

1 PREDICTIVE FACTORS FOR THE RISK OF SEXUAL DYSFUNCTION IN
2 CLIMATERIC WOMEN: POPULATION BASED STUDY

3

4 **RESUMO**

5

6 Este estudo teve como objetivo identificar fatores preditivos para o risco de
7 disfunção sexual em mulheres climatéricas. Trata-se de estudo transversal de base
8 populacional realizado por inquérito domiciliar. As medidas investigadas foram
9 características sociodemográficas, sintomas depressivos, nível de atividade física, risco
10 de disfunção sexual, autoavaliação de saúde e satisfação com o sono. Foi realizada
11 regressão logística hierárquica, em três blocos, com significância de 5%. Participaram
12 do estudo 381 mulheres climatéricas, sexualmente ativas com média de idade de 55,04
13 ($\pm 7,21$) anos. A prevalência de risco para disfunção sexual foi 38,3%. Todas as variáveis
14 investigadas foram associadas com risco para disfunção sexual ($p < 0,05$). No modelo
15 final, os preditores de risco de disfunção sexual foram baixa satisfação com o sono
16 (OR 4,20; IC95% 2,32-7,62), idade avançada (OR 1,04; IC95% 1,00-1,08), baixa
17 escolaridade (OR 0,90; IC95% 0,85-0,97) e ter companheiro (OR 0,35; IC95% 0,16-
18 0,76). Esses aspectos merecem atenção da equipe de saúde, no sentido de prevenir e
19 identificar precocemente o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas.

20

21 **Palavras-chaves:** woman's health, sexual health, global health, sexuality

22

23

24 **Introdução**

25

26 A disfunção sexual (DS) é um grupo heterogêneo de desordens caracterizadas
27 por distúrbios clinicamente significativos na resposta sexual ou na experiência de prazer
28 sexual¹. Trata-se de uma condição altamente prevalente entre as mulheres, podendo
29 acometer todas as idades e etnias^{2,3}. Considerando diversos países, a prevalência de
30 Disfunção Sexual Feminina (DSF) varia de 25,8 a 91%⁴, sabendo-se que esta aumenta
31 com a idade, multiparidade e climatério⁵. Em 25% a 33% das mulheres entre 35 e 59
32 anos manifestam disfunções sexuais, no entanto entre 60 e 65 anos esses percentuais
33 variam de 51% a 75%⁶.

34 A alta prevalência de DSF na meia idade pode estar relacionada ao impacto dos
35 sintomas do climatério na qualidade de vida⁷. Em 2008, foi observado que mulheres
36 tendem a apresentar alterações na sua sexualidade especialmente quando apresentam
37 sintomas característicos da síndrome climatérica, como fogachos, insônia, nervosismo,
38 depressão, além de hipertensão arterial, incontinência urinária e ausência de parceiros
39 fixos, com uma autopercepção negativa do seu estado geral⁸.

40 Identificar fatores de risco associados à DS em mulheres climatéricas contribui
41 para orientar ações estratégicas para o planejamento e a promoção de serviços e atenção
42 apropriados de saúde sexual pautadas em medidas preventivas. Tais descobertas também
43 podem contribuir significativamente para o conhecimento da saúde sexual das
44 mulheres⁹. Apresentados de forma diferenciada por cada país, os preditores são
45 multifacetados.

46 Em revisão sistemática Mccool-Myers et al¹⁰ relataram como fatores de risco
47 significativos da DSF em mulheres em fase reprodutiva a saúde física e mental precária,
48 estresse, aborto, problemas geniturinários, mutilação genital feminina, insatisfação com
49 relacionamento, abuso sexual e religiosidade. Já os fatores protetores significativos
50 estão a idade avançada no casamento, atividade física, afeto diário, comunicação íntima,
51 imagem corporal positiva e educação sexual. Enfatizam ainda que o conhecimento dos
52 potenciais fatores de risco ou de proteção, podem auxiliar os profissionais de saúde a
53 identificar populações de risco, revelando os que podem ser modificados para prevenir a
54 DSF¹⁰.

