



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA ASSOCIADO UFTM/UFU

SANDRA CRISTINA ROMANO MARQUEZ REIS

FATORES PREDITIVOS PARA O RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

UBERLÂNDIA
2019

SANDRA CRISTINA ROMANO MARQUEZ REIS

FATORES PREDITIVOS PARA O RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES
CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia,
da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
associada a Universidade Federal de
Uberlândia, como requisito à obtenção do título
de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa S. Pereira
Baldon

UBERLÂNDIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R375f
2019

Reis, Sandra Cristina Romano Marquez, 1967-

Fatores preditivos para o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas [recurso eletrônico]: estudo de base populacional / Sandra Cristina Romano Marquez Reis. - 2019.

Orientadora: Vanessa Santos Pereira Baldon.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.57>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Fisioterapia. 2. Climatério. 3. Qualidade de vida. 4. Mulheres - Sexualidade. 5. Saúde das mulheres. I. Baldon, Vanessa Santos Pereira, 1987-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia. III. Título.

CDU: 615.8

Rejâne Maria da Silva – CRB6/1925



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ATA DE DEFESA

Programa de Pós-Graduação em:	Fisioterapia			
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, PPGFISIO			
Data:	31/07/2019	Hora de início:	09:56	Hora de encerramento:
Matrícula do Discente:	11722FST001			
Nome do Discente:	Sandra Cristina Romano Marquez Reis			
Título do Trabalho:	Fatores de risco e preditores para disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo de base populacional			
Área de concentração:	Avaliação e Intervenção em Fisioterapia			
Linha de pesquisa:	Processo de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica do Sistema Musculoesquelético			
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Assoalho pélvico feminino: avaliação e intervenção fisioterapêutica			

Reuniu-se na Sala **153, Bloco 1N**, Campus Educação Física, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em **Fisioterapia**, assim composta: Professores Doutores: Patricia Driusso - UFSCar ; Ana Paula Magalhães Resende Bernardes - FAEFI/UFU; Vanessa Santos Pereira Baldon - FAEFI/UFU, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Vanessa Santos Pereira Baldon, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Santos Pereira Baldon, Professor(a) do Magistério Superior**, em 31/07/2019, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Driusso, Usuário Externo**, em 31/07/2019, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Magalhães Resende Bernardes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 31/07/2019, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1421408** e o código CRC **1D946D5E**.

Sandra Cristina Romano Marquez Reis

FATORES PREDITIVOS PARA O RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES
CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro associada a Universidade Federal de Uberlândia, como requisito à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa S. Pereira Baldon

Aprovado em: 31 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra.^a Vanessa Santos Pereira Baldon – Orientadora
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Profa. Dra. Ana Paula Magalhães Resende Bernardes
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Profa. Dra. Patrícia Driusso
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo à Deus por me permitir realizar tantos sonhos. Por me permitir tentar errar e acertar e enfim concluir este trabalho e que me mostrou a necessidade da humildade, o quanto somos dependentes uns dos outros, e que enviou muitos anjos para me auxiliarem neste processo tão importante

Ao meu esposo Claudio R. Reis Filho (Caco), meu parceiro, meu amigo, meu amor e maior incentivador pela busca deste título, por tanto carinho, compreensão, dedicação. Obrigada pelos afagos, pelos lanches, almoços, por me fazer sentir capaz.

Obrigada pelas vezes que me senti fragilizada e que mesmo sem me colocar em seu colo, me fazia sentir aconchegada nele. Obrigada meu Amor por cuidar tão bem daqueles que são importantes para mim: Te Amo

Aos meus filhos Isabela e Claudio, meus amores maiores, pela compreensão na ausência e por me fazerem querer cada vez mais, no intuito de ser orgulho e incentivo. Vocês são a maior razão para que eu lute todos os dias por um mundo melhor

Aos meus Pais Wander e Sônia por todos os ensinamentos que superam o Mestrado, todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, respeito, abnegação, dedicação e perdão que vocês me dão a cada dia. Por entenderem minha ausência e pedirem a Deus por mim, me abençoando todos os dias: Amo Muito Vocês

Aos meus sogros Claudio e Amélia, pelos ensinamentos, pelo apoio e orações e por tanta dedicação a minha família, que de forma indireta me permitiram dedicação maior aos meus estudos: Vocês são muito importantes para mim

Aos meus irmãos Ana Cristina, Daniela e Wander Filho que dividem comigo todos os quereres e todos os saberes, mas acima de tudo todas as dores e amores.

Enfim a toda minha família, cunhados, cunhadas, sobrinhos, exemplo de união, que me encorajaram e aplaudiram a cada etapa vencida me estimulando a seguir sempre em frente

Aos amigos de trabalho Luís Fernando, Silvana, Karla, Ana Carolina, Oléguina e Fernanda pelos momentos de cumplicidade e companheirismo além das orações e torcidas.

A meu chefe e amigo André, pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis no trabalho.

À Professora Dra. Luciane Fernandes o incentivo para reiniciar este processo tão enriquecedor, além dos ensinamentos e amizade

À querida co-orientadora Professora Dra. Maria Cristina Meirelles pelo grande presente: o ISA Mulher, pela amizade e tranquilidade que me passava: Admiro muito você

À querida e doce Professora Dra. Juliana Martins, pelo suporte durante todo o desenvolver da minha dissertação, seu auxílio foi fundamental para meu sucesso

À minha querida orientadora Professora Dra. Vanessa Santos Pereira Baldon pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, pela sabedoria como ensina e direciona de forma meiga e tranquila: minha eterna admiração e gratidão por aceitar me orientar respeitando meus limites

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo durante esta jornada, em especial as minhas meninas Ana Laura e Franciele, vocês foram essenciais neste processo

Aos meus amigos e companheiros de trabalho da Equipe Fisio Prime, pelo incentivo e pelo apoio com a torcida de todos. Um por todos e todos por um... PAPFP

À doce e querida Marcella Garcia pelos suporte e paciência dedicados a todos os alunos sem descrição, pelo carinho que sempre teve em me direcionar e socorrer: você é especial

Aos meus alunos que são uns dos responsáveis por querer crescer
e manter-me atualizada

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

À Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa.
Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e
me deu coragem para questionar realidades e
propor sempre um novo mundo de
possibilidades.

À minha querida tia Vera Maria Marquez
Palmério (in memorian), exemplo de
Sabedoria, Amor e Dedicação, sei
ensinamentos vão além do que se espera, você
tem minha eterna admiração: SAUDADE!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar fatores preditivos para o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas. Trata-se de estudo transversal de base populacional realizado por inquérito domiciliar. As medidas investigadas foram características sociodemográficas, sintomas depressivos (CES-D), nível de atividade física (IPAQ), risco de disfunção sexual (QS-F), autoavaliação de saúde e satisfação com o sono (extraídos do WHOQOL breve). Foi realizada regressão logística hierárquica, em três blocos, com significância de 5%. Participaram do estudo 381 mulheres climatéricas, sexualmente ativas com média de idade de 55,04 ($\pm 7,21$) anos; escolaridade 8,49 ($\pm 4,93$) anos, 82,7% afirmou ter companheiro e 72,17% relataram renda insuficiente. Quanto à autoavaliação de saúde 34,38% estão insatisfeitas, 26% estão insatisfeitas com o sono e 26% foram classificadas com sintomas depressivos. Quanto ao nível de atividade física (IPAQ), 16,3 % foram consideradas ativas. A prevalência de risco para disfunção sexual foi de 38,3%. Todas as variáveis investigadas foram associadas com risco para disfunção sexual ($p<0,05$). No modelo final, os preditores de risco de disfunção sexual foram baixa satisfação com o sono ($OR=4,20$; IC95% 2,32-7,62), idade avançada ($OR=1,04$; IC95% 1,00-1,08), baixa escolaridade ($OR=0,90$; IC95% 0,85-0,97) e ter companheiro ($OR=0,35$; IC95% 0,16-0,76). Esses aspectos merecem atenção da equipe de saúde, no sentido de prevenir e identificar precocemente o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas.

Palavras-chaves: Saúde da mulher, Saúde sexual, Saúde Global, Qualidade de vida

ABSTRACT

This study aimed to identify predictive factors for the risk of sexual dysfunction in climacteric women. It is a cross-seccional population-based study accomplished by household. The investigated parameters were sociodemographic characteristics, depressive simptomes (CES-D), level of physical activity (IPAQ), risk of sexual dysfunction (QS-F), self-rated health and satisfaction with sleep (extracted from WHOQOL bref). A hierarchical logistic regression was conduted into three blocks with significance of 5%. A total of 381 sexually active climacteric women participated in the study with a mean age of 55.04 (\pm 7.21) years. Schooling 8.49 (\pm 4.93) years; 82.7% claimed to have a partner and 72.17% reported insufficient income. As for the self-rated health 34.38% are dissatisfied, 26% are unsatisfied with their sleep and 26% were classified with depressive simptomes. As for the level of physical activity (IPAQ), 16.3% were considered active. The prevalence of risk for sexual dysfunction was 38.3%. All variables investigated were associated with risk for sexual dysfunction ($P < 0.05$). In the final model, the predictors of risk of sexual dysfunction were low satisfaction with sleep (OR=4.20; IC95% 2.32-7.62), old age (OR=1.04; IC95% 1.00-1.08), low schooling (OR=0.90; IC95% 0.85-0.970) and having a partner (OR=0.353; IC95% 0.163-0.76). These aspects are worthy of attention from the healthcare team, in order to prevent and early identify the risk of sexual dysfunction in menopausal women.

Key Words Women's Health, Sexual Health, Global Health, Quality of Life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ciclo alternativo de resposta sexual humana..... 15

SUMÁRIO

1	REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1	SEXUALIDADE FEMININA	11
1.2	FUNÇÃO SEXUAL	13
1.3	DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA	15
1.4	DISFUNÇÃO SEXUAL NO CLIMATÉRIO	17
2	ARTIGO: Fatores de risco e preditores para disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo de base populacional.	19
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO 1 TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
	ANEXO 2 SUBMISSÃO ARTIGO	49
	ANEXO 3 ISA- MULHER	50

1 REVISÃO DA LITERATURA

Estudar e compreender a sexualidade humana, é considerada uma tarefa complexa, consequente à inherência dos diversos fatores relacionados a ela, sejam eles pessoais, sociais, políticos, religiosos, econômicos, dentre outros, que podem, dentre cada sociedade específica, determinar como as pessoas constroem as suas relações (BESSA, 2013).

