está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.7. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que a Sra. teve um ataque do coração, uma doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \Rightarrow Vá para C.8.

C.7a. A Sra. toma algum medicamento para seu problema cardíaco?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.8. Alguma vez um médico lhe disse que a Sra. teve uma embolia, derrame, isquemia ou trombose cerebral?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.9. Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \Rightarrow Vá para C.10.

C.9a. Sente dor, rigidez ou inchaço nas articulações?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.9b. A Sra. está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.10. Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR ⇨ Vá para C.11.

C.10a. O(a) Sr(a) teve alguma fratura como consequência da queda?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.10b. Se sim, em que local? _____

C.11. Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o Sr. tem osteoporose?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.12. Normalmente não gostamos de falar sobre isso, mas preciso saber para o estudo se, nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu urina sem querer?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR ⇨ Vá para C.13.

C.12a. Quantos dias aconteceram isso, no último mês?

(1) menos de 5 dias (2) de 5 a 14 dias
(3) mais de 15 dias (888) NS (999) NR

C.12b. Essa perda de urina interfere na sua qualidade de vida ou atrapalha suas tarefas diárias?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C. 12c. Acontece de a Sra perder urina quando faz algum esforço, como rir, tossir, espirrar ou durante exercício físico?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C. 12d. Acontece de a Sra ter um desejo muito grande de urinar, que leve a perder urina antes de conseguir chegar ao sanitário?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C. 12e. Quantas vezes a Sra levanta a noite para urinar?

(1) nenhuma (2) 1 vez (3) 2-3 vezes (4) 4 ou mais vezes (888) NS (999) NR

C.13. Nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu controle dos movimentos intestinais ou das fezes? (1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.14. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que a Sra. tem algum problema nervoso ou psiquiátrico?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR ⇨ Vá para C.15

C.14.a. A Sra faz tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.14.b. -Durante os últimos 12 meses, a Sra. tomou algum remédio contra a depressão?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.15.– Com relação a seu estado nutricional, a Sra se considera bem nutrida?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.16. Que idade tinha quando menstruou pela última vez?

Idade |____|____| (00) Ainda menstrua (888) NS (999) NR

C.16a. A senhora tomou alguma vez ou toma atualmente estrógeno, isto é, hormônio de mulher para tratar a menopausa, através de comprimidos, adesivos (emplastos) ou creme?

(1) sim (2) não (888)NS (999) NR \implies Vá para a questão C.17

C.16b. Há quanto tempo a senhora está tomando hormônio?

() Meses |____|____|

(13) 1 a 4 anos (14) 5 a 9 anos (15) 10 anos e mais
(888) NS (999) NR (16) tomou, e não toma mais

C.17. Eu sei que é uma pergunta bastante íntima, mas preciso saber para o estudo se, nos últimos 6 meses, a Sra teve pelo menos uma relação sexual?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR \implies Vá para a questão C.18

C.17a. A Sra diria que o relacionamento de convivência nas atividades normais do dia-a-dia com seu parceiro é excelente, bom, regular ou ruim?

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (888) NS (999) NR

C.17b. QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação: 0 = nunca 1 = raramente 2 = às vezes 3 = aproximadamente 50% das vezes 4 = a maioria das vezes 5 = sempre

PERGUNTAS	0	1	2	3	4	5
C.17.b1 Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?						
C.17.b2 O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?						
C.17.b3 Os preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?						
C.17.b4 Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?						
C.17.b5 Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais						

estimulada para o sexo?						
C.17.b6 Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?						
C.17.b7 Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?						
C.17.b8 Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?						
C.17.b9 Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?						
C.17.b10 O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?						

TOTAL: SOMA DE TODAS AS RESPOSTAS: _____
 PONTUAÇÃO (multiplicar o total por 2): _____

C.18. A Sra já realizou cirurgia para retirada do seu útero?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.19. A Sra já realizou cirurgia para corrigir algum problema na vagina como sensação de “bola na vagina” ou vagina flácida, como cirurgias de períneo?

(1) Sim (2) Não (888) NS (999) NR

C.20. A Sra já teve bebê através de parto normal, natural ou pela vagina?

(1) Sim - quantos: ____ (2) Não (888) NS (999) NR

C.21 Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15

Escolha a melhor resposta de como você tem se sentido na última semana.

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	() não =1	() sim = 0
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	() sim = 1	() não = 0
3. Sente que a vida está vazia?	() sim = 1	() não = 0
4. Aborrece-se com frequência?	() sim = 1	() não = 0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	() não =1	() sim = 0
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	() sim = 1	() não = 0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	() não =1	() sim = 0
8. Sente-se freqüentemente desamparado(a)?	() sim = 1	() não = 0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	() sim = 1	() não = 0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	() sim = 1	() não = 0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	() não =1	() sim = 0
12. Vale a pena viver como vive agora?	() não =1	() sim = 0

13. Sente-se cheio(a) de energia?	() não =1	() sim = 0
14. Acha que sua situação tem solução?	() não =1	() sim = 0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	() sim = 1	() não = 0
TOTAL		

C.22 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA: Por favor, responda aos itens de acordo com como a senhora tem se sentido na última semana. Marque **CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; marque **DISCORDO** se você discorda em maior grau que esse item descreve você.**

OBS: cada item respondido positivamente (concordo) soma-se 1 ponto

	CONCORDO	DISCORDO
1. Ando preocupada a maior parte do tempo		
2. Tenho dificuldades em tomar decisões		
3. Sinto-me inquieta muitas vezes		
4. Tenho dificuldade em relaxar		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10. Sinto-me muitas vezes nervosa		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansiosa		
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15. Muitas vezes sinto-me agitada interiormente		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17. Muitas vezes sou dominada pelas minhas preocupações		
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago		

19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20. Muitas vezes sinto-me aflita		
TOTAL		

C.23- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO - As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:
0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervosa e “estressada”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?		1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dívidas se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

PONTUAÇÃO: _____

O ESTILO DE VIDA É UM FATOR MUITO IMPORTANTE PARA A SAÚDE. POR ISSO GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELE.

C.24. Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).

- (1) Nenhum \Rightarrow Vá para C.25 (4) 2-3 dias por semana (888) NS
(2) Menos de 1 dia por semana (5) 4-6 dias por semana (999) NR

(3) 1 dia por semana

(6) Todos os dias

C.25. A Sra. tem ou teve o hábito de fumar? **Leia cada opção até obter uma resposta afirmativa**

(1) fuma atualmente

(2) já fumou, mas não fuma mais ⇒ Vá para a questão C.25a.(3) nunca fumou (888) NS (999) NR ⇒ Vá para C.26.

C.25a. Há quantos anos deixou de fumar?

em anos: |__| |__| |__|

Ano: |__| |__| |__| |__|

(888) NS

(999)NR

Se deixou de fumar há menos de um ano, anote "00"

C.26. Faz atividade física como forma de lazer?

(1) Sim (2) Não ⇒ Vá para D.1.

C.26a. Se sim, quantas vezes por semana _____ e qual a duração por sessão _____ (EM MINUTOS).

SEÇÃO D- MEDICAMENTOS

Gostaria de tomar nota dos remédios e outras coisas que o(a) Sr(a) esta tomando ou usando atualmente.

D.1-: A Sra. poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando?

*Anotar apenas os 5 principais e fazer observação no caso de maior número.

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

D.2- Atualmente, a Sra. toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para cuidar da sua saúde?

(1) Sim ⇒ Quais? _____

(2) Não (888) NS (999) NR

PA: ____X____ mmHg

Fc: ____ Bpm

SEÇÃO E- ANTROPOMETRIA

Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que a Sra. fique descalça. Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostada na parede. Olhe bem para frente.

E.01- Estatura (cm) - Referida _____ cm

Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____ (cm)

(999) não consegue parar de pé \Rightarrow Neste caso, realizar a medida da altura do joelho.

E.02- Massa Corporal- Referida _____ Kg

Medida 1 _____ Kg

E.03 - Circunferência abdominal (cm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.04 – Circunferência do Quadril (cm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.05- Circunferência do braço (cm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.06- Circunferência da panturrilha (cm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

DOBRAS CUTÂNEAS

E.07 – Dobra cutânea Tricipital (mm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.08 – Dobra cutânea Bicipital (mm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.09 – Dobra cutânea subescapular(mm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.10 – Dobra cutânea suprailíaca (mm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.11 – Dobra cutânea coxa medial (mm) - Medida 1 _____ 2 _____ 3 _____ Média _____

E.12 Força de Preensão Palmar - Agora vou usar um instrumento que se chama DINAMÔMETRO para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se a Sra. **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.

ANOTE A MÃO USADA NO TESTE: (1) Esquerda (2) Direita

PRIMEIRA VEZ:

(95) tentou, mas não conseguiu

(97) entrevistado incapacitado

(96) não tentou, por achar arriscado

(98) recusou-se a tentar

COMPLETOU O TESTE: |____|____|____| kg

SEGUNDA VEZ:

(95) tentou, mas não conseguiu

(96) não tentou, por achar arriscado

(97) entrevistado incapacitado

(98) recusou-se a tentar

COMPLETOU O TESTE: |____|____|____| kg

SEÇÃO F- MOBILIDADE E EQUILIBRIO

Serão excluídos desta seção: usuários de próteses, muletas/órteses, pessoas com dificuldade de entendimento dos testes e com dificuldade de equilíbrio.

Para continuarmos preciso realizar alguns testes para medir sua mobilidade e força dos membros. Primeiro vou-lhe mostrar como fazer cada movimento e, em seguida, gostaria que a Sra tentasse repetir os meus movimentos. Se achar que não tem condições de fazê-lo ou achar arriscado, diga-me e passaremos a outro teste.

FILTRO: Incapacitado para realizar qualquer teste de mobilidade.

(1) Sim \Rightarrow **não realize os testes** (2) Não

TESTE DE EQUILÍBRIO

Para este teste a idosa pode usar os braços, dobrar os joelhos ou o corpo para manter o equilíbrio, mas oriente a não mexer os pés.