55 No entanto pouco se sabe sobre os preditores para risco de DSF em mulheres
56 climatéricas brasileiras pois os estudos referentes a essa população são escassos. Diante
57 disso, este estudo teve como objetivo identificar fatores preditivos para o risco de DS

58em mulheres climatéricas e sua associação com os fatores sociodemográficos,
59autoavaliação da saúde global, satisfação com o sono e prática de atividade física.

60

61 **Método**

62 *Delineamento, amostragem e coleta de dados*

63 O presente estudo foi desenvolvido com dados secundários do Inquérito de
64Saúde da Mulher de Uberaba-MG, realizado entre 2014 e 2015. Trata-se de um estudo
65transversal de base populacional com amostra representativa da população feminina do
66município. O processo de amostragem deu-se de forma aleatória estratificada em dois
67estágios, sendo estes os setores censitários e os domicílios, de acordo com o Censo/2010
68do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram entrevistadas 1557 mulheres
69residentes na cidade de Uberaba-MG, com idade a partir de 18 anos que
70compreenderam os objetivos da pesquisa e concordaram em responder ao protocolo,
71mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As
72entrevistas foram realizadas no domicílio, por entrevistadoras do sexo feminino,
73treinadas e devidamente identificadas, coordenadas por docentes, pesquisadores e
74bolsista de apoio técnico. O treinamento compreendeu a aplicação dos questionários,
75noções e técnicas para entrevista, bem como, estudo piloto com amostra de
76conveniência. Além disso, receberam manual dos questionários a serem utilizados
77durante o treinamento. O conteúdo do protocolo de pesquisa foi elaborado
78especialmente para o estudo, mediante a seleção de instrumentos e medidas validadas
79para a população brasileira. Foi composto por um bloco geral ao qual, todas as
80participantes responderam e por blocos específicos aplicados de acordo com os filtros,
81aos quais somente respondiam aquelas mulheres que apresentavam determinada
82condição social, econômica ou de saúde¹¹.O projeto de pesquisa foi aprovado pelo
83Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM,
84sob CAAE nº 1826/2010.

85 O cálculo amostral considerou a ausência de conhecimento, a priori, sobre as
86estimativas das prevalências dos eventos de interesse (todos foram considerados iguais à
8750%); nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5% e 20% de
88perdas, resultando em uma amostra de 1.530 mulheres.

89 Para esse estudo, foi selecionada uma subamostra composta por 381 mulheres
90com 45 anos ou mais, período considerado de climatério ou pós-climatério^{8,12},
91sexualmente ativas (que realizaram ao menos uma relação sexual nos últimos seis meses

92que precederam a entrevista)¹³. Estas responderam ao instrumento referente ao
93Quociente Sexual, objeto desse estudo. Foram excluídas ainda as mulheres que
94apresentavam ciclo menstrual regular e aquelas que faziam uso de anticoncepcional ou
95terapia de reposição hormonal.

96

97 *Variáveis e medidas*

98 O risco para disfunção sexual (RDS) foi avaliado pelo instrumento denominado
99Quociente Sexual - versão feminina (QS-F)¹³, validado no Brasil, que contém 10 itens
100escalares para os quais as participantes respondiam sobre a frequência com a qual
101vivenciaram cada disfunção. O resultado do padrão de desempenho sexual é calculado
102por meio da seguinte fórmula: $2x(Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5-Q7] + Q8 + Q9$
103 $+ Q10)$, onde Q = questão e [5-Q7] = a questão sete requer que se faça previamente a
104subtração e que o resultado desta, entre na soma das questões. O escore varia entre 0 e
105100, considerando que as pontuações de 0 a 20 representam um padrão de desempenho
106sexual nulo a ruim; 22 a 44 de ruim a desfavorável; 42 a 60, desfavorável a regular; 62 a
10780, regular a bom; 82 a 100 de bom a excelente. As mulheres cujo escore foi menor que
10860 foram classificadas no grupo de RDS.