Sigmund Freud foi um dos primeiros pensadores que descreveu a sexualidade como um fenômeno diferente do sexo, para além do ato sexual ou de qualquer vínculo exclusivo com a reprodução ou com os órgãos genitais (PERSON, 2005; CAROL, 2013; OLIVEIRA; SEI, 2014).

De acordo com à visão freudiana, a sexualidade é mais voltada para a construção do afeto, pois este defende a ideia de que a sexualidade humana não é simplesmente instintiva, afinal o homem busca o prazer e a satisfação através de diversas modalidades, baseadas em sua história individual indo além das necessidades fisiológicas fundamentais (ZORNIG, 2008).

A partir dessa visão, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975), descreve que a sexualidade faz parte da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito (relação sexual) e não se limita à ocorrência ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas, e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto, a saúde física e mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada um direito humano básico.

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde reafirma que a Sexualidade constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade pode ser expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. No entanto, apesar de inserir todos esses fatores, nem todos são experimentados ou expressos. É influenciada ainda pela interação de elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006).

Além disso a sexualidade, tem grande importância no desenvolvimento e na vida psíquica das pessoas. Pode ser pensada como um traço íntimo do ser humano, onde se manifesta diferentemente em cada indivíduo de acordo com a realidade e experiências vividas pelo mesmo. A mesma deve ser vivida de forma igualitária pelo homem e pela mulher, proporcionando felicidade e bem-estar (BRASIL, 2008).

Os direitos sexuais são abrangidos pelos direitos humanos, sendo reconhecidos pelas leis nacionais e documento internacionais de direitos humanos, além de outras declarações de consenso. Elas incluem o direito de todas as pessoas a serem livres de coerção, discriminação e violência, direito de igualdade, à informação, bem como à educação (COLLUMBIEN et al., 2012). Desta forma a sexualidade é considerada a união final da mente e do corpo (CLAYTON; RAMAMURTHY, 2008).

1.1 SEXUALIDADE FEMININA

Mediante a complexidade da cultura brasileira na análise da sexualidade da mulher, são importantes as tentativas de entender as características da vida sexual, que se apresenta de formas variáveis. Conforme o Cristianismo foi dominando a população, criou-se uma moralidade permanente, que minimizava o prazer, visando apenas a procriação. Dessa forma, atinha-se à saúde reprodutiva da mulher, desconsiderando muitas vezes o ato sexual para o prazer feminino (FOUCAULT, 2012).

Nos primeiros anos do século XX, a mulher era representada pela imagem da “Mulher Bela Adormecida”, figura retirada dos contos de fadas, que mostra uma menina recolhida e inibida, na luta para se encontrar. Analisando esse contexto, a mulher vivia um período de apatia e passividade, até o momento em que ela conquistasse o amadurecimento físico e emocional despertando assim sua sexualidade (XAVIER FILHA, 2007).

Desta forma é necessário que se esclareça a forma como a mulher foi educada por séculos, a oprimir seus sentimentos e vontades, impedida de manifestar seus desejos e fantasias, sem vida sexual própria. Sendo conduzida ao bom comportamento, com a noção de que o sexo está associado a algo proibido (GOZZO et al., 2000). Diamantino et al. (1993) já relatava que a mulher brasileira foi educada para ser obediente, servir, casar, respeitando a seu marido e ter filhos.

De acordo com Gois (1991), a desriminalização da sexualidade relacionada a mulher, tem raiz firmada na história. Não se permitia à mulher passar pela fase de mulher, elas eram educadas a serem filhas e mães sem se sentirem mulher (GOIS, 1991; GOZZO, 2000).

A independência financeira da mulher e o surgimento da pílula anticoncepcional proporcionou uma maior liberdade sexual à mulher, permitindo a ela vivenciar sua sexualidade de outras maneiras, e assim fazer a escolha consciente da maternidade. Ainda nesta fase, inicia-se, inclusive, a busca pelos direitos sexuais: contracepção, satisfação sexual, assistência médica (XAVIER FILHA, 2007; FERNANDES; CATÃO, 2008), porém ainda carregando uma educação repressora, baseada na moral cristã (GEZONI, 2011).

Esta mudança se deu no início dos anos 70, com o incentivo do movimento feminista que começa a adquirir espaço na esfera política (MARQUES; FERREIRA, 2008), e desta forma conquistando e desmistificando os direitos sexuais e de reprodução, redirecionando a atenção dos serviços de saúde para a promoção da saúde da mulher, não só como intuito reprodutivo (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

No entanto mesmo vivenciando esta liberdade, as mulheres ainda se sentem oprimidas e com sentimento de culpa. Cansadas com a rotina de multifuncionalidade, muitas vezes procuram satisfazer seu parceiro, sem que se sinta envolvida dentro do contexto da sua satisfação pessoal (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

“A possibilidade de uma sexualidade que corresponda aos nossos desejos [...] dependerá de uma luta que o jovem deve enfrentar por uma nova moral sexual, que supere o poder castrador e passe para uma fase de encontro entre o prazer e a responsabilidade” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999, p. 239)

De acordo com Figueiredo e Frigo (2014), uma vez que a mulher contempla múltiplos papéis sociais e que demanda esforços contínuos no dia a dia, ela precisou se reinventar através do tempo. A influência da relação dela com o mundo, veio da construção de uma nova forma de se ver e enxergar o mundo, é resultado da transformação física, psicológica e fisiológica de cada ciclo da vida (OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008).

1.2 FUNÇÃO SEXUAL

A saúde sexual é uma parte importante da saúde reprodutiva humana, porém não é responsável apenas pela função essencial da reprodução na natureza, mas também influí significativamente na qualidade de vida humana, nas condições psicológicas e físicas, no bem-estar social e familiar (LEVIN, 2002).

O conceito de saúde sexual é descrito como algo “enriquecedor” e que “realça” a personalidade, a comunicação e o amor. É a integração dos aspectos somáticos, intelectuais e sociais do ser sexual, é fundamental o direito de todos à informação sexual e o direito ao prazer (WHO, 1975 e 2012).

Desta forma a resposta sexual bem-sucedida inúmeras vezes vai depender de uma incompreensível influência hormonal e fisiológica altamente susceptível aos efeitos de fatores emocionais (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Intitulada como *Human Sexual Responses* (1966), uma das primeiras pesquisas realizadas sob o ponto de vista fisiológico da sexualidade, foi a do médico Willian Howell Master e da psicóloga Virgine Eshelman Johnson. A resposta do corpo humano à estimulação erótica durante a masturbação e o ato sexual, foi descrita de forma detalhada. O objetivo era desenvolver um trabalho científico sobre o ato sexual e o orgasmo, tanto no homem quanto na mulher. O estudo foi realizado com 382 mulheres e 312 homens voluntários, no qual foi evidenciado o primeiro ciclo da resposta sexual (MASTERS; JOHNSON, 1966 APUD CAROL, 2013; SENA, 2010). O modelo foi constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução (MENDONÇA et al., 2012).

A fase de excitação pode apresentar duração de minutos a horas. Descrita como um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. É a estimulação psicológica por pensamentos, emoções e fantasias, e/ou fisiológica, não somente o toque (tato), mas também a visão, o olfato, o paladar e a audição. Caracteriza-se basicamente por dois fenômenos: vasocongestão e miotomia (MASTERS; JOHNSON, 1979; MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; VIEIRA, 2016).

O platô demonstra uma excitação contínua, onde a vasocongestão atinge sua extensão máxima, prolongando-se de 30 segundos a vários minutos. Segundo Masters e Johnson, nesta fase são sustentados e intensificados altos níveis de excitação sexual, preparando para o orgasmo (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; VIEIRA, 2016).

Já o orgasmo trata-se do ápice do prazer, do pico da excitação sexual. Fisiologicamente, é a fase mais curta das fases dispostas por Masters e Johnson, durando de 20 a 60 segundos. É uma descarga de imenso prazer, é “tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, seguido de um relaxamento corporal”. Ocorre vasocongestão e miotomia rítmica da região pélvica,

apresentando contrações musculares cadenciadas que determinam sensações físicas agudas sincronizadas de grande sensação de prazer, seguidas por um brusco relaxamento e involução da resposta (resolução) (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; VIEIRA, 2016).

A última fase do ciclo é a resolução, também chamada fase de detumescência, tem duração de minutos a horas. Segundo Masters e Johnson é a fase que o corpo retoma sua condição normal, ou seja, é o estado de ausência de estimulação sexual. É um estado subjetivo de bem-estar onde predomina o relaxamento muscular, a lassidão e certo torpor, desaparecendo com a fase orgástica. Em caso de orgasmos múltiplos, a mulher tende a se manter no estado de platô, sem retroceder para a fase de excitação e no caso de não orgasmo, a fase da resolução é mais vagarosa (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; AMBROGINI et al., 2011; VIEIRA, 2016).

Porém na década de 70, Helen Kaplan propôs modificação do ciclo, eliminando as fases de platô, onde acreditou ser uma mesma fase da excitação e a resolução, por considerar ser uma ausência da resposta sexual. A autora sugere um modelo trifásico da resposta sexual o qual é composto pelas fases do desejo, da excitação e do orgasmo (KAPLAN, 1979).

Para Kaplan (1979), o desejo é definido como um conjunto de sensações produzidas pela ativação de um estímulo sensorial (audição, visão, olfato, etc.) específico assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias que, quando ativado, induz sensibilidade genital, receptividade a atividade sexual ou, simplesmente, agitação, que irão desaparecer após satisfação sexual (orgasmo).

Em 2001, Rosemary Basson propôs um novo modelo circular de resposta sexual feminina (figura 1). Com o reconhecimento da complexidade da função sexual feminina, foi possível delimitar fronteiras entre homem e mulher neste campo, uma vez que estes reagem de maneiras diferentes. A autora conduziu para a evolução dos modelos não lineares de resposta sexual que consideravam a importância dos fatores não biológicos, tais como, a intimidade emocional, a satisfação no relacionamento e o estímulo sexual (MENDONÇA et al., 2012).