F.1. Permanecer com os pés juntos por 10 segundos: sim () não ()

Tempo de execução quando for menor que 10 segundos. _____

Obs: se não conseguir já pule para o teste de marcha.

F.2. Permanecer em pé com um pé parcialmente à frente por 10 segundos: sim () não ()

Tempo de execução quando for menor que 10 segundos. _____

Obs: se não conseguir já pule para o teste de marcha.

F.3. Permanecer em pé com um pé à frente por 10 segundos: sim () não ()

Tempo de execução quando for menor que 10 segundos. _____

F. 4. TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA DE 4 METROS

Para este teste a Sra irá caminhar da marca inicial até ultrapassar completamente a marca final, no seu passo de costume, como se estivesse andando na rua para ir a uma loja.

Orientações:

1. Demonstre a caminhada ao idoso;
2. Posicione o idoso em pé com as **pontas dos pés tocando** a marca inicial;
3. Dispare o cronômetro assim que o idoso tirar o pé do chão;
4. Caminhe ao lado e logo atrás do idoso;
5. Quando **um dos pés** do idoso **ultrapassar completamente** a marca final pare de marcar o tempo;
6. O teste é realizado duas vezes.

Tempo da primeira tentativa _____

Tempo da segunda tentativa _____

Para análise será usado o menor tempo.

Para realizar a caminhada o idoso precisou de algum dispositivo de ajuda? Sim () não ()

F.05- A Sra se sente confiante para tentar levantar-se rapidamente da cadeira, cinco vezes seguidas?

(1) Sim (2) Não \Rightarrow Vá para F.06

F.05a.- Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que a Sra se levante da cadeira, o mais rapidamente possível, cinco vezes sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que a Sra conseguir ficar em pé, sente-se de novo e, levante-se novamente (60 segundos).

(95) tentou, mas não conseguiu

(96) não tentou, por achar arriscado

(98) recusou-se a tentar

() realizou o teste em: segundos |____|____|

Anote a altura do assento da cadeira |____|____| cm

F.06 Teste da caminhada de 6 minutos: As participantes deverão fazer repouso de pelo menos 10 minutos antes de iniciar o teste. OBS: O teste deverá ser interrompido imediatamente, caso durante a realização dele o paciente apresente dor torácica, dispnéia intolerável, sudorese, palidez, tontura e/ou câimbras

F.06a. Realizar a seguinte pergunta: A Sra teve dor no peito (angina) ou infarto do coração nos últimos 6 meses?

(1) Não (2) Sim (888) NS (999) NR \Rightarrow não realizar o teste

F.06b. Frequência cardíaca: _____ bpm (Se maior que 120 bpm não realizar o teste)

F.06c. PAS: _____ mmHg (Se maior que 180 mmHg não realizar o teste)

F06d. PAD: _____ mmHg (Se maior que 100 mmhg não realizar o teste)

F06e. Oximetria de pulso: _____

F06f. FR: _____ ipm

Este é o trajeto da caminhada, gostaria que a Sra andasse de um ponto a outro deste percurso em sua velocidade normal, como se estivesse caminhando na rua.

- (95) tentou e não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |_____|_____|

F.07 – Repetir o teste (15 minutos após):

- (95) tentou e não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |_____|_____|

Anotar aqui o menor tempo entre as duas tentativas _____

F.08 – Para realizar a caminhada o idoso precisou de algum dispositivo de ajuda?

- (1) sim especifique _____
 (2) não (8)NS (9)NR

SEÇÃO G: QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

As próximas perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no quintal.

Para responder as questões lembre que: atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

G.01a- Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

_____ dias por SEMANA () Nenhum

G.01b- Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

G.02a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade

que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

G.02b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

G.03a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

G.03b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus ou carro.

G.04a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

G.04b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas ____ minutos.

Anote qualquer consideração a mais que achar pertinente:

ANEXO A - LIBERAÇÃO DA AAGRUTI PARA COLETA DOS DADOS

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Eloiza Brito Aragão, ocupante do cargo de presidente da AAGRUTTI (Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade), **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto "FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS", dos pesquisadores Camille Giehl Martins Miranda e Marcos Henrique Fernandes, após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 07 de Outubro de 2016

ASSINATURA: Eloiza Brito Aragão

CARIMBO:

Eloiza Brito Aragão
PRESIDENTE AAGRUTI

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Congresso de Ortopedia 2018 x Plataforma Brasil

plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal x sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados


Cadastros

Camille Giehl Martins Miranda - Pesquisador | V3.2
Sua sessão expira em: 39min 04

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS
 Pesquisador Responsável: Camille Giehl Martins Miranda
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 67839516.6.0000.0055
 Submetido em: 25/04/2017
 Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_807726

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1				
Pendência Documental (PO) - Versão 1				
Notificação (N1) - Universidade Estadual de				
Documentos do Projeto				
Comprovante de Recepção - Submissã				
Declaração de Instituição e Infraestrutu				
Declaração de Pesquisadores - Submis				
Folha de Rosto - Submissão 3				
Informações Básicas do Projeto - Subr				
Outros - Submissão 3				
Projeto Detalhado / Brochura Investiga				
TCLE / Termos de Assentimento / Justif				