109 O nível de atividade física foi investigado por meio do *International Physical*
110*Activity Questionnaire* (IPAQ)¹⁴, versão curta e também para idosos¹⁵. No presente
111estudo foi considerado somente o domínio atividade física no lazer, compreendendo
112caminhada, atividades moderadas e atividades vigorosas. As participantes foram
113interrogadas sobre o tempo, em minutos diários e a quantidade de dias por semana que
114realizavam cada atividade. Posteriormente foi calculado o tempo semanal em minutos
115de prática de caminhada, atividades moderada e vigorosa. Para a classificação em
116níveis, as recomendações do Centro Coordenador do IPAQ no Brasil - CELAFISCS
117foram adaptadas, devido à alta prevalência de sedentarismo na amostra estudada
118(81,1%). Desta forma, foram agrupadas as mulheres ativas e as muito ativas, sendo
119consideradas ativas as participantes que praticavam pelo menos 150 minutos semanais
120de atividades moderadas ou caminhada e/ou 60 minutos semanais de atividades
121vigorosas; insuficientemente ativas aquelas que praticavam atividade física regular, mas
122não atingiam nenhuma das recomendações mínimas acima; e sedentárias, as mulheres
123que não realizavam atividade física.

124 Os sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de rastreio CES-D -
125*Center for Epidemiological Studies - Depression* (Radlof, 1977), validada no Brasil por

126Batistoni et al, 2010)¹⁶. O instrumento é composto por 20 itens, que compreendem a
127avaliação da frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à
128entrevista (0=nunca ou raramente, 2=às vezes, 3=maioria das vezes ou sempre). O
129escore final varia de 0 a 60 pontos; os itens 4, 8, 12 e 16 são pontuados em ordem
130decrecente. O ponto de corte da escala CES-D¹⁶ para identificar presença de sintomas
131depressivos é de >16 pontos.

132 A autoavaliação de saúde foi indicada pelo item extraído do WHOQOL breve¹⁷,
133cuja pergunta é: Quão satisfeito você está com a sua saúde? (1) Muito insatisfeito, (2)
134insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito e (5) muito satisfeito. Os
135itens 1, 2 e 3 foram agrupados e utilizados para caracterizar autoavaliação de saúde
136negativa.

137 A satisfação com o sono foi avaliada por item selecionado a partir do WHOQOL
138breve¹⁷ que questiona sobre a satisfação com o sono, cujas respostas poderiam ser: (1)
139Muito insatisfeito, (2) insatisfeito, (3) nem satisfeito nem insatisfeito, (4) satisfeito e (5)
140muito satisfeito. Os itens 1, 2 e 3 foram agrupados e utilizados para caracterizar baixa
141satisfação com o sono.

142 Características sociodemográficas foram utilizadas para caracterizar a amostra e
143controlar as análises multivariadas, sendo elas: idade (em anos), escolaridade (em anos),
144ter um companheiro que foi determinado através da pergunta “Qual é o seu estado civil?
145” Sendo que a resposta (1) em união” foi considerada sim e as respostas (2) solteira, (3)
146separada e (4) viúva, foram agrupadas e consideradas como não. A suficiência de renda
147familiar foi indicada pela pergunta extraída do WHOQoL-bref “Você tem dinheiro
148suficiente para satisfazer suas necessidades? ” As respostas (1) nada e (2) muito pouco,
149foram agrupadas para utilizar não, e as respostas (3) médio, (4) muito e (5)
150completamente foram agrupadas e consideradas como sim.