O novo modelo valoriza a resposta e a receptividade feminina, sendo o desejo de intimidade, ao invés do impulso biológico, o deflagrador do ciclo de resposta sexual. Neste modelo, a mulher inicia a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro e atinge progressivamente graus de excitação, motivada pela intimidade ou por outras razões não sexuais. A aproximação emocional do casal, a cumplicidade, a tolerância em relação aos defeitos de cada um, as expectativas de agradar o parceiro, a comunicação fluente e a liberdade de poder estar confortável no relacionamento, são fatores motivadores para ativar o ciclo (BASSON, 2001).

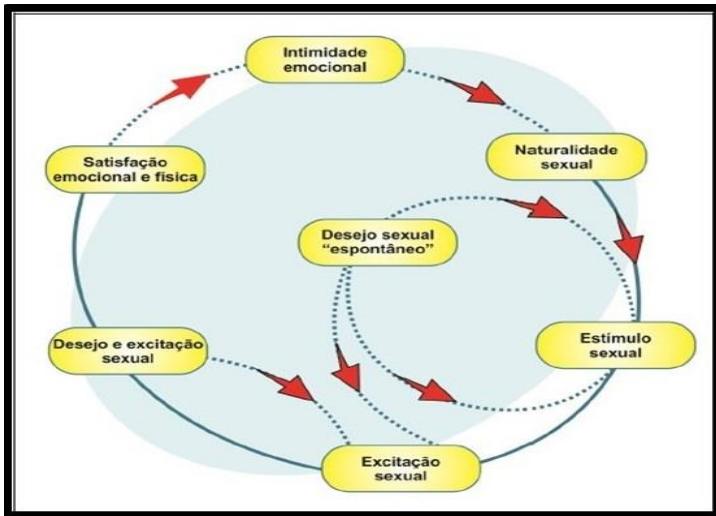


FIGURA 1. Ciclo alternativo de resposta sexual humana começando com a neutralidade sexual. A vontade de experimentar excitação e desejo subsequente decorre de um desejo de aumentar a intimidade emocional (Adaptado de BASSON, 2001).

Sendo assim, nos últimos anos o modelo de resposta sexual sofreu um redirecionamento, deixando a forte conotação genital para uma abordagem mais ampla da resposta sexual feminina (BASSON, 2005).

A excitação sexual subjetiva, que é conhecida como sentir prazer sexual e se excitar sexualmente por estímulos físicos e mentais, é mediada pelo cérebro e difere da excitação sexual genital, que é o ingurgitamento físico dos órgãos genitais e lubrificação vaginal (BASSON et al. 2010). Sand e Fisher (2007), após aplicação de um questionário (FSFI) para investigar sobre a sexualidade feminina, sugeriram que o modelo de Basson (2001), reflete melhor os problemas sexuais femininos.

1.3 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

O comprometimento da função sexual das mulheres resulta em disfunção sexual (HAYES et al., 2008). A disfunção sexual (DS) é definida como um transtorno no ciclo da resposta sexual ou dor associada à relação sexual, que resulta em sofrimento pessoal e pode interferir tanto na qualidade de vida quanto nas relações interpessoais da mulher (FERREIRA et al., 2007). Apresentando impacto negativo em todos os aspectos da vida inclusive na qualidade de vida, a DS é considerada um problema multifatorial (BERMAN et al., 1999; FERREIRA et al., 2007).

A edição mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM 5, 2013), traz que a disfunção sexual feminina (DSF) é um termo genérico para quatro distúrbios distintos o Transtorno Orgâsmico Feminino, Transtorno do Interesse Sexual Feminino / Despertar (FSIAD, que engloba o anteriormente denominado Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo e Desordem da excitação Sexual Feminina no DSM IV), Transtorno da Dor / Penetração Genito-Pélvica (que engloba o que anteriormente era denominado vaginismo e dispareunia) e DS Induzida por Substância / Medicamentos.

Pode-se dizer que a DSF é comum entre as mulheres, podendo acometer todas as idades e raças (SONG et al., 2008; ASLAN et al., 2008). Porém a prevalência aumenta com a idade, multiparidade e menopausa, sendo considerados fatores de risco importantes (JAHAN et al., 2012). Considerando entre os diversos países, a prevalência de DSF é de 25,8 a 91%. Diversos fatores que podem afetar a função sexual das mulheres, como fatores biológicos, sociais, médicos, psicológicos, interpessoais e intrapessoais (BASSON et al., 2000; KHAJEHEI; DOHERTY; TILLEY, 2015).

O estudo epidemiológico americano National Health and Social Life Survey demonstrou que 43% das mulheres americanas entre 18 e 59 anos, apresentava algum tipo de DS (LAUMANN; PAIK; ROSE, 1999). Corroborando com tal estudo, Basson e colaboradores (2000), descrevem a DS como sendo altamente prevalente, incidindo em 20 a 50% da população feminina. Uma extensa revisão sistemática em 2004, sobre disfunções sexuais femininas, constatou uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, 35% com disfunção de orgasmo, 31% de excitação e 26% de dispareunia (WEST; VINIKOOR; ZOLNOUM, 2004). Na Índia um estudo realizado em 149 mulheres, 72,3% apresentaram DS (SINGH et al., 2009).

No Brasil uma pesquisa realizada com 3.148 mulheres em 18 cidades, denominado Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), observou que 51% delas referiam alguma DS (ABDO, 2004). Um estudo semelhante, sobre o comportamento sexual realizado em 7 estados brasileiros, com 1.219 mulheres maiores de 18 anos, revelou que a prevalência de DSF aumentou de acordo com a idade e o baixo nível educacional. Pelo menos uma DS foi relatada por 49,0% das mulheres; 26,7% afirmaram falta de desejo sexual; 23,1% dor durante o intercurso sexual; e 21% disfunção orgástica (ABDO et al., 2004). Um outro estudo de corte transversal realizado por Cavalcanti et. al. (2014), com 173 mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, demonstraram que 46,2 %, apresentaram DSF, avaliada por meio do instrumento QS-F.

Apesar de mostrar-se relevante, a DSF feminina ainda é considerada uma área relativamente inexplorada. A escassez de pesquisas bem realizadas, dificulta o embasamento em evidências na prática clínica. Porém percebe-se que os métodos avaliativos de medição,

especialmente os dados de autorrelato, são considerados tão eficientes quanto os conceitos que pretendem quantificar (EVERAERD; BOTH, 2001)

1.4 DISFUNÇÃO SEXUAL DURANTE O CLIMATÉRIO

No Brasil existem cerca de 30 milhões de mulheres entre 35 e 65 anos, sendo assim 32% da população feminina se encontra na faixa etária em que ocorre o climatério (ARAÚJO et al., 2013). Constatado o predomínio de mulheres na população idosa nas últimas décadas, as mulheres representam 55,5% da população brasileira a partir de 60 anos e 61% dos idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

O climatério é um período biológico do ciclo vital feminino, caracterizado por um estado fisiológico de hipoestrogenismo progressivo que trazem mudanças envolvendo o contexto psicossocial. Tem início por volta dos 40 anos de idade e se estende até os 65 anos, é determinado pela transição da fase reprodutiva para o estado não reprodutivo (UTIAN, 1999; SOBRAC, 2003). Demonstrando ser de domínio clínico, o diagnóstico do climatério é baseado na faixa etária, na alteração do padrão menstrual e manifestações climatéricas. (ALMEIDA, 2003). Considerada um evento pontual no decorrer do climatério, a menopausa é caracterizada pela finalização permanente da menstruação após um período de 12 meses consecutivos. Podendo ocorrer de forma espontânea entre os 45 a 50 anos de idade (BRASIL, 2008; NAPPI e LACHOWSKY, 2009).

O climatério nem sempre está relacionado a alterações psíquicas (emocionais) ou físicas comuns a este período, mas quando presente denomina-se síndrome climatérica (BRASIL, 2008; SERRÃO, 2008) tais manifestações podem ser apresentadas de acordo com a queda gradual dos hormônios e, principalmente, da individualidade da mulher (VALENÇA, FILHO NASCIMENTO; GERMANO, 2010).

Os sintomas mais comuns podem ser classificados de curto prazo, como os sintomas vasomotores, são eles fogachos e as palpitações, sudorese, calafrios, cefaleias, as manifestações de atrofia do sistema geniturinário, o ressecamento de pele e mucosas e ainda alterações psíquicas, que podem ir de cansaço à insônia, perda de memória e depressão. Já as manifestações a longo prazo são principalmente a osteoporose e doenças cardiovasculares (APPOLINÁRIO et al., 2001; ALFRADIQUE et al., 2009; FEBRASGO, 2010).

A alteração hormonal e seus efeitos sistêmicos podem prejudicar a função sexual da mulher no climatério. Um estudo realizado por Valadares et al. (2008) concluiu que mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, passando pela transição da menopausa ou pós menopausa, apresentam DS de forma significativa. Relataram ainda que não ter um parceiro sexual; relatos de ondas de calor, insônia, depressão, nervosismo, sedentarismo, hipertensão arterial ou incontinência urinária; e a má percepção da saúde apresentam uma associação a um escore de sexualidade abaixo da mediana.

Corroborando com isso Dennerstein (2008), descreve que o padrão de desempenho sexual em mulheres durante o climatério, pode apresentar alteração por consequência de transtornos psicológicos (depressão, ansiedade), humor alterado (irritabilidade, nervosismo), do uso de medicações que inibem a libido (antidepressivos) e da qualidade no relacionamento com o seu parceiro. Um outro fator biológico que reduz a resposta sexual é a fadiga, proveniente da falta de sono (resultante, por exemplo de insônia, distúrbios de humor, apnéia do sono, jovem maternidade) (BASSON, 2001).

Uma pesquisa on-line, com 15.048 mulheres heterossexuais moradoras de Flanders (Norte da Bélgica), com idade entre 16 e 74 anos, revelou que a idade avançada das mulheres está significativamente associada às dificuldades em todas as disfunções sexuais (HENDRICKX; GIJS; ENZLIN, 2015).

Dessa forma com o aumento da expectativa de vida, as mulheres passam a viver um terço de sua vida durante o climatério, convivendo com as mudanças hormonais advindas deste processo, o que revela um impacto significativo em sua qualidade de vida (MELO et al., 2016).

Sabendo que o climatério é um influenciador na qualidade das mulheres e a sexualidade um importante marcador de bem-estar e considerada um dos pilares de qualidade de vida, é determinante saber os fatores que podem interferir na vida sexual de mulheres no climatério.

ARTIGO

FATORES PREDITIVOS PARA O RISCO DE DISFUNÇÃO PARA DISFUNÇÃO
SEXUAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Artigo submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva

FATORES PREDITIVOS PARA O RISCO DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

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

Sandra Cristina Romano Marquez Reis¹

Juliana Martins Pinto²

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh²

Shamyr Sulyvan de Castro³

Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles⁴

Vanessa Santos Pereira Baldon¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Associativo Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. R. Benjamin Constant, 1286 – Bairro Nossa Sra. Aparecida. 38400-678 Uberlândia – MG.

cacosandra1@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Associativo UFTM/UFU, Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde, UFTM. Uberaba MG Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

⁴ Curso de Fisioterapia, UFTM. Uberaba MG Brasil.

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

Palavras-chaves: Saúde da mulher, Saúde sexual, Saúde Global, Qualidade de vida

ABSTRACT This study aimed to identify predictive factors for the risk of sexual dysfunction in climacteric women. It is a cross-sectional population-based study accomplished by household survey with sample of 381 menopausal women sexually active. The investigated parameters were sociodemographic characteristics, depressive symptoms (CES-D), level of physical activity (IPAQ), risk of sexual dysfunction (QS-F), self-rated health and satisfaction with sleep (WHOQOL bref). Hierarchical logistic regression was conducted into three blocks with significance of 5%. A total of 381 sexually active women participated in the study with a mean age of 55.04 (\pm 7.21) years. The prevalence of risk for sexual dysfunction was 38.3%. All variables investigated were associated with risk for sexual dysfunction ($P < 0.05$). In the final model, the predictors of risk of sexual dysfunction were low satisfaction with sleep (OR=4.20; IC95% 2.32-7.62), old age (OR=1.04; IC95% 1.00-1.08), low schooling (OR=0.90; IC95% 0.85-0.97) and having a partner (OR=0.35; IC95% 0.16-0.76). These aspects are worthy of attention from the healthcare team, in order to prevent and early identify the risk of sexual dysfunction in menopausal women.

Key Words Women's Health, Sexual Health, Global Health, Quality of Life

Introdução

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

A alta prevalência de DSF na meia idade pode estar relacionado ao impacto dos sintomas do climatério na qualidade de vida⁷. Fernandes et al.⁸ observaram que mulheres tendem a apresentar alterações na sua sexualidade especialmente quando apresentam sintomas característicos da síndrome climatérica, como fogachos, insônia, nervosismo, depressão, além de hipertensão arterial, incontinência urinária, ausência de parceiros fixos ou com uma autopercepção negativa do seu estado geral.

Identificar fatores de risco associados à DS em mulheres climatéricas contribui para orientar ações estratégicas para o planejamento e a promoção de serviços e atenção apropriados de saúde sexual pautadas em medidas preventivas. Tais descobertas também podem contribuir significativamente para o conhecimento da saúde sexual das mulheres⁹. Apresentados de forma diferenciada por cada país, os preditores são multifacetados. Em revisão sistemática McCool-Myers et al¹⁰ relata como fatores de risco significativos da disfunção sexual feminina em mulheres em fase reprodutiva a saúde física precária, saúde mental precária, estresse, aborto, problemas geniturinários, mutilação genital feminina, insatisfação com relacionamento, abuso sexual e ser religioso. Descreve ainda como Fatores protetores significativos a idade avançada no casamento, Atividade Física, afeto diário, comunicação íntima, imagem corporal positiva e

educação sexual. O mesmo autor enfatiza que o conhecimento dos potenciais fatores de risco ou de proteção, podem auxiliar os profissionais de saúde a identificar populações de risco, revelando fatores modificáveis para prevenir a DSF¹⁰.

No entanto pouco se sabe sobre os preditores para risco de DSF em mulheres climatéricas brasileiras pois os estudos referentes a isso são escassos.

Sabendo que o climatério influencia a vida das mulheres e a sexualidade um importante marcador de bem-estar, considerada uma das facetas de qualidade de vida, torna-se essencial saber quais fatores que podem interferir na vida sexual de mulheres no climatério. Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar fatores preditivos para o risco de DS em mulheres climatéricas e sua associação com os fatores sociodemográficos, autoavaliação da saúde global, satisfação com o sono e prática de atividade física.

Método

Delineamento, amostragem e coleta de dados

O presente estudo foi desenvolvido com dados secundários do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba-MG, realizado entre 2014 e 2015. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com amostra representativa da população feminina do município. O processo de amostragem deu-se de forma aleatória estratificada em dois estágios, sendo estes os setores censitários e os domicílios, de acordo com o Censo/2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram entrevistadas 1557 mulheres residentes na cidade de Uberaba-MG, com idade a partir de 18 anos que compreenderam os objetivos da pesquisa e concordaram em responder ao protocolo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas no domicílio, por entrevistadoras do sexo feminino, treinadas e devidamente identificadas, coordenadas por docentes, pesquisadores e bolsista de apoio técnico. O treinamento compreendeu a aplicação dos questionários, noções e técnicas

para entrevista, bem como, estudo piloto com amostra de conveniência. Além disso, receberam manual dos questionários a serem utilizados durante o treinamento. O conteúdo do protocolo de pesquisa foi elaborado especialmente para o estudo, mediante a seleção de instrumentos e medidas validadas para a população brasileira. Foi composto por um bloco geral ao qual, todas as participantes responderam e por blocos específicos aplicados de acordo com os filtros, aos quais somente respondiam aquelas mulheres que apresentavam determinada condição social, econômica ou de saúde.¹¹ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, sob CAAE nº 1826/2010.

O cálculo amostral considerou a ausência de conhecimento a priori sobre as estimativas das prevalências dos eventos de interesse (todos foram considerados iguais à 50%); nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5% e 20% de perdas, resultando em uma amostra de 1.530 mulheres.

Para esse estudo, foi selecionada uma subamostra composta por 381 mulheres com 45 anos ou mais, período considerado de climatério ou pós-climatério^{8,12}, sexualmente ativas (que realizaram ao menos uma relação sexual nos últimos seis meses que precederam a entrevista)¹³, pois essa subamostra respondeu ao instrumento referente ao Quociente Sexual, objeto desse estudo. Foram excluídas ainda as mulheres que apresentavam ciclo menstrual regular e aquelas que faziam uso de anticoncepcional ou terapia de reposição hormonal.

Variáveis e medidas

O risco para disfunção sexual (RDS) foi avaliado pelo instrumento denominado Quociente Sexual - versão feminina (QS-F)¹³, validado no Brasil, que contém 10 itens escalares para os quais as participantes respondiam sobre a frequência com a qual vivenciaram cada disfunção. O resultado do padrão de desempenho sexual é calculado por meio da seguinte fórmula: $2x (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5-Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$, onde Q = questão e

[5-Q7] = a questão sete requer que se faça previamente a subtração e que o resultado desta, entre na soma das questões. Mulheres com pontuação de 0 a 20 representam um padrão de desempenho sexual nulo a ruim; 22 a 44 de ruim a desfavorável; 42 a 60, desfavorável a regular; 62 a 80, regular a bom; 82 a 100 de bom a excelente. O escore variou entre 0 e 100, sendo o maior o escore correspondente a melhor desempenho sexual. As mulheres cujo escore foi menor que 60 foram classificadas no grupo de RDS.

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

Os sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de rastreio CES-D - *Center for Epidemiological Studies - Depression* (Radloff, 1977), validada no Brasil por Batistoni et al, 2010).¹⁶ O instrumento é composto por 20 itens, que compreendem a avaliação da frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista (0=nunca ou raramente, 2=às vezes, 3=maioria das vezes ou sempre). O escore final varia de 0 a 60 pontos; os itens 4,

8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente. O ponto de corte da escala CES-D¹⁶ para identificar presença de sintomas depressivos é de >16 pontos.

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

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

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

Análises estatísticas

A amostra foi caracterizada por meio de medidas de posição, dispersão e frequências. Posteriormente, foram realizadas comparações de médias (test t de Student para amostras independentes) e proporções (teste qui-quadrado) entre as variáveis independentes e os grupos

com e sem RDS. As influências do nível de atividade física, das condições de saúde e das características sociodemográficas sobre o RDS foram testadas mediante regressão logística hierárquica (em blocos), pelo método *enter*. No bloco 1, foi inserido o nível de atividade física; no bloco 2 foram inseridas as condições de saúde (sintomas depressivos, autoavaliação de saúde e satisfação com o sono); e no bloco 3, foram inseridas as características sociodemográficas (idade, escolaridade, companheiro e renda). As análises foram realizadas programa estatístico SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences*), versão 24 para Windows, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

Resultados

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

Tabela 1. Características sociodemográficas, da saúde e atividade física da amostra ISA-Mulher, Uberaba- MG, 2015.

	N	Frequência relativa (%)
Companheiro		
Sim	315	82,70
Não	66	17,30
Suficiência de renda		
Insuficiente	275	72,17
Suficiente	106	27,82
Sintomas depressivos		
Sim	99	27,42
Não	262	72,57
Autoavaliação de saúde		

Ruim/muito ruim/regular	131	34,38
Boa/muito boa	250	65,62
Satisfação com o sono		
Insatisfeita	99	26,05
Satisfeita	281	73,95
Nível de atividade física		
Ativa	62	16,30
Insuficientemente ativa	10	2,60
Sedentária	309	81,10
Risco de disfunção sexual		
Com risco	146	38,30
Sem risco	235	61,70

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

Na tabela 2, estão apresentadas as distribuições de frequências e médias das variáveis sociodemográficas e de saúde, de acordo com a presença ou ausência de RDS. Todas as variáveis investigadas foram significativamente associadas com RDS. Entre as mulheres com risco, a média de idade foi maior enquanto a média de escolaridade foi menor, quando comparadas às mulheres sem risco. Maiores proporções de mulheres sem risco foram encontradas entre aquelas que tinham companheiro e que consideravam a renda suficiente. Do total de mulheres categorizadas com depressão, 54% encontravam-se no grupo de RDS. O grupo de mulheres com pior percepção de saúde global (50,4%) foi显著mente maior entre as classificadas no grupo de risco quando comparadas com as mulheres sem RDS ($p<0,001$). A proporção de mulheres que relataram estar insatisfeitas com o sono (64,6%) foi maior entre as mulheres com RDS.

Tabela 2. Comparação entre a presença de RDS e os dados sociodemográficos e de saúde

		Risco de Disfunção Sexual (RDS)		p
*m(DP) **N/ F(%)		Sem risco	Com risco	
Idade (anos)*		54,1 (6,8)	56,6 (7,6)	0,001
Escolaridade (anos)*		9,2 (5,2)	7,3 (4,0)	<0,001
Companheiro**	Sim	52 (78,8)	14 (21,2)	0,001
	Não	183 (58,1)	132 (41,9)	
Renda**	Insuficiente	160 (58,2)	115 (41,8)	0,015
	Suficiente	75 (70,8)	31 (29,2)	

Sintomas depressivos**	Sim	54 (45,5)	54 (54,5)	<0,001
	Não	178 (67,9)	84 (32,1)	
Autoavaliação de saúde**	Ruim	65 (49,6)	66 (50,4)	<0,001
	Boa	170 (68,0)	80 (32,0)	
Satisfação com o sono**	Insatisfeto	35 (35,4)	64 (64,6)	<0,001
	Satisfeto	199 (70,8)	82 (29,2)	

* m: média, DP: desvio padrão, p: Test t independente, considerando $p \leq 0,05$. **N: número de respondentes, F: frequência, p: Teste Qui-quadrado (χ^2), considerando $p \leq 0,05$.

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

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

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	B	OR	IC 95%	B	OR	IC 95%	B	OR	IC 95%
Atividade Física									
Sedentário		1			1			1	
Insuficiente ativo	-	0,177	0,022-	-	0,220	0,025-	-1,561	0,210	0,018-
	1,732		1,435	1,513		1,964			2,436
Ativo	-	0,496	0,258-	-	0,541	0,268-	-0,449	0,638	0,308-
	0,702	*	0,954	0,615		1,089			1,322
Sintomas depressivos									
Nao				1				1	

Sim	0,514	1,672	0,952-	0,590	1,804	0,989-
			2,938			3,290
Autoavaliação de saúde						
Ruim		1			1	
Boa	0,129	1,138	0,661-	0,023	1,023	0,574-
			1,959			1,826
Satisfação com o sono						
Satisffeito		1			1	
Insatisffeito	1,362	3,905*	2,255-	1,437	4,208*	2,323-
			6,762			7,623
Idade						
			0,043	1,044*		1,007-
						1,082
Escolaridade						
			-0,096	0,908*		0,851-
						0,970
Companheiro						
Não					1	
Sim				-1,041	0,353*	0,163-
						0,767
Renda						
Suficiente					1	
Insuficiente				0,053	1,054	0,573-
						1,940

B: coeficiente não padronizado; OR: Odds Ratio, IC95%: Intervalo de confiança de 95 %;

*p<0,05.

Discussão

No presente estudo foi observado que a baixa satisfação com o sono, a idade avançada, a baixa escolaridade e ter companheiro foram preditores de risco de DS em mulheres climatéricas. Dentre os fatores associados, a insatisfação com o sono foi o principal preditor do RDS, aumentando em quatros vezes as chances de apresentar RDS.

Corroborando com este achado, um estudo realizado através de autorrelato com 93.668 mulheres com idades entre 50 e 79 anos inscritas no estudo observacional da *Women's Health Initiative*, concluiu que sono encurtado e escores elevados de insônia estão associados à DS. Este achado manteve-se mesmo quando foram ajustados outros fatores que poderiam ser

considerados confundidores, mostrando a importância do sono em quantidade e qualidade para função sexual¹⁸, de forma similar ao presente estudo¹⁸.

Em outro estudo transversal realizado com 522 mulheres com idade média de 50 anos sexualmente ativas, foram aplicados questionários com características demográficas, Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Insônia de Atenas e Escala de Classificação de Menopausa. Observou-se que a insônia e a DS se comportaram como fatores associados à deterioração, piorando em três vezes a qualidade de vida em mulheres climatéricas e sexualmente ativas previamente histerectomizadas¹⁹. Desta forma, assim como problemas de fadiga e concentração durante o dia podem estar presentes para aqueles que sofrem de insônia, a diminuição da satisfação sexual também pode representar uma sequela dos sintomas noturnos da insônia. Talvez a natureza crônica da insônia signifique que as mulheres continuarão suas atividades diárias, incluindo a atividade sexual, mas sua percepção e satisfação com essas atividades podem ser afetadas pelas sequelas diurnas de sua insônia¹⁸. De acordo com Basson,²⁰ a fadiga é um outro fator biológico que reduz a responsividade sexual, seja ela por falta de sono resultante, por exemplo de insônia, distúrbios de humor, apneia do sono ou jovem maternidade.

A idade avançada e baixa escolaridade também foram considerados preditores de risco para DS, aumentando em 100% e 90%, respectivamente, a chance de disfunção. Um estudo sobre o comportamento sexual realizado em 7 estados brasileiros, com 1.219 mulheres maiores de 18 anos, revelou que a prevalência de DSF aumentou de acordo com a idade e o baixo nível educacional. Pelo menos uma DS foi relatada por 49,0% das mulheres sendo que a falta de desejo (26,7%) foi a mais prevalente das queixas²¹.

Os resultados também demonstraram que ter companheiro é considerado um importante fator protetor para prevenir RDS. Os resultados do estudo de McColl-Myers et al.¹⁰ corroboram com esse achado. Eles realizaram uma revisão sistemática que incluiu 94 estudos, onde avaliaram a prevalência e os preditores de DSF. Os fatores que consistentemente tiveram um

efeito protetor significativo em todos os domínios foram: idade mais avançada no casamento, exercício, boa saúde geral, intimidade diária e satisfação no relacionamento, ter uma imagem corporal positiva, educação sexual e considerar sexo como importante. Em outro estudo realizado por Cabral et al.²² os resultados mostraram que a maior prevalência (82,7%) de DS ocorreu entre mulheres separadas ou divorciadas. A função sexual na mulher de meia idade parece ser favorecida pela presença de um parceiro sexual.²³

No presente estudo, foi identificado que mulheres consideradas ativas, quando comparadas com as mulheres insuficientemente ativas, apresentam menor probabilidade de se encontrarem em grupo de RDS. Estudos prévios também encontraram resultados semelhantes. Gonçalves et al²⁴ verificaram em um estudo com mulheres de meia idade que os sintomas do climatério se manifestam em menor propensão em mulheres que praticam atividade física.

Entretanto, apesar de a prática de atividade física moderada (30min/dia) estar possivelmente associada a efeitos favoráveis em aspectos psicológico, social e ambiental, estudos sugerem que são necessários pelo menos 60/min dia para efeitos significativos a nível físico.²⁵ Isso pode justificar a não influência da atividade física, quando comparadas as mulheres sedentárias com as ativas neste trabalho, visto que o IPAQ, instrumento utilizado em nosso estudo para avaliar atividade física, preconiza como atividade moderada 150 min/sem o que corresponde a 30 min/ dia.

Outros estudos concluíram que embora a atividade física não influencie em sintomas específicos como vasomotores e sexuais, ela pode melhorar sintomas gerais físicos e psicológicos.^{26, 27} Uma meta-análise realizada por Sternfeld et al.²⁸ relatou resultados inconsistentes, em relação ao efeito da atividade física sobre os sintomas do climatério, que podem de forma indireta refletir na função sexual, com resultados mistos sendo observados para diferentes tipos de sintomas. Os resultados inconsistentes devem-se a diferenças na avaliação da atividade física (tempo e frequência). Além disso a grande maioria desses estudos é

observacional e transversal em seu desenho e sofre de muitas limitações comuns a esse tipo de estudo, incluindo amostras de estudo heterogêneas em relação ao status do climatério.^{29, 30}

O presente estudo mostrou que a pior percepção de saúde global está associada com RDS, sugerindo que a percepção de saúde global de mulheres no climatério e pós-climatério pode ser influenciada pela sexualidade. Neste estudo a avaliação da saúde global foi realizada pela autopercepção da saúde global, pela satisfação com o sono e presença de sintomas depressivos, não sendo incluídas doenças crônicas como artrose, hipertensão, diabetes. Conforme Rudinger et al³¹ a saúde percebida e a forma como as pessoas lidam com problemas de saúde são ainda mais preditivas do que as condições objetivas de saúde avaliadas segundo parâmetros médicos. Dessa forma a insatisfação com sua saúde global é indicador confiável para demonstrar o impacto da saúde na qualidade de vida.

Esta pesquisa tem como limitação o diagnóstico do RDS não ter sido realizada de forma clínica. No entanto, foi utilizado um questionário específico, especialmente elaborado para a população brasileira, traduzido e validado para o português. A ausência de um questionário específico para avaliação da qualidade do sono é também uma limitação deste estudo. Apesar da insatisfação com o sono ter sido demonstrada de forma subjetiva, a autoavaliação realizada pela mulher, seja ela de sua saúde global ou de sua insatisfação com o sono, deve ser considerado como relevante. O sono se mostrou um importante fator preditivo para RDS mostrando a importância de que estudos mais abrangentes sobre o binômio sono-climatério sejam planejados e executados.

Embora tenha se verificado um crescente aumento epidemiológico sobre as DSF nos últimos anos, parece não ter havido progresso na abordagem empregada para avaliar o problema. Devido à alta prevalência de DS, a abordagem pelo profissional de saúde se mostra ainda insipiente³². De acordo com uma pesquisa internacional conduzida pela The Women's Sexual Health Foundation, as mulheres estão procurando por profissionais relacionados com

sua função sexual, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida. No entanto menos de 9% dos médicos tem iniciativa para inquirir sobre as queixas sexuais de suas pacientes.³³

Em uma pesquisa realizada com 3.148 mulheres pesquisadas em 18 cidades brasileiras, 32,4% apresentaram queixas sexuais não relatadas ao seu ginecologista. Esse fato foi relacionando à vergonha da mulher e a falta de habilidade e preparo do profissional em abordar o assunto³⁴. Os dados do presente estudo demonstram a importância de que todos os profissionais de saúde atentem-se as DS nas mulheres climatéricas e aos fatores de risco associados a ela, buscando tratá-los com a participação de uma equipe multidisciplinar. A identificação de preditores de risco e seus efeitos, podem ajudar os profissionais de saúde a detectar melhor e potencialmente evitar o aparecimento e agravamento de maiores problemas性uais.

O presente estudo traz um novo olhar a respeito dos fatores de risco e preditivos para DS em mulheres climatéricas, como o fato do sono ser um importante fator preditor conforme mostra a análise multivariada. Novos estudos longitudinais devem ser realizados para que se possa demonstrar novas possibilidades a respeito da relação de causa e efeito dos fatores de risco e preditivos sobre a DSF. A partir dos resultados do presente estudo, conclui-se que a insatisfação com o sono, a idade avançada, a renda insuficiente, a baixa escolaridade e não ter um companheiro são fatores preditivos para o RDS em mulheres climatéricas. A queixa de depressão e a pior percepção de saúde global também foram identificadas como fatores de RDS e também devem ser abordadas em políticas públicas voltadas a melhora da função sexual feminina.

Colaboradores

SCRM Reis: Participação na concepção, execução, análise, redação e aprovação do manuscrito final.

JM Pinto: Participação na análise, redação e aprovação do manuscrito final.

SS Castro: Participação na concepção, execução, redação e aprovação do manuscrito final

IAP Walsh: Participação na concepção, execução, redação e aprovação do manuscrito final
 MCCC Meirelles: Participação na concepção, execução, redação e aprovação do manuscrito final

VSP Baldon: Participação na execução, análise, redação e aprovação do manuscrito final.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento do projeto e à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

1. American Psychiatric Association. DSM-5 task force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: an internet-based survey. *J Sex Med* 2008; 5(7):1694-701.
3. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008; 5(9):2044-2052.
4. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18(3):423-33.
5. Jahan MS, Billah SM, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. *J Obstet Gynaecol Res* 2012; 38(1):329-35.
6. Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(4):256-60.
7. Chedraui P, Pérez-López FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas* 2011; 68(4):387-390.
8. Fernandes ALRV, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women age 40 to 65 years or more of formal education: associated factors. *Menopause* 2008; 15(2):264-269.
9. Ishak I, Low W, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: A survey finding. *J Sex Med* 2010; 7(9):3080-3087.

10. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):108.
11. Buranello, MC. Prática de exames preventivos, risco familiar e fatores associados ao câncer de mama: inquérito de saúde da mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. *Cien Saude Colt* 2018; 23(8):2661-2670.
12. Utian WH. The International Menopause Society menopause related terminology definitions. *Climacteric* 1999; 2(04):284–286.
13. Abdo CHN, Moreira Junior ED, Wroclawski ER, Fittipaldi JAS. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Méd [periódico na Internet].* 2006
14. Matsudo SM, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reproduzibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001; 6 (2):5-18.
15. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reproduzibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência do Movimento* 2004; 12(1):25-33.
16. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino AP. Validity and reliability of the Brazilian version of the Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) in Brazilian elderly. *Psico USF.* 2010;15(1):13-22.
17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “whoqol – bref”. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
18. Kling JM. Manson JE, Naughton MJ, Temkit M, Sullivan SD, Gower EW, Hale L, Weitlauf JC, Nowakowski S, Crandall CJ. Association of sleep disturbance and sexual function in postmenopausal women. *Menopause* 2017; 24(6):604–612.
19. Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A, Beltrán-Barrios T. Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Sci* 2018; 11(2):99-105.
20. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther* 2001; 27(1):33-43.
21. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004; 16(2):160-166.
22. Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, Eleutério J Jr, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middleaged women. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120(3):271-274.

23. Dennerstein L, Lehert P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. *Menopause* 2004;11(6 Pt 2):778–85.
24. Gonçalves AKS, Canário ACG, Cabral PUL, Silva RAH, Spyrides MHC, Giraldo PC, Eleutério JJ. Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2011 Out-Nov [acessado 2019 Fev 19]; 33(12):408-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n12/v33n12a06.pdf>.
25. Guimarães ACA, Baptista F. Habitual Physical Activity and Quality of Life of Middle-aged Women. *Rev Bras Med Esporte* 2011; 17(5):305-309.
26. McAndrew LM, Napolitano MA, Albrecht A, Farrell NC, Marcus BH, Whiteley JA. When, why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. *Maturitas* 2009; 64(2):119–125.
27. Mirzaeinmabadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *Int J Nurs Pract* 2006 Jan 10; p. 28–34.
28. Sternfeld B, Dugan S. Physical activity and health during the menopausal transition. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3):537–566.
29. Collins A, Landgren BM. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study. *Maturitas* 1994; 20(3):101–111.
30. Moilanen J, Aalto AM, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas* 2010; 67(4):368–374.
31. Rudinger GE, Thomae H. The bnn longitudinal study of aging: copingm life adjustment, and life satisfaction. In: Baltes PB, Baltes MM. Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University; 1990. p. 1-34.
32. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005 May 10; 172(10):1327- 1333.
33. Martinez L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. *Fertil Steril* 2008; 89(4):1035.
34. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etiologia da DSF é considerada multifatorial, com elementos biológicos e psicossociais. Assim, trata-se de uma doença complexa, que provavelmente requer terapia multimodal. O presente estudo identificou fatores preditores da DS em mulheres no climatério, que aumentam a chance de desenvolver a doença. Os resultados demonstram que o profissional de saúde deve estar atento aos fatores preditores desde uma abordagem na atenção primária, a fim de prevenir e identificar precocemente esta disfunção.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. **Estudo da vida sexual do brasileiro.** São Paulo: Bregantini; 2004.

ABDO, C. H.; OLIVEIRA, W. M.; MOREIRA, E. D.; Fittipaldi, J. A. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, n. 2, p. 160-6, 2004.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1337-49, 2009.

ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o climatério: Enfoque atual e multidisciplinar.** São Paulo: Atheneu, 2003.

AMBROGINI, C. C.; PUSCH, M.; FONSECA, M. C. W.; HAIDAR, M.; SILVA, I. Sexualidade Feminina na transição menopausal e pós-menopausa. In: HAIDAR, M. A.; SILVA, I. da. **Diagnóstico e tratamento na transição menopausal e pós-menopausa.** São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 11-35.

ARAÚJO, I. A.; QUEIROZ, A. B. A.; VASCONCELOS, M.; PENNA, L. H. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 114-22, 2013.

ASLAN, E. BEJJI, N. K.; GUNGOR, I.; KADIOGLU, A.; DIKENCIK, B. K. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a University Hospital in Istanbul. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 9, p. 2044-52, 2008.

APPOLINARIO, J. C. MEIRELLES, R. M. R.; COUTINHO, W.; POVOA, L. C. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45. p. 383-9, 2001.

BASSON R, BERMAN J, BURNETT A, DEROGATIS L, FERGUSON D, FOURCROY J, GOLDSTEIN I, GRAZIOTTIN A, HEIMAN J, LAAN E, LEIBLUM S, PADMANATHAN H, ROSEN R, SEGRAVES K, SEGRAVES R.T, SHABSIGH R, SIPSKI

M, WAGNER G, WHIPPLE B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of Urol**, v. 163, n. 3, p. 883-93, 2000.

BASSON, R. Human sex-response cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 1, p. 33-34, 2001.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **The Canadian Medical Association Journal**, v. 172, n. 10, p. 1327- 33, May. 2005.

BASSON, R. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 7, n. 1, p. 314–326, 2010.

BERMAN, J. R.; BERMAN, L.; GOLDSTEIN, I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. **The Journal of Urology**, v. 54, n. 3, p. 385-91, Sep. 1999

BESSA, A. R. S. **Fatores associados ás disfunções sexuais entre mulheres de meia idade da região norte do Brasil**. 2013. 148 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: Uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.

CAROL, A. A virilidade diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da virilidade**: A virilidade em crise? Petrópolis: Vozes, 2013. p. 35-81.

CAVALCANTI, I. F. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.

CLAYTON, A.; RAMAMURTHY, S. The impact of physical illnesses on sexual dysfunction. **Advances in psychosomatic medicine**, New York, v. 29, p. 70–88, 2008.

COLLUMBIEN, M.; BUSZA, J.; CLELAND, J.; CAMPBELL, O. **Social science methods for research on sexual and reproductive health.** Geneva: WHO, 2012.

DENNERSTEIN, L. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 10, p. 2291-9, 2008.

DIAMANTINO, E.M.V.; CLÍMACO, F. M. S.; AJSMAN, J. C. et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. Parte I. **Femina**, v. 21, n. 10, p. 1016-29, 1993.

DSM5-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EVERAERD, W.; BOTH, S. Ideal female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, n. 2, p. 137-9, 2001.

FEBRASGO - Manual de Orientação Climatério. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2010.

FERNANDES, C. C.; CATÃO, E. C.; O prazer sexual do homem e da mulher. **Revista Psique Especial Ciência & Vida**, n. 09, p. 38-41. 2008.

FERREIRA, A. L.; CARNEIRO, G.; SOUZA, A. I.; ARDISSON, C. L.; KATZ, L. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-95, 2007.

FIGUEIREDO, T. C.; FRIGO, L. F. Fisioterapia: Climatério e menopausa versus sexualidade - uma revisão bibliográfica. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 47-53, 2014.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collége de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** 22 Ed. São Paulo: Loyola, 2012.

GEZONI, A. L. Sexualidade feminina: Aspectos culturais da repressão sexual e suas consequências. **Gênero e Sexualidade**. 2011.

GÓIS, M. M. S. Aspectos históricos e sociais da anticoncepção. **Reproduo**, v. 6, n. 3, p. 119-24. 1991.

GOZZO, T. O.; FUSTINONI, S. M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W. M.; FREITAS, I. A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, 2000.

HAYES, R. D.; DENNERSTEIN, C. M.; FAIRLEY, C. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 4, p. 777-87, 2008.

HENDRICKX, L.; GIJS, L.; ENZLIN, P. Age-Related Prevalence Rates of Sexual Difficulties, Sexual Dysfunctions, and Sexual Distress in Heterosexual Women: Results from an Online Survey in Flanders. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 12, n. 2, p. 424-435, 2015.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. Recuperado em 28 de Agosto, 2015, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>

JAHAN, M. S. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. **The Journal of Obstetrics Gynaecology Research**, v. 38, n. 1, p. 329-35, 2012.

KAPLAN, H. S. **Disorders of sexual desire**. New York: Brunner Mazel, 1979.

KHAJEHEI, M.; DOHERTY, M.; TILLEY, P. J. An update on sexual function and dysfunction in women. **Archives of Womens Mental Health**, v. 18, n. 3, p.423-33. Jun. 2015.

LAUMANN. E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LEVIN, R. J. The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. **Archives of Sexual Behavior**, New York, v. 31, n. 5, p. 405 – 11. 2002.

MAROLA, C. A. G.; SANCHES, C. S. M.; CARDOSO, L. M. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicologia da educação**, São Paulo, v. 33, p. 95-118, 2011.

MARQUES, F.Z.C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, C. D. Resposta sexual humana. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 175-183, Mai/dez. 2008.

MARQUES, P. F.; FERREIRA, S. L. **Saúde Sexual e Reprodutiva – Práticas de ONG Feministas.** Fazendo Gênero 8 – Corpo e Violência e Poder. Florianópolis. 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST32/Marques-Ferreira_32.pdf>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2019.

MASTERS, W. M.; JOHNSON, V.E. **A conduta sexual humana.** 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.

MELO, C. R. M.; REIS, E. S.; SILVA, L. C. F. P.; CHOFAKIAN, C. B. N. Aplicação do Índice Menopausal de kupperman: um estudo transversal com mulheres climatéricas. **Revista De Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p. 41-50, 2016.

MENDONÇA C. R.; SILVA, T. M.; ARRUDAI, J. T.; ZAPATA, M. T. A. G.; AMARAL, W. N. Função sexual feminina: Aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina**, Goiania, v. 40, n. 4, p. 195–202, Jul/ago. 2012.

NAPPI, R. E.; LACHOWSKY, M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. **Maturitas**, 63(2), 138-141, 2009.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.021>

OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 519-26, Jul-Set. 2008.

OLIVEIRA, M. D.; SEI, M. B. Abuso sexual e as contribuições da psicologia no âmbito judiciário. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 41, n. 2, p. 4-22, jul./dez. 2014.

PERSON. E. S. **No girar da roda: uma reflexão no centenário dos três ensaios de Freud sobre a teoria da sexualidade.** In: FERRO, A.; HARTKE, R.; BIRKSTED-BREEN, D.; et al. Psicanálise e sexualidade: tributo ao centenário dos Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade 1905- 2005. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

SENA, T. Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: **As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas.** 2007. 311 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

_____. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-240, jan. /abr. 2010.

SERRÃO, C. (Re) pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica** [online]. v. 26, n.1, p. 15-23, 2008. Disponível em: [ttp://www.scielo.gpearl.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf](http://www.scielo.gpearl.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf). Acesso em: 12 Ago 2019.

SINGH, J. C.; THARYAN, P.; KEKRE, N. S.; SINGH, G.; GOPALAKRISHNAN, G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. **Journal of Postgraduate Medicine**, v. 55, n. 2, p. 113-20, 2009.

SONG, S. H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: an internet-based survey. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 7, p. 1694-701, 2008.

SOBRAC, Sociedade Brasileira de Climatério [Internet]. **Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica**. São Paulo; 2003.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. A. Sexualidade feminina: Questões do cotidiano das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-426. Set. 2008.

UTIAN, W.H. The International Menopause Society menopause related terminology definitions. **Climacteric**, v. 2, n. 4, p. 284–286, 1999.

VALADARES, A. L.; PINTO-NETO, A. M.; OSIS, M. J.; CONDE, D. M.; SOUSA, M. H.; COSTA-PAIVA, L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. **Menopause**, v. 15, n. 2, p. 264-269, 2008.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e sociedade**, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010.

VIEIRA, T. Título da publicação. Publicado em “**Espelho Psicanalítico**”. 2016. Disponível em <<https://espelhopsicanalitico.wordpress.com>>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

WEST, S. L.; VINIKOOR, L. C.; ZOLNOUM, D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. **Annual Review of Sex Research**. v. 15, p. 40-172, 2004.

WHO. Education and treatment in human sexuality : the training of health professionals. **World Health Organization**, Geneva. 1975

_____. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. **World Health Organization**, Geneva. 2006. Disponível em: > http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf>. Acesso em: 23 Jan. 2019.

XAVIER FILHA, C. A sexualidade feminina entre práticas divisórias da “mulher bela adormecida sexualmente a multiorgástica - imprensa feminina e discursos de professoras. **Gênero, Sexualidade e Educação**, [s.L.], n. 23, p. 1- 15, 2007.

ZORNIG, S. M. A. J. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 73-77, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250032186_As_teorias_sexuais_infantis_na_atualidade_algunas_reflexoes>. Acesso em: 23 Jan. 2019.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011**”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a freqüência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2010.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO
(maiores de 21 anos)

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e comprehendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Shamyr S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles (9932 3001)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO 2- SUBMISSÃO ARTIGO

12/06/2019

Manuscritos ScholarOne

Ciência & Saúde Coletiva

Visualizar (CSC-2019-1709)

De: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: cacosandra1@gmail.com

CC: cacosandra1@gmail.com, vanessabaldon@ufu.br, isabelpwalsh@gmail.com, marmeirelles@gmail.com, ju_fisio33@yahoo.com.br, jcg_1702@yahoo.com.br, shamyrsulyvan@gmail.com

Sujeito: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscrito ID CSC-2019-1709

Corpo: 12-Jun-2019

Prezado Prof. ROMANO MARQUEZ REIS:

Seu manuscrito intitulado "FATORES DE RISCO E PREDITORES PARA DISFUNÇÃO EM MULHERES CLIMATÉRICAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL" foi submetido com sucesso online e está atualmente sendo considerado para publicação no site do Ciência & Saúde Coletiva. O seu ID de manuscrito é CSC-2019-1709.

Por favor, mencione o ID do manuscrito acima em todas as correspondências futuras ou quando ligar para o escritório para perguntas. Se houver alterações em seu endereço ou endereço de e-mail, faça o login no ScholarOne Manuscripts em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> e edite suas informações de usuário conforme apropriado.

Você também pode visualizar o status do seu manuscrito a qualquer momento, verificando o seu Centro de Autor depois de efetuar o login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Obrigado por enviar seu manuscrito para o Ciência & Saúde Coletiva.

Atenciosamente,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Data enviada: 12 de junho de 2019

ANEXO 3 – ISA MULHER

**INQUÉRITO SAÚDE DA MULHER
NO
MUNICÍPIO DE UBERABA, MG**



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Fisioterapia Aplicada

Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2013.
(ISA-Mulher, 2013)

Coordenadora: Profa. Dra Maria Cristina C C Meirelles
Pesquisadora: Profa. Dra. Isabel A P de Walsh
Pesquisador: Prof. Dr. Shamyr S de Castro

Uberaba

Março - 2012

Sumário

1.	Introdução	3
2.	Justificativa	3
3.	Objetivo geral.....	3
4.	Objetivos específicos.....	4
5.	Metodologia.....	4
6.	Planejamento da pesquisa.....	4
7.	Delineamento do estudo	5
8.	Sujeitos da pesquisa	5
9.	Amostragem.....	5
10.	Coleta dos dados	6
11.	Seleção e atuação das bolsistas (Apoio Técnico e Iniciação Científica) e das entrevistadoras	6
12.	Atividade das bolsistas e das entrevistadoras.....	7
13.	Questões éticas	7
14.	Instrumento de coleta	7
15.	Bloco A – Identificação	8
16.	Bloco B – Listagem de doenças crônicas.....	8
17.	Bloco C – Qualidade de Vida – Questionário WHOQOL – World Health Organization Quality of Life – versão breve	8
18.	Bloco D – Transtorno Mental Comum – TMC (SRQ-20)	9
19.	Bloco E – Vida Sexual (QS-F).....	10
20.	Bloco F – Detecção de Risco de Câncer de Mama pelo histórico familiar e exames preventivos.....	10
21.	Bloco G – Depressão – Center for Epicemiological Studies - Depression (CES-D)	10
22.	Bloco H – Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	11
23.	Bloco I – Qualidade de Vida – Endometriose (EHP-30)	11
24.	Bloco J – Qualidade de Vida – Incontinência Urinária – King's Health Questionnaire (KHQ)	12
25.	Bloco K – Queixas durante a gestação	12
26.	Bloco L – Saúde da Mulher no Climatério (Questionário de Saúde da Mulher)	12
27.	Bloco M – Diagnóstico de Fibromialgia e Questionário sobre o impacto da fibromialgia (QIF)	13
28.	Análise dos dados.....	13
29.	Resultados e impactos esperados e possíveis benefícios para a população.....	13
30.	Atividades de cada membro da equipe	15
31.	Cronograma da pesquisa	16
32.	Referências bibliográficas	17
33.	Anexos	23

34.	Anexo 1 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	23
35.	Anexo 2 – Bloco A – Identificação	27
36.	Anexo 3 – Bloco B – Listagem de doenças	28
37.	Anexo 4 – WHOQoL-bref.....	29
38.	Anexo 5 – Self Report Questionnaire – SRQ-20 – Transtorno Mental Comum (TMC)	32
39.	Anexo 6 – Quociente Sexual – Versão Feminina	33
40.	Anexo 7 – Detecção de risco de câncer de mama pelo histórico familiar e exames preventivos	34
41.	Anexo 8 – Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	39
42.	Anexo 9 – Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT.....	40
43.	Anexo 10 - Qualidade de vida de mulheres com endometriose - Endometriosis Health Profile Questionnaire – (EHP-30) – Versão Português.....	42
44.	Anexo 11 - Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária – King's Health Questionnaire	46
45.	Anexo 12 - Temas que serão abordados entre as mulheres gestantes entrevistadas por essa pesquisa.....	49
46.	Anexo 13 - Questionário de Saúde da Mulher (QSM)	51
47.	Anexo 14 - Qualidade de vida entre mulheres com fibromialgia	52

1. Introdução

A saúde da mulher tem sido alvo constante de políticas, programas e campanhas de órgãos públicos no Brasil. Essas ações são anteriores até mesmo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que em 1983, o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica. Esse documento continha informações sobre o diagnóstico de saúde da mulher na época, alterações na fecundidade, a baixa cobertura da atenção, elevado número de cesáreas e outras como tratar patologia prevalentes, aumentar as ações de planejamento familiar e coleta de papanicolau. Entretanto, esses esforços resultaram em diferentes alterações regionais, não satisfazendo as expectativas. Nesse contexto, surge então, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com foco na reestruturação do PAISM, propondo entre outros tópicos, a revisão das estratégias de combate à mortalidade materna, à precariedade da atenção obstétrica, das ações voltadas para a mulher no climatério e menopausa, entre outras^{12,11}.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta como proposta o conhecimento do perfil epidemiológico da população feminina regionalmente, considerando que o quadro de saúde e os serviços de saúde disponíveis às mulheres podem variar de acordo com a localidade. Assim, conhecer regionalmente as principais necessidades de saúde e doenças prevalentes ajudará na orientação do atendimento em saúde, sendo essa uma das premissas do PAISM⁶².

Nesse contexto, os estudos transversais, denominados inquéritos de saúde, são classicamente o desenho epidemiológico escolhido, sendo usados desde a década de 1960. Os inquéritos têm sido usados como instrumentos para ilustrar a condição de vida e saúde de populações num determinado momento²⁴, contribuindo para a formulação e avaliação de políticas públicas⁶³, havendo um movimento progressivo de adoção desta modalidade de pesquisa para uso acadêmico e no planejamento dos serviços em saúde⁶. Considerando que determinam o perfil de saúde da população estudada por meio de uma amostra representativa da população total, esses estudos eliminam a necessidade de se estudar a totalidade das pessoas residentes, garantindo a representatividade da amostra. Com esse recurso, economiza-se tempo e dinheiro, porém, a qualidade da pesquisa fica garantida.

2. Justificativa

Os estudos transversais de base populacional são diferentes dos estudos de demanda porque coletam os dados na comunidade, dessa forma, a demanda reprimida é identificada e as informações levantadas são mais fidedignas e condizentes com as necessidades reais da população¹⁵, que são as que interessam à gestão em saúde. De posse das informações geradas por estudos transversais populacionais, os diversos atores da gestão em saúde terão subsídios para a elaboração de políticas, programas, campanhas e ações preventivas ou curativas e ainda a promoção da saúde, direcionando essas ações para um público conhecido e determinado. Com esses dados, considerando que o público alvo estará identificado, essas ações planejadas serão otimizadas, economizando recursos financeiros, humanos e tempo, considerando que o público estará identificado. Além disso, outros atores, ligados à academia, podem se beneficiar dos dados levantados para a proposta de ações inovadoras na área, voltadas aos profissionais que já atuam na rede (atualização e reciclagem de conhecimento) e também aos profissionais em formação, garantindo assim, uma maior chance de sucesso do programa.

3. Objetivo geral

Conhecer o perfil de saúde das mulheres acima de 17 anos na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2011.

4. Objetivos específicos

1. Conhecer a prevalência de doenças crônicas (músculo-esqueléticas, cardiovasculares, tumorais, congênitas, circulatórias, respiratórias, neurológicas, emocionais, endócrino-metabólicas, digestivas, gênito-urinárias, dermatológicas e sanguíneas)
2. Estudar a qualidade de vida das entrevistadas, com ênfase e instrumento específicos para aquelas com incontinência urinária e endometriose
3. Identificar a presença de transtorno mental comum (TMC)
4. Verificar o Quociente Sexual (QS-F) das entrevistadas com vida sexual ativa
5. Analisar o risco de câncer de mama pelo histórico familiar e verificar a freqüência de realização de exames preventivos de câncer de colo do útero e de exames para detecção precoce do câncer de mama
6. Determinar a prevalência de depressão entre as entrevistadas
7. Estudar o índice de capacidade para o trabalho (ICT) entre as mulheres inseridas no mercado de trabalho
8. Conhecer as principais queixas de saúde das mulheres no período gestacional
9. Estudar a saúde das mulheres no climatério
10. Identificar a presença de sintomas de fibromialgia entre as entrevistadas, bem como realizar o diagnóstico e avaliar o impacto desta patologia na Qualidade de Vida.

5. Metodologia

6. Planejamento da pesquisa

A presente pesquisa foi planejada e será coordenada e executada por três professores/pesquisadores do curso de fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. O trabalho surgiu do esforço conjunto destes três profissionais de diferentes áreas, buscando uma abordagem da saúde da mulher em uma esfera populacional e multidisciplinar. Assim, agregam-se nesta pesquisa os conhecimentos da área da saúde da mulher, saúde coletiva e epidemiologia. A Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles[†] é pesquisadora, professora e supervisora da disciplina e do estágio de Fisioterapia em Saúde da Mulher; a Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh[‡] é professora da disciplina de Políticas de Saúde, supervisora do estágio em Saúde Coletiva e pesquisadora da área; o Prof. Dr. Shamyr Sulyvan de Castro[§] é professor da disciplina de epidemiologia, supervisor de estágio em saúde Coletiva e é pesquisador. Os pesquisadores buscaram, nesta ocasião, juntar experiências distintas em prol do desenvolvimento de uma parceria que vinculasse também a vivência de cada um deles em suas áreas de pesquisa e ensino. Assim, a Profa. Dra. Maria Cristina trouxe para as discussões as questões enfrentadas por ela no cotidiano do atendimento clínico de suas pacientes e a vontade de resolvê-las em sua origem, a comunidade; a Profa. Isabel incorporou à pesquisa a necessidade que os serviços de saúde têm de conhecer a população atendida para que o devido tratamento seja oferecido, entendendo-se

[†] <http://lattes.cnpq.br/1036353133452393>

[‡] <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>

[§] <http://lattes.cnpq.br/6911072543095408>

que esse serviço possa ser de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação; o Prof. Dr. Shamyr trouxe a experiência adquirida em um grupo de pesquisa ** que participou anteriormente, na Faculdade de Saúde Pública FSP – USP, onde trabalhou por seis anos com a metodologia de pesquisa dos inquéritos de saúde, atuando no planejamento, coordenação, execução, análise e divulgação das informações provenientes de estudos nas cidades de São Paulo, Itapecerica da Serra, Taboão da Serra, Embu, Botucatu e Campinas^{††17,18,19,20,21}.

Este estudo vem sendo planejado por meio de um rigoroso cronograma de reuniões semanais desde agosto de 2010 e um grupo de pesquisa já foi cadastrado no diretório CNPq^{‡‡}. Os coordenadores têm a intenção de agregar alunos de graduação e pós-graduação assim que a fase de planejamento se encerrar, formando com isso, profissionais qualificados para ensino e pesquisa na área.

7. Delineamento do estudo

Estudo transversal de base populacional a ser realizado por meio de entrevistas domiciliares na cidade de Uberaba – MG, no ano de 2011. A referida cidade está localizada na região do Triângulo Mineiro e conta, atualmente, com quase 300 mil hab. (296 mil habitantes^{§§}).

O desenho de estudo escolhido é uma modalidade consagrada de pesquisa da situação de saúde de grupos populacionais, servindo para a determinação do diagnóstico de saúde nessas populações, sendo bastante usados tanto no Brasil^{5,8,10,34,54,64,74} quanto no exterior^{23,25,27,28,37,53,55,57,73}, para o desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas da saúde.

8. Sujeitos da pesquisa

Serão entrevistadas mulheres residentes na cidade de Uberaba, com idade a partir de 18 anos, que compreendam o teor da pesquisa e estejam aptas a responderem à entrevista após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídas da pesquisa as mulheres que não conseguirem entender o objetivo da pesquisa, ler e entender o TCLE ou ainda ler, entender e responder aos questionários auto-aplicáveis (Anexo 1).

9. Amostragem

O processo de amostragem escolhido para essa pesquisa será a amostragem estratificada por conglomerados, representativa para a população estudada, usada freqüentemente na área^{2,14,33,35,45,47,51,69,78}.

Com base nos dados do Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2010, a amostragem probabilística será realizada em estágios, primeiramente por setores censitários e depois por domicílio. Poderá haver estratificação por escolaridade do chefe da família ou outras variáveis que forem importantes no contexto da pesquisa. Para o cálculo final da amostra serão considerados uma estimativa de prevalência de 50%, nível de confiança de 95%, erro máximo de 0,10 e efeito do delineamento de aproximadamente 2. Estima-se que serão realizadas aproximadamente 400 entrevistas na presente pesquisa.

** <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0067406OKGBFU7>

†† <http://hygeia.fsp.usp.br/isa-sp/>

‡‡ <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0002408NW4D8HO>

§§ http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf

10. Coleta dos dados

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadoras do sexo feminino, especialmente treinadas para este estudo e coordenadas pelo bolsista de apoio técnico. O número de mulheres a serem entrevistadas será determinado na ocasião do processo de amostragem descrito anteriormente com base nos dados do Censo/2010 do IBGE.

Cada uma das entrevistadoras passará por treinamento de aplicação do questionário, além de noções e técnicas para entrevista. A entrevistadora somente irá a campo depois que for considerada qualificada para tal atividade pelos professores-pesquisadores. Depois da etapa do treinamento das entrevistadoras, as mesmas farão entrevistas piloto com pessoas selecionadas pelos coordenadores. Nessa ocasião será verificado o tempo gasto na entrevista, bem como a maneira de abordagem da entrevistada e aplicação dos instrumentos. As entrevistadas entrarão em contato com os coordenadores para relatar a opinião sobre a entrevistadora. Além desses cuidados, será elaborado um manual do questionário a ser usado durante o treinamento. Esse manual conterá explicações para cada uma das questões que compõem o questionário para que a entrevistadora entenda completamente todo o processo de coleta dos dados e o conteúdo do questionário. As entrevistadoras levarão os manuais do questionário para as entrevistas, servindo assim, como consulta rápida a possíveis dúvidas que apareçam durante a entrevista.

11. Seleção e atuação das bolsistas (Apoio Técnico e Iniciação Científica) e das entrevistadoras

Considerando o caráter da pesquisa, serão aceitos somente bolsistas e entrevistadoras do sexo feminino, entendendo que os do sexo masculino poderiam inibir ou influenciar a resposta ou a participação das mulheres na pesquisa.

O processo de seleção das bolsistas será aberto e divulgado pelos meios de comunicação usados freqüentemente na UFTM (site e edital aberto e impresso) e acontecerá em duas fases: análise dos currículos das inscritas e entrevista com os professores coordenadores da pesquisa. Serão considerados na análise do currículo a média geral da aluna e, principalmