



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

*INFLUÊNCIA DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E DA VINCULAÇÃO
AFETIVA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NAS FASES REPRODUTIVAS,
PERI E PÓS-MENOPAUSA*

Cibele Nazaré da Silva Câmara

Belém-Pará
Maio /2015



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

*INFLUÊNCIA DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E DA VINCULAÇÃO
AFETIVA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NAS FASES REPRODUTIVAS,
PERI E PÓS-MENOPAUSA*

Cibele Nazaré da Silva Câmara

Tese de Doutorado apresentada ao
colegiado do Programa de Pós-
Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Doutora em Teoria e Pesquisa do
Comportamento. Área de Concentração:
Ecoetologia. Orientadora: Prof^a. Dr^a.
Regina Célia Brito.

Belém-Pará
Maio /2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Câmara, Cibele, 1968-

Influência da terapia de reposição hormonal e da
vinculação afetiva sobre a função sexual de mulheres
nas fases reprodutivas, peri e pós-menopausa / Cibele
Câmara. - 2015.

Orientador: Regina Brito.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2015.

1. Mulheres - Comportamento sexual. 2.
Relações Humanas. 3. Menopausa. I. Título.

CDD 23. ed. 306.7



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

*INFLUÊNCIA DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E DA VINCULAÇÃO
AFETIVA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NAS FASES REPRODUTIVAS,
PERI E PÓS-MENOPAUSA*

Candidata: CIBELE NAZARÉ DA SILVA CÂMARA.

DATA DO EXAME DE DEFESA: 12.02.2015.

RESULTADO: APROVADA.

Banca Examinadora:

Profª. Drª. Regina Célia Gomes de Souza. (UFPA), Orientadora.

Profª. Drª. Fívia Araújo Lopes. (UFRN), Membro.

Profª. Drª. Denise da Silva Pinto. (UFPA), Membro.

Profª. Drª. Aline Beckmann Menezes. (UFPA), Membro.

Profª. Drª. Maria Bernardete Cordeiro de Sousa. (UFRN), Membro.

Profª. Drª. Manuela Cavaleiro de Macêdo Beltrão. (UFPA), Suplente.

Profª. Drª. Alda Loureiro Henriques. (UFPA), Suplente.

Agradecimentos

Inicialmente agradeço por ter saúde para concluir com 46 anos, uma jornada de cinco anos de pesquisa, agradeço a uma força diária de energia denominada Deus em minha vida.

Às filhas Andressa e Andréa minha fonte de inspiração; em especial ao meu marido André por todas as dores socorridas, pela disposição e sempre no suporte nas atividades do lar, a minha mãe Graça falecida há quatro anos (ficaria muito orgulhosa), ao meu pai Ray, meu irmão e a minha Avó Neide por entenderem as ausências devido à sobrecarga de trabalho.

Agradeço ao grupo de pesquisa ao qual faço parte, o GEAPE, pelo trabalho em equipe e cooperação, não teria crescido e amadurecido tanto em minhas discussões científicas sem as contribuições do grupo. Aos amigos que contribuíram dentre outras coisas nos esclarecimentos de dúvidas, na qualificação, na composição das ideias, bem como na coleta na Santa Casa: Vivi, Keila, Susanne, Caio e Flávia.

Em especial ao amigo, irmão, terapeuta, ouvidor, etc.... Mauro Silva Júnior, que me acolheu, me ensinou todos os passos da evolução até a abordagem da psicologia evolucionista, fez as análises da pesquisa, chorou e riu ao meu lado.

À professora Regina Brito, pela amizade e carinho, pela generosidade de me oportunizar este trabalho, e acreditar na ideia e pela competência profissional singular.

Às mulheres que fizeram parte da amostra e à Universidade Federal do Pará (UFPA), pela liberação de um ano para concluir o doutorado.

Índice

Resumo	xi
Abstract.....	xiii
Apresentação	1
Introdução Geral	4
Ciclo de Resposta Sexual feminina.....	7
Vinculação afetiva.....	11
Terapia de Reposição Hormonal na Pós-menopausa.....	13
Objetivo Geral	17
Objetivos Específicos.....	17
Método.....	19
Participantes.....	19
Critérios de inclusão e exclusão.....	20
Instrumentos.....	20
Procedimento.....	23
Capítulo 1: <i>Análise da Função Sexual e o Tempo de Relacionamento em Mulheres na Peri e Pós-menopausa que Fazem Uso de Terapia de Reposição Hormonal</i>	24
Introdução	24
Método.....	30
Participantes	30
Ambiente	30
Procedimento.....	31
Instrumentos	31

Análise de Dados.....	31
Resultados.....	32
Caracterização da amostra.....	32
Importância do sexo.....	32
FSFI nas diferentes fases do ciclo de vida.....	33
FSFI e terapia de reposição hormonal.....	34
Discussão	37
Conclusão	42
Referências	43
Capítulo 2: <i>O Vínculo Afetivo como Preditor da Satisfação Sexual em Mulheres na Peri e Pós-menopausa</i>	50
Introdução.....	50
Método.....	56
Participantes.....	56
Ambiente.....	57
Procedimento.....	57
Instrumentos.....	57
Análise de dados.....	58
Resultados e Discussão.....	59
Conclusão	66
Referências.....	67
Capítulo 3: <i>Life Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index</i>	74

Introduction.....	75
Method.....	76
Participants.....	76
Instruments.....	76
Procedure.....	77
Data Analysis.....	77
Results.....	77
Socio-Demographic Assessment.....	77
BMI Effects on Sexual Response.....	78
Age Effects on Sexual Response.....	78
Effects of the Length of Relationship on Sexual Response.....	78
Discussion.....	79
Conclusion.....	80
References.....	80
Appendix.....	84
Considerações Finais	88
Referências.....	91
Anexos.....	101
Anexo 1: Termo de Aprovação	102
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	103
Anexo 3: Questionário Sociodemográfico	104
Anexo 4: Escala do Amor.....	105
Questões da Escala MARQ.....	107
Anexo 5: <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) em português.	110

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Método Geral

Tabela 1. Escores dos domínios do FSFI.....	22
--	----

Capítulo 1

Tabela 1. Descrição das participantes geral e por grupo.....	32
Tabela 2. Qual é a importância do sexo em sua vida?	33
Figura 1. Domínios e escore geral do FSFI dos períodos reprodutivo, peri e pós-menopausa.....	34
Tabela 3. Percentual de mulheres com disfunção sexual por período.....	34
Tabela 4. Escores dos domínios do FSFI na peri e pós-menopausa em relação ao uso de terapia hormonal.....	35
Tabela 5. Percentual de mulheres com disfunção sexual com e sem uso de terapia de reposição hormonal.....	36
Tabela 6. Valores absolutos e percentuais de mulheres com e sem disfunção sexual em cada faixa de tempo de relacionamento na peri e pós-menopausa.....	37

Capítulo 2

Tabela 1. Níveis absolutos e percentuais de vinculação afetiva por tempo de relacionamento.....	60
Tabela 2. Número absoluto de mulheres em cada grupo etário X tempo de relacionamento, e respectivos escores de FSFI e vinculação afetiva.....	60
Tabela 3. Domínios específicos e geral FSFI associados aos níveis de vinculação afetiva.....	63

Tabela 4. Números absolutos e percentuais da função sexual acima e abaixo do nível de corte associado ao vínculo afetivo.....	64
--	----

Tabela 5. Resultados da análise da covariância para os domínios e escore geral do FSFI.....	65
--	----

Capítulo 3

Table 1. FSFI mean scores for each domain and group, and total score.....	77
--	----

Table 2. Scores by age of desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain areas, and overall FSFI score.....	78
---	----

Table 3. Level of length of relationship, desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain and overall FSFI scores.....	79
--	----

Resumo

Câmara, C. N. S. *Influência da terapia de reposição hormonal e da vinculação afetiva sobre a função sexual de mulheres nas fases reprodutivas, peri e pós-menopausa.*

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 2015. 129 páginas.

Durante a transição entre o período de vida reprodutivo e não reprodutivo, alterações biológicas e psicológicas podem interferir na resposta sexual. No climatério ocorre a diminuição progressiva da produção de hormônios dentre eles o estradiol podendo afetar a resposta sexualidade feminina, contudo outros fatores como a vinculação afetiva, o tempo de relacionamento e o Índice de massa corpórea, também são relevantes para compreensão das alterações na resposta sexual feminina. Objetivou-se investigar a relação da função sexual feminina nas fases reprodutivas, peri e pós-menopausa com fatores biológicos e psicossociais. Participaram 411 mulheres com idades entre 18 e 70 anos, agrupadas por idade compondo três subgrupos: a) idade reprodutiva; b) perimenopausa; c) pós-menopausa. Os instrumentos utilizados foram o FSFI (*Female Sexual Function Index*); a escala MARQ (*Marriage and Relationship Questionnaire*) em específico a subescala de questões referentes a vinculação afetiva (amor); um instrumento com questões sociodemográficas (incluindo o tempo de relacionamento e cálculo do IMC - Índice de massa corpórea). Os resultados apontam maior escore do FSFI em mulheres em idade reprodutiva, seguido pelo grupo na perimenopausa e pós-menopausa, sugerindo um declínio da função sexual na pós-menopausa, sendo os domínios do desejo e da excitação os menores em toda a amostra. Tanto as mulheres da peri e da pós-menopausa que faziam uso da terapia hormonal apresentaram escores de FSFI maiores que aquelas que não o

faziam. Contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significantes. O IMC, o tempo de relacionamento e a terapia de reposição hormonal não possuíram efeitos positivos sobre a função sexual, já o vínculo afetivo se revelou como uma variável importante em prever melhor função sexual. Embora o tempo de relacionamento não tenha apresentado significância estatística, algumas mulheres em relacionamentos mais curtos apresentaram maior função sexual. Os resultados deste estudo indicam que o desejo não tenha precedido a excitação sexual na maioria das mulheres, sugerindo que o envolvimento com a atividade sexual se atribua a múltiplas razões, o sustento do relacionamento seria uma delas, reforçando a estratégia feminina de formação de vínculo com o parceiro.

Palavras-chave: função sexual, pós-menopausa, climatério, vinculação afetiva.

Abstract

Câmara, C. N. S. *Influence of hormone replacement therapy and emotional bond on sexual function of women in the reproductive, peri and postmenopausal phases.*

PhD Thesis submitted to the Graduate Program of Theory and Research of Behavior, Nucleus of Theory and Research of Behavior, Federal University of Pará State. 2015. 129 pages.

During the transitional period between the reproductive and non-reproductive life, biological and psychological changes can interfere with sexual response. During climacteric the hormone production (e.g. estradiol) declines progressively and it may affect female sexual response, but other factors such as emotional attachment, the length of relationship and body mass index, are also relevant to understand the changes in female sexual response. This study aimed to investigate the relation of female sexual function in the reproductive stages, peri and post-menopausal women with biological and psychosocial factors. 411 women aged 18 to 70 made part of the survey, grouped by age composing three sub-groups: a) reproductive age; b) perimenopause; c) post-menopause. The instruments used were the FSFI (Female Sexual Function Index); the MARQ scale (Marriage and Relationship Questionnaire) in the subscale specific issues related to affectional bonds (love); an instrument with sociodemographic questions (including the length of relationship and BMI calculation). The results show higher FSFI scores in reproductive age women, followed by the group in perimenopausal and postmenopausal women, suggesting a decline in sexual function in postmenopausal women, and the domains of desire and excitement had the smallest scores in the whole sample. Both peri and post-menopausal women who were on hormone therapy had higher FSFI scores than those who did not. However these differences were not statistically significant. BMI, the

length of relationship and hormone replacement therapy did not have positive effects on sexual function, but the bonding is revealed as an important variable in predicting better sexual function. Although the length of relationship has not presented statistical significance, some women in shorter relationships had higher sexual function. The results of this study indicate that the desire did not precede sexual arousal in most women, suggesting that involvement in sexual activity is attributed to many reasons, keeping the relationship would be one of them, reinforcing the female strategy of forming bonds with the partner.

Keywords: sexual function, post-menopause, climacteric, affectionate bonds

Apresentação

O estudo apresenta-se dividido em três capítulos e será precedido de uma introdução geral, objetivos, método e considerações finais. Cada capítulo terá o formato de artigo.

Este trabalho terá como questão central investigar se há diferenças detectáveis entre dimensões dos níveis (proximal e distal) do comportamento sexual de mulheres em diversas fases de desenvolvimento. Tal inquietação surgiu de questionamentos de mulheres em uma fase de desenvolvimento decisivo em suas vidas, a fase de transição entre o final de sua carreira reprodutiva (climatério) até o final da sua vida não reprodutiva (pós-menopausa). Neste ínterim, decisões importantes precisam ser tomadas: fazer ou não reposição hormonal? Em que período? Quais são as consequências desta decisão nos diferentes aspectos da vida de uma mulher? A saúde física deve ser privilegiada em detrimento da vida afetiva/sexual? Há supremacia da fisiologia hormonal sobre a afetividade conjugal e função sexual nesta fase da vida? A qual aspecto deve-se atentar ao tomar estas decisões? Estas questões foram levantadas quando da publicação de um estudo longitudinal que acompanhou vários anos onde se verificou que a reposição hormonal era complexa e que poderia ter consequências adversas dependendo de alguns condicionantes da vida de cada mulher (Manson & Martin, 2001).

Até a divulgação dos resultados deste estudo os médicos indicavam a reposição hormonal para a maioria de suas clientes com queixas e sintomas da peri e pós-menopausa e estas a solicitavam como uma panaceia para disfunção sexual, e outros sintomas característico da falta de hormônios sexuais femininos. Após o conhecimento dos resultados instalou-se dúvidas e as decisões se tornaram mais complexas.

Em meio a estas questões, decidiu-se estudar a função sexual de um conjunto de mulheres vivendo a peri e a pós-menopausa e comparar sua função sexual com um grupo

controle composto por mulheres vivendo o pleno período reprodutivo. Investigou-se então, 411 mulheres, com idade entre 18 a 70 anos e um grande número de variáveis que serão descritas em três capítulos que comporão este estudo.

A questão central é: ao longo da evolução humana as variáveis proximais fisiológicas foram mais importantes para construir os mecanismos psicológicos afetivos/sexuais que variáveis proximais ambientais? Houve preponderância de um aspecto sobre o outro? Pode a vida afetiva/sexual de uma mulher ser afetada ao deixar de produzir hormônios? Sua função sexual será afetada por alterações em sua fisiologia hormonal? Em que condições isso ocorrerá? De quais variáveis contextuais estas alterações dependerão?

Os resultados serão apresentados da seguinte maneira:

- No primeiro capítulo serão relatados os resultados obtidos da comparação dos índices de função sexual, obtidos pelo *Female Sexual Function Index* (FSFI) de 411 mulheres, entre 18 e 70 anos, com média de idade 45,41as quais foram agrupadas inicialmente por idade compondo três grupos: a) idade reprodutiva; b) perimenopausa; c) pós-menopausa. Além da comparação inicial, realizou-se a correlação da função sexual obtida entre mulheres que fazem uso de reposição hormonal e as que não fazem para os grupos peri e pós-menopausa. Outras variáveis foram testadas como: variáveis sociais: a idade, renda, escolaridade e número de filhos; variáveis psicológicas: importância do sexo em sua vida, o tempo de relacionamento; variáveis biológicas: risco de disfunção e o uso de terapia hormonal.
- O segundo capítulo tem como objetivo verificar a relação entre a vinculação afetiva utilizando a escala *MARQ-Marriage and Relationship Questionnaire* (em específico o escore composto por nove questões referentes ao amor) e a função sexual pelo FSFI. Nesta fase, apenas 333 mulheres das 411 do total preencheram os

requisitos de inclusão. A idade média do grupo foi de 49,12 anos. Além dos escores específicos do instrumento para função sexual: desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dor. Foram testadas as variáveis sociais citadas no capítulo I e variáveis psicológicas: tempo de relacionamento e questões relacionadas a atratividade com o parceiro.

- O capítulo 3 é composto pelo artigo: *Life cycle comparative analysis of sexual function in women with normal and overweight body mass index* (Câmara, Corrêa, Brito e Silva, Silva, Silva Junior, & Brito, 2014). Nele descrevem-se os resultados obtidos da comparação dos índices de função sexual de 370 mulheres, entre 18 e 70 anos, separadas pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), com sobrepeso e índice de massa corporal padrão. As participantes foram agrupadas por idade compondo três subgrupos: a) idade reprodutiva; b) perimenopausa; c) pós-menopausa. Além da comparação inicial, foi realizado um teste de correlação entre a função sexual dos grupos peri e pós-menopausa e o efeito do tempo de relacionamento e da idade sobre a função sexual.

Introdução Geral

Um dos aspectos da vida fisiológica das mulheres humanas que suscita muitas investigações e o confronto de hipóteses explicativas é a longa sobrevivência das fêmeas humanas após cessar sua vida reprodutiva. Como explicar a funcionalidade de um longo período de vida não reprodutiva destas fêmeas? Seria apenas um fenômeno recente advindo das condições atuais de vida? Teria o aumento da expectativa de vida possibilitando que um número cada vez maior de mulheres experimente o período do climatério? Segundo Presado (2013), este é um dos períodos biológicos mais importantes decorrente do processo natural do ciclo de vida da mulher, decorrentes do processo fisiológico.

Definido pelo período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, o climatério tem início por volta dos 40 anos e consiste em três fases: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. A menopausa é o marco referencial do climatério, sendo determinada pela última menstruação e sendo um acontecimento endócrino caracterizado por exatos doze meses em amenorreia (Butler & Santoro, 2011).

A menopausa natural, ou fisiológica, é aquela que ocorre como uma parte natural do processo de envelhecimento normal, podendo sofrer variações subordinadas a diversos fatores como o clima, nutrição, tabagismo, peso e principalmente ao fator familiar. No Brasil, Pedro, Pinto-Neto, Costa-Paiva, Osis e Hardy (2003), encontraram que a menopausa ocorre em média aos 51,2 anos e cerca de 60 a 80% das mulheres refere algum tipo de sintomatologia durante esta fase.

Brito e Makiana (2008), sob uma perspectiva fisiológica, consideram que o climatério baseia-se na diminuição progressiva da produção de hormônios sexuais femininos, devido à perda de atividade dos folículos ovarianos, provocando a perda da capacidade reprodutiva da mulher levando, portanto, à cessação da menstruação.

Neste período ocorre aparecimento das irregularidades menstruais, que podem durar vários anos (Cabral et al., 2012). Os ovários perdem ou consomem a maior parte dos seus folículos até à menarca, chegando à menopausa com um número reduzido. O cessar das menstruações espontâneas, ocorre em virtude da redução na atividade dos ovários que deixam de libertar óvulos mensalmente (Antunes, Marcelino, & Aguiar, 2003).

Ao mesmo tempo, os estrógenos começam a serem secretados em menor quantidade. Dessa forma, o organismo da mulher nesta faixa etária fica exposto a uma nova condição hormonal, o hipoestrogenismo (diminuição dos níveis de estrogênio) (Ziaei, Moghasemi, & Faghihzadeh, 2010).

Os sintomas do hipoestrogenismo no organismo estão diretamente relacionados à forma como se instala, se for de uma forma súbita, as mulheres apresentam sintomas que serão muito mais exuberantes, do que se a instalação for lenta e progressiva, e ainda se precocemente, antes dos 49 anos (Martínez-Jauand, Sitges, Cifre, González, & Chialvo, 2013).

É frequentemente acometido pela ação do hipoestrogenismo, todo o trato urogenital correspondente à mucosa vaginal, a uretra, e o terço inferior da bexiga por apresentarem a mesma origem embrionária, dependentes de estrogênio. Em particular, síndrome ureteral, aumento da frequência de infecções urinárias, urgência miccional, dispareunia (dor na relação sexual), ressecamento vaginal estas últimas decorrentes de atrofia urogenital. Estes sintomas têm importante repercussão na esfera sexual e na qualidade de vida feminina (De Lorenzi, Danelon, & Saciloto, 2005; Lopes, 2003; Nijland, et al., 2008; Pinelli, D'Erme, & Lotti, 2013; Sousa, Sousa, & Silva, 2000).

Alguns estudos apontam a correlação entre hipoestrogenismo com a diminuição do número de camadas que formam o epitélio vaginal e afinamento da musculatura lisa (Clobes, DeLancey, & Morgan, 2008), e ainda diminuição da concentração dos vasos e

nervos (Ting, Blacklock, & Smith, 2004) podendo interferir na resposta sexual genital. No entanto sobre este aspecto, Lara (2008), analisou por histomorfometria o tecido vaginal de 31 mulheres para análise da camada do epitélio vaginal e não encontrou associação entre concentrações de estradiol, expressas nos receptores de estrogênio e a espessura da parede vaginal com a disfunção sexual em seu estudo.

Todos esses sintomas incluindo vasomotores podem interferir na atividade sexual da mulher alterando sua funcionalidade sexual, aumentando assim a prevalência de disfunção sexual na meia idade, (Cabral et al., 2012) , variando amplamente em diferentes populações (Berman, 2005; Berman, Berman, & Kanaly, 2003; Blümel, Bravo, Recavarren, & Sarrá, 2003; Ibrahim, Ahmed & Sayed Ahmed , 2013).

A menopausa constitui uma peculiaridade humana e de pouquíssimas outras espécies e aparentemente iria contra o processo de evolução das espécies. Na perspectiva da psicologia evolucionista há inúmeras hipóteses (Morton, Stone & Singh, 2013), que subsidiam algumas investigações acerca das origens do cessar reprodutivo feminino. Uma delas foi retomada por Kuhle (2007) que é a "hipótese da avó". Este autor retoma a explicação da funcionalidade da menopausa como uma característica selecionada naturalmente por ter aumentado o sucesso reprodutivo feminino e por trazer benefícios reprodutivos à mulher.

A função do cessar reprodutivo nas fêmeas humanas, segundo esta hipótese, é que à medida que a mulher envelhece ela pode contribuir mais para aumentar o número de dependentes que carregam os seus genes, dedicando-se aos filhos já existentes, aos seus netos em potencial e a outros parentes, do que produzindo mais filhos (Diamond, 1999; Pinohi, Halbe & Hegg, 1995). Possivelmente, este período de fertilidade restrito evoluiu por ter ajudado a proteger a prole já gerada, de forma que as mulheres que perderam a capacidade de se reproduzir no Ambiente de Adaptação Evolutiva (AAE) concentraram

seu investimento nos filhos já nascidos, elevando a probabilidade de estes chegarem até o período reprodutivo, o que aumentaria o sucesso reprodutivo de mulheres na menopausa (Diamond, 1999; Kuhle, 2007).

Além disso, o cuidado com os netos, que por hereditariedade são possuidores de parte dos seus genes, aumentaria as chances de estes sobreviverem e se desenvolverem de forma saudável (Shanley, Sear, Mace, & Kirkwood, 2007). E ainda, mulheres que gestassem até o final da vida teriam diminuída a probabilidade de apoio do macho na criação dos filhotes, provendo-as de recursos e proteção (Kuhle, 2007).

Diamond (1999) sustenta este raciocínio, reforçando o fato do longo período de dependência que uma criança humana tem dos seus pais, o que difere de outros primatas, por exemplo, um bebê chimpanzé começa a catar e preparar seu próprio alimento logo que é desmamado pela mãe usando as mãos. Já uma criança humana na grande maioria das sociedades, não é capaz de ter independência econômica antes da adolescência. Estes conjuntos de fatores que tenderiam a favorecer a menopausa humana.

O estudo do comportamento sexual humano envolve um complexo emaranhado de relações. A natureza não é metódica, as relações que ao acaso repercutem na sobrevivência da espécie e no bem-estar do indivíduo retroagem sobre o comportamento, fortalecendo estas relações inicialmente casuais. Além destas relações distais que explicam as bases deste fenômeno para a espécie, examinaremos agora, algumas variáveis proximais.

Ciclo de Resposta Sexual Feminina

A teoria da evolução é uma das perspectivas que traz grandes contribuições ao estudo da sexualidade, sendo uma delas a compreensão histórica das idiosincrasias sexuais humanas, considerando que, o sucesso reprodutivo de um indivíduo não depende somente de suas habilidades de sobrevivência ou reprodução, mas também da produção de

descendentes que cheguem à vida adulta e se reproduzam (Cunningham & Birkhead, 1998). Entender quais foram as funções distais que fixaram determinados mecanismos psicológicos que compõem os padrões reprodutivos da fêmea humana é fundamental, devido às suas peculiaridades.