151

152 *Análises estatísticas*

153 A amostra foi caracterizada por meio de medidas de posição, dispersão e
154frequências. Posteriormente, foram realizadas comparações de médias (test t de Student
155para amostras independentes) e proporções (teste qui-quadrado) entre as variáveis
156independentes e os grupos com e sem RDS. As influências do nível de atividade física,
157das condições de saúde e das características sociodemográficas sobre o RDS foram
158testadas mediante regressão logística hierárquica (em blocos), pelo método *enter*. No
159bloco 1, foi inserido o nível de atividade física; no bloco 2 foram inseridas as condições

160de saúde (sintomas depressivos, autoavaliação de saúde e satisfação com o sono); e no
 161bloco 3, foram inseridas as características sociodemográficas (idade, escolaridade,
 162companheiro e renda). As análises foram realizadas programa estatístico SPSS
 163(*Statistics Package for the Social Sciences*), versão 24 para Windows, com nível de
 164significância de 5% e intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

165

166 **Resultados**

167 A amostra (n=381 mulheres) caracterizou-se por média de idade 55,04 ($\pm 7,21$)
 168anos, variando de 45 a 83 anos e nível de escolaridade médio de 8,49 ($\pm 4,93$) anos.
 169Dentre as voluntárias, 82,7% afirmaram ter companheiro e 72,17% relataram ter renda
 170insuficiente para satisfazer suas necessidades. Quando questionadas sobre como
 171avaliavam sua saúde, 34,38% relataram estar insatisfeita ou muito insatisfeita com a
 172saúde global, 26,05% responderam estar muito insatisfeitas ou insatisfeitas com o sono
 173e 26% foram classificadas com sintomas depressivos. Na avaliação do nível de
 174atividade física (IPAQ), 16,3 % foram consideradas ativas. A prevalência de RDS foi de
 17538,3% (Tabela 1).

176

Tabela1. Características sociodemográficas, da saúde e atividade física da amostra ISA-Mulher, Uberaba- MG, 2015.

	N	Frequência relativa (%)
Companheiro		
Sim	315	82,70
Não	66	17,30
Suficiência de renda		
Insuficiente	275	72,17
Suficiente	106	27,82
Sintomas depressivos		
Sim	99	27,42
Não	262	72,57
Autoavaliação de saúde		
Ruim/muito ruim/regular	131	34,38
Boa/muito boa	250	65,62
Satisfação com o sono		
Insatisfeita	99	26,05
Satisfeita	281	73,95
Nível de atividade física		
Ativa	62	16,30
Insuficientemente ativa	10	2,60
Sedentária	309	81,10
Risco de disfunção sexual		
Com risco	146	38,30
Sem risco	235	61,70

F: Frequência relativa; M (média); DP: Desvio-padrão

177

178 Na Tabela 2, estão apresentadas as distribuições de frequências e médias das
179variáveis sociodemográficas e de saúde, de acordo com a presença ou ausência de RDS.

180 Todas as variáveis investigadas foram significativamente associadas com RDS
181($p < 0,05$). Entre as mulheres com risco, a média de idade foi maior enquanto a média de
182escolaridade foi menor, quando comparadas às mulheres sem risco. Maiores proporções
183de mulheres sem risco foram encontradas entre aquelas que tinham companheiro e que
184consideravam a renda suficiente. Do total de mulheres categorizadas com depressão,
18554% encontravam-se no grupo de RDS. O grupo de mulheres com pior percepção de
186saúde global (50,4%) foi significativamente maior entre as classificadas no grupo de
187risco quando comparadas com as mulheres sem RDS. A proporção de mulheres que
188relataram estar insatisfeitas com o sono (64,6%) foi maior entre as mulheres com RDS.

189

Tabela 2. Comparação entre a presença de RDS e os dados sociodemográficos e de saúde, Uberaba- MG, 2015.

	Risco de Disfunção Sexual (RDS)		
	Sem risco *M ** (N%)	Com risco *M ** (N%)	<i>p</i>
Idade (anos)*	54,1 (6,8)	56,6 (7,6)	0,001
Escolaridade (anos)*	9,2 (5,2)	7,3 (4,0)	<0,001
Companheiro**			
Sim	52 (78,8)	14 (21,2)	0,001
Não	183 (58,1)	132 (41,9)	
Renda**			
Insuficiente	160 (58,2)	115 (41,8)	0,015
Suficiente	75 (70,8)	31 (29,2)	
Sintomas depressivos**			
Sim	54 (45,5)	54 (54,5)	<0,001
Não	178 (67,9)	84 (32,1)	
Autoavaliação de saúde**			
Ruim	65 (49,6)	66 (50,4)	<0,001
Boa	170 (68,0)	80 (32,0)	
Satisfação com o sono**			
Insatisfeito	35 (35,4)	64 (64,6)	<0,001
Satisfeito	199 (70,8)	82 (29,2)	

*M: média em desvio padrão, *p*: Test t independente, considerando $p \leq 0,05$.

**N%: número de respondentes em frequência, *p*: Teste Qui-quadrado (χ^2), considerando $p \leq 0,05$.

190

191 Na Tabela 3, estão demonstrados os resultados da análise multivariada, mediante
192 regressão logística hierárquica (em blocos) para verificar os fatores associados ao RDS.
193 Observou-se que no modelo 1, em que foi inserido o nível de atividade física, este
194 apresentou-se como fator preditivo de maior risco. Entretanto, nos modelos seguintes,
195 modelo 2 (variáveis de saúde inseridas) e modelo 3 (variáveis sociodemográficas
196 inseridas) o poder preditivo do nível de atividade não foi observado. O modelo final
197 aponta que a insatisfação com o sono aumenta em quatro vezes as chances de apresentar
198 RDS, a idade avançada aumenta em aproximadamente 100% a probabilidade de RDS, a
199 baixa escolaridade em 90% e não ter o companheiro 35%.

200

Tabela 3. Análise multivariada, mediante regressão logística hierárquica (em blocos) para verificar os fatores associados ao risco de disfunção sexual (RDS).

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	B	OR	IC 95%	B	OR	IC 95%	B	OR	IC 95%
Atividade Física									
Sedentário		1			1			1	
Insuficiente ativo	-1,732	0,177	0,022-1,435	-1,513	0,220	0,025-1,964	-1,561	0,210	0,018-2,436
Ativo	-0,702	0,496*	0,258-0,954	-0,615	0,541	0,268-1,089	-0,449	0,638	0,308-1,322
Sintomas depressivos									
Não					1			1	
Sim				0,514	1,672	0,952-2,938	0,590	1,804	0,989-3,290
Autoavaliação de saúde									
Ruim					1			1	
Boa				0,129	1,138	0,661-1,959	0,023	1,023	0,574-1,826
Satisfação com o sono									
Satisfeito					1			1	
Insatisfeito				1,362	3,905*	2,255-6,762	1,437	4,208*	2,323-7,623
Idade							0,043	1,044*	1,007-1,082
Escolaridade							-0,096	0,908*	0,851-0,970
Companheiro									
Não								1	
Sim							-1,041	0,353*	0,163-0,767
Renda									
Suficiente								1	
Insuficiente							0,053	1,054	0,573-1,940

B: coeficiente não padronizado; OR: OddsRatio, IC95%: Intervalo de confiança de 95 %; *p<0,05.

203

204 **Discussão**

205 No presente estudo foi observado que dentre os fatores associados, a insatisfação
206 com o sono foi o principal preditor do RDS, aumentando em quatro vezes as chances
207 de sua apresentação. Estudo realizado através de autorrelato com 93.668 mulheres com
208 idades entre 50 e 79 anos inscritas no estudo observacional da *Women's Health*
209 *Initiative*¹⁸, concluiu que sono encurtado e escores elevados de insônia estão associados
210 à DS. Este achado manteve-se mesmo quando foram ajustados outros fatores que
211 poderiam ser considerados confundidores, mostrando a importância do sono em
212 quantidade e qualidade para função sexual, de forma similar ao presente estudo.

213 Em outro estudo transversal realizado com 522 mulheres com idade média de 50
214 anos, sexualmente ativas, foram aplicados questionários com características
215 demográficas, Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Insônia de Atenas e Escala
216 de Classificação de Menopausa, observando-se que a insônia e a DS se comportaram
217 como fatores associados à deterioração, piorando em três vezes a qualidade de vida em
218 mulheres climatéricas e sexualmente ativas previamente hysterectomizadas¹⁹.

219 Desta forma, assim como problemas de fadiga e falta de concentração durante o
220 dia podem estar presentes para aqueles que sofrem de insônia, a diminuição da
221 satisfação sexual também pode representar uma sequela desse quadro. A fadiga é um
222 outro fator biológico que reduz a responsividade sexual, seja ela por falta de sono
223 resultante da insônia, distúrbios de humor, apneia do sono ou jovem maternidade²⁰.

224 A idade avançada foi considerada preditora de risco para DS, aumentando em
225 100% a chance dessa disfunção. Estudo que analisou a sexualidade e a vontade do ato
226 sexual de mulheres do Espírito Santo, concluiu que o avanço da idade tem efeito
227 significativo na resposta sexual feminina, principalmente devido à falência ovariana que
228 ocorre na menopausa²¹. Ainda, estudo sobre o comportamento sexual realizado em sete
229 estados brasileiros, com 1.219 mulheres maiores de 18 anos, revelou que 49,0% das
230 mulheres relatou pelo menos uma DS e que a falta de desejo (26,7%) foi a mais
231 prevalente das queixas, indicou que a prevalência de DSF aumentou de acordo com o
232 aumento da idade²². No entanto isso não é consenso na literatura, uma vez que a
233 capacidade sexual feminina pode aumentar à medida que a mulher envelhece e algumas
234 mulheres relataram que as suas melhores experiências sexuais vieram com a
235 maturidade, autoconfiança e ausência do medo de engravidar²³. Para os autores que

236defendem essa hipótese, fatores ligados aos relacionamentos seriam mais impactantes
237do que a idade ou a menopausa.

238 Nesse sentido, os resultados também demonstraram que ter companheiro é
239considerado um importante fator protetor para prevenir RDS. Os resultados do estudo
240de McColl-Myers et al.¹⁰ corroboram com esse achado. Eles realizaram uma revisão
241sistemática que incluiu 94 estudos, onde avaliaram a prevalência e os preditores de DSF.
242Entre os fatores que consistentemente tiveram um efeito protetor significativo em todos
243os domínios estavam idade mais avançada no casamento, intimidade diária e satisfação
244no relacionamento. Em outro estudo, os resultados mostraram que a maior prevalência
245(82,7%) de DS ocorreu entre mulheres separadas ou divorciadas²⁴. Assim, a função
246sexual na mulher de meia idade parece ser favorecida pela presença de um parceiro
247sexual²⁵.

248 No presente estudo, a baixa escolaridade também foi considerada preditora de
249risco para DS, aumentando em 90% a chance dessa disfunção. No entanto essa relação
250já foi discutida na literatura, que aponta tanto associação positiva entre disfunção sexual
251e baixo nível de escolaridade²², quanto relação direta entre nível educacional elevado e
252maior prevalência de disfunção sexual^{21,26}. Uma possível explicação estaria vinculada
253aos níveis de estresse físico e emocional, aos quais todas as mulheres estão submetidas
254ao lidarem com suas obrigações pessoais, profissionais e familiares e que são capazes de
255comprometer sua qualidade de vida, especialmente quanto a sua função sexual. No
256presente estudo, foi identificado que mulheres consideradas ativas, quando comparadas
257com as mulheres insuficientemente ativas, apresentam menor probabilidade de se
258encontrarem em grupo de RDS. A revisão sistemática de McColl-Myers et al.¹⁰ também
259identificou que a prática de exercícios estava entre os fatores protetores para as DF.
260Entretanto, apesar de a prática de atividade física moderada (30min/dia) estar
261possivelmente associada a efeitos favoráveis nos aspectos psicológico, social e
262ambiental, estudos sugerem que são necessários pelo menos 60/min dia para efeitos
263significativos a nível físico²⁷. Isso pode justificar a não influência da atividade física,
264quando comparadas as mulheres sedentárias com as ativas neste trabalho, visto que o
265IPAQ, instrumento utilizado em nosso estudo para avaliar atividade física, preconiza
266como atividade moderada 150 min/sem o que corresponde a 30 min/ dia.

267 Outros estudos concluíram que embora a atividade física não influencie em
268sintomas específicos como vasomotores e sexuais, esta pode melhorar sintomas gerais
269físicos e psicológicos^{22,29}. Neste sentido, Gonçalves et al³⁰ verificaram em um estudo

270com mulheres de meia idade que os sintomas do climatério se manifestam em menor
271propensão em mulheres que praticam atividade física. Esta melhora geral pode, de
272forma indireta, refletir na função sexual.

273 Porém, os fatores associados ao efeito da atividade física sobre os sintomas do
274climatério devem ser estudados em maior profundidade, uma vez que a meta-análise
275realizada por Sternfeld et al.³¹; relatou resultados inconsistentes, sobre essa relação, com
276resultados mistos sendo observados para diferentes tipos de sintomas. No entanto, os
277resultados inconsistentes devem-se a diferenças na avaliação da atividade física (tempo
278e frequência). Além disso a grande maioria desses estudos é observacional e transversal
279em seu desenho e sofre de muitas limitações comuns a esse tipo de estudo, incluindo
280amostras de estudo heterogêneas em relação ao status do climatério^{32,33}.

281 O presente estudo mostrou que a pior percepção de saúde global está associada
282com RDS. A avaliação da mesma foi realizada pela autopercepção das mulheres, não
283sendo incluídas doenças crônicas como artrose, hipertensão, diabetes. No entanto,
284conforme Rudinger et al³⁴ a saúde percebida e a forma como as pessoas lidam com
285problemas de saúde são ainda mais preditivas do que as condições objetivas de saúde
286avaliadas segundo parâmetros médicos.

287 Nesta mesma linha, apesar do diagnóstico do RDS não ter sido realizado de
288forma clínica, foi utilizado um questionário específico, especialmente elaborado para a
289população brasileira, traduzido e validado para o português, o que remete à relevância
290de se analisar a autoavaliação da mulher sobre suas condições de saúde e sexualidade.

291 Os dados do presente estudo demonstram a importância da participação de uma
292equipe multidisciplinar nas DS nas mulheres climatéricas, detectando os fatores de risco
293associados à mesma e, potencialmente, evitando o surgimento e agravamento de
294maiores problemas sexuais. Embora tenha se verificado um crescente aumento das DSF
295nos últimos anos, parece não ter havido progresso na abordagem empregada para a
296prevenção e intervenção desse problema e a abordagem pelo profissional de saúde se
297mostra ainda insipiente³⁵; e poucos centros no mundo realizam investigação abrangente e
298multidisciplinar e tratamento da disfunção sexual ou encaminhamento adequado
299visando a recuperação de uma adequada função sexual³⁶.

300 De acordo com uma pesquisa internacional conduzida pela The Women's Sexual
301Health Foundation, as mulheres estão buscando profissionais relacionados com sua
302função sexual, para a solução desse problema que interferem na sua qualidade de vida.
303No entanto menos de 9% dos médicos tem iniciativa para inquirir sobre as queixas

304sexuais de suas pacientes³⁷. No Brasil, estudo realizado com 3.148 mulheres em 18
305cidades brasileiras, mostrou que 32,4% apresentaram queixas sexuais não relatadas ao
306seu ginecologista, fato relacionando a vergonha e falta de habilidade e preparo do
307profissional em abordar o assunto³⁸.

308 Assim, novos estudos devem ser realizados para que se possa demonstrar novas
309possibilidades a respeito da relação de causa e efeito dos fatores de risco e preditivos
310sobre a DSF.

311

312 **Conclusão**

313 A insatisfação com o sono, a idade avançada, a renda insuficiente, a baixa
314escolaridade, não ter um companheiro, a queixa de depressão e a pior percepção de
315saúde global são fatores preditivos para o RDS em mulheres climatéricas e devem ser
316abordadas em políticas públicas voltadas a melhora da função sexual feminina.

317