Atualmente, independente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que a sua finalidade reprodutiva (Colson, Lemaire, Pinton, Hamidi, & Klein, 2006; Studd, 2007). Este se caracteriza por sua multidimensionalidade, ou seja, não é influenciado somente por fatores anatômicos e fisiológicos, mas também por fatores psicossociais e culturais, além de relacionamentos interpessoais e experiências de vida (Favarato, Aldrighi, Fráguas, Pires & Lima, 2000; Klusmann, 2002; Peeyananjarassri, Liabsuetrakul, Soonthornpun, Choobun & Manopsilp, 2008).

Historicamente, Kaplan (1977), propôs o conceito trifásico, envolvendo o desejo, a excitação e orgasmo incluindo a existência de uma fase preliminar à resposta sexual, mostrando que havia uma fase anterior à resposta sexual mensurável, orgânica, que seria a fase do desejo sexual. A autora inclui o desejo como fenômeno complexo, subjetivo e comportamental, dependentes de uma série de fatores como o pensamento, a imaginação (fantasias e sonhos), a receptividade do parceiro, entre outros.

A quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (2002) estabeleceu categorias de disfunção sexual feminina que foram alteradas na sua quinta edição.

No DSM-IV foram estabelecidas as seguintes categorias de disfunção sexual feminina: transtornos do desejo sexual hipoativo, que é a deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual; transtorno de aversão sexual, que é aversão fóbica de contato sexual com um parceiro; os transtornos da excitação sexual

feminina, incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual; transtorno do orgasmo feminino, que é o atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

Em relação aos transtornos sexuais dolorosos apresenta-se a dispareunia, que é a dor genital associada com intercurso sexual e pode ocorrer antes ou após o intercurso e o vaginismo que se trata da contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

As mudanças ocorridas no DSM-V (2013) foram: referentes aos transtornos do desejo sexual hipotivo e os transtornos da excitação sexual os quais foram unidos no transtorno sexual feminino de interesse/excitação; o transtorno do desejo sexual foi excluído e o transtorno do orgasmo feminino continua. A dispareunia e o vaginismo foram colocados em uma única categoria denominada transtorno da dor gênito-pélvica/penetração.

Outra mudança ocorrida no DSM-V foi em relação aos critérios a serem considerados em pessoas com disfunção sexual. Enquanto no DSM-IV inclui a necessidade de o transtorno causar um mal-estar acentuado ou dificuldade interpessoal. O DSM-V considera: fatores do parceiro (parceiro com problema sexual, estado de saúde do parceiro); fatores no relacionamento (falta de comunicação, discrepâncias no desejo sexual); fatores de vulnerabilidade individual, comorbidade psiquiátrica ou estressores; fatores culturais ou religiosos; fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso da disfunção e tratamento.

Ao encontro deste raciocínio, o modelo circular da resposta sexual feminina proposto por Basson (2002), prevê que, nos relacionamentos de longo prazo a mulher

iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo.

Segundo este modelo, a mulher inicia a relação com ou sem consciência do desejo, ou porque é receptiva e responsiva a um estímulo erótico que resulta em excitação subjetiva com resposta física, ou porque tem excitação subjetiva que desencadeia a consciência do desejo que leva ao aumento gradativo da excitação e mais desejo (Basson, et al., 2000). Este complexo de prazer e entrega pode culminar ou não em alívio orgástico, resultando em satisfação física e emocional que a torna receptiva para relações sexuais posteriores (Basson, Althof, Davis, Fugl-Meyer & Goldstein, 2004).

Menezes e Brito (2007) revisando as hipóteses para a manutenção na espécie humana de orientações sexuais não reprodutivas, sugerem que apesar do prazer sexual não ter relação fisiológica com a reprodução feminina ele foi de imensa importância na sobrevivência da espécie.

Em suporte a esta hipótese, Diamond (1999), afirma que, o sexo na espécie humana precisaria ter outras funções, como o prazer e a formação de vínculos, pois se a única função do ato sexual fosse a reprodução, tal prática continuada caracterizaria um desperdício biológico no qual envolve um gasto elevado de energia e de tempo, podendo acarretar riscos de danos e morte.

Essa associação do prazer com a formação de vínculos é ressaltada também por Fisher (2010) a partir de sua análise da função do orgasmo feminino. Conforme Fisher (2010), o orgasmo evoluiu por ter incentivado as fêmeas a procurar pelo sexo, e assim, estabelecer uma relação íntima com parceiro reprodutivo, bem como, sinalizar sua

satisfação e contribuir para a fertilização. Desta forma, o orgasmo seria consequência de uma relação afetiva mais estável elevando a afetividade existente entre o casal.

Vinculação Afetiva

Enrique Burunat (2014) sugere que o amor não é apenas uma emoção que acompanha a sexualidade, mas a própria força motriz desta na espécie humana, o principal agente fisiológico responsável pela origem da evolução da humanidade.

Já Fisher (2010), descreve o desenvolvimento do sistema amoroso humano, por meio de um complexo geral hormonal que estaria envolvido na atividade sexual humana. Este sistema seria composto de três sistemas neurais de natureza emocional/motivacional relacionados à reprodução: a luxúria, o amor romântico e o apego.

O primeiro sistema neural, é denominado de luxúria (ou desejo sexual), ou seja, o anseio por recompensas sexuais prazerosas estaria associado primariamente aos hormônios sexuais, estrogênios e androgênios. Ele teria surgido e se fixado por ter aumentado o sucesso reprodutivo daqueles ancestrais que o apresentaram, se tornando hábeis em buscar essas recompensas por meio de intercursos sexuais com qualquer parceiro (Fisher, 2010; Fisher, Aron, Mashek, Strong, Li, & Brown, 2002).

Na mulher, a testosterona é responsável pelo impulso sexual, aumenta o desejo e impulso a relação sexual (Fisher, 2010). Além disso, eleva os níveis de dopamina, um neurotransmissor que sabidamente aumenta o impulso sexual, sendo então um afrodisíaco para ambos os sexos (Davey, 2012; Kingsberg, Simon & Goldstein, 2008).

Ainda em Fisher (2010), homens e mulheres que têm níveis circulatórios mais altos de testosterona tendem a se envolver em mais atividades sexuais. Mas, com a idade, os níveis de testosterona declinam, com frequência reduzindo o desejo sexual. A testosterona

é um hormônio que tem sido usado para tratamento de mulheres na menopausa, com diminuição de interesse sexual (Davey, 2012; Kingsberg et al., 2008).

O segundo subsistema neural, denominado de amor-romântico, popularmente conhecido como estado de paixão, caracterizado pelo pensamento obsessivo dirigido ao ser amado (pensamento intrusivo), desejo de união emocional com o parceiro ou potencial parceiro, etc., estaria associado à elevação dos níveis centrais de dopamina e norepinefrina e níveis reduzidos de serotonina (Bartels & Zecki, 2000; Fisher, 2010).

Quando os níveis de norepinefrina se elevam no cérebro, contribuem para a liberação de estrogênio e estimula o comportamento da corte, um padrão caracterizado por uma postura específica dos mamíferos: a lordose, as respostas da fêmea de se agachar, arquear as costas, e erguer as nádegas, sinalizando sua disponibilidade sexual (Fisher, 2010). A seleção de um sistema deste tipo teria possibilitado aos nossos ancestrais concentrarem sua energia, tempo e recursos em um único indivíduo por vez, prevenindo eventuais desperdícios no acasalamento e aumentando as chances de sobrevivência da prole gerada pelo casal, ao compartilhar o cuidado parental.

Pesquisas realizadas por Davis, Guay, Shifren e Mazer (2004), relatam que vários hormônios, incluindo estrogênios, a testosterona, progesterona e prolactina, podem influenciar a função sexual e seus papéis nas disfunções etiológicas são complexos e tem merecido investigação mais aprofundada.

O terceiro subsistema neural proposto por Fisher é denominado de apego e caracteriza-se pela defesa de territórios, partilha de alimentos, busca e manutenção de proximidade ao ser amado, ansiedade de separação da figura de apego, laços familiares, entre outros comportamentos afiliativos (Fisher, 2010; Fisher et al., 2002).

O sistema de apego humano fixou-se por ter dado origem a conexões afiliativas longas, que hoje conhecemos como laços familiares entre os indivíduos, bem como por ter

contribuído para que os parceiros permanecessem unidos pelo tempo mínimo necessário para a geração e criação dos filhos resultantes das parcerias amorosas (Fisher, 2010; Fisher et al., 2002). Tal sistema estaria relacionado às sensações de paz, segurança e estabilidade, associadas aos neuropeptídios como a ocitocina e vasopressina, comuns em relacionamentos de longa duração (Carter, 1992, 1998).

Terapia de Reposição Hormonal na Pós-menopausa

A base da resposta sexual orgânica feminina está principalmente na ação do estrogênio, o qual é um hormônio composto por 18 carbonos e liberado primariamente pelos ovários e secundariamente pelas glândulas adrenais, tem sua secreção regulada pelo hipotálamo e pela adeno-hipófise, esta última, responde ao hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) que libera dois hormônios, o Hormônio Folículo-estimulante (FSH) e o Hormônio Luteinizante (LH) (Kendall & Esron, 2002).

O estrogênio é composto por três hormônios de estrutura semelhante, o 17 beta-estradiol (E^2), estrona (E^1) e estriol (E^3). Contudo, o hormônio beta-estradiol destaca-se na espécie humana por suas propriedades de estrogênio (Bulun & Adashi, 2003), sendo a classe de estrogênio que se apresenta em maior quantidade na circulação humana (Mealey & Moritz, 2003).

Para um entendimento mais detalhado, o 17 beta-estradiol (E^2) é o hormônio esteroide em circulação de mais potente ação feminilizante. Assim como outros esteroides, é derivado do colesterol e sintetizado no ovário da mulher adulta pelo folículo em desenvolvimento, em quantidades progressivamente maiores durante a primeira fase do ciclo menstrual, sofrendo uma queda no momento pré-ovulatório e voltando a ser produzido em quantidades elevadas durante a segunda fase, pelo corpo lúteo. Tem fundamental importância no desenvolvimento dos caracteres sexuais femininos e na

própria fisiologia da reprodução, além de desempenhar várias funções tróficas e metabólicas sobre o sistema nervoso central, esqueleto, pele e glândulas anexas (Silva & Adan, 2003).

Os hormônios sexuais, em especial os estrogênios e os androgênios, têm efeitos bem conhecidos na modulação estrutural e funcional de muitos tecidos genitais, incluindo o útero, a vagina, as glândulas periuretrais, o vestíbulo vaginal, o clitóris, os grandes e os pequenos lábios (Kokot-Kierepa, Bartuzi, Kulik-Rechberger & Rechberger, 2012). Desse modo, fatores que levam a diminuição desses esteroides, são igualmente capazes de gerar disfunções sexuais. Tendo como queixas sexuais mais comuns associadas à deficiência de estrogênio ou testosterona, o ressecamento vaginal, diminuição do desejo e disfunção da excitação (Abdo & Fleury, 2006; Berman, 2005; Berman, et al., 2003; Kokot-Kierepa et al., 2012; Davey, 2012).

Dessa forma, Simon (2012), discorre que a terapia com estrogênio traz bons resultados e melhora o funcionamento sexual, principalmente pelo aumento da vascularização vaginal. A terapia local com cremes de estrogênio, anéis ou comprimido só é adequada para mulheres sem outras indicações para a terapia estrogênica sistêmica. Estes tratamentos são altamente eficazes na reversão da atrofia vaginal, melhorando a sintomatologia vaginal, dispareunia e pode ter efeitos sobre outras dimensões da função sexual.

A testosterona é um hormônio esteroide que determina as características masculinas do macho (Kingsberg et al., 2007). Fabricado nos testículos, ovários e suprarrenais, seus níveis circulantes podem flutuar diária e sazonalmente, em ciclos de 15 a 20 minutos (Fonseca, Scapinelli, Aoki, & Aldrighi, 2010). É um importante inibidor de serotonina e prolactina, facilita níveis de dopamina e vasopressina, sendo

predominantemente masculino, embora presente em mulheres em quantidades muito menores (Crenshaw, 1998; Davey, 2012).

No entanto, os níveis de andrógenos circulantes diminuem com a idade ocasionando uma síndrome de deficiência androgênica em mulheres na pós-menopausa que está sendo comumente associada à perda de libido e ao distúrbio do desejo sexual hipoativo (Revicki, Margolis, Bush, De Rogatis, & Hanes, 2011).

Vasconcelos et al. (2004), afirmam que a terapia de reposição hormonal facilita manutenção da função sexual prazerosa na pós-menopausa. Sobre o mesmo assunto Kingsberg et al. (2007), complementam dizendo que mulheres na pós-menopausa com desejo sexual hipoativo experimentaram melhorias significativas na frequência da atividade sexual, desejo sexual e angústia com tratamento de reposição com testosterona.

Investigando a resposta sexual com uso de terapia de reposição hormonal em mulheres menopausadas, com disfunção sexual, um estudo multicêntrico, duplo-cego e clínico foi realizado em 403 mulheres com idade média de 56 anos apresentando queixa de baixa de libido. Elas foram distribuídas em dois grupos, um grupo fazendo reposição com Tibolona e outro com estradiol transdérmico combinado contínuo (E2)/acetato de noretisterona (NETA), objetivando testar qual método produziria uma melhora global na função sexual das mesmas. Após o tratamento, utilizando-se como método o questionário de função sexual feminina, *Female Sexual Function Index* (FSFI) evidenciou-se que ambos os grupos apresentaram melhora da função sexual e o evento taxa de satisfação sexual aumentou de três a quatro vezes na 24ª semana ($P < 0,001$), porém o aumento nos escores FSFI foi significativamente maior no grupo Tibolona, quando comparado com o grupo que usara E2/NETA. Os autores atribuíram os escores mais altos no grupo Tibolona quando comparado ao grupo E2/NETA, ao fato da Tibolona ser um combinado de androgênicos com propriedades estrogênicas (Nijland et al., 2008).

No entanto, outros autores sugerem uma relação entre os níveis de estrogênio circulantes em mulheres na pós-menopausa e o risco de câncer de mama, com aproximadamente duas vezes um risco maior entre as mulheres com níveis elevados (Brown & Hankinson, 2014).

Segundo Wierman et al. (2010), a terapia estrogênica indiretamente afeta a saúde sexual por aliviar os sintomas da pós-menopausa e/ou a forma como as mulheres percebem sua saúde emocional e/ou físico. Estudos realizados por Trompeter, Bettencourt e Barrett-Connor (2012), em mais de 800 mulheres entre 40 e 80 anos acerca de saúde física e emocional, bem como atividade sexual por meio do *Female Sexual Function Index* (FSFI), encontraram associação com a proximidade emocional durante o sexo com os níveis mais frequentes de excitação, lubrificação e orgasmo. Contudo, a terapia com estrógenos não obteve relação positiva neste estudo.

Foram encontradas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito às causas imediatas da insatisfação sexual, que aparentemente tendem a se atenuar com a idade. Para as mulheres, a qualidade emocional das interações sexuais parece ser o fator mais importante nas suas avaliações do relacionamento sexual, indicando que as insatisfeitas querem mais amor, afeição e carinho (DeLamater & Friedrich, 2002; DeLamater & Karraker, 2009). Para os homens, a quantidade da atividade sexual é mais importante, dado que os insatisfeitos querem mais frequência e variedade de atividades sexuais.

De Lamater e Friedrich (2002) evidenciaram uma associação entre a insatisfação sexual e um aumento da incidência das disfunções sexuais, evidenciando que os casais com disfunção sexual tinham mais probabilidade de relatar insatisfação relativa à sua interação sexual que os casais sem estas queixas. Este é um dos questionamentos levantados na presente pesquisa as quais esta tese se propõe discutir.

Atualmente, as alterações orgânicas, psicológicas e culturais começam a ser percebidas como variáveis importantes na sexualidade da mulher em geral e, em particular no climatério e na menopausa. Logo, Al-Imari e Wolfman (2012), Cavalcanti, Fegies, Bagnoli e Abdo, (2001) e Favarato et al. (2000) completam que o impacto da pós-menopausa na sexualidade feminina, porém, não está totalmente esclarecido e envolve também mudanças psicológicas e no seu papel social, o que se reflete na esfera sexual.

Existem muitos estudos investigando a função sexual de mulheres no período reprodutivo, mas ainda são raros os dados com mulheres no período pós-reprodutivo. Além do mais, acredita-se que a seleção natural atuou fortemente sobre as mulheres em idade reprodutiva e em função disto pouco se investiga sobre como as mulheres em idade não reprodutiva se comportam em relação à sua sexualidade e afetividade na relação conjugal.

Dessa forma apresentam-se as seguintes hipóteses: que a reposição hormonal por estradiol não terá influência principal sobre a resposta sexual feminina; ou ainda, terá a vinculação afetiva influência principal sobre a resposta sexual feminina; da mesma forma, assume-se que o índice de massa corpórea não terá influência sobre a função sexual feminina em mulheres nas fases reprodutiva, peri e pós-menopausa.

Objetivo Geral

Investigar a relação da função sexual feminina nas fases reprodutivas, peri e pós-menopausa com fatores biológicos e psicossociais.

Objetivos Específicos

Capítulo 1

- Descrever as características sociodemográficas de mulheres nas idades reprodutiva, peri e pós-menopausa;
- Verificar e comparar o índice de função sexual (correspondente ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), nas idades reprodutiva, peri e pós-menopausa;
- Verificar e comparar o índice de função sexual em mulheres que usam terapia de reposição hormonal nas idades reprodutiva, peri e pós-menopausa;
- Descrever o percentual de mulheres com disfunção sexual por uso ou não de terapia de reposição hormonal;
- Avaliar o efeito do tempo de relacionamento sobre a resposta sexual nas diferentes fases da vida;

Capítulo 2

- Correlacionar o índice de função sexual (FSFI), com a vinculação afetiva, por meio da subescala do amor do *Marriage and Relationship Questionnaire*-MARQ, nas diferentes fases da vida;
- Classificar o nível de vinculação afetiva, através do domínio referente à subescala do amor do *Marriage and Relationship Questionnaire*-MARQ, em mulheres nas diversas fases da vida;
- Identificar a relação entre o tempo de casamento e a vinculação afetiva em mulheres nas diversas fases da vida;
- Verificar e comparar o índice de função sexual entre mulheres em idade reprodutiva, peri e pós-menopausa de acordo com variáveis socioeconômicas, como idade, renda, escolaridade e número de filhos.

- Verificar a relação socioeconômica com a vinculação afetiva em mulheres nas diversas fases da vida.

Capítulo 3

- Verificar e comparar o índice de função sexual e os efeitos do Índice de Massa Corpórea (IMC) nas diversas fases da vida, entre mulheres com sobrepeso e mulheres com índice de massa corpórea normal;
- Verificar os efeitos do IMC, da idade e do tempo de relacionamento na resposta sexual entre mulheres com sobrepeso e mulheres com índice de massa corpórea normal.

Método

O estudo foi caso controle em uma amostra intencional de mulheres em idade reprodutiva, na Peri e pós-menopausa na cidade de Belém do Pará. Após anuência com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) protocolo 116/10-CEP, da Santa Casa de Misericórdia do Pará, SCMP (anexo I) e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice I).

Participantes

No total foram 411 mulheres com idades entre 18 e 70 anos, regularmente atendidas no ambulatório da SCMP e em consultórios de clínicas particulares. A faixa etária foi delimitada tendo por base a pesquisa de Lopes (2003); Sousa et al. (2000); Silva Filho, Costa e Molina (2008).

O período do climatério e estado menopausal foram definidos segundo a história menstrual, tendo sido considerada pós-menopáusia toda mulher cujo último fluxo

menstrual espontâneo tivesse ocorrido há pelo menos 12 meses (Lopes et al., 2003, Rodrigues de Lima, & Baracat, 1995; Sousa et al., 2000).

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios para inclusão do estudo foram mulheres alfabetizadas, heterossexuais, com vida sexual, que estivessem em um relacionamento estável por no mínimo seis meses e em acompanhamento médico ginecológico após esclarecimento sobre o conteúdo da pesquisa, os possíveis riscos e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes (TCLE).

Foram excluídas da pesquisa, mulheres fazendo uso de anti-hipertensivos, antidepressivos (Brill, 2004); mulheres que sofreram histerectomia prévia, pela impossibilidade de identificar o estado menopausal (Sousa et al., 2000); e as que realizaram cirurgias de reconstituição do assoalho pélvico (perineoplastia).

Para efeito de análises em diferentes períodos do ciclo de vida da mulher, o total de participantes foi dividido em três grupos etários: de 18 e 39 anos, correspondendo às do período reprodutivo e que não faziam uso de contraceptivo hormonal, nem reposição hormonal; entre 40 a 50 anos na perimenopausa e 51 a 70 anos na pós-menopausa que estivessem ou não fazendo uso de terapia de reposição hormonal por estradiol ou conjugado sem uso de testosterona, independente se via oral ou transdérmica. Posteriormente, os grupos peri e pós-menopausa sofreram outra divisão relacionada ao uso ou não da terapia de reposição hormonal.

Instrumentos

O primeiro instrumento foi composto de questões sociodemográficas: idade, peso, altura, grau de instrução, renda familiar, tempo de relacionamento, número de filhos,

privacidade para o sexo, número de parceiros, quanto ao uso de terapia de reposição hormonal (apêndice 2).

O segundo foi o questionário adaptado sobre casamento e relacionamento, *Marriage and Relationship Questionnaire*–MARQ (anexo II) um inventário de 12 escores gerais medindo diferentes aspectos do relacionamento (Russell & Wells, 1993). Nesta pesquisa serão utilizados somente algumas perguntas do questionário MARQ referentes à vinculação afetiva/amor, as quais somam nove questões. O uso da escala MARQ tem sido relevante no estudo de diversas áreas do funcionamento psicossocial e nos relacionamentos.

Outro instrumento utilizado foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (anexo III). Um teste baseado nas normas sobre disfunções sexuais femininas e utilizado por várias pesquisas mundiais (Blumel et al., 2003; Blumel et al., 2009; Nappi et al., 2008; Nijland et al., 2008; Pacagnella et al., 2007; Pérez-López et al., 2012; Turna, Apaydin, Semerci, Altay, Cikili, & Nazli, 2005). A escala tem avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação sendo um questionário validado por Hentschel et al., (2007), sendo aplicada a versão adaptada ao português por Rodolfo de Carvalho Pacagnella (2008), desenvolvido para ser auto aplicado, e se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Ao final é apresentado um escore total,

resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total conforme (Tabela 1).

Tabela 1 – Escores dos domínios do FSFI.

Domínio	Questão	Variação do escore	Fator de correção	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

No desenvolvimento do instrumento original, os autores propuseram essa forma de homogeneizar a influência de cada domínio no escore total, baseando-se em um algoritmo computacional simples. Caso não houvesse o fator de multiplicação, os domínios participariam com pesos diferentes na composição do escore total.

Os escores das subescalas são corrigidos e somados, originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim, & Passos, 2007). Com base nas análises de sensibilidade e especificidade, Wiegel, Meston e Rosen (2005), encontraram uma pontuação total de 26,55 FSFI para ser o ponto de corte otimizada para diferenciar mulheres com e sem disfunção sexual.

Procedimento

Inicialmente foram esclarecidas do teor da pesquisa no ambulatório da mulher na SCMP e de clínicas particulares na cidade de Belém. Em seguida, foram entregues os questionários escala MARQ-adaptada e após o término, o questionário de função sexual.

As abordagens foram realizadas em situações de consultas de rotina e as entrevistas ocorreram com privacidade para as participantes.

Os instrumentos impressos foram entregues acompanhados de uma caneta, sendo autoaplicáveis. O pesquisador responsável estava presente, porém sem interferência nas respostas, pois os instrumentos avaliam a percepção individual da respondente. Não foi estabelecido limite de tempo para entrega dos instrumentos e ao término, o envelope foi lacrado pela participante.

Capítulo 1: Análise da Função Sexual e o Tempo de Relacionamento em Mulheres na Peri e Pós-menopausa que Fazem Uso de Terapia de Reposição Hormonal.

Resumo

O climatério é um período determinado por intensas oscilações hormonais, ocasionando diversos sintomas podendo interferir na resposta sexual, o que nos leva a investigar o índice de função sexual na perimenopausa e pós-menopausa e sua relação com a terapia de reposição hormonal e com o tempo de relacionamento com o parceiro. Os dados foram coletados com 411 mulheres entre 18 e 70 anos, separadas em três grupos etários: 108 mulheres entre 18 e 39 anos, correspondendo às do período reprodutivo e que não faziam uso de contraceptivo; 140 mulheres entre 40 e 50 anos, na perimenopausa e 163 mulheres entre 51 e 70 anos, na pós-menopausa que estivessem ou não fazendo uso de terapia de reposição hormonal por estradiol, os instrumentos utilizados foram o *Female Sexual Function Index* (FSFI). O maior escore do FSFI foi o de mulheres em idade reprodutiva, com 28.79, seguido pelo grupo na perimenopausa com 27.25 e pós-menopausa com 25.86, sugerindo um declínio da função sexual na pós-menopausa, sendo os domínios do desejo e excitação os mais baixos em toda a amostra. Ao avaliarmos somente o grupo da pós-menopausa, 48,8% encontra-se com escore geral abaixo de 26. Tanto as mulheres da Peri e da Pós-menopausa que faziam uso da HTR apresentaram escores FSFI maiores do as que não faziam, contudo, essas diferenças não apresentaram significância estatística. A função sexual também sofre um leve declínio nos relacionamentos acima de 30 anos. Embora ocorram restrições impostas pela fisiologia nas mulheres no período da peri e pós-menopausa, estas afirmam que o sexo é importante em sua vida levando-nos a inferir que o sexo nesta faixa de vida é um mecanismo filogenético selecionado ao longo da evolução da espécie por favorecer a manutenção do relacionamento e, fortalecer os vínculos entre o casal.

Palavras-chave: tempo de relacionamento, terapia de reposição hormonal, estradiol.

Introdução

A função sexual feminina tem sido objeto de intensa investigação, e os resultados de estudos com esse tema são, frequentemente, controversos e encobertos por visões

opostas do que seria considerado um comportamento sexual normal (Simon, 2012). O período do ciclo de vida da mulher é uma das variáveis que podem causar controvérsias em relação a esse tema (Silva, 2014). Durante toda a vida a mulher passa por diversas alterações relacionadas ao seu corpo, vivenciando as transformações que caracterizam cada fase vivida, até chegarem ao período do climatério (Lucena, Soares, Alves, & et al., 2014; Silva, 2014).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO - 1996), o climatério é definido como o período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, e tem início por volta dos 40 anos. Serrão (2008) afirma que o termo climatério é defendido como o mais apropriado pela maioria dos autores e compreende as fases definidas pela WHO em 1996: a pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa.

Presado (2013) ressalta o climatério como um dos períodos biológicos mais importantes decorrente do processo natural do ciclo de vida da mulher e é caracterizado pela diminuição dos hormônios ovarianos, principalmente o estrogênio e a testosterona. Por não existir grande consenso, alguns autores classificam o climatério em duas, três ou quatro fases (Brito & Makiana, 2008; Cavadas, Nunes, Pinheiro, & Silva, 2010; Gouveia da Silva, 1999; Presado, 2013). No entanto, nesta pesquisa entende-se que o climatério é considerado um processo contínuo na vida da mulher, englobando a pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e a pós-menopausa, fases definidas pela WHO (1996).

Nessa perspectiva, a pré-menopausa inclui o período entre o declínio da função ovariana, com diminuição da fertilidade em mulheres com ciclos menstruais regulares ou padrão menstrual similar ao ocorrido durante a vida reprodutiva. A perimenopausa, é a fase imediatamente anterior à menopausa, caracterizada pelas mesmas modificações observadas na fase anterior, porém em grau mais intenso; neste período terá início os primeiros sintomas indicativos da aproximação da menopausa (Cavadas et al., 2010;

Sociedade Portuguesa de Ginecologia & Sociedade Portuguesa de Menopausa, 2004; Valença & Germano, 2010).

A menopausa é o marco referencial do climatério, sendo determinada pela última menstruação e confirmada pela ausência do período menstrual por 12 meses consecutivos (Fleury, 2004). Após a menopausa inicia-se a pós-menopausa, que em geral, se caracteriza pela exacerbação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo (Lopes, 2003; Rodrigues de Lima, & Baracat, 1995; Sousa, Sousa, & Silva, 2000).

Em pesquisas realizadas na população do nordeste do Brasil, a prevalência de sintomas no período do climatério é de 85,9%, dentre elas as ondas de calor correspondem a 56,4% e sudorese (50,4%), seguidos de nervosismo (45%) e labilidade emocional (44,8%). Quanto à gravidade dos sintomas vasomotores e psicológicos estes foram significativamente maiores durante a peri e pós-menopausa. O ressecamento vaginal, com (62,7%) foi a queixa mais prevalente relacionada a área urogenital, o que supostamente afeta o intercuro sexual (Malheiros, Chein, Silva, Dias, Brito, Pinto-Neto, & Brito, 2014).

De acordo com as pesquisas de Dennerstein, Dudley e Burger (2001), o interesse e a frequência da atividade sexual, a lubrificação vaginal e a excitação declinam com a transição menopáusica, já que as respostas sexuais das mulheres apresentam mudanças ao longo do ciclo de vida, sobretudo nessa fase. Tal declínio vai ao encontro de teorias evolucionistas que descrevem a menopausa como uma peculiaridade humana e de pouquíssimas outras espécies, já que aparentemente vai contra o processo de evolução das espécies ao permitir a existência de indivíduos que não são mais capazes de reproduzir. Assim, é possível que este cessar reprodutivo tenha sido evolutivamente vantajoso ao permitir que a fêmea homínídea tivesse maior contribuição energética e em cuidados a maior número de indivíduos que carregavam seus genes, dedicando-se aos filhos já

existentes, aos seus netos em potencial e a outros parentes ao invés de produzir mais filhos (Shanley, Sear, Mace, & Kirkwood, 2007).

Se a resposta sexual feminina é tão complexa como descrevê-la e defini-la? Em 1977, Kaplan propôs um modelo trifásico do ciclo da resposta sexual feminina caracterizando o desejo como fase anterior à excitação. De acordo com a autora, o desejo sexual é um fenômeno complexo, subjetivo e comportamental, dependente de uma série de fatores como o pensamento, a imaginação (fantasias e sonhos), a receptividade do parceiro, entre outros.

Considerando a complexidade e a especificidade da resposta sexual feminina, Basson (2001) questiona os modelos existentes e propõe um modelo circular de resposta sexual baseado na intimidade com o parceiro, propõe que mulheres são ativamente motivadas a procurar estímulos sexuais ou são receptivas aos avanços sexuais dos parceiros e, então, em resposta a esta proximidade inicial experimentam o desejo responsivo e excitação até que a satisfação seja alcançada. A autora frisa que, mesmo não atingindo o orgasmo em uma relação sexual, a mulher pode sentir-se satisfeita pelo intercursos em si, se experimentar a sensação de intimidade sexual. Dessa maneira, o marcador de satisfação sexual para a mulher é o desejo de engajar-se em nova relação com o parceiro após um relacionamento sexual satisfatório, enquanto que o homem finaliza a resposta sexual com o orgasmo. Este desfecho contempla a finalidade procriativa do ato sexual e permite compreender que a relação sexual humana tem matizes que vão desde um comportamento mais instintivo até ao mais afetivo na busca pelo prazer (Basson, 2001; Basson, 2005; Basson, Althof, Davis, Fugl-Meyer, & Goldstein, 2004).

As disfunções sexuais femininas são definidas como os distúrbios que ocorrem no desejo, na excitação, orgasmo e/ou vaginismo e dispareunia (Munarriz, Maitland, Garcia, Talakoub & Goldsteins, 2003). Ribeiro, Magalhães e Mota (2013), complementam

afirmando que disfunção sexual é toda situação na qual o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou que esta seja considerada insatisfatória.

Nesse contexto, estudos acerca da sexualidade feminina afirmam que, na fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, devido às flutuações dos níveis de hormônios, as mulheres apresentam várias modificações fisiológicas e mentais, tendo risco aumentado de desenvolverem disfunções sexuais (Bedell, Nachtigall, & Naftolin, 2014; Chedrauí et al., 2014). Estima-se que, nos Estados Unidos, 25% das mulheres apresentam disfunção sexual e que cerca de 63% surjam após a menopausa. Tal prevalência é de 78,4% no Equador e 51,3% no Chile (Castelo-Branco, Huezo, & Largada, 2008).

No climatério, os estrógenos começam a ser secretados em menor quantidade, o organismo da mulher fica exposto a uma nova condição hormonal, o hipoestrogenismo (diminuição dos níveis de estrogênio) (Martínez-Jauand, Sitges, Cifre, González, & Chialvo, 2013; Ziaei, Moghasemi, & Faghihzadeh, 2010). Considerando que, a genitália feminina, o epitélio vaginal, uretral e as vias urinárias possuem a mesma origem embriológica dependentes de receptores de estrogênio, é comum o comprometimento dessa região face ao hipoestrogenismo.

Tais alterações, se não forem corrigidas, podem afetar não só a qualidade das relações sexuais das mulheres no climatério, mas sua qualidade de vida como um todo, sendo a terapia de reposição hormonal, segundo alguns autores, um dos procedimentos mais efetivos na prevenção e tratamento dos sintomas do climatério (Bedell et al., 2014; Brasil, 2008; Vieira, Soares Júnior, Nunes, Simões, & Kaari, 2007).

Apesar do papel dos hormônios no tratamento de sintomas do climatério ser bastante controverso, é evidente o benefício da terapia de reposição hormonal em relação ao alívio de sintomas vasomotores e geniturinários. No entanto, a indicação para o

tratamento depende da fase do climatério em que a mulher se encontra e é importante a avaliação dos riscos e benefícios para cada mulher, atendendo suas necessidades e não devendo ser feito seu uso indiscriminado (Bedell et al, 2014; Brasil, 2008).

De acordo com Presado (2013), nessa fase de transição no ciclo vital da mulher, além das influências associadas à saúde e à qualidade de vida, as modificações causadas no climatério parecem ter, conseqüentemente, implicações no relacionamento conjugal, pois os homens parecem não compreender as mudanças da mulher nesse período. Além do mais, a autora ressalta que a mulher sente-se satisfeita em uma relação na qual está com o parceiro que ama, tem um compromisso e, portanto, uma relação de intimidade, fatores de motivação para uma vida sexual ativa e feliz.

Menezes e Brito (2007), revisando as hipóteses para a manutenção na espécie humana de orientações sexuais não reprodutivas, sugerem que apesar do prazer sexual não ter relação fisiológica com a reprodução feminina ele foi de imensa importância na sobrevivência da espécie.

Em estudo anterior, foi identificado que o tempo de relacionamento das mulheres com seus parceiros obtiveram efeito positivo sobre a função sexual (Câmara, Corrêa, Silva, da Silva, Silva Júnior & Brito, 2014), e por esta razão, faz-se necessário analisar esta variável levando em consideração o uso da terapia de reposição hormonal.

Embora muitos estudos sejam realizados com mulheres no período reprodutivo, poucos são os dados com mulheres no período pós-reprodutivo. A presente pesquisa busca responder qual a relação entre o índice de função sexual em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa que fazem uso de terapia de reposição hormonal, bem como sua relação com o tempo de relacionamento com o parceiro.

Método

O presente estudo foi realizado após anuência e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo 116/10-CEP.

Participantes

Os dados foram coletados com 411 mulheres entre 18 e 70 anos, heterossexuais, com vida sexual, que estivessem em um relacionamento estável por, no mínimo, seis meses e em acompanhamento médico ginecológico regular. Para efeito de análises em diferentes períodos do ciclo de vida da mulher, o total de participantes foi dividido em três grupos etários: 1) 108 mulheres entre 18 e 39 anos, correspondendo às do período reprodutivo e que não faziam uso de contraceptivo; 2) 140 mulheres entre 40 e 50 anos, na perimenopausa e 3) 163 mulheres entre 51 e 70 anos, na pós-menopausa que estivessem ou não fazendo uso de terapia de reposição hormonal por estradiol ou conjugado sem uso de testosterona, independente se via oral ou transdérmica. Logo, outra divisão foi relacionada ao uso ou não da terapia de reposição hormonal, o grupo que fazia uso deste tratamento foi identificado como HTR (sigla em inglês para *Hormonal Therapy Replacement*), ao passo que o grupo que não utilizava o tratamento foi identificado como NHTR (da sigla em inglês para *Non Hormonal Therapy Replacement*).

Foram critérios de exclusão da pesquisa mulheres fazendo uso de anti-hipertensivos, antidepressivos (Brill, 2004); que realizaram histerectomia prévia (Sousa et al., 2000); pela impossibilidade de identificar o estado menopausal e que realizaram cirurgias de reconstituição do assoalho pélvico (perineoplastia).

Ambiente

A coleta de dados foi realizada com mulheres regularmente atendidas no ambulatório da Santa Casa de Misericórdia do Pará (SCMP) e em clínicas particulares.

Foram utilizados uma ficha de consentimento informado, caneta e dois questionários semiabertos.

Procedimento

As participantes foram abordadas nas salas de espera dos consultórios de atendimento ginecológico, em consultas de rotina, e foram convidadas a preencher os questionários.

Instrumentos

O primeiro instrumento utilizado foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI). O FSFI foi desenvolvido nos Estados Unidos (EUA), e foi traduzido, validado para o português e apresenta uma avaliação psicométrica consistente, incluindo estudos de confiabilidade, validade e convergência de discriminação. (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim, & Passos, 2007). É composto por 19 questões de múltipla escolha, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Também foi desenvolvido para ser auto aplicado e avaliar a resposta sexual feminina. Os escores das subescalas são corrigidos e somados, originando um escore final que varia de 2 a 36. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida e escores mais altos indicam um grau de melhor função sexual. Com base na análise de sensibilidade e especificidade, Wiegel, Meston e Rosen (2005) encontraram uma pontuação total de 26,55 do FSFI para ser o ponto de corte para diferenciar mulheres com e sem disfunção sexual.

O outro instrumento foi composto de questões sociodemográficas (idade, grau de instrução, renda familiar, tempo de relacionamento, filhos e uso de terapia de reposição hormonal).

Análise de Dados

A análise da variância foi utilizada, quando apropriada, para comparar os efeitos inter e intragrupos, quando não, optamos por testes não paramétricos como o Friedman e

Mann-Whitney. A estatística Games-Howell foi utilizada como teste de comparações múltiplas no caso da ANOVA de um fator, e a estatística Mann-Whitney foi utilizada no caso do teste de Friedman.

Resultados

Caracterização da amostra

Na Tabela 1, está a descrição geral das participantes e a descrição agrupada por diferentes fases da vida, (reprodutivo, perimenopausa, pós-menopausa), além do percentual de mulheres que possuíam filhos.

Tabela 1. Descrição das participantes geral e por grupo.

	N	Média de idade	Nível educacional	Tempo de relacionamento (em anos)					Participantes com filhos
				Até 5	6-10	11-19	20-29	30-52	
Geral	411	45,41	47,2% E.M ¹ 38,6% G/PG ²	17,4%	12,8%	15,9%	27,2%	26,6%	84,2%
Reprodutivo	108	27,6	35% E.M 62,5% G/PG	51,2%	26,8%	19,5%	2,4%	0%	56,1%
Perimenopausa	140	46,43	52,1% E.M 38% G/PG	18,2%	15,2%	21,2%	34,9%	6,1%	83,9%
Pós-menopausa	163	56,34	46,4% E.M 32,1% G/PG	7,9%	7,2%	10,5%	23%	51,3%	92%

Nota: ¹Ensino Médio; ²Graduação/Pós-Graduação.

A importância do sexo

Para mais da metade das mulheres no período reprodutivo, sexo é importante ou muito importante em suas vidas, $X^2_1 = 20,512$, $p = 0,001$. O mesmo pode-se dizer quanto às mulheres dos grupos perimenopausa ($X^2_1 = 18,5612$, $p = 0,001$) e pós-menopausa ($X^2_1 = 23,053$, $p = 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Qual é a importância do sexo em sua vida?

		Frequência	Percentual
Reprodutivo	Nenhum pouco	4	9,5
	Não muito	3	7,1
	Muito	5	11,9
	Importante	12	28,6
	Muito importante	18	42,9
	Total	42	100,0
Perimenopausa	Nenhum pouco	13	9,8
	Não muito	33	24,8
	Muito	18	13,5
	Importante	34	25,6
	Muito importante	35	26,3
	Total	133	100,0
Pós-menopausa	Nenhum pouco	24	15,5
	Não muito	32	20,6
	Muito	20	12,9
	Importante	43	27,7
	Muito importante	36	23,2
	Total	155	100,0

FSFI nas diferentes fases do ciclo de vida

Os escores de cada domínio e fator geral da escala do FSFI estão identificados para cada grupo (Figura 1). O grupo com maior escore geral foi o grupo reprodutivo, seguido pelo grupo da perimenopausa, e da pós-menopausa. As médias de todos os escores, incluindo o geral diferiram significativamente entre os três grupos, desejo ($F_{2,408} = 15,510$, $p = 0,001$), excitação ($F_{2,408} = 22,079$, $p = 0,001$), lubrificação ($F_{2,408} = 16,342$, $p = 0,001$), orgasmo ($F_{2,408} = 6,540$, $p = 0,002$), satisfação ($F_{2,408} = 11,033$, $p = 0,001$), dor ($F_{2,408} = 3,275$, $p = 0,039$) e FSFI ($F_{2,408} = 20,280$, $p = 0,001$). A estatística Games-Howell foi utilizada para comparações múltiplas, nas quais todas as comparações entre os três grupos foram significativas, exceto no domínio do orgasmo e dor entre os grupos reprodutivo e perimenopausa e no domínio da satisfação e dor entre os grupos perimenopausa e pós-menopausa.

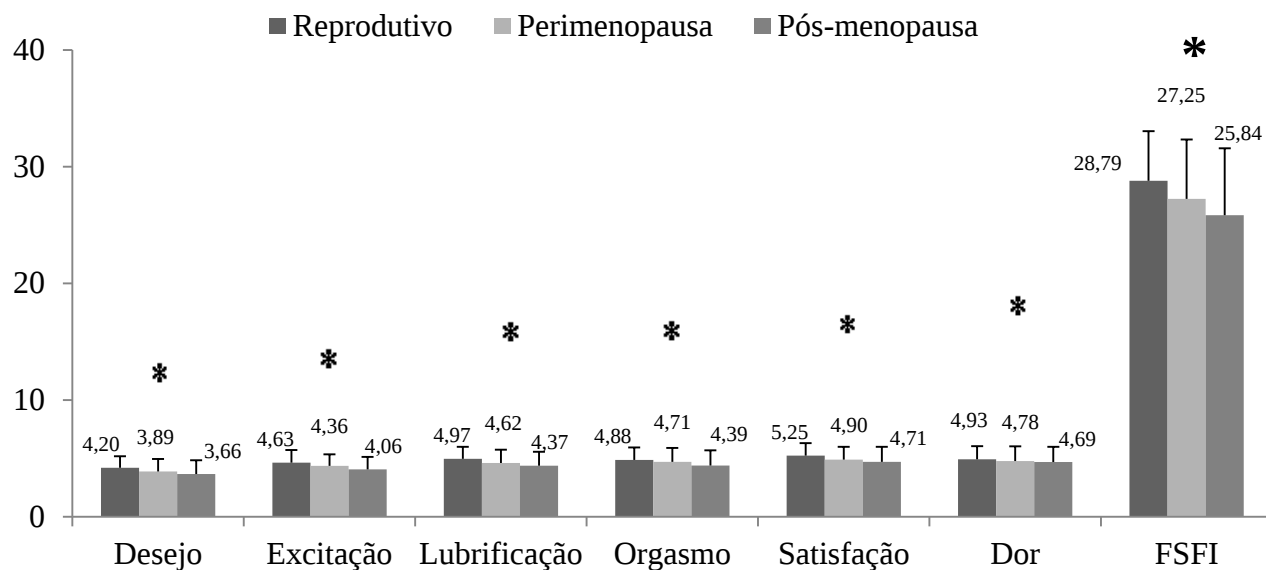


Figura 1. Domínios e escore geral do FSFI dos períodos Reprodutivo, Peri e Pós-menopausa.

Na Tabela 3 observa-se que uma pequena parte das mulheres no período reprodutivo apresenta disfunção sexual, enquanto que no período da pós-menopausa este percentual é cerca de 50%. A maioria das mulheres apresentava escore acima da nota de corte, $X^2_2 = 16,743$, $p = 0,001$.

Tabela 3. Percentual de Mulheres com Disfunção Sexual por período

	Função		Total
	Abaixo	Acima	
Reprodutivo	26 24,1%	82 75,9%	108 100,0%
Perimenopausa	58 41,4%	82 58,6%	140 100,0%
Pós-menopausa	79 48,8%	83 51,2%	162 100,0%
Total	163 39,8%	247 60,2%	410 100,0%

FSFI e Terapia de Reposição Hormonal

O grupo que fazia uso de reposição hormonal foi identificado como HTR (*Hormonal Therapy Replacement*), ao passo que o grupo que não utilizava o tratamento foi

identificado como NHTR (*Non Hormonal Therapy Replacement*). Os escores geral de FSFI entre mulheres da Perimenopausa (HTR e NHTR) e Pós-Menopausa (HTR e NHTR), estão descritos abaixo na Tabela 4.

Tabela 4. Escores dos domínios do FSFI na Peri e Pós-menopausa em relação ao uso de terapia hormonal.

		Perimenopausa						
		Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI
HTR	N	45	45	45	45	45	45	45
	Média	3,97	4,48	4,54	4,74	5,02	4,86	27,63
	Erro Padrão	0,16	0,17	0,17	0,18	0,15	0,16	0,78
	DP	1,12	0,18	1,18	1,22	1,04	1,12	5,27
NHTR	N	88	88	88	88	88	88	88
	Média	3,83	4,30	4,59	4,65	4,8	4,7	26,9
	Erro Padrão	0,11	0,1	0,12	0,19	0,12	0,14	0,53
	DP	1,02	,97	1,1	1,19	1,12	1,34	5,06
		Pós-menopausa						
HTR	N	76	76	76	76	76	76	76
	Média	3,76	4,06	4,43	4,44	4,66	4,69	26,01
	Erro Padrão	,13	,12	,13	,15	,15	,15	,67
	DP	1,16	1,12	1,12	1,32	1,3	1,34	5,91
NHTR	N	80	80	80	80	80	80	80
	Média	3,54	4,0	4,31	4,37	4,72	4,65	25,61
	Erro Padrão	,11	,15	,14	,14	,14	,14	,63
	DP	1,02	1,02	1,26	1,27	1,3	1,3	5,68

Quando levamos em consideração apenas as mulheres do grupo perimenopausa, os domínios específicos e o escore geral do FSFI não diferiram estatisticamente se a mulher fazia ou não terapia de reposição hormonal, desejo ($t_{131} = 0,753$, $p = 0,453$), excitação ($t_{131} = 1,0044$, $p = 0,298$), lubrificação ($t_{131} = -0,263$, $p = 0,793$), orgasmo ($t_{131} = 0,396$, $p = 0,693$), satisfação ($t_{131} = 1,059$, $p = 0,291$), dor ($t_{131} = 0,710$, $p = 0,479$) e FSFI ($t_{131} = 0,784$, $p = 0,435$).

No grupo pós-menopausa, os domínios específicos e o escore geral do FSFI não diferiram estatisticamente se a mulher fazia ou não terapia de reposição hormonal, desejo ($t_{154} = 1,148$, $p = 0,253$), excitação ($t_{154} = 0,330$, $p = 0,742$), lubrificação ($t_{154} = 0,648$, $p =$

0,518), orgasmo ($t_{154} = 0,336$, $p = 0,737$), satisfação ($t_{154} = -0,272$, $p = 0,786$), dor ($t_{154} = 0,187$, $p = 0,852$) e FSFI ($t_{154} = 0,433$, $p = 0,665$), a terapia de reposição hormonal não teve efeito identificado. Encontramos também que a maioria das mulheres apresentava boa função sexual independentemente de fazer uso da terapia de reposição hormonal ou não, $X^2_1 = 0,379$, $p = 0,538$ (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual de mulheres com disfunção sexual com e sem uso de terapia de reposição hormonal

		Função		Total
		Abaixo	Acima	
Reposição hormonal	Sim	52	71	123
		42,3%	57,8%	100,0%
	Não	82	86	168
		45,6%	54,4%	100,0%
Total		134	157	291
		46%	54%	100,0%

No geral, mulheres na perimenopausa e pós-menopausa apresentaram médias de tempo de relacionamento que deferiram significativamente, nos domínios da excitação ($F_{2,281} = 3,108$, $p = 0,046$), orgasmo ($F_{2,281} = 3,373$, $p = 0,036$), dor ($F_{2,281} = 3,203$, $p = 0,041$) e FSFI ($F_{2,281} = 3,915$, $p = 0,021$). Análises de comparações múltiplas com o teste Bonferroni revelaram que as médias do grupo até 19 anos foram maiores que do grupo de 30 a 52 anos, no escore de excitação ($p = 0,047$), no escore de dor ($p = 0,037$) e no escore total FSFI ($p = 0,022$). Em virtude de um baixo número de mulheres na perimenopausa que estavam num relacionamento de 30 a 52 anos, foram realizadas comparações somente entre os relacionamentos de até 19 anos e de 20 a 29 anos. Neste caso, o escore da dor foi maior no grupo de 30 a 52 anos em relação ao grupo até 19 anos ($U = 502,000$, $p = 0,042$).

Entre mulheres na pós-menopausa, em relacionamentos mais longos, apresentaram maior dor na relação que as mulheres em relacionamentos mais jovens ($X^2_2 = 11,382$, $p =$

0,003). Enquanto que o escore geral FSFI ($X^2 = 5,598$, $p = 0,061$) se aproximou do critério de $\alpha = 0,05$.

Tabela 6. Valores absolutos e percentuais de mulheres com e sem disfunção sexual em cada faixa de tempo de relacionamento na peri e pós-menopausa

	Função		Total
	Abaixo	Acima	
Até 19 anos	39 35,1%	72 64,9%	111 100,0%
20 a 29 anos	41 47,1%	46 52,9%	87 100,0%
30 a 52 anos	47 54,7%	39 45,3%	86 100,0%
Total	127 44,7%	157 55,3%	284 100,0%

Com o intuito de verificar se o escore do FSFI e seus domínios variavam conforme a idade da participante ou em relação ao tempo de relacionamento, executamos uma ANCOVA, usando a idade da participante como fator e o tempo de relacionamento como covariável, do qual obtivemos FSFI ($F_{2,320} = 3,225$, $p = 0,073$), desejo ($F_{2,320} = 0,924$, $p = 0,398$), excitação ($F_{2,320} = 3,131$, $p = 0,045$) com período reprodutivo apresentando maior escore neste domínio que o grupo pós-menopausa; lubrificação ($F_{2,320} = 0,853$, $p = 0,427$), orgasmo ($F_{2,320} = 1,144$, $p = 0,320$), satisfação ($F_{2,320} = 0,452$, $p = 0,637$) e dor ($F_{2,320} = 0,130$, $p = 0,878$). Estes resultados indicam que nem a idade da participante, nem o tempo de relacionamento influenciaram de maneira significativa nos níveis do FSFI.

Discussão

O estudo avaliou o índice de função sexual por meio do FSFI e seus domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) em mulheres nas diversas fases da vida, que fazem uso de terapia de reposição hormonal, bem como o tempo de relacionamento com o parceiro. O grupo com maior/melhor escore no FSFI foi aquele em

idade reprodutiva, com 28,79, seguido pelo grupo na perimenopausa com 27,25 e, por fim, o grupo da pós-menopausa com 25,86, sugerindo um declínio da função sexual na pós-menopausa, dados também encontrados na literatura (Pinelli, D'Erme, & Lotti, 2013; Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008).

Estudos recentes analisaram os efeitos sistêmicos da deficiência estrogênica, tais como sintomas vasomotores, alterações do humor, insônia e sentimentos negativos, que podem contribuir para o declínio da função sexual neste período (Valadares et al., 2008; Valadares, Pinto-Neto, Sousa & Osis, 2010), e ainda modificações como a atrofia vaginal decorrente também do envelhecimento, tem impacto significativo sobre o funcionamento sexual podendo afetar todos os domínios da função sexual, incluindo o desejo (Santoro & Komi, 2009).

Os resultados apresentam diferenças, ainda que não estatisticamente significativas, em todos os domínios de FSFI quando houve comparação entre os grupos reprodutivo e pós-menopausado. Além disso, na pós-menopausa os escores mais baixos foram o desejo e a excitação, indicando que mulheres mais velhas estariam ligeiramente mais propensas à disfunção sexual, ao contrário de mulheres no período reprodutivo.

Sob o ponto de vista evolutivo, Kuhle (2007) e Shanley, Sear, Mace e Kirkwood, (2007) explicam a menopausa como uma característica selecionada naturalmente por trazer benefícios reprodutivos à mulher. Ao diminuir o acúmulo de filhos pequenos, a probabilidade de nascituros com doenças genéticas diminui, por outro lado aumenta o investimento nas crianças aparentadas, incluindo os netos e sobrinhos. Nesse sentido, um investimento fisiológico direcionado à reprodução direta já não é mais tão necessário, uma vez que esta mulher já possui filhos em idade reprodutiva. Neste momento da vida, esse investimento energético na manutenção da própria função sexual (desejo e excitação

desencadeando lubrificação vaginal até o orgasmo) foi redirecionado ao permitir que as fêmeas hominídeas investissem sua energia nos filhos das suas filhas.

Embora a maioria das mulheres em toda a amostra estivessem acima da nota de corte que caracteriza baixa função sexual, 39,8% delas apresentaram escore geral do FSFI inferior a 26, sendo o escore do desejo e excitação os mais baixos. Ao avaliarmos somente o grupo da Pós-menopausa, 48,8% encontra-se com escore geral abaixo de 26. Resultados semelhantes foram encontrados por Molouk, Khani, Khajavikhan & Suhrabi (2013), com 400 mulheres no Irã, onde a prevalência de disfunção sexual aumenta com a idade, sendo os domínios do desejo (45,3%) e da excitação (37,5%) os mais afetados. Contudo, não devemos descartar completamente que alguns comportamentos sexuais relacionados ao desejo são dependentes em parte do estrogênio, progesterona, e drogas que se ligam a receptores de dopamina e oxitocina (Giraldi, Marson, Nappi, Pfaus, Vardi, & Goldstein, 2004; Simon, 2012).

Tanto as mulheres da peri (27,63) e da pós-menopausa (26,01) que faziam uso da terapia de reposição hormonal apresentaram escores FSFI maiores que aquelas que não faziam (26,9 e 25,61, respectivamente). Contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. É possível inferir que a terapia de reposição hormonal não diminuiu os riscos para disfunção sexual no grupo da pós-menopausa, e que alterações no FSFI e em seus domínios não dependem somente de fatores hormonais. Outros fatores devem estar atuando de modo a manter o índice de função sexual nesses níveis, como a vinculação afetiva com o parceiro, que será analisada no próximo capítulo. Também, independente do uso de terapia de reposição hormonal ou não, a maioria das mulheres apresentou função sexual acima de 26,55. Supostamente, outras variáveis, que não somente os hormônios (estradiol), contribuem a manter a função sexual saudável na peri e pós-menopausa.

Os dados obtidos nessa pesquisa convergem com estudos de Basson (2001) que mostram que vários fatores interferem no ciclo de resposta sexual, tais como intimidade emocional, a presença ou ausência de estimulação sexual, a depressão, renda familiar, instrução, fatores biológicos, psicológicos, ambiente apropriado ou mesmo o padrão específico de resposta sexual feminina.

De acordo com modelo circular da resposta sexual feminina proposto por Basson (2002), nos relacionamentos de longo prazo a mulher iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo. Assim, o desejo se desenvolveria posteriormente, sendo uma consequência das carícias preliminares e não a causa do ato sexual, e dessa forma valorizando a resposta e a receptividade feminina, postulando que para muitas mulheres, é o desejo de intimidade e confiança, ao invés de um impulso fisiológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual (Basson et al., 2000).

É importante notar que, mesmo com as restrições impostas pela fisiologia nas mulheres no período da peri e pós-menopausa, estas afirmam que o sexo é importante em suas vidas, levando-nos a inferir que o sexo nesta faixa de vida é um mecanismo filogenético selecionado ao longo da evolução da espécie por favorecer a manutenção do relacionamento e trazer benefícios aos seus descendentes, haja vista a importância do sexo para o parceiro, fortalecida pelos vínculos.

Visto que na Psicologia Evolucionista, os mecanismos psicológicos de apego para formação de casais evoluíram a partir do vínculo mãe-filho, um relacionamento maduro não exigiria altos níveis de desejo sexual, pois a fase inicial de paixão já passou. Contudo, o desejo sexual masculino deve permanecer a um nível maior que o da mulher, pois ele foi selecionado como precaução contra o risco de competição do esperma. O desenvolvimento

do desejo sexual feminino possui como função adaptativa, o apego e fortalecimento do vínculo do casal (Klusmann, 2002), dado que vai ao encontro da teoria de Fisher (2010), cujo sistema de apego entre casais é fortalecido após longos anos de parceria.

A redução do FSFI neste estudo aponta que há uma tendência do domínio geral do FSFI sofrer influência do tempo de relacionamento. Os maiores escores de função sexual estavam dentre os relacionamentos até 19 anos, após esse tempo, evidencia-se uma redução no índice de função sexual dos 20 aos 29 anos até os 52 anos, provavelmente porque ainda apresentam novidades (Fisher, 2010).

Contudo, todos os grupos apresentaram os maiores escores no domínio referente à satisfação sexual, independente do uso do hormônio, o que nos leva a inferir que mesmo com níveis ligeiramente disfuncionais em alguns desses critérios como desejo e excitação (os menores em todas as faixas de tempo de relacionamento), elas se declaram sexualmente satisfeitas. Talvez a satisfação sexual seja um mecanismo de manutenção do relacionamento nesta fase da vida. Por outro lado, o escore da dor na relação sexual foi maior nas mulheres em relacionamentos de 30 a 52 anos, provavelmente em virtude dos efeitos da redução de hormônios.

Estudos realizados por Valadares et al. (2008) com 219 mulheres brasileiras entre 40 a 60 anos, indicam que a sexualidade das mulheres na meia-idade foi negativamente associada com os fatores, de viver com o parceiro sexual, estado da transição menopausal e hipertensão. Os relacionamentos de longo prazo tiveram efeitos adversos na sexualidade, e possíveis explicações incluem a habituação, rotina, papéis de gênero, problemas como conflitos, assim como dificuldades de comunicação (Klusmann, 2002).

É importante observar que o FSFI é um instrumento que faz questionamentos sobre situações sexuais que, nessa pesquisa, em conformidade com o instrumento, foram respondidas em relação aos seus parceiros atuais. O sexo com um parceiro atual pode ter

uma série de interferências, que incluem a atratividade que aquele parceiro ainda exerce e o vínculo afetivo.

Conclusão

Ao avaliarmos o efeito de variáveis proximais na função sexual das mulheres no climatério (peri e pós-menopausa), tais como o uso da terapia de reposição hormonal por estradiol e o tempo do relacionamento com o parceiro, podemos observar que a terapia de reposição hormonal e o tempo de relacionamento não tiveram efeito significativo sobre a função sexual, e a idade da participante também não influencia. Esta possibilidade será investigada no próximo capítulo, ao analisar o vínculo afetivo com o parceiro. Os menores escores foram o de desejo e excitação, em contrapartida o escore de satisfação sexual foi o maior em todos os grupos. Essas mulheres também relataram que o sexo é um aspecto importante das suas vidas.

Referências

- Al-Imari, L., & Wolfman, W. L. J. (2012). The safety of testosterone therapy in women. *Journal of Obstetric Gynaecology*, 34(9), 859-865. Recuperado de http://www.jogc.com/abstracts/full/201209_Gynaecology_2.pdf
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Basson, R. (2001). Human sex response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 27, 33–43. doi: 10.1080/00926230152035831
- Basson, R. (2002). The complexities of female sexual arousal disorder: potential role of pharmacotherapy. *World Journal Urological*. 20(2), 119-26. doi: 10.1007/s00345-002-0273-4
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*. 172(10), 1327-1333. doi:10.1503/cmaj.1020174
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., & Goldstein, I. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*. 1(1), 24-34. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D. Fourcroy, ... Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. The *Journal of Urology*, 163(3), 888-893. doi: 10.1016/S0022-5347(05)67828-7
- Bedell, S., Nachtigall, M., & Naftolin, F. (2014). The pros and cons of plant estrogens for menopause. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 139, 225–236. doi:10.1016/j.jsbmb.2012.12.004

- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
- Brill, M. (2004). Antidepressants and sexual dysfunction. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2, 35-40. doi: 10.1016/S0015-0282(03)01145-2
- Brito, R. C. S., & Makiama, S. T. (2008). Terapia de reposição hormonal e qualidade de vida sexual de mulheres no climatério. *Revista Interação em Psicologia*, 12(2), 245-253. doi: 10.5380/psi.v12i2.9644
- Butler, L., & Santoro, N. (2011). The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Steroids*, 76(7), 627–635. doi: 10.1016/j.steroids.2011.02.026
- Câmara, C. N. S., Corrêa, H. V. V., Silva, S. C. B., Silva, C. S. A., Silva Júnior, M., & Brito, R. C. S. (2014). Life cycle comparative analysis of sexual function in women with normal and overweight body mass index. *Creative Education*, 5, 1363-1376. doi: 10.4236/ce.2014.515155
- Castelo-Branco, C., Huezo, M. L., & Lagarda, J. L. B. (2008). Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century. *Maturitas*, 60, 50–58. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.02.002
- Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M., & Silva, P. T. (2010). Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), 227-236. doi: 20470470
- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., Hidalgo, L., Villacreses, D., Domínguez, A., Escobar, G.S., ... Simoncini, T. (2014). Evaluation of the presence and severity of menopausal symptoms among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 27, 1-7. doi:10.3109/09513590.2014.971236

- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76(4), 456-60. doi: 10.1016/S0015-0282(01)01978-1
- Diamond, J. (1999). *Por que o sexo é divertido? A evolução da sexualidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Fisher, H. (2010). *Por que amamos*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Record.
- Giraldi, A., Marson, L., Nappi, R., Pfaus, J., Traish, A. M., Vardi, Y., & Goldstein I. (2004). Physiology of female sexual function: animal models. *Journal of Sex Medicine*, 1(3), 237-53. doi:10.1111/j.1743-6109.04037.x
- Gouveia da Silva, M. F. (1999). *Estudo comparativo sobre o desempenho em provas de memória e atenção entre mulheres pré-menopausadas deprimidas e não deprimidas*. (Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para o uso em língua portuguesa. *Clinical and Biomedical Research*, 27, 10-14. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471/828>
- Kaplan, H. S. (1977). *A Nova Terapia do Sexo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*. 31(3), 275-87. doi: 10.1023/A:1015205020769
- Kuhle, B. X. (2007). An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of menopause. *Maturitas*, 57, 329–33. doi:10.1016/j.maturitas.2007.04.004
- Lopes, G. P. (2003). Sexualidade: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Em: Fernandes, C. E. (Ed.), *Menopausa e tratamento*. (pp.117-124) São Paulo: Editora Segmento.

- Lucena, C. T., Soares, M. C. S., Alves, E. R. P., Ramos, D. K. R., Moura, J. P., Santos, R. C., & Dias, M. D. (2014). Percepções de mulheres no climatério sobre a sua sexualidade. *Revista da Universidade do Vale do Rio Verde, Três Corações*, 12, p. 28-37. doi: 10.5892/ruvrd.v12i1.2837
- Malheiros, E. S., Chein, M. B., Silva, D. S., Dias, C. L., Brito, L. G., Pinto-Neto, A. M., & Brito, L. M. (2014). Climacteric syndrome in a Northeastern Brazilian city: a household survey. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(4), 163-169. doi: 10.1590/S0100-7203201400040002
- Martínez-Jauand, M., Sitges, C., Femenia, J., Cifre, I., González, S., Chialvo, D., & Montoya, P. (2013) Age-of-onset of menopause is associated with enhanced painful and non-painful sensitivity in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 32, 975-981. doi: 10.1007/s10067-013-2212-8
- Menezes, A., & Brito, R. C. (2007). Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicologia em estudo*, 12, 133-139. doi: 10.1590/S1413-73722007000100016
- Molouk, J., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(12), 2877-2880. doi: 10.7860/JCDR/2013/6813.3822
- Munarriz, R., Maitland, S., Garcia, S. P., Talakoub, L., & Goldsteins, I. (2003). A prospective duplex doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 85-94. doi: 10.1080/713847133
- Pinelli, S., D'Erme, A. M., & Lotti, T. (2013). Management of sexual dysfunction due to vulvar lichen sclerosus in postmenopausal women. *Dermatologic Therapy*, 26, 79-82. doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01536.x

- Pinohi, J., Halbe, H., & Hegg, R. (1995). *Menopausa*. São Paulo: Roca.
- Presado, M. H. C. V. (2013). *Climatério/Menopausa, Relacionamento Conjugal e Qualidade de Vida*. (Tese de Doutorado, Universidade Aberta, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/2688>
- Ribeiro, B., Magalhães, A.T., & Mota, I. (2013). Disfunção Sexual Feminina em Idade Reprodutiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 16-24. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000100004&lng=pt&tlng=pt
- Rodrigues de Lima, J.G. & Baracat, E.C. (1995). Síndrome do climatério. Em: Rodrigues de Lima, J.G. & Baracat, E.C. (Eds.), *Ginecologia Endócrina* (pp. 253-298.). São Paulo: Atheneu.
- Santoro, N., & Komi, J. (2009). Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2133-2142. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01335.x
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 26(1), 15-23. Recuperado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/474/pdf>.
- Shanley, D. P., Sear, R., Mace, R., & Kirkwood, T. B. L. (2007). Testing evolutionary theories of menopause. *Proceedings of the Royal Society B.*, 274, 2943–2949 doi:10.1098/rspb.2007.1028
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics Gynecology*, 112 (5), 970–978. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
- Silva, S. C. B. (2014). *Função sexual e relação conjugal em mulheres no puerpério remoto*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento). Universidade Federal do Pará, Belém.

- Simon, J. A. (2012). Problems of Sexual Function in Menopausal Women. *Menopausal Medicine*, 20(4), 2012. Recuperado de http://www.sart.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Journals_and_Newsletters/Menopausal_Medicine/2012/MenopausalMedicineOctober2012.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia & Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2004). *Consenso & Estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa*. Recuperado de <http://www.spginecologia.pt/uploads/menopausa.pdf>.
- Sousa, R., Sousa, E., & Silva, J. (2000). Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kupperman. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(8), 481-487. doi: 10.1590/S0100-72032000000800003
- Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Osis, M. J., Sousa, M. H., & Costa-Paiva, L. (2008). The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. *Menopause*, 15, 706-13. doi: 10.1097/gme.0b013e31815cd3fb
- Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Sousa, M. H., & Osis, M. J. (2010). Sociocultural adaptation of the short personal experiences questionnaire (SPEQ) in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(2), 72-76. doi: 10.1590/S0100-72032010000200004
- Valença, C. N. & Germano, R. M. (2010). Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11, 161-171. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/366/pdf>.
- Vieira, L., Soares Júnior, J. M., Nunes, M., Simões, R.S., Kaari, C., Haidar, M. A. & Baracat, E. C. (2007). Efeitos da isoflavona e dos estrogênios conjugados equinos sobre a qualidade de vida na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29 (5), 248-252. doi: 10.1590/S0100-72032007000500005

- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 1-20. doi: 10.1080/00926230590475206
- World Health Organization (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Technical report Scr 886. Geneva, Switzerland: Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41841/1/WHO_TRS_866.pdf?ua=1
- Ziaei, S., Moghasemi, M., & Faghihzadeh, S. (2010). Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*, 13, 147–156. doi: 10.1080/13697130903009195

Capítulo 2: O Vínculo Afetivo como Preditor da Satisfação Sexual em Mulheres na Peri e Pós-menopausa.

Resumo

Considerando-se a complexidade da sexualidade humana, especialmente para as mulheres, destaca-se a vinculação afetiva também como fator contribuinte para a satisfação sexual no contexto do relacionamento. Buscou-se verificar e comparar o índice de função sexual pelo questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), em mulheres nas idades reprodutivas, peri e pós-menopausa com o nível de vinculação afetiva, por meio da subescala do Amor contida no questionário (*Marriage and Relationship Questionnaire – MARQ*), bem como variáveis socioeconômicas e o tempo de relacionamento. Os dados foram coletados com 333 mulheres entre 18 e 70 anos, heterossexuais, que estivessem em um relacionamento estável por no mínimo seis meses. A média de idade foi de 49,12 anos e 84,2% possuem filhos, 14,2% das mulheres possuía apenas o ensino fundamental, 47,2% o ensino médio, e 38,6% a graduação ou pós-graduação. Das mulheres acima de 40 anos, apenas 36,2% faziam uso de terapia de reposição hormonal. Os resultados mostraram que a média geral da vinculação afetiva foi de 2,86, os dados revelam que 42,3% da amostra estão com nível de vinculação amorosa baixa, 47,4% com vinculação moderada e 10,2 % com vinculação alta. Nos relacionamentos mais longos prevalecem uma baixa vinculação afetiva, ao passo que nos relacionamentos com menos de 20 anos, prevalece nível moderado de vinculação. Mulheres nos relacionamentos de 20-29 anos e 30-52 anos apresentaram função sexual ligeiramente inferior ao critério de corte para disfunção sexual, bem como mulheres com baixa vinculação afetiva apresentam maior propensão a disfunção sexual.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina, vinculação afetiva, satisfação sexual.

Introdução

A Psicologia Evolucionista pressupõe que, mecanismos psicológicos como um produto da evolução, continuem ativos hoje, influenciando nossas escolhas atuais, sejam nas parcerias amorosas, no cuidado com a prole (investimento parental) garantindo dessa forma alimentos e proteção (Buss, 2007).

Nas parcerias amorosas, o desejo sexual e o amor romântico são experiências subjetivas que constituem elementos importantes para a formação e manutenção destas,

ainda que ambos tenham origens evolutivas distintas: o desejo sexual evoluiu no contexto da seleção de parceiros, ao passo que o amor romântico teria evoluído originalmente no contexto do apego infante-cuidador (Diamond, 2003).

Evidências da atuação destes mecanismos evoluídos são encontradas em estudos transculturais, nos quais a satisfação conjugal e o amor foram apontados como importantes preditores para a manutenção do relacionamento conjugal (Lucas, Parkhill, Wendorf, Imamoglu, Weisfeld, Weisfeld, & Shen, 2008), uma vez que a presença do amor indica a forte vinculação afetiva entre os humanos, especialmente no contexto do relacionamento amoroso.

Conforme Buss, (2005) o amor teria sido a solução para os relacionamentos de compromisso, aumentando as chances da permanência do parceiro na relação. Teria as funções de prover acesso sexual ao parceiro, sinalizar fidelidade sexual, promoveria exclusividade no relacionamento por meio das táticas de guarda, bem como sinalizaria recursos relevantes para a reprodução, como sinais de investimento parental, satisfação sexual e emocional.

Considera-se um relacionamento emocionalmente satisfatório na medida em que um parceiro atende às expectativas do outro. Mais precisamente, Wachelke, de Andrade, Cruz, Faggiane e Natividade (2004) definem a satisfação como uma avaliação cognitiva que a pessoa faz a respeito do seu relacionamento amoroso, avaliando como bom, ruim, razoável, em suma, monitorando seus custos e benefícios (Buss, 2005). Vale considerar que um construto satisfatório tem caráter multidimensional (Wachelke et al., 2004), envolvendo a avaliação de aspectos comportamentais (habilidades sociais e conjugais), aspectos sexuais (neste contexto avaliado pelo FSFI) e dos aspectos afetivos (intimidade e vinculação emocional), neste contexto avaliado pela subescala do amor. Assim, poderemos inferir a satisfação com o relacionamento, pelo nível de satisfação afetiva (pela vinculação

emocional/amorosa) e pelo nível de satisfação sexual (pela função sexual) das participantes, no contexto desta pesquisa.

De acordo com o contexto ambiental/sociocultural dos indivíduos, tais expectativas poderão ser mais hedonísticas, em busca da satisfação com a sua própria felicidade, como em culturas mais individualistas ou em busca de atender às expectativas das famílias dos cônjuges, em culturas mais coletivistas (Lucas et al., 2004; Lucas et al., 2008; Wendorf, Lucas, Imamoglu, Weisfeld, & Weisfeld, 2010).

A satisfação e a estabilidade do relacionamento amoroso estão correlacionadas à similaridade entre os parceiros (Rebello, Silva Júnior, & Brito, 2014, Russell & Wells, 1991), aos aspectos socioeconômicos como renda, nível educacional (Addis et al., 2006; Fahs & Swank, 2011), satisfação sexual (Pechorro, Diniz, & Vieira, 2009), fidelidade (sexual e emocional), características de personalidade dos cônjuges (Butzer & Campbell, 2008, Shackelford & Buss, 2000), amor e respeito mútuo (Andrade & Garcia, 2012), idade dos cônjuges, duração do relacionamento, número de filhos (Weisfeld & Weisfeld, 2002; Lucas et al., 2008; Wendorf, Lucas, Imamoglu, Weisfeld, & Weisfeld, 2011).

Considerando-se a complexidade da sexualidade humana, destacamos que a satisfação amorosa também contribui para a satisfação sexual no contexto do relacionamento, especialmente para as mulheres. Parte significativa da segurança nos relacionamentos para as mulheres reside na fidelidade afetiva dos seus parceiros, uma vez que esta indica baixo risco de deserção nos relacionamentos. Desta forma, as fêmeas ancestrais mais bem-sucedidas foram aquelas que desenvolveram maior sensibilidade em detectar sinais de infidelidade e qualidade geral dos seus relacionamentos, avaliando custos e benefícios. Atualmente, observamos que mulheres com uma vida social mais ativa e mais satisfeitas em seus relacionamentos sexuais, apresentam taxas mais elevadas de satisfação emocional bem como melhor qualidade de vida (Rosen & Bachman, 2008).

Pechorro, Diniz e Vieira (2009) definem a satisfação sexual como a avaliação dos intercursos sexuais, ponderando em que medida suas práticas reais atendem às suas expectativas, considerando tanto questões pessoais, como o desejo por determinadas práticas sexuais (tipos e frequência), quanto por questões interpessoais como satisfação com a relação e com o parceiro sexual. Os autores destacam também que, em geral, para os homens a frequência é importante para a satisfação, enquanto que para as mulheres a qualidade emocional das interações é mais importante.

Nobre e Pinto-Gouveia (2008) também apontam características específicas que diferenciam a resposta sexual feminina da masculina. A expressão da sexualidade masculina é centrada na conquista e posse e o ato sexual visa o orgasmo, enquanto que a expressão da sexualidade feminina se caracteriza pela sedução e entrega, sendo o desejo sexual o ponto principal da resposta sexual.

Ao encontro deste raciocínio, o modelo circular da resposta sexual feminina proposto por Basson (2002), prevê que, nos relacionamentos de longo prazo a mulher iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo.

A motivação das mulheres em ter uma experiência sexual decorre de uma série de "recompensas" que não são estritamente sexuais, sendo estas recompensas muitas vezes mais relevantes do que a urgência fisiológica. Portanto, é importante frisar que a mulher, mesmo não atingindo o orgasmo em uma relação sexual, pode sentir-se satisfeita por obter gratificação emocional. Pode-se dizer que o marcador de satisfação sexual para a mulher é o desejo de se engajar em nova relação com o parceiro, após um relacionamento sexual

satisfatório, enquanto que o homem finaliza a resposta sexual com o orgasmo (Basson, Althof, Davis, Fugl-Meyer, & Goldstein, 2004).

Este desfecho contempla a finalidade procriativa do ato sexual e permite compreender que a relação sexual humana tem matizes desde um comportamento mais instintivo ao mais afetivo na busca pelo prazer (Basson et al., 2004; Menezes & Brito, 2007).

Vários fatores podem afetar negativamente o ciclo de resposta sexual feminina, dentre eles está o processo de envelhecimento, especialmente associado ao climatério, que na mulher pode estar associado a um processo de privação estrogênica (Jonusiene, Zilaitiene, Adomaitiene, Aniulienė, & Bancroft, 2013), também chamada de hipoestrogenismo (Ziaei, Moghasemi, & Faghihzadeh, 2010), podendo prejudicar a função sexual pelos sintomas que provoca, sejam vasomotores ou atrofia urogenital associado à ressecamento vaginal e dor durante o ato sexual (De Lorenzi, Danelon, & Saciloto, 2005; Ziaei, Moghasemi, & Faghihzadeh, 2010).

Para alguns pesquisadores a terapia de reposição hormonal é usada como alternativa no controle dos efeitos do hipoestrogenismo a curto, médio e longo prazo, diminuindo ou revertendo os sintomas vasomotores e a atrofia urogenital (Martins, Nahas, Nahas-Neto, Uemura, Buttro, & Traiman, 2009). Apesar de a literatura sugerir os possíveis benefícios da terapia de reposição hormonal para sexualidade, é necessário esclarecer sua atuação em cada fase do ciclo de resposta sexual.

Jonusiene et al. (2013) também investigaram o papel da terapia de reposição hormonal na função sexual e, encontraram que as usuárias de reposição hormonal apresentaram maiores índices de função sexual nos domínios de desejo, lubrificação, satisfação e dor. Já os domínios da excitação e orgasmo tiveram maior influência da idade do que da reposição hormonal. Outro resultado interessante foi que as mulheres que usam

reposição hormonal por períodos mais longos pareciam ter pior função sexual do que mulheres que usavam por períodos mais curtos.

Para Al-Imari e Wolfman (2012) e Nobre e Pinto-Gouveia (2008) em pesquisas sobre a prevalência de problemas sexuais, tornavam claro que, para compreender os problemas sexuais, é necessário equacionar a questão não só da saúde física e biológica, mas também psicológica e de satisfação durante a intimidade sexual.

Fato este reforçado pelo estudo transversal em uma amostra de meia-idade (51 anos) com mulheres 149 mulheres espanholas, que tinha por objetivo avaliar a função sexual e fatores relacionados. Pérez-López et al. (2012), encontraram correlação entre os baixo escores de função sexual, correlacionados a vários fatores dentre eles: Os sintomas da menopausa, ao humor, morbidade e fatores relacionados a insatisfação com os parceiros, como abuso de álcool e disfunção erétil.

Este reconhecimento da interação entre a fisiologia hormonal e os aspectos psicossociais e afetivos se materializou nas alterações feitas na última edição do DSM, de número V, ampliando os critérios para o diagnóstico da disfunção sexual, especialmente quando considera que fatores do parceiro (parceiro com problema sexual, estado de saúde do parceiro); fatores do relacionamento (falta de comunicação, discrepâncias no desejo sexual); fatores de vulnerabilidade individual (comorbidade psiquiátrica ou estressores), fatores culturais e/ou religiosos devem ser considerados para um diagnóstico mais preciso e para uma intervenção mais eficaz junto a paciente.

Pesquisa realizada por Pechorro, Diniz e Vieira (2009) não encontrou relação entre a satisfação sexual e as dimensões específicas da função sexual, reforçando a perspectiva teórica de que as mulheres valorizam sexualmente mais outros aspectos, além do funcionamento sexual estrito, como a importância das carícias e preliminares. Fernandez,

Gir e Hayashida (2005) também identificaram que mulheres no climatério priorizam a qualidade do relacionamento amoroso quando avaliam sua vida sexual.

Neste sentido, intimidade representa uma dimensão do relacionamento associada à qualidade para o suporte afetivo, aumentando dessa forma a expressão de sentimentos de vínculo e proximidade (Basson, 2002; Cassepp-Borges & Teodoro, 2007).

Dessa forma tanto os aspectos avaliativos da função sexual quanto à vinculação afetiva no relacionamento mostram-se importantes variáveis preditivas para serem investigadas no período da peri e pós-menopausa. Diante disto, o objetivo da presente pesquisa foi verificar se existe relação entre o vínculo afetivo e a função sexual em mulheres nas idades reprodutivas, peri e pós-menopausa.

Método

O presente estudo foi realizado após anuência e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo 116/10-CEP.

Participantes

Os dados foram coletados com 333 mulheres entre 18 e 70 anos, heterossexuais, com vida sexual ativa, que estivessem em um relacionamento estável por, no mínimo, seis meses e em acompanhamento médico ginecológico regular. Para efeito de análises em diferentes períodos do ciclo de vida da mulher, o total de participantes foi dividido em três grupos etários: 1) 42 mulheres entre 18 e 39 anos, correspondendo às do período reprodutivo e que não faziam uso de contraceptivo; 2) 133 mulheres entre 40 e 50 anos, na perimenopausa e 3) 156 mulheres entre 51 e 70 anos, na pós-menopausa que estivessem ou não fazendo uso de terapia de reposição hormonal por estradiol ou conjugado sem uso de

testosterona, independente se via oral ou transdérmica. Logo, outra divisão foi relacionada ao uso ou não da terapia de reposição hormonal, o grupo que fazia uso deste tratamento foi identificado como HTR (sigla em inglês para *Hormonal Therapy Replacement*), ao passo que o grupo que não utilizava o tratamento foi identificado como NHTR (da sigla em inglês para *Non Hormonal Therapy Replacement*). Foram critérios de exclusão da pesquisa mulheres fazendo uso de anti-hipertensivos, antidepressivos (Brill, 2004); que realizaram histerectomia prévia (Sousa, Sousa, & Silva, 2000); pela impossibilidade de identificar o estado menopausal e que realizaram cirurgias de reconstituição do assoalho pélvico (perineoplastia).

Ambiente

A coleta de dados foi realizada com mulheres regularmente atendidas no ambulatório de um hospital público e em clínicas particulares. Foram utilizados: ficha de consentimento informado, caneta, e 2 questionários semiabertos.

Procedimento

As participantes foram abordadas nas salas de espera dos consultórios de atendimento ginecológico em consultas de rotina.

Instrumentos

As participantes foram convidadas a preencher o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), traduzido e validado para Português (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim, & Passos 2007). O FSFI apresenta uma avaliação psicométrica consistente, incluindo estudos de confiabilidade, validade e convergência de discriminação. É composto por 19 questões de múltipla escolha, agrupadas em seis domínios: desejo,

excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor; desenvolvido para ser auto aplicado e avalia a resposta sexual feminina. Os escores das subescalas são corrigidos e somados, originando um escore final que varia de 2 a 36. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Escores mais altos indicam um grau de melhor função sexual. Com base na análise de sensibilidade e especificidade, Wiegel, Meston e Rosen (2005) encontraram uma pontuação total de 26,55 FSFI para ser o ponto de corte para diferenciar mulheres com e sem disfunção sexual.

O outro instrumento foi composto de questões para levantamento de informações sociodemográficas das participantes (idade, grau de instrução, renda familiar, tempo de relacionamento, filhos, quanto ao uso de terapia de reposição hormonal) e o último instrumento foi a escala específica correspondente a vinculação afetiva (escala do amor), composta de nove questões da escala MARQ (*Marriage and Relationship Questionnaire*)

Análise de Dados

Segundo o *Handbook* MARQ (1993), os resultados da subescala do amor somam pontuações brutas que variam de 9 a 45, a partir dos quais são atribuídos sete níveis ou escores (convertidos) de vinculação amorosa. Para efeito de análise, reduzimos estes níveis a apenas três, com escores/níveis 1 (agrupando os níveis 1 e 2), 3 (agrupando os níveis 3 e 4) e 5 (agrupando os níveis 5, 6 e 7). Desta forma, o nível 1 compreendeu a baixa vinculação, o nível 3 correspondeu a vinculação moderada, e finalmente o nível 5 que compreendeu o nível de vinculação alta.

Resultados e Discussão

A média de idade foi de 49,12 anos (DP = 9,57). Das 333 participantes apenas 12,7% compõem o grupo reprodutivo, 40,2% o grupo perimenopausa, e 47,1% no grupo pós-menopausa. Quanto à escolaridade, 14,2% das mulheres possuía apenas o ensino fundamental, 47,2% o ensino médio, e 38,6% a graduação ou pós-graduação, 84,2% possuem filhos, dos quais 2,11 em média ainda moram com as participantes. 53,3% das mulheres tiveram outros parceiros antes do atual, em média 2,65 relacionamentos antes do atual. Das mulheres maiores de 40 anos, apenas 36,2% faziam uso de terapia de reposição hormonal.

A presença de filhos no relacionamento, associada ao fato de alguns ainda residirem com os pais, diminui a probabilidade de separações e divórcio, mesmo que neste estudo não tenha sido possível identificar a idade dos filhos. Além disso, o apego que os pais desenvolvem com eles, reforça a necessidade de o casal permanecer unido, uma vez que ambos perderiam o contato diário com a prole em caso de separação (Wendorf et al., 2011).

A média geral da vinculação afetiva foi de 2,86, os dados revelam que 42,3% da amostra estão com nível de vinculação amorosa baixa, 47,4% com vinculação moderada, enquanto que apenas 10,2 % com vinculação alta. A partir da análise da Tabela 1 percebe-se que nos relacionamentos a partir de 20 anos prevalecem uma baixa vinculação afetiva, ao passo que nos relacionamentos com menos de 20 anos, prevalece nível moderado de vinculação. Houve um percentual muito baixo de relacionamentos classificados com nível de vinculação alto, em torno de 10% em toda a amostra.

Tabela 1. Níveis absolutos e percentuais de vinculação afetiva por tempo de relacionamento.

	Vinculação Afetiva			Total
	Baixa	Moderada	Alta	
Até 5 anos	17 29,8%	28 49,1%	12 21,1%	57 100,0%
6 a 10 anos	15 35,7%	27 64,3%	0 0,0%	42 100,0%
11 a 19 anos	17 32,7%	28 53,8%	7 13,5%	52 100,0%
20 a 29 anos	44 49,4%	40 44,9%	5 5,6%	89 100,0%
30 a 52 anos	47 54,0%	31 35,6%	9 10,3%	87 100,0%
Total	140 42,8%	154 47,1%	33 10,1%	327 100,0%

Ainda que o índice de vinculação afetiva tenha sido relativamente baixo na escala do amor, as respostas acima descritas sugeriram que aspectos relacionados ao compromisso, segurança e lealdade, característicos do apego romântico (Shiramizu & Lopes, 2013), estão presentes no relacionamento atual, possivelmente fortalecido por uma satisfação com as circunstâncias gerais da vida dessas mulheres, inferida ao considerar aspectos sociodemográficos (renda, escolaridade, baixo número de filhos).

Ao analisar a relação entre tempo de relacionamento e a função sexual das respondentes (Tabela 2) verificamos que as mulheres com níveis mais elevados de vinculação afetiva apresentaram maiores escores do FSFI, o mesmo diminui à medida que os relacionamentos tornam-se mais longos, $r = 0,319$, $p = 0,001$, $r^2 = 0,10$.

Tabela 2. Número absoluto de mulheres em cada grupo etário X tempo de relacionamento, e respectivos escores de FSFI e vinculação afetiva.

	Grupo			FSFI	Vinculação Afetiva
	Reprodutivo	Perimenopausa	Pós-menopausa		
Até 5 anos	21	24	12	28,03	3,38
6 a 10 anos	11	20	11	27,18	2,73
11 a 19 anos	8	28	16	27,69	3,11
20 a 29 anos	1	52	35	26,29	2,66
30 a 52 anos	0	8	78	25,5	2,62
Total	41	132	152		

Os estudos realizados por Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004), investigaram os processos e variáveis associadas à satisfação conjugal em casamentos de longa duração (mais de 20 anos), e dentre os casais satisfeitos identificaram como motivos para continuarem juntos, em primeiro lugar o sentimento de amor e a convicção de que o casamento é uma parceria para a vida toda; e posteriormente aparece o fato de completarem um ao outro independentemente de tensões ocasionais.

Vale notar que as mulheres nos relacionamentos de 20-29 anos e 30-52 anos apresentam função sexual ligeiramente inferior ao critério de 26,55, considerado limite de corte para disfunção sexual (Wiegel et al., 2005). Embora seja esperado um decréscimo na função sexual, possivelmente decorrente do processo de envelhecimento, há um aprofundamento do nível de intimidade do casal, o que permite por outro lado, a melhora da qualidade do relacionamento e o desenvolvimento de habilidades para lidar com o parceiro e conduzir o relacionamento. Alguns autores consideram que alguns relacionamentos amorosos se mantêm pelo vínculo de apego desenvolvido entre eles, independentemente do nível de satisfação vivenciado na relação (Selcuk, Zayas e Hazan, 2010).

As mulheres com maior vinculação emocional apresentaram significativamente os maiores escores das questões da escala do amor, seguidas das mulheres com vinculação moderada e baixa, respectivamente: gosta da companhia do parceiro ($X^2_2 = 150,781$, $p = 0,001$), são felizes ($X^2_2 = 1132,976$, $p = 0,001$), respeita o parceiro ($X^2_2 = 166,013$, $p = 0,001$), ama o parceiro ($X^2_2 = 134,933$, $p = 0,001$), acha o parceiro atraente ($X^2_2 = 93,219$, $p = 0,001$), fazem coisas juntos ($X^2_2 = 141,446$, $p = 0,001$), gosta de dormir abraçada com o parceiro ($X^2_2 = 165,336$, $p = 0,001$), sente orgulho do parceiro ($X^2_2 = 174,655$, $p = 0,001$), casamento tem um lado romântico ($X^2_2 = 206,603$, $p = 0,001$).

O teste Mann-Whitney, utilizado para comparações múltiplas, detectou que as mulheres com vinculação baixa apresentaram escores significativamente menores que as mulheres com vinculação moderada em todas as questões: gosta da companhia do parceiro ($U = 4276,500$, $p = 0,001$), são felizes ($U = 3974,000$, $p = 0,001$), respeita o parceiro ($U = 4043,500$, $p = 0,001$), ama o parceiro ($U = 4305,500$, $p = 0,001$), acha parceiro atraente ($U = 5223,000$, $p = 0,001$), fazem coisas juntos ($U = 4623,000$, $p = 0,001$), gosta de dormir abraçada com parceiro ($U = 3343,500$, $p = 0,001$), sente orgulho do parceiro ($U = 2724,500$, $p = 0,001$), o casamento tem um lado romântico ($U = 1972,500$, $p = 0,001$).

O teste Mann-Whitney, utilizado para comparações múltiplas, detectou que as mulheres com vinculação moderada apresentaram escores significativamente menores que as mulheres com vinculação alta em todas as questões: gosta da companhia do parceiro ($U = 842,000$, $p = 0,001$), são felizes ($U = 1514,000$, $p = 0,001$), respeita o parceiro ($U = 775,000$, $p = 0,001$), ama o parceiro ($U = 1216,500$, $p = 0,001$), acha o parceiro atraente ($U = 1713,500$, $p = 0,001$), gostam de fazer coisas juntos ($U = 950,000$, $p = 0,001$), Gosta ficar abraçada com parceiro ($U = 856,000$, $p = 0,001$), sente orgulho do parceiro ($U = 1230,500$, $p = 0,001$), o casamento tem um lado romântico ($U = 1522,000$, $p = 0,001$).

O teste Mann-Whitney, utilizado para comparações múltiplas, detectou que as mulheres com vinculação baixa apresentaram escores significativamente menores que as mulheres com vinculação alta em todas as questões: gosta da companhia do parceiro ($U = 217,000$, $p = 0,001$), são felizes ($U = 375,000$, $p = 0,001$), respeita o parceiro ($U = 169,000$, $p = 0,001$), ama o parceiro ($U = 372,500$, $p = 0,001$), acha o parceiro atraente ($U = 556,500$, $p = 0,001$), gostam de fazer coisas juntos ($U = 264,000$, $p = 0,001$), gosta ficar abraçada com parceiro ($U = 75,000$, $p = 0,001$), sente orgulho do parceiro ($U = 118,000$, $p = 0,001$), o casamento tem um lado romântico ($U = 126,000$, $p = 0,001$).

Tabela 3. Domínios específicos e geral FSFI associados aos níveis de vinculação afetiva.

		Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI
Vinculação	M	4,51	4,9	5,21	5,15	5,37	5,31	30,56
Afetiva	EP	0,17	0,16	0,17	0,9	0,17	0,12	0,8
Alta	DP	1,03	0,95	1,02	1,1	0,1	1,04	4,67
Vinculação	M	3,85	4,34	4,53	4,73	5,02	4,89	27,37
Afetiva	EP	0,08	0,07	0,089	0,088	0,083	0,092	0,379
Moderada	DP	1,0	0,092	1,12	1,11	1,04	1,16	4,76
Vinculação	M	3,63	3,93	4,33	4,25	4,41	4,44	25,01
Afetiva	EP	0,1	0,09	0,1	0,11	0,11	0,11	0,5
Baixa	DP	1,21	1,1	1,23	1,36	1,35	1,38	5,95

Nota: N° de casos em Vinculação Afetiva Alta = 34; Vinculação Afetiva Moderada = 158; Vinculação Afetiva Baixa = 139.

Das 140 mulheres com baixa vinculação afetiva 64,8% possuíam ensino médio, renda familiar média de R\$ 1.753,17 (DP = 1955,00), 90,6% com filhos, dos quais 2,23, em média, ainda viviam com as respondentes (DP = 0,294). 33,6% estavam em relacionamentos de 32-50 anos e 31,4% em relacionamentos de 20-29 anos. Destas, 49 fizeram reposição hormonal e 91 não fizeram. Tiveram em média 2,44 relacionamentos antes do atual (DP = 2,21).

O teste de Kruskal-Wallis detectou uma diferença significativa entre os escores da função sexual das mulheres com baixa, moderada e alta vinculação afetiva, $X^2_2 = 31,353$, $p = 0,001$. De acordo com o teste de Mann-Whitney utilizado para comparações múltiplas, todos os grupos diferiram significativamente entre si ($p < 0,034$), exceto nos escores do desejo e lubrificação entre o grupo de vinculação baixa e moderada. O nível de vinculação afetiva das participantes não diferiu se elas estavam ou não fazendo uso da terapia de reposição hormonal, $t_{324} = 0,453$, $p = 0,651$.

Tabela 4. Números absolutos e percentuais da função sexual acima e abaixo do nível de corte associado ao vínculo afetivo.

			Função		Total
			Abaixo	Acima	
Vínculo Afetivo	Baixo	N	75	64	139
		%	54,0%	46,0%	100,0%
		%	52,4%	34,0%	42,0%
	Moderado	N	61	97	158
		%	38,6%	61,4%	100,0%
		%	42,7%	51,6%	47,7%
	Alto	N	7	27	34
		%	20,6%	79,4%	100,0%
		%	4,9%	14,4%	10,3%
	Total	N	143	188	331
		%	43,2%	56,8%	100,0%
		%	100,0%	100,0%	100,0%

A análise da Tabela 4 permite afirmar que níveis maiores de vinculação afetiva estão associados com função sexual acima do valor de corte de 26,55 (Wiegel, Meston & Rosen, 2005). Esta associação foi confirmada pelo teste exato de Fisher, $X^2_2 = 15.569$, $p = 0,001$, evidenciando a influência dos aspectos psicológicos na satisfação sexual nesta amostra (Pechorro, Vieira e Diniz, 2009), independentemente do uso de TRH, como já previsto no capítulo 1.

Uma das explicações para essa relação entre vinculação afetiva e função sexual é que durante o orgasmo copulatório ocorre liberação de ocitocina, hormônio relacionado à formação de vínculo emocional (Meston & Buss, 2011). Além disso, essa liberação de ocitocina tem sido associada com qualidade do relacionamento amoroso, incluindo satisfação, intimidade, paixão e amor (Puts, Dawood & Welling, 2012). Além do orgasmo copulatório, comportamentos como carícias e preliminares também estão associadas com a produção de ocitocina (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009; Silva, 2014).

Em uma pesquisa realizada por Hernandez e Oliveira (2003) com objetivo de verificar a relação entre os componentes do amor, concluíram que a intimidade comunicativa, (que são os sentimentos vivenciados dentro de uma relação que promovem

o vínculo entre os membros do casal), seguido de excitação física, são os componentes que mais proporcionam satisfação dentro de um relacionamento. Andrade e Garcia (2009) pesquisaram quais elementos eram preditores de satisfação global em relacionamentos românticos. Segundo os autores a intimidade, paixão e comprometimento, juntamente com aspectos positivos da satisfação sexual e satisfação com a vida, são preditores globais de satisfação em relações românticas (Shiramizu & Lopes, 2013).

Com o intuito de verificar a influência de cada variável na determinação da função sexual e dos domínios específicos, verificamos que tanto no escore geral quanto nos escores específicos as covariáveis idade da participante e o tempo de relacionamento não estiverem relacionados com a o escore geral e os específicos de FSFI. No entanto, o fator Vinculação Afetiva esteve significativamente relacionado com o escore geral e específicos. Contrastes planejados revelaram que o nível de vinculação afetiva alto diferiu significativamente dos níveis de vinculação afetiva baixo e moderado em todas as comparações, exceto nos escores do orgasmo e da satisfação (Tabela 5).

Tabela 5. Resultados da análise da covariância para os domínios e escore geral do FSFI

	Fator			Covariáveis				VAA X VAB			VAA X VAM		
	Vinculação Afetiva			Idade da Participante		Tempo de relacionamento							
	F	p	r	F	P	F	p	t	p	r	t	P	r
FSFI	15,871	0,001	0,1	0,870	0,352	1,428	0,233	-5,28	0,001	0,08	-3,14	0,002	0,03
Desejo	7,474	0,001	0,045	1,537	0,216	1,428	0,233	3,864	0,001	0,045	3,055	0,002	0,028
Excitação	14,446	0,001	0,083	3,812	0,052	1,099	0,295	5,135	0,001	0,076	3,242	0,001	0,032
Lubrificação	6,984	0,001	0,042	1,060	0,304	0,971	0,325	3,737	0,001	0,042	3,034	0,003	0,028
Orgasmo	9,589	0,001	0,057	0,605	0,437	0,100	0,752	3,718	0,001	0,042	1,669	0,096	-
Satisfação	14,253	0,001	0,082	0,049	0,825	0,001	0,970	4,239	0,001	0,053	1,549	0,122	-
Dor	7,538	0,001	0,082	0,407	0,524	3,745	0,054	3,570	0,001	0,038	2,008	0,045	0,012

Nota: VAA = Vinculação Afetiva Alta; VAB = Vinculação Afetiva Baixa; VAM = Vinculação Afetiva Moderada. Gl = 2, 319 para valores de F. Gl = 323 para valores de t.

Conclusão

A vinculação afetiva na presente pesquisa avaliada pelo domínio do amor modulou a resposta da função sexual, conforme os escores da vinculação afetiva e da análise FSFI em mulheres nas diversas fases da vida. As supostas oscilações hormonais na perimenopausa e pós-menopausa não tiveram influência consistente na resposta sexual, nem tampouco na vinculação afetiva. Mulheres com alta vinculação afetiva e em relacionamentos mais jovens obtiveram maiores escores de função sexual, independentemente de estarem ou não no período reprodutivo.

Ao passo que, o perfil das mulheres que compunham os grupos com escores mais altos tanto para a vinculação afetiva quanto para a função sexual, encontrou-se que o tempo de relacionamento, o nível de escolaridade, renda, número de parceiros e filhos, foram variáveis importantes influenciando na vinculação afetiva. Interessantemente, as mulheres com alta vinculação afetiva tiveram menor número de filhos que aquelas com baixa vinculação, sugerindo que maior número de filhos aumente o investimento de tempo e energia na reprodução direta, diminuindo conseqüentemente o investimento afetivo na relação. Menor investimento em reprodução direta além de aumentar o vínculo afetivo do casal, poderia em tese aumentar o investimento na reprodução indireta, como predito pela hipótese da avó (Kuhle, 2007). Contudo o número de mulheres classificadas com alta vinculação afetiva foi pequeno para maiores generalizações, sugere-se, portanto, investigar a alta vinculação afetiva com maior número de participantes para fins de esclarecer as questões levantadas neste estudo.

Referências

- Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., Thom, D. H., & Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 755-764. doi: 10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2
- Al-Imari, L., & Wolfman, W. L. J. (2012). The safety of testosterone therapy in women. *Journal of Obstetric Gynaecology*, 34(9), 859-865. Recuperado de http://www.jogc.com/abstracts/full/201209_Gynaecology_2.pdf
- Andrade, A. L., & Garcia, A. (2012). Desenvolvimento de uma medida multidimensional para avaliação de qualidade em relacionamentos românticos-Aquarela-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 634-643. doi: 10.1590/S0102-79722012000400002
- Basson, R. (2002). The complexities of female sexual arousal disorder: potential role of pharmacotherapy. *World Journal Urological*. 20(2), 119-26. doi: 10.1007/s00345-002-0273-4
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*. 172(10), 1327-1333. doi:10.1503/cmaj.1020174
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D. Fourcroy, ... Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893. doi: 10.1016/S0022-5347(05)67828-7
- Brill, M. (2004). Antidepressants and sexual dysfunction. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2, 35-40. doi: 10.1016/S0015-0282(03)01145-2
- Buss, D. M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39 (3):

- 500-512. Recuperado de http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/BussLAB/pdffiles/evolution_of_human_mating_2007.pdf
- Buss, D. M. & Haselton, M. H. (2005). The evolution of jealousy. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 11, 506-507. doi:10.1016/j.tics.2005.09.006
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15(1), 141-154. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x
- Cassepp-Borges, V., & Teodoro, M. L. (2007). Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala triangular do amor de Sternberg. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(3), 513-522. doi: 10.1590/S0102-79722007000300020
- Cunha, M. K. M., Spyrides, M. H. C., & Sousa, M. B. C. (2011). Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo SUS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(6):1099-1110. doi: 10.1590/S0102-311X2011000600007
- De Lorenzi, R., Danelon, C., Saciloto, B. & Padilha Jr, I. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(1): 12-19. doi: 10.1590/S0100-72032005000100004
- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110, 173-192. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.173
- Fahs, B., & Swank, E. (2011). Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Archives of sexual behavior*, 40(5), 903-914. doi: 10.1007/s10508-010-9681-5

- Fernandez, M. R., Gir, E., & Hayashida, M. (2005). Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 129-35. doi: 10.1590/S0080-62342005000200002
- Fisher, H. (2004). *Why we love: the nature and chemistry of romantic love*. New York: Henry Holt and Company.
- González, M., Viáfara, G., Caba, F., & Molina, E. (2004). Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*, 48:411–420. doi:10.1016/j.maturitas.2003.10.005
- Hays, J., Ockene, J. K., Brunner, R. L., Kotchen, J. M., Manson, J. E., Patterson, R. E., ... Valanis, B.G. (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New England Journal of Medicine*, 348:1839-1854. doi: 10.1056/NEJMoa030311
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para o uso em língua portuguesa. *Clinical and Biomedical Research*, 27, 10-14. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471/828>
- Hernandez, J. A. E. & Oliveira, I. M. B. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 58-69. doi: 10.1590/S1414-98932003000100009
- Jonusiene, G., Zilaitiene, B., Adomaitiene, V., Aniulienė, R., & Bancroft, J. (2013). Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric*, 16:185-193. doi: 10.3109/13697137.2012.682746
- Lucas, T. W., Wendorf, C. A., Imamoglu, E. O., Shen, J., Parkhill, M. R., Weisfeld, C. C., & Weisfeld, G. E. (2004). Marital satisfaction in four cultures as a function of homogamy, male dominance and female attractiveness. *Sexualities, Evolution & Gender*, 6(2-3), 97-130. doi: 10.1080/14616660412331327518

- Lucas, T., Parkhill, M. R., Wendorf, C. A., Imamoglu, E. O., Weisfeld, C. C., Weisfeld, G. E., & Shen, J. (2008). Cultural and evolutionary components of marital satisfaction: a multidimensional assessment of measurement invariance. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 109. doi: 10.1177/0022022107311969
- Martins, M. A. D., Nahas, E. A. P., Nahas-Neto, J., Uemura, G., Buttros, D. A., & Traiman, P. (2009). Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(4):196-202. doi: 10.1590/S0100-72032009000400007
- McCail-Hosenfeld, J. S., Jaramillo, S. A., Legault, C., Freund, K. M., Cochrane, B. B.; Manson, J.E., ... Bonds, D. (2008). Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the Women's Health Initiative observational study. *Journal of General Internal Medicine*; 23:2000-9. doi: 10.1007/s11606-008-0820-9
- Menezes, A., & Brito, R. C. (2007). Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicologia em estudo*, 12, 133-139. doi: 10.1590/S1413-73722007000100016
- Meston, C. M. & Buss, D. M. (2011). *Por que as mulheres fazem sexo*. São Paulo: Cultrix.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *Journal of Sex Marital Therapy*, 34 (4):325-42. doi: 10.1080/00926230802096358
- Norgren, M. D. B. P., Souza, R. D., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300020

- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S. & Vieira, R. (2009). Validação de uma versão feminina do índice de satisfação sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia*, 7(1): 45-56. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1255>
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1 (27): 99- 108. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000100008&lng=pt&tlng=pt
- Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., & Chedrauí, P. (2012). Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*, 19(11):1224-30. doi: 10.1097/gme.0b013e3182546242
- Possati, I. C. & Dias, M. R. (2002). A multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 15 (2), 293-301. doi: 10.1590/S0102-79722002000200007
- Puts, D. A., Dawood., K. & Welling, L. L. (2012). Why women have orgasms: an evolutionary analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 41:1127-43. doi: 10.1007/s10508-012-9967-x
- Rebello, K., Junior, M. D. S., & Brito, R. C. S. (2014). Fundamental factors in marital satisfaction: an assessment of Brazilian couples. *Psychology*, 5,7. doi: 10.4236/psych.2014.57088
- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and Satisfaction in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291-297. doi: 10.1080/00926230802096234

- Russell, R. J. H., & Wells, P. A. (1991). Personality: similarity and quality of marriage. *Personality and Individual Differences*, 12, 407-412. doi:10.1016/0191-8869(91)90057-I
- Russell, R.J., & Wells, P.A. (1993). *Marriage and relationships questionnaire (MARQ) handbook*. Kent, England: Hodder & Stoughton.
- Selcuk, E., Zayas, V., & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: the role of attachment on marital functioning. *Journal of Family Theory & Review* 2, 258-279. doi: 10.1111/j.1756-2589.2010.00061.x
- Shackelford, T. K., & Buss, D. M. (2000). Marital satisfaction and spousal cost infliction. *Personality and Individual Differences*, 28(5): 917-928. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00150-6
- Shiramizu, V. K. M & Lopes, F. A. (2013). A perspectiva evolucionista sobre relações românticas. *Psicologia USP*, 24(1), 55-76. doi: 10.1590/S0103-65642013000100004
- Silva, S. C. B. (2014). *Função Sexual e Relação Conjugal em Mulheres no Puerpério Remoto*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento). Universidade Federal do Pará, Belém.
- Sousa, R., Sousa, E. & Silva, J. (2000). Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do Índice menopausal de Blatt e Kupperman. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(8):481-7. doi: 10.1590/S0100-72032000000800003
- Wachelke, J., Andrade, A., Cruz, R., Faggiani, R. & Natividade, J. (2004). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF*, 9 (1): 11-18. doi: 10.1590/S1413-82712004000100003
- Weisfeld, C. C., Dillon, L. M., Nowak, N. T., Mims, K. R., Weisfeld, G. E., Imamoğlu, E. O., ... Shen, J. (2011). Sex differences and similarities in married couples: patterns

across and within cultures. *Archives of Sexual Behavior*, 40(6):1165-72. doi: 10.1007/s10508-011-9790-9

- Wendorf, C. A., Lucas, T., Imamoğlu, E. O., Weisfeld, C. C., & Weisfeld, G. E. (2010). Marital satisfaction across three cultures: does the number of children have an impact after accounting for other marital demographics? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(3) 340-354. doi: 10.1177/0022022110362637
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The *Female Sexual Function Index* (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 31, 1-20. doi: 10.1080/00926230590475206
- Ziaei, S., Moghasemi, M., & Faghihzadeh, S. (2010). Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*, 13, 147–156. doi: 10.1080/13697130903009195

Life Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index

Cibele Nazaré da Silva Câmara*, Hellen Vivianni Veloso Corrêa,
 Susanne Cristine Brito e Silva, Caio Santos Alves da Silva, Mauro Silva Junior,
 Regina S. Brito

Post-Graduation Program in Theory and Behavior Research, Federal University of Para, Belém, Brazil
 Email: *cibelecamara@hotmail.com

Received 26 May 2014; revised 30 June 2014; accepted 10 July 2014

Copyright © 2014 by authors and Scientific Research Publishing Inc.
 This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Abstract

Sexual health is considered of fundamental importance in people's lives. Since it is determined by physiological, psychological and social factors, the investigations of these aspects are relevant to full comprehension of this phenomenon. Endocrinological conditions, as overweighted and normal body mass indexes were addressed as the main factors in women' sexual function, which can affect level of sexual hormones; and as a consequence, lead to sexual dysfunction. Body mass index of 370 women were analyzed to identify the implications in their sexual life, using the Female Sexual Function Index (FSFI) inventory, with six domains that assess different aspects of women' sexual activity and satisfaction. The main results show no statistical differences between normal and overweighted body mass index. However, there were significant differences between different phases of life as Reproductive, Perimenopause, and Postmenopause women, in which the youngsters showed better FSFI scores, better sexual function, than the older ones. Also, significant differences were found when time of marriage was taken into account, the longer the relationship, the worse the sexual function. We concluded that not only endocrinological variables may explain the sexual function in women, but also psychosocial variables as age, and time and quality of their relationships.

Keywords

Sexual Function, Overweight, Relationship

*Corresponding author.

How to cite this paper: da Silva Câmara, C. N., Corrêa, H. V. V., Silva, S. C. B., da Silva, C. S. A., Silva Jr., M., & Brito, R. S. (2014). Life Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index. *Creative Education*, 5, 1363-1376. <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2014.515155>

1. Introduction

Sexual health is considered of fundamental importance to the longevity of affective relationships and it is seen as one of the factors that help the occurrence, recovery and maintenance of well-being and overall good health of the individual (Mulhall, King, & Hvidsten Gline, 2008). Initially human sexual response was defined as a four-phasic phenomenon, consisting of: desire, arousal, orgasm and resolution; later on Kaplan (1981) reformulated this model to a triphasic phenomenon, consisting of: desire, arousal and orgasm. Therefore, a sexual dysfunction involves a change in one or more phases of the sexual response cycle or the pain associated with the intercourse, which manifests itself in a persistent or recurrent way (Abdo & Fleury, 2006).

Results of the National Health and Social Life survey, held in the United States in 1999, show that from a total of 1749 women and 1410 men aged between 18 and 59 years, the most common victims of sexual dysfunction were women (43%) compared to men (31%) (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). In the Brazilian literature, similar studies have also found a high incidence of sexual dysfunction among women. In a study conducted in 18 Brazilian cities, 3148 women aged between 18 and 70 years were surveyed; 51% of them reported some sexual dysfunction (Abdo, 2004). In another study (Mendonça, Silva, Arrudai, García-Zapata, & Amaral, 2012) half of the women reported at least one sexual dysfunction; 26.7% reported a lack of sexual desire and 23.1% reported pain during intercourse; in a cross-sectional study of 100 women aged from 20 to 39 years, the results also showed that 36% of them reported some sort of sexual dysfunction (Ferreira, Souza, & Amorin, 2007).

Barroqueiro, Araújo, and Garcia (2012) point out that a few studies investigate sexual function among overweight and obese women (in which the body mass index is equal to or higher than 30 and 25, respectively). The body mass index is the ratio between weight in kilograms and the square of the body height in meters (kg/m^2) (Lagergren, Mattsson, & Nyström, 2014). The study mostly investigated only the sexual difficulties related to obesity. The study of sexual function of these women is important once this condition is associated with a higher prevalence of metabolic disorders, including depression and sexual dysfunction (Morotti et al., 2012; WHO, 2014).

Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health and have the potential to promote sexual dysfunction through several mechanisms, by increasing the weight on the pelvic floor muscles, changing its function, change in body image related to the self-perception of sexual attractiveness and depression (Huang, Stewart, Hernandez, Shen, & Leslee, 2009). Moreover, endocrinological studies argue that the obese adult women produce sex hormones in excess, which increase both sexual desire and sexual functioning (Morotti et al., 2012).

The studies' results on the correlation index of sexual function among overweight and obese women are contradictory, some of the studies have not found good levels of sexual function among these women (Erenel & Kiline, 2013) differently to (Bajos, Wellings, Laborde, & Moreau, 2010). Studies that show lower sexual function contradicts the literature that asserts that overweight and obese women produce sex hormones in excess (Morotti et al., 2012). The results of such studies as Erenel & Kiline (2013) show that the rates of sexual function among overweight and obese women are not as high as they were expected to be according to the levels of circulating sex hormones, unless other variables are influencing these responses. In a study in which the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire was used to determine the prevalence of sexual dysfunction in obese women, 43% of them stated that the excess weight had damaged their sexual life, 13% of participants had a severe sexual dysfunction, in all domains of sexual function (sexual desire, sexual arousal, vaginal lubrication, orgasm, sexual satisfaction, and pain) and showed impaired function (Erenel & Kiline, 2013). Also, in the study by Vilas-Boas Sartori, Souza and Carneiro (2011) weak correlation between the ability to contract the pelvic floor muscles and the degree of obesity was found, indicating that the degree of obesity cannot influence the ability of pelvic floor contraction. This may imply that other variables have an effect on sexual function in obese women.

So, what would be the consequences of overweight and obesity in female sexual response? Is it possible that factors other than excessive sex hormones are affecting the differences found related to female sexual function among overweight and obese women?

It is possible that overweight and obese women have a favorable hormonal modulation for a good sexual function, however, a woman may present sexual dysfunction due to other factors, such as altering perception of body image distorted from the social impositions, the cultural characteristics of countries where sexuality is seen as a taboo, the quality and length of relationship and others (Erenel & Kiline, 2013; Liu, 2003).

Human sexual behavior, despite being influenced by current contextual variables, has a phylogenetic history

that has evolved with our species, and independent of culture, it presents key components to maintaining loving relationships even in the current environment (Buss & Shakelford, 2008; Fisher, 2004; Gangestad, Haselton, & Buss, 2006; Lippa, 2007). Fisher (1998, 2000, 2004) proposed that a set of adaptations or neural systems were selected in ancestral environments, which have contributed to the survival and reproduction of our species, namely: lust, romantic relationship and attachment. Lust is the stage in which there is the desire for pleasurable sexual experiences and makes the individual seek to engage sexually with another (Fisher, 1998, 2000, 2004). Then there is the stage of passion, which lasts on average 36 months, the main feature of this system is the concentration of power in the partner characterized by obsessive thoughts and anxiety of separation, reducing the risk of sexual or amorous infidelity (Fisher, 1995, 2004; Marazziti Rossi & Cassano, 1999; Retey, 1979). According to Fisher (2004), in the passion stage there is an excess of dopamine which stimulates testosterone production, increasing desire. In the other words, it maybe stimulates couples in love and therefore in a more recent relationship less likely to have sexual dysfunction. However, after the passion stage some couples can get to the third system. The attachment system, which is responsible for the sense of security and closeness in a loving relationship, is marked by the need for the presence and company of the mate.

In the absence of cultural restrictions, most of relationships may have an end before they reach the second system, attraction. However, in most societies there exist a set of rules to keep the couples together until later life of death of one of the spouses, even in the lack of mutual interest. When relationships are held by cultural forces rather than by individual's will, we may ask if sexual dysfunction found in many studies can be attributed to those forces instead of individual's psychological or physiological problems.

Thus, despite the high incidence, it is very complex to determine the cause of sexual dysfunction, because sexuality is probably a multidimensional phenomenon associated with biological, psychological, socio-cultural and interpersonal determinants (Piassaroli, Hardy, Andrade Ferreira, & Osis factors, 2010). As discussed above, there are still discrepancies in the literature about the presence of sexual dysfunction in overweight women and the variables that influence this response. Therefore, the present study aimed to determine and compare the rate of sexual function at different stages of life as well as the length of the relationship between overweight women and women with normal body mass index.

2. Methods

2.1. Participants

This study has been approved by Human Research Ethics Committee registered under protocol 116/10. It is characterized by being analytical and comparative. The data collection was held at the Santa Casa de Misericórdia of Pará Hospital, in Belém city. 370 women aged 18 - 70 years participated, mean age of 43.97 years (SD = 12.48). The participants were analyzed considering their body mass index: Normal BMI ($N = 231$) and overweight BMI ($N = 132$). Age: 18 - 39 years (reproductive age) $n = 114$, 40 to 50 years (Perimenopause) $n = 125$, 51 - 70 (post menopausal) $n = 129$, and length of relationship: 0 - 5 years ($N = 57$), 6 - 10 years ($N = 38$), 11 - 19 years ($N = 46$), 20 to 29 years ($N = 75$) and 30 - 52 years ($N = 68$).

The inclusion criteria were women with a BMI (Body Mass Index) higher or equal to 25, heterosexual, in a stable relationship for more than six months, sexually active with children. Women taking antihypertensive, antidepressants (Brill, 2004), women with prior hysterectomy (Sousa, Sousa, & Silva, 2000), who have had surgery reconstruction of the pelvic floor (perineoplasty) and neurological damages that may compromise the sexual response were excluded from the study.

2.2. Instruments

In order to assess the sexual function of the participants, the FSFI questionnaire—developed in the US, and translated to the Portuguese language, was applied. The scale has good psychometric evaluation, including studies of reliability, validity and convergence of discrimination and a 19-question-questionnaire developed to be self-applied which proposes to assess female sexual response, all multiple choice grouped into six domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. The scores of the subscales are corrected and added, making a final score ranging from 2 to 36. Higher scores indicate a degree of better sexual function (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim, & Passos, 2007). Based on the analysis of sensitivity and specificity, Wiegel, Meston, and Rosen (2005) found an FSFI total score of 26.55 to be the optimal cutoff point to differentiate women with and without sexual dysfunction.

2.3. Procedure

Initially, the participants were told about the objectives of the study before requesting for their free and informed consent; the BMI of the participants were calculated according to the criteria proposed by Kopelman (1994), we applied the Female Sexual Function Index questionnaire (FSFI) and in addition, the social demographic data collect from a semi-structured questionnaire.

2.4. Data Analysis

Both Student's *t* test and one-way ANOVA were performed when appropriate. In further analyzes the non-parametric Mann-Whitney and Friedman tests were used instead. *Post hoc* tests were applied when appropriate, using the Games-Howell correction for multiple comparisons. Initially, women were grouped into Normal BMI and BMI Overweight. Due to the breadth of the age of women in the sample, we established three age groups, 18 - 39 years (Reproductive), 40 - 50 years (Perimenopause) and 51 - 70 years (post-menopausal) (Table 2). Finally, the last grouping criteria correspond to the length of marriage. The average length of marriage was 18.59 years (SD = .73), however the magnitude of relationships was less than 1 year to 52 years. For this reason, women were grouped into five groups of length of relationship. The following groups were created, 0 - 5 years, 6 - 10 years, 11 - 19 years, 20 - 29 years and 30 - 52 years (Table 3).

3. Results

3.1. Socio-Demographic Assessment

132 overweight women answered the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire. Their ages ranged between 20 and 66 years with an average of 49.18 years (13.6% were 60 years and the remainder of the sample was variable) (SD = 10.03), and 89.4% were over 40 years. The majority of participants, 47.5% had completed high school and 35.8% were graduated or post-graduated. 58.2% of participants have been married for over 21 years, 12.3% have been married for five years, 13.1% have been married for 6 - 10 years and 16.4% have been married for 11 - 20 years. 78.7% of women said they did not find sexual satisfaction outside marriage, while 12% reported to find a lot or quite sexual satisfaction outside the marriage (N = 75). In this group the mean of total score and Sexual Function Index was 26.35 (SD = 5.7).

231 women with normal body mass index answered the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire. The ages of these women ranged between 19 and 70 years, with an average of 40.84 years, and 57.2% were above 40 years. Most participants, 51% were graduated or post graduated and 36.6% had finished high school (N = 145 for education). 37.4% of participants have been married for more than 21 years and 26.5% have been married for five years, 12.9% have been married for 6 - 10 years, and 23.2% for 11 - 20 years. 81.9% of women said they did not find sexual satisfaction outside marriage, while 3.9% reported finding a lot or quite sexual satisfaction outside the marriage (N = 105). In this group the average of total score and Sexual Function Index was 27.37 (SD = 5.28).

Analysis of Sexual Function Index (FSFI)

Table 1 shows scores for each FSFI domain and FSFI total for normal and overweight groups.

Table 1. FSFI mean scores for each domain and group, and total score.

	Desire		Arousal		Lubrication		Orgasm		Satisfaction		Pain		Total	
	Normal	Overweight	Normal	Overweight	Normal	Overweight	Normal	Overweight	Normal	Overweight	Normal	Overweight	Normal	Overweight
N	231	132	231	132	231	132	231	132	231	132	231	132	231	132
Mean	3.94	3.69	4.37	4.18	4.71	4.35	4.65	4.53	4.92	4.85	4.76	4.74	27.37	26.35
Standard Error	.08	.09	.07	.09	.07	.1	.08	.1	.08	.1	.08	.12	.35	.49
Minimum	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.8	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	12.2	10.1
Maximum	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	36.0	36.0

3.2. BMI Effects on Sexual Response

Based on previous studies that indicated differences in FSFI of women in normal and overweight conditions, woman's age and length of marriage, analyzes were performed taking into account these three variables. However, in this study, no significant differences were found among women in normal and overweight conditions, except for the sex drive and lubrication domains, but not the general score (Desire: $t_{361} = 2.110, p = .036$; Excitement: $t_{361} = 1.692, p = .091$; Lubrication: $t_{361} = 2.840, p = .005$; Orgasm: $t_{361} = .898, p = .370$; Satisfaction: $t_{361} = .540, p = .590$; Pain: $t_{361} = .079, p = .937$; FSFI: $t_{361} = 1.712, p = .088$). Considering the results, women in overweight and normal conditions were considered in the same group, so they were analyzed considering their age and length of marriage.

3.3. Age Effects on Sexual Response

Due to the breadth of women age in the sample, we established three age groups, 18 - 39 years (Reproductive), 40 - 50 years (Perimenopause) and 51 - 70 years (post-menopausal).

Women in the three age conditions (Table 2) differed significantly in all domains in both general and FSFI score, except for the area of pain (Desire: $F_{2,365} = 12.822, p = .001$; Excitement: $F_{2,365} = 27.832, p = .001$; Lubrication: $F_{2,365} = 15.145, p = .001$; Orgasm: $F_{2,365} = 4.904, p = .008$; Satisfaction: $F_{2,365} = 9.166, p = .001$; Pain: $F_{2,365} = 2.658, p = .071$; FSFI: $F_{2,365} = 17.164, p = .001$). The Games-Howell statistic was used for multiple comparisons finding significant differences between all comparisons except for the Score of Orgasm for Reproductive and Perimenopause groups; score of satisfaction, groups Perimenopause and Post-Menopause. By analyzing each age group separately in normal and overweight conditions no significant differences were found.

3.4. Effects of the Length of Relationship on Sexual Response

The mean length of marriage was 18.59 years ($SD = .73$), however the magnitude of relationships was less than 1 year to 52 years. For this reason, women were grouped into five groups of length of relationship. The following groups were created, 0 - 5 years, 6 - 10 years, 11 - 19 years, 20 - 29 years and 30 - 52 years (Table 3). Except for the satisfaction domain, there were significant differences between the FSFI domain scores and the overall score according to the length of marriage (Desire: $F_{4,279} = 3.505, p = .008$; Excitement: $F_{4,279} = 4.837, p = .001$; Lubrication: $F_{4,279} = 2.778, p = .027$; Orgasm: $F_{4,279} = 2.744, p = .008$; Satisfaction: $F_{4,279} = .880, p = .476$; Pain: $F_{4,279} = 3.361, p = .01$; FSFI: $F_{4,279} = 4.393, p = .002$). The Games-Howell test identified significant differences in the desire score and arousal, only in the group of 0 - 5 years and groups of 20 - 29 years and 30 - 52 years, in the satisfaction and general FSFI score between the group of 30 - 52 years and groups of 0 - 5 years and 11 - 19 years; Orgasm score between groups 11 - 19 years and 30 - 52 years. By analyzing each length of marriage group separately in normal and overweight conditions no significant differences were found.

Table 2. Scores by age of desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain areas, and overall FSFI score.

		Desire	Arousal	Lubrication	Orgasm	Satisfaction	Pain	FSFI
18 - 39 years	N	114	114	114	114	114	114	114
	Mean	4.226	4.781	5.01	4.786	5.2211	4.912	28.937
	Std. Error of Mean	.095	.09	.094	.097	.094	.106	.411
	Std. Deviation	1.023	.97	1.008	1.044	1.008	1.139	4.39
40 - 50 years	N	125	125	125	125	125	125	125
	Mean	3.902	4.3488	4.617	4.739	4.889	4.803	27.3
	Std. Error of Mean	.094	.0842	.1043	.109	.1	.114	.474
	Std. Deviation	1.06	.942	1.166	1.227	1.126	1.281	5.309
51 - 70 years	N	129	129	129	129	129	129	129
	Mean	3.511	3.841	4.211	4.35	4.57	4.548	25.034
	Std. Error of Mean	.106	.09	.105	.115	.12	.12	.509
	Std. Deviation	1.204	1.03	1.194	1.316	1.363	1.364	5.792

Table 3. Level of length of relationship, desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain and overall FSFI scores.

		Desire	Arousal	Lubrication	Orgasm	Satisfaction	Pain	FSFI
0 - 5 years	N	57	57	57	57	57	57	57
	Mean	4.105	4.5737	4.694	4.722	4.982	5.08	28.159
	Std. Error of Mean	.148	.131	.164	.168	.147	.132	.7
	Std. Deviation	1.121	.99	1.241	1.274	1.111	1.002	5.286
6 - 10 years	N	38	38	38	38	38	38	38
	Mean	3.963	4.3263	4.61	4.631	4.789	4.789	27.11
	Std. Error of Mean	.197	.16	.205	.226	.224	.226	.951
	Std. Deviation	1.22	.987	1.264	1.396	1.38	1.393	5.864
11 - 19 years	N	46	46	46	46	46	46	46
	Mean	3.952	4.2522	4.643	4.9565	4.782	4.869	27.456
	Std. Error of Mean	.133	.16	.16	.165	.194	.179	.737
	Std. Deviation	.908	1.086	1.089	1.12	1.319	1.217	5.001
20 - 29 years	N	75	75	75	75	75	75	75
	Mean	3.56	4.036	4.384	4.421	4.65	4.576	25.628
	Std. Error of Mean	.128	.127	.144	.148	.152	.164	.691
	Std. Deviation	1.113	1.103	1.255	1.285	1.316	1.422	5.991
30 - 52 years	N	68	68	68	68	68	68	68
	Mean	3.502	3.811	4.076	4.235	4.588	4.282	24.497
	Std. Error of Mean	.143	.117	.136	.15	.151	.168	.648
	Std. Deviation	1.184	.967	1.121	1.244	1.248	1.387	5.346

4. Discussion

A mean index of 27.37 sexual function for the group of women with normal BMI and 26.35 in overweight women was found, with no significant difference. However, considering the scores that define sexual dysfunction, the overweight group shows a slight disadvantage that may have alterations in sexual function. This result is consistent with those described in the research of [Sacomori, Cardoso, Souza, Poto, & Cardoso \(2013\)](#), which found no significant difference in the scores for sexual function among women with normal BMI, overweight and obesity. The results in the research of [Silva Rego, Galvão, Florencio, Cavalcante \(2012\)](#) indicates a prevalence of increased risk for sexual dysfunction of 78% for overweight and obese women.

Some authors claim that both overweight and obese woman has increased production of sex hormones which could increase both the desire and sexual function. However this increase in hormone production was not confirmed by the research of [Carrilho \(2011\)](#), which measured the serum concentrations of steroid hormones (cortisol, estradiol and dehydroepiandrosterone—DHEA) and evaluated the presence of sexual dysfunction using the FSFI questionnaire in obese women, with no association between sexual dysfunction, hormone levels and obesity was found.

Thus, the results of the research indicate that obese and overweight women do not have a higher amount of sex hormones. Furthermore, the group with normal BMI had higher Desire and Lubrication scores than the overweight group. These findings corroborate those found by [Silva et al. \(2012\)](#) and [Carrilho \(2011\)](#), which the score of desire was also pointed to be higher in people with normal BMI than in overweight ones.

However, as in the present study measurements of sex hormones between groups were not made, it is not possible to assert that the statistical differentiation in rates of sexual function is due to the similarity between the levels of sex hormones in overweight and normal BMI women. Perhaps the reasons why these women do not have better rates of sexual function are related to other variables such as cultural factors—how each population deals with sexuality, the length of relationship and body image.

[Otero, Fernandez and Castro \(2003\)](#) conducted a study with 325 women, analyzing the following variables: fear of putting on weight, body dissatisfaction, physical attractiveness and self-esteem. The researchers found a

positive relationship on sexual activity; however, they found no relationship between body mass index, body image distortion and expression of sexuality. The results of this study indicated that variables such as age and length of relationship were more relevant to changes in sexual function index than the differences between normal BMI and overweight.

The results showed that women under 40 years old had significantly higher FSFI scores with higher levels of desire, arousal, lubrication and satisfaction than women who were over 40 years, indicating that women over 40 years have a higher risk of experiencing sexual dysfunction. This suggests that women over 40 years, as they are approaching the climacteric period marked by a series of changes caused mainly by falling estrogen levels, are more likely to report impairment of the urogenital tract such as urethral syndrome, the increase of urinary infections frequency, urinary urgency, dyspareunia, and vaginal dryness with important repercussions in the sexual sphere of women (De Lorenzi, Danelon, Saciloto, & Padilla Jr, 2005; Lopes, 2003); (Nijland et al., 2008). In addition, there is also skin aging caused by the collagen reduction and the tendency of accumulating fat which affects the self-image, contributing to lower self-esteem and even the decline in sexual desire (De Lorenzi et al., 2005).

When the FSFI score is analyzed considering the length of marriage, the results showed that women who have been married for less time had higher FSFI scores than the ones who have been married longer, and this difference was statistically significant in both with normal BMI and the overweight groups.

Studies by Anthony Smith et al. (2011) about sexual satisfaction involving the importance of desire in sexual frequency in Australian heterosexual couples, found a positive relationship between the frequency of sex and overall sexual satisfaction. Considering men, the ones who tend to want sex more often than women. Among couples, the frequency of sex tends to decrease over time.

These results are consistent with the findings of Fisher et al. (2002) who point out that there is a sophisticated neural phylogenetic circuitry that subsidize the different behavioural responses depending on each stage the relationship is, which is also related to sexual hormones.

Short-term couples are probably still on the stage of passion, which lasts on average between 18 months to 3 years. This stage has the obsession with the partner as one of its main characteristic, which makes couples spend more time exploring the relationship. In this stage, besides the couples explore the relationship more they probably feel more desire (and seek sex more often) because they are experiencing lots of dopamine, which stimulates the production of testosterone. Such hypotheses may explain why the couples in this study—short-term ones, have better sexual function.

Considering the participants of this study, the relationship found between level of sexual function and length of relationship, indicated a decrease in sexual function in long-term relationships. In these relationships we found that the FSFI levels decreased to 24.49, which indicates possible sexual dysfunction in this group. Some specificities in neural attachment system, proposed by Fisher (2004), make us assume that the couples who are experiencing them are more likely to express sexual dysfunctions. As these neural systems do not need to occur in the following order (lust, passion and attachment) and may even occur simultaneously (Fisher, 2004), attachment need not necessarily be associated with good sexual performance with the partner not the satisfaction relationship. If the stage of attachment in general is the last stage in a relationship, then we can assume that long-term couples may have a strong attachment, which does not imply the existence of a good sexual function. Furthermore, hormones related to sex drive as estrogen and testosterone concentrations are lower during this phase (Fisher, 2000; Fisher, 2004; Fisher et al., 2002). In addition, one of the main consequences of the attachment between couples is increasing exploration environments unrelated to the relationship, which can decrease the frequency of sexual activity among couples (Fisher, 2004; Rebello, 2012). Sexual activity is one of the variables responsible for increasing testosterone levels (Nelson, 2011), and if testosterone decreases, we can assume that these couples have a higher propensity to sexual dysfunction at least on the desire level.

Moreover, the passion stage ends in long-term relationships, moment in which couples spend less time on sexual activity and more time raising children and concerns about the welfare of family and the marriage itself. The presence of the partner in everyday life becomes more important than the sexual satisfaction that she/he promotes.

Fisher (2004) also hypothesizes that humans have a propensity to maintain serial monogamy. Serial monogamy happens when the couple stays together for a period of time needed to grow their children until their basic neuromotors functions are developed, and if the relationship has become unsatisfactory, it can be undone, the moment which she/he can engage in a new relationship. If couples have propensity for serial monogamy it may

be hypothesized that many couples keep long-term marriages due to other variables—not only love, but also cultural forces. This hypothesis supports the idea that there is a huge probability of long-term couples express sexual dysfunction due to a other variables.

5. Conclusion

The analysis showed the rate of 27.37 of sexual function for the group of women with normal BMI and 26.35 in overweight women, showing no sexual dysfunction considering the FSFI in both groups, according to parameters established by the literature, or, that in this study the sexual dysfunction was not controlled by the normal or overweight BMI factors. However, the rate of sexual function is controlled by factors such as age and length of relationship, in which the younger married women and short-term married women (regardless of age) had better sexual function index compared to older ones and long-term married women (regardless of age), where higher scores were in the domains of desire, arousal and satisfaction.

Acknowledgements

The authors express their gratitude to Federal University of Pará (PROPEP/FADESP) for the financial support on this publication, and to their colleagues from Grupo de Estudos Avançados em Psicologia Evolucionista (GEAPE <http://www.geape.ufpa.br/>).

References

- Abdo, C. H. N. (2004). *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. São Paulo: Editora Bregantini.
- Abdo, C. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 162-167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000300006>
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., Shelley, J., & Simpson, J. M. (2011). Sexual and Relationship Satisfaction among Heterosexual Men and Women: The Importance of Desired Frequency of Sex. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 104-115. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.560531>
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and Obesity, a Gender Perspective: Results from French National Random Probability Survey of Sexual Behaviours. *BMI*, 340, c2573. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c2573>
- Barroqueiro, R. S. B., Araújo, F. L. S. M., Barroqueiro, E. S. B., Araújo, G. F., & Garcia, J. B. S. (2012). Função sexual feminina, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde*, 14, 60-67.
- Brill, M. (2004). Antidepressants and Sexual Dysfunction. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2, 35-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sram.2004.02.006>
- Buss, D. M., & Shackelford, T. K. (2008). Attractive Women Want It All: Good Genes, Economic Investment, Parenting Proclivities, and Emotional Commitment. *Evolutionary Psychology*, 6, 134-146.
- Carrilho, J. P. F. (2011). Disfunção sexual feminina e níveis dos hormônios esteroidais em mulheres obesas atendidas no ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN. http://repositorio.ufm.br:8080/jspui/bitstream/1/7572/1/PauloJFC_DISSERT.pdf
- De Lorenzi, R. S., Danelon, C., Saciloto, B., & Padilha Jr., I. (2005). Predicting Factors of Climacteric Symptoms. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 27, 7-11.
- Erenel, A. S., & Kiline, F. N. (2013). Does Obesity Increase Sexual Dysfunction in Women? *Sexuality and Disability*, 31, 53-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-012-9274-4>
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7, 143-150. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>
- Fisher, H. (1995). *Anatomia do amor: A história natural da monogamia, do adultério e do divórcio*. Rio de Janeiro: Eureka.
- Fisher, H. (1998). Lust, Attraction and Attachment in Mammalian Reproduction. *Human Nature*, 9, 23-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s12110-998-1010-5>
- Fisher, H. (2000). Lust, Attraction, Attachment: Biology and Evolution of the Three Primary Emotions Systems for Mating, Reproduction and Parenting. *Journal of Sexual Education and Therapy*, 25, 1.
- Fisher, H. (2004). *Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. New York: Henry Holt and Company Fisher.
- Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Li, H., Strong, G., & Brown, L. (2002). The Neural Mechanisms of Mate Choice: A Hy-

- pothesis. *Neuroendocrinology Letters*, 23, 92-97.
- Gangestad, S. W., Haselton, M. G., & Buss, D. M. (2006). Toward an Integrative Understanding of Evoked and Transmitted Culture: The Importance of Specialized Psychological Design. *Psychological Inquiry*, 17, 138-151. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1702_3
- Hentschel, H., Alberton, D., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. (2007). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for Portuguese Language. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27, 10-14.
- Huang, A. J., Stewart, A. L., Hernandez, A. L., Shen, H., & Leslee, L. (2009). Sexual Function among Overweight and Obese Women with Urinary Incontinence in a Randomized Controlled Trial of an Intensive Behavioral Weight Loss Intervention. *Journal of Urology*, 181, 2235-2242. <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.01.046>
- Kaplan, H. S. (1981). *The New Sex Therapy. Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- Kopelman, P. G. (1994). Investigation of Obesity. *Clinical Endocrinology*, 41, 703-708. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.1994.tb02781.x>
- Lagergren, J., Mattsson, F., & Nyrén, O. (2014). Gastroesophageal Reflux Does Not Alter Effects of Body Mass Index on Risk of Esophageal Adenocarcinoma. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12, 45-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2013.07.027>
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 281, 537-544. <http://dx.doi.org/10.1001/inma.281.6.537>
- Lippa, R. A. (2007). The Preferred Traits of Mates in a Cross-National Study of Heterosexual and Homosexual Men and Women: An Examination of Biological and Cultural Influences. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 193-208. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9151-2>
- Liu, C. (2003). Does Quality of Marital Sex Decline With Duration? *Archives of Sexual Behavior*, 32, 55-60. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021893329377>
- Lopes, G. P. (2003). Sexualidade: Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In C. E. Fernandes (Ed.), *Menopausa e tratamento* (pp. 117-124). São Paulo: Editora Segmento.
- Marazziti, D., Akiskal, H. S., Rossi, A., & Cassano, G. B. (1999). Alteration of the Platelet Serotonin Transporter in Romantic Love. *Psychological Medicine*, 29, 741-745. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291798007946>
- de Mendonça, C. R., Silva, T. M., Arrudai, J. T., Garcia-Zapata, M. T. A., & do Amaral, W. N. (2012). Função sexual feminina: Aspectos normais e patológico, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, 40, 195-202.
- Morotti, E., Bataglia, B., Paradisi, R., Persico, N., Zampieri, M., Venturoli, S., & Bataglia, C. (2012). Body Mass Index, Stunkard Figure Rating Scale and Sexuality in Young Italian Women: A Pilot Study. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1034-1043. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12045>
- Mulhall, J., King, R., Glin, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and Satisfaction with Sex among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 788-795. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00765.x>
- Nelson, R. J. (2011). *An Introduction to Behavioral Endocrinology* (4th ed.). Sunderland, MA: Sinauer Associates, Inc. Publishers.
- Nijland, E. A., Weijmar, W. C., Nathorst-Boös, J., Helmond, F. A., Van Lunsen, R. H., Palacios, S., Norman, R. J., Mulder, R. J., Davis, S. R., & Study Investigators (2008). Tibolone and Transdermal E2/NETA for the Treatment of Female Sexual Dysfunction in Naturally Menopausal Women: Results of a Randomized Active-Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 646-656.
- Otero, M. C., Fernandez, M. L., & Castro, Y. R. (2003). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 357-370.
- Piassaroli, V. P., Hardy, E., Andrade, N. F., Ferreira, N. O., & Osis, M. J. D. (2010). Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 32, 234-240. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000500006>
- Rebello, K. S. S. (2012). *Qualidade da relação conjugal: Uma avaliação dos casais residentes no Pará*. Dissertação de Mestrado, Belém: Universidade Federal do Pará, PA. <http://www.ceape.ufpa.br/Keila%20Rebello%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20UFPA.pdf>
- Sacomori, C., Cardoso, F. L., Souza, A. C. S., Poto, I. P., & Cardoso, A. A. (2013). Relação entre características antropométricas e função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ciência e*, 21, 116-122.
- Silva, B. M., Régio, L. M., Galvão, M. A., Florêncio, T. M. M. T., & Cavalcante, J. C. (2012). Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 40, 196-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000300006>

- Sousa, R., Sousa, E., & Silva, J. (2000). Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 22, 481-487. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032000000800003>
- Vilas-Boas Sartori, D., De Souza, J. P., & Carneiro, P. R. (2011). A influência da obesidade na musculatura do assoalho pélvico em mulheres continentais. *Ensaio e Ciências*, 15, 9-23.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 1-20. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475206>
- World Health Organization (2014). Controlling the Global Obesity Epidemic [Web log post]. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>

Appendix

Female Sexual Function Index (FSFI)

Subject Identifier _____

Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Very high confidence
- ☐ High confidence
- ☐ Moderate confidence
- ☐ Low confidence
- ☐ Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Extremely difficult or impossible
- ☐ Very difficult
- ☐ Difficult
- ☐ Slightly difficult
- ☐ Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Extremely difficult or impossible
- ☐ Very difficult
- ☐ Difficult
- ☐ Slightly difficult
- ☐ Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Extremely difficult or impossible
- ☐ Very difficult
- ☐ Difficult
- ☐ Slightly difficult
- ☐ Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Very satisfied
- ☐ Moderately satisfied
- ☐ About equally satisfied and dissatisfied
- ☐ Moderately dissatisfied
- ☐ Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- ☐ No sexual activity
- ☐ Very satisfied
- ☐ Moderately satisfied
- ☐ About equally satisfied and dissatisfied
- ☐ Moderately dissatisfied
- ☐ Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- ☐ Very satisfied
- ☐ Moderately satisfied
- ☐ About equally satisfied and dissatisfied
- ☐ Moderately dissatisfied
- ☐ Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- ☐ Very satisfied
- ☐ Moderately satisfied
- ☐ About equally satisfied and dissatisfied
- ☐ Moderately dissatisfied
- ☐ Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- ☐ Did not attempt intercourse
- ☐ Almost always or always

- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- ☐ Did not attempt intercourse
- ☐ Almost always or always
- ☐ Most times (more than half the time)
- ☐ Sometimes (about half the time)
- ☐ A few times (less than half the time)
- ☐ Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- ☐ Did not attempt intercourse
- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi investigar a relação da função sexual feminina nas fases reprodutiva, peri e pós-menopausa com fatores biológicos e psicossociais, levando em consideração a terapia de reposição hormonal por estradiol, o índice de massa corpórea, o tempo de relacionamento e a vinculação afetiva com o parceiro. Mulheres no período reprodutivo, de 18 a 39 anos, foram selecionadas para efeito de comparação com as mulheres do período pós-reprodutivo.

A principal hipótese investigada nesta pesquisa foi que o uso de reposição hormonal não teria influência principal sobre a resposta sexual feminina e sobre a vinculação afetiva, de forma que, a vinculação afetiva sim teria influência principal sobre a resposta de função sexual feminina.

No capítulo 1 foi investigada a função sexual em relação à TRH. A literatura médica prevê que a TRH melhora a função sexual por diminuir os efeitos negativos do climatério, muitos dos quais associados ao hipoestrogenismo. Os resultados apontam que, o uso da TRH não melhorou a função sexual como previam os estudos da área médica.

No capítulo 2 foi estudada a função sexual em relação ao vínculo afetivo com os parceiros amorosos. Supunha-se que variáveis psicossociais poderiam interferir na função sexual e atenuar os efeitos do climatério. Os achados mostraram que vínculos afetivos mais fortes estão associados com melhor função sexual. De maneira oposta, vínculos afetivos fracos estão associados com menor função sexual.

No capítulo 3 foi estudada a função sexual em relação ao índice de massa corpórea das participantes (normal e sobrepeso). A literatura aponta dados contraditórios, afirmando que o sobrepeso melhoraria a função sexual feminina em alguns estudos, mas não em outros. Na presente pesquisa, o índice de massa corpórea não interferiu nem positiva nem negativamente na função sexual das participantes.

Se por um lado o índice de massa corpórea e a terapia de reposição hormonal, o tempo de relacionamento e a idade, não possuíram efeitos positivos sobre a função sexual no climatério, o vínculo afetivo apresentou associação positiva.

Em contraste com o modelo linear tradicional em que o desejo sexual precede a resposta sexual, os resultados dos três capítulos indicam que o desejo não precede a excitação sexual na maioria das mulheres, como sugerido por Basson, 2002, que o envolvimento com a atividade sexual é um processo complexo, dinâmico e dependente de múltiplas razões, sendo o investimento na manutenção relacionamento uma das mais importantes. Engajar-se em atividade sexual frequentemente com o parceiro foi evolutivamente vantajoso e contemporaneamente parece reforçar a estratégia feminina de formação de vínculo com o parceiro. Estas conclusões se sustentam pelos dados obtidos das mulheres que apresentaram maiores escores de vinculação afetiva, pois apresentaram os maiores escores de função sexual, a maioria delas acima de 30 pontos.

Ao final, demonstrou-se que apesar de serem deveras importantes, variáveis orgânicas ou fisiológicas não podem explicar sozinhas as dimensões amplas da sexualidade humana. Relacionamentos mais longos não necessariamente indicam disfunção sexual, uma vez que não foram encontrados níveis muito baixos de FSFI como postulado pela literatura por Wiegel, Meston e Rosen (2005).

Cabe refletir se este nível de corte realmente representa disfunção sexual para mulheres no período pós-reprodutivo, uma vez que devido ao climatério é de se esperar que apresentem uma queda da função, dado que mulheres após os 50 anos já não possuem mais o vigor físico das mulheres jovens, somada a redução dos níveis de estrogênio responsáveis pela lubrificação vaginal, flexibilidade da pele, sensibilidade, e receptividade sexual. Escores um ponto e meio abaixo do valor de corte podem representar as perdas que essas mulheres sofrem no processo natural do envelhecimento, mas que são atenuados por

um relacionamento recente e/ou por um vínculo afetivo forte com o parceiro. Dessa forma, essas mulheres não estariam vivenciando uma disfunção sexual, mas apenas uma redução da ótima função devido ao envelhecimento, como ocorre com as demais funções do corpo. Comparativamente falando, a necessidade do uso de óculos após os 40 anos não significa perda da visão, apenas uma redução da visão normal devido às mudanças do corpo trazidas pela maturidade. Dessa forma, o processo de envelhecimento deixa de ser associado com a incapacidade das funções vitais comparadas com os mais jovens, e passa a ser encarado como um processo no qual a intensidade dessas funções é reduzida lentamente, como sugere a Organização Mundial da Saúde.

Além disso, apresentar uma função sexual reduzida nessa fase da vida é um aspecto relatado tanto por homens quanto por mulheres. A reprodução, em termos de relações sexuais e número de filhos, é transformada em manutenção da parceria e investimento nos filhos já crescidos, e muito provavelmente nos filhos dos filhos, como prediz a teoria da avó (Kuhle, 2007). Relacionamentos mais longos podem ter alcançado certa estabilidade devido ao investimento do casal que foi feito ao longo de vários anos, e neste momento, o casal goze das consequências desta união e do vínculo que foi bem estabelecido nos anos de parceria. Por uma equação de investimento de tempo e energia, o investimento no sexo é redirecionado para a manutenção da família e para a criação de um ambiente familiar estável no qual os netos possam crescer, e a reprodução de fato se concretize.

Referências

- Abdo, C.H.N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria. Clínica*. 33 (3); 162-167. doi: 10.1590/S0101-60832006000300006
- Al-Imari, L., & Wolfman, W. L. J. (2012). The safety of testosterone therapy in women. *Journal of Obstetric Gynaecology*, 34(9), 859-865. Recuperado de http://www.jogc.com/abstracts/full/201209_Gynaecology_2.pdf
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Antunes, S., Marcelino, O., & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da menopausa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(4):353-357. Recuperado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&pagearticle&op=view&path%5B%5D=9957&path%5B%5D=9695>
- Bartels, A., & Zecki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11(17): 3829-3834.
- Basson, R. (2002). The complexities of female sexual arousal disorder: potential role of pharmacotherapy. *World Journal Urological*. 20(2), 119-26. doi: 10.1007/s00345-002-0273-4
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., & Goldstein, I. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*. 1(1), 24-34. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D. Fourcroy, ... Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female

- sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893. doi: 10.1016/S0022-5347(05)67828-7
- Berman, J. R. (2005). Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17 (1):44-51. doi:10.1038/sj.ijir.3901428.
- Berman, J. R., Berman, L. A., & Kanaly, K. A. (2003). Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *EAU Update Series*, 1(3) 166–177. doi: 10.1016/S1570-9124(03)00039-4
- Blumel, J. E., Bravo, F., Recavarren, M., & Sarrá, S. (2003). Sexual function in postmenopausal women using hormone replacement therapy. *Revista Médica de Chile*. 131(11):1251-5. doi: 10.4067/S0034-98872003001100004
- Blumel, J. E., Chedrauí, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., ... & Tserotas, K. (2009). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*, 16(6): 1139-48. doi: 10.1097/gme.0b013e3181a4e317
- Brito, R. C. S., & Makiana, S. T. (2008). Terapia de reposição hormonal e qualidade de vida sexual de mulheres no climatério. *Revista Interação em Psicologia*, 12(2), 245-253. doi: 10.5380/psi.v12i2.9644
- Brown, S. B., & Hankinson, S. E. (2014). Endogenous estrogens and the risk of breast, endometrial, and ovarian cancers. *Steroids*, 2014. doi:10.1016/j.steroids.2014.12.013
- Bulun, S. E. & Adashi, E. Y. (2003). The physiology and pathology of the female reproductive axis. Em: Wilson, J. D. & Foster, D. W., (Eds), *Williams textbook of endocrinology*. 11 th ed. (pp. 541-614). Philadelphia: WB Saunders Company.
- Burunat, E. (2014). Love is the cause of human evolution. *Advances in Anthropology*, 4, 99-116. doi: 10.4236/aa.2014.42013
- Buss, D. M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39 (3):

- 500-512. Recuperado de http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/BussLAB/pdffiles/evolution_of_human_mating_2007.pdf
- Butler, L., & Santoro, N. (2011). The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Steroids*, 76(7), 627–635. doi: 10.1016/j.steroids.2011.02.026
- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. C., Eleutério Júnior, J., Amaral, R. L. G. & Gonçalves, A. K. S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(7):329-334. doi: 10.1590/S0100-72032012000700007
- Carter, C. S (1992). Oxytocin and sexual behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 131-144. doi:10.1016/S0149-7634(05)80176-9
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 8, 779-818. doi: 10.1016/S0306-4530(98)00055-9
- Cavalcanti, A., Fegies, L. C., Bagnoli, V. R., Fonseca, A. M., & Abdo, C. H. (2001). Transtornos Sexuais e Menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 12, 45-52.
- Clobes, A., DeLancey, J. O. L., & Morgan, D. M. (2008). Urethral circular smooth muscle in young and old women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(5): 587.e1-587.e5. doi:10.1016/j.ajog.2008.03.009
- Colson, M., Lemaire, A., Pinton, P., Hamidi, K., & Klein, P. (2006). Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(1):121-31. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00166.x
- Crenshaw, T. (1998). *A alquimia do amor e do tesão: Como os hormônios sexuais determinam quem, quando e com que frequência nós amamos*. Rio de Janeiro: Record.

- Cunningham, E. J. & Birkhead, T. R. (1998). Sex roles and sexual selection. *Animal Behaviour*, 56(6):1311-1321. doi:10.1006/anbe.1998.0953
- Davey, D. A. (2012). Androgens in women before and after the menopause and post bilateral oophorectomy: clinical effects and indications for testosterone therapy. *Women's Health*, 8 (4):437-446. doi: 10.2217/whe.12.27
- Davis, S., Guay, A., Shifren, J., & Mazer, N. (2004). Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1):82-6. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10112.x
- DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *Journal of Sex Research*, 39(1):10-4. doi: 10.1080/00224490209552113
- DeLamater, J. & Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 11(1):6-11. doi: 10.1007/s11920-009-0002/4
- De Lorenzi, R., Danelon, C., Saciloto, B. & Padilha Jr, I. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(1): 12-19. doi: 10.1590/S0100-72032005000100004
- Diamond, J. (1999). *Por que o sexo é divertido? A evolução da sexualidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Dunbar, R. I. (2012). The social brain meets neuroimaging. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 101-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.013>
- Favarato, M., Aldrighi, J. M., Fráguas, Jr., Pires, A., & Lima S. (2000). Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprodução & Climatério*, 15(4):199-202.
- Fisher, H. (2010). *Por que amamos*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Record.
- Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Strong, G., Li, H., & Brown, L. L. (2002). The neural mechanisms of mate choice: A hypothesis. *Neuroendocrinology Letters*, 23 (4):92-97.

- Fonseca, H. P., Scapinelli, A., Aoki, T., Aldrighi, J. M. (2010). Deficiência androgênica na mulher. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(5):579-82. doi: 10.1590/S0104-42302010000500021
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para o uso em língua portuguesa. *Clinical and Biomedical Research*, 27, 10-14. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471/828>
- Ibrahim, Z. M., Ahmed, M. R. & Sayed Ahmed, W. A. (2013) Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(6):1173-1180. doi: 10.1007/s00404-012-2677-8
- Ignacio, D. L., Frankenfeld, T. G. P., Fortunato, R. S., Vaisman, M., Werneck-de-Castro, J.P.S., & Carvalho, D.P. (2009). Regulação da massa corpórea pelo estrogênio e pela atividade física. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53:3. doi: 10.1590/S0004-27302009000300003
- Kaplan, H. S. (1977). *A Nova Terapia do Sexo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kendall, B. & Esron, R. (2002). Exercise-induced muscle damage and the potential protective role of estrogen. *Sports Medicine*, 32(2):103-123.
- Kimura, M., Irahara, M., Yasui, T., Saito, S., Tezuka, M., Yamano, ... & Aono, T. (2002). The obesity in bilateral ovariectomized rats is related to a decrease in the expression of leptin receptors in the brain. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 290(4): 1349-1353. doi:10.1006/bbrc.2002.6355
- Kingsberg, S. A., Simon, J. A., & Goldstein, I. (2008). The current outlook for testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 5 Suppl 4:182-193. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00961.x

- Kingsberg, S., Shifren, J., Wekselman, K., Rodenberg, C., Koochaki, P., & Derogatis, L. (2007). Evaluation of the clinical relevance of benefits associated with transdermal testosterone treatment in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4 Pt 1):1001-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00526.x
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sex Behavior*, 31(3), 275-287. doi: 10.1023/A:1015205020769
- Kokot-Kierepa, M., Bartuzi, A., Kulik-Rechberger, B., & Rechberger T. (2012). [Local estrogen therapy--clinical implications-update]. *Ginekologia Polska*, 83(10):772-7.
- Kuhle, B. X. (2007). An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of menopause. *Maturitas*, 57, 329–33. doi: 10.1016/j.maturitas.2007.04.004
- Lara, L. A. S. (2008). *Influência do estrogênio na histomorfometria da parede vaginal: Repercussões na Função Sexual*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-27092013-105629/>
- Lopes, G. P. (2003). Sexualidade: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Em: Fernandes, C. E. (Ed.), *Menopausa e tratamento*. (pp.117-124) São Paulo: Editora Segmento.
- Manson, J. E., & Martin, K. A. (2001). Postmenopausal hormone-replacement therapy. *The New England Journal of Medicine*, 345:34-40. doi: 10.1056/NEJM200107053450106
- Martínez-Jauand, M., Sitges, C., Femenia, J., Cifre, I., González, S., Chialvo, D., & Montoya, P. (2013) Age-of-onset of menopause is associated with enhanced painful and non-painful sensitivity in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 32, 975-981. doi: 10.1007/s10067-013-2212-8
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.

- Mealey, B. L. & Moritz, A. J. (2003). Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontology* 2000, 32(1): 59-81. doi: 10.1046/j.0906-6713.2002.03206.x
- Menezes, A., & Brito, R. C. (2007). Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicologia em estudo*, 12, 133-139. doi: 10.1590/S1413-73722007000100016
- Morton, R. A., Stone, J. R. & Singh, R. S. (2013). Mate choice and the origin of menopause. *PLOS Computational Biology*, 9(6).doi: 10.1371/journal.pcbi.1003092
- Nijland, E. A., Weijmar, W. C., Nathorst-Boös, J., Helmond, F. A., Van Lunsen, R. H., Palacios, S., Norman, R. J., ... Davis, S., (2008). Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(3):646-56. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00726.x
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *Journal of Sex Marital Therapy*.34 (4):325-42. doi: 10.1080/00926230802096358
- Pacagnella, R. C. (2007). *Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo - Brasil)*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-04032008-155259/>
- Pacagnella, R. C., Vieira, E. M., Rodrigues Júnior, O. M., & Souza, C. (2008). Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2): 416-26. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200021
- Pearce, E., Stringer, C., & Dunbar, R. (2013). New insights into differences in brain organization between Neanderthals and anatomically modern humans. *Proceedings of*

the Royal Society B: Biological Sciences, 280,
<http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2013.0168>

- Pedro, A. O., Pinto-Neto, A. M., Costa-Paiva, L. H. S., Osis, M. J., & Hardy, E. (2003). Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Caderno de Saúde Pública*, 19: 17-25. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100003
- Peeyananjarassri, K., Liabsuetrakul, T., Soonthornpun, K., Choobun, T., & Manopsilp P. (2008). Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the gynecological and menopause clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(5):625-32.
- Pinelli, S., D'Erme, A. M., & Lotti, T. (2013). Management of sexual dysfunction due to vulvar lichen sclerosis in postmenopausal women. *Dermatologic Therapy*, 26, 79-82. doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01536.x
- Pinohi, J., Halbe, H., & Hegg, R. (1995). *Menopausa*. São Paulo: Roca.
- Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., & Chedrauí, P. (2012). Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*, 19(11):1224-30. doi: 10.1097/gme.0b013e3182546242
- Presado, M. H. C. V. (2013). *Climatério/Menopausa, Relacionamento Conjugal e Qualidade de Vida*. (Tese de Doutorado, Universidade Aberta, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/2688>
- Revicki, D. A., Margolis, M. K., Bush, E. N., DeRogatis, L. R., & Hanes V. (2011). Content validity of the Female Sexual Function Index (FSFI) in pre- and

- postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8):2237-45.doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02312.x
- Shanley, D. P., Sear, R., Mace, R., & Kirkwood, T. B. (2007). Testing evolutionary theories of menopause. *Proceedings of the Royal Society B*, 1-7. doi: 10.1098/rspb.2007.1028
- Silva, A. C., & Adan, L. F. (2003). Crescimento em meninos e meninas com puberdade precoce. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabologia*, 47:4. doi: 10.1590/S0004-27302003000400014
- Simon, J. A. (2012). Problems of Sexual Function in Menopausal Women. *Menopausal Medicine*, 20(4), 2012. Recuperado de http://www.sart.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Journals_and_Newsletters/Menopausal_Medicine/2012/MenopausalMedicineOctober2012.pdf
- Sousa, R., Sousa, E. & Silva, J. (2000). Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do Índice menopausal de Blatt e Kupperman. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(8):481-7. doi: 10.1590/S0100-72032000000800003
- Stancak, A., & Fallon, N. (2013). Emotional modulation of experimental pain: A source imaging study of laser evoked potentials. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 552. doi: 10.3389/fnhum.2013.00552
- Studd, J. (2007). A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecological Endocrinology*, 23(12):673-81.doi: 10.1080/09513590701708860
- Ting, A. Y., Blacklock, A. D., & Smith, P. G. (2004). Estrogen regulates vaginal sensory and autonomic nerve density in the rat. *Biology of Reproduction*, 71(4): 1397-1404. doi: 10.1095/biolreprod.104.030023

- Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American Journal of Medicine*, 125(1): 37–43.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2011.07.036
- Turna, B., Apaydin, E., Semerci, B., Altay, B., Cikili, N., & Nazli, O. (2005). Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *International Journal of Impotence Research*, 17, 148–153. doi:10.1038/sj.ijir.3901294
- Vasconcelos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M.C.P.P., ... & Giami, A. (2004). A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9(3): 413-419. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300003
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 1-20. doi: 10.1080/00926230590475206
- Wierman, M. E., Nappi, R. E., Avis, N., Davis, S. R., Labrie, F., Rosner, W. & Shifren, J. L. (2010). Endocrine aspects of women's sexual function. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1 Pt 2):561-585. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01629.x
- Ziaei, S., Moghasemi, M., & Faghihzadeh, S. (2010). Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*, 13, 147–156. doi: 10.1080/13697130903009195

Anexos

Anexo 1: Termo de Aprovação

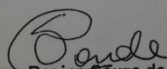
	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
---	--	---

TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 26 de outubro de 2010 o Projeto de Pesquisa intitulado **"FUNÇÃO SEXUAL FEMININA NA PÓS-MENOPAUSA: RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DA RELAÇÃO CONJUGAL E NÍVEIS PLASMÁTICOS DE ESTROGÊNIO (ESTRADIOL) E TESTOSTERONA"** de CAAE 0133.0.440.000-10 e protocolo nº. 116/10-CEP, sob a responsabilidade de Regina Célia Souza Brito, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 28 de outubro de 2010.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 30/01/2011), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).


Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA

CEP /Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Rua Oliveira Belo, 395 –Umarizal – Fone: (091) - 4009.2264, CEP: 66.050-380 – CNPJ: 049.293.45/0001-85 – Belém – Pa.
E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMO DISPOSTO NA RESOLUÇÃO CNS 196/96 E NA RESOLUÇÃO CFP Nº016/2000

Sou aluna do curso de Doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Pará e este é um convite para que você participe de uma pesquisa que será realizada e apresentada ao final do curso, na forma de uma Tese de Doutorado. O título do projeto é “Correlação entre a *INFLUÊNCIA DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E DA VINCULAÇÃO AFETIVA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES NAS FASES REPRODUTIVAS, PERI E PÓS-MENOPAUSA*” e o objetivo deste estudo é Investigar se a função sexual feminina na peri e pós-menopausa, está relacionada ao funcionamento hormonal ou vinculação afetiva. A pesquisa será realizada através da aplicação de dois instrumentos. Não haverá despesas pessoais para as participantes, e nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação, em nenhum momento será mencionado o nome das participantes na pesquisa. Gostaria de ressaltar que caso você se sinta desconfortável ou incomodada, por qualquer motivo, poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Informo ainda, que os resultados finais da pesquisa serão apresentados na forma de Tese de doutorado da pesquisadora, bem como em artigos científicos que derivarem da mesma e apresentações em congressos. Um resumo do trabalho poderá ser fornecido aos participantes que tiverem interesse em conhecer o produto final da pesquisa. Os riscos desta pesquisa recaem unicamente frente ao constrangimento apresentado pela paciente em virtude da apresentação e execução dos questionários. O benefício que esse trabalho poderá trazer aos participantes não é direto e imediato, mas os resultados poderão contribuir para esclarecer acerca da função sexual em mulheres na pós-menopausa. Gostaria de contar com sua colaboração e coloco-me à sua disposição para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Oliveira Belo, 395, telefone (91) 40092264

Caso você concorde em colaborar, assine abaixo.

Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Cibele Nazaré da Silva Câmara
End: Rua Jerônimo Pimentel 426, aptº.402 Umarizal
Fone: 32228292/ 81489060/84124452
Belém, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Regina Célia Souza Brito
End: Trav. Angustura, 3929 Bloco3 aptº 101
Fone:32018480/99871665
Belém, ____/____/____

Anexo 3: Questionário Sociodemográfico

IDADE: _____

FAZ USO DE REPOSIÇÃO HORMONAL () SIM () NÃO

QUAL: _____

PESO:

ALTURA:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO MÉDIO COMPLETO ()

GRADUADO INCOMPLETO ()

GRADUADO COMPLETO ()

PÓS-GRADUADO INCOMPLETO ()

PÓS-GRADUADO COMPLETO ()

Renda individual aproximada: _____

Você tem filhos? () sim () não. Quantos? _____

Quantos moram com você? _____

Quantos são do sexo feminino: _____

Sua orientação sexual:

Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()

Há quanto tempo você está com seu parceiro?

_____ anos _____ meses

Você já teve outros parceiros antes do atual?

A – Sim

Se sim, quantos? _____

B – Não

Você já sofreu algum tipo de violência sexual no decorrer da vida?

A – Sim

B – Não

Você perde urina quando tosse espirra ou faz esforço?

A – Sim

B – Não

Você fez cirurgia para retirada de útero, ovários e trompas (histerectomia Total)

A – Sim

B – Não

Anexo 4: Escala do Amor

Este questionário contém algumas perguntas simples sobre casamento. Por favor, responda todas elas, mesmo que você sinta que algumas delas são muito pessoais.

Suas respostas serão tratadas de forma estritamente confidencial.

Quando você tiver terminado, coloque o questionário dentro do envelope, lacre e devolva-o.

Não existem respostas certas ou erradas.

Não gaste muito tempo em cada questão – é sua primeira impressão que importa.

Escala do vínculo afetivo (Amor)**1) Você gosta da companhia do seu parceiro?**

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

2) Vocês são felizes?

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

3) Você acha seu parceiro atraente?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Mais ou menos
- D – Bastante
- E – Muito

4) Vocês gostam de fazer coisas juntos?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Se estende a isso
- D – Bastante
- E – Muito

5) Você gosta de ficar abraçada com parceiro?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Um pouco
- D – Bastante
- E – Muito

6) Você respeita seu parceiro?

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

7) Você sente orgulho do seu parceiro?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Mais ou menos
- D – Bastante
- E – Muito

8) Seu casamento tem um lado romântico?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – De alguma forma
- D – Bastante
- E – Muito

9) O quanto você ama seu parceiro?

- A – Extremamente
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

*Questões da Escala MARQ***10) Você acha que sexo passa a ter menos importância à medida que você fica mais velho?**

- A – Sim
- B – Sim, um pouco
- C – Talvez
- D – Não muito
- E – Não

11) Seu parceiro acha você atraente?

- A – Muito
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

12) Você já pensou em se separar de seu parceiro?

- A – Nunca
- B – Uma ou duas vezes
- C – Algumas vezes
- D – Frequentemente
- E – Eu pretendo fazê-lo

13) Você era mais feliz antes de se casar?

- A – Sim

B – Não

14) Qual a importância do sexo no seu casamento?

A – Nem um pouco

B – Não muito

C – Bastante

D – Bastante importante

E – Muito importante

15) Você ama seu parceiro agora mais do antes?

A – Sim

B – Não

16) Você encontra satisfação sexual fora de seu casamento?

A – Muito

B – Bastante

C – Alguma

D – Não muito

E – Nem um pouco

17) Se você pudesse escolher, você casaria com a mesma pessoa novamente?

A – Definitivamente

B – Provavelmente

C – Talvez

D – Provavelmente não

E – Definitivamente não

18) Você tem transado contra sua vontade?

A – Muito frequentemente

B – Geralmente

C – Algumas vezes

D – Raramente

E – Nunca

19) Você gosta de livros ou vídeos sexuais/eróticos?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Não me importo
- D – Bastante
- E – Muito

20) Você têm privacidade em sua casa para relação sexual?

- A – Nem um pouco
- B – Não muito
- C – Um pouco
- D – Bastante bem
- E – Muito bem

21) Seu parceiro respeita você?

- A – Muito
- B – Bastante
- C – Mais ou menos
- D – Não muito
- E – Nem um pouco

Referência adaptada de Russell, R. J., & Wells, P. A. (1993). *Marriage and relationships questionnaire (MARQ) handbook*. Kent, England: Hodder & Stoughton.

Anexo 5: Female Sexual Function Index (FSFI) em português.**Instruções:**

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- ☐ 5 = Muito alto
- ☐ 4 = Alto
- ☐ 3 = Moderado
- ☐ 2 = Baixo
- ☐ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual

- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

4 - Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Muito alto
- ☐ 4 = Alto
- ☐ 3 = Moderado
- ☐ 2 = Baixo
- ☐ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Segurança muito alta
- ☐ 4 = Segurança alta
- ☐ 3 = Segurança moderada
- ☐ 2 = Segurança baixa
- ☐ 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

7 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

8 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- ☐ 2 = Muito difícil
- ☐ 3 = Difícil
- ☐ 4 = Ligeiramente difícil
- ☐ 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- ☐ 2 = Muito difícil
- ☐ 3 = Difícil
- ☐ 4 = Ligeiramente difícil
- ☐ 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- ☐ 2 = Muito difícil
- ☐ 3 = Difícil
- ☐ 4 = Ligeiramente difícil
- ☐ 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Muito satisfeita
- ☐ 4 = Moderadamente satisfeita
- ☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ 2 = Moderadamente insatisfeita
- ☐ 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Muito satisfeita
- ☐ 4 = Moderadamente satisfeita
- ☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ 2 = Moderadamente insatisfeita

☐ 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita como relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

☐ 5 = Muito satisfeita

☐ 4 = Moderadamente satisfeita

☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ 2 = Moderadamente insatisfeita

☐ 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

☐ 5 = Muito satisfeita

☐ 4 = Moderadamente satisfeita

☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ 2 = Moderadamente insatisfeita

☐ 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

☐ 0 = Não tentei ter relação

☐ 1 = Quase sempre ou sempre

☐ 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

☐ 0 = Não tentei ter relação

☐ 1 = Quase sempre ou sempre

☐ 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

☐ 0 = Não tentei ter relação

☐ 1 = Muito alto

☐ 2 = Alto

☐ 3 = Moderado

☐ 4 = Baixo

☐ 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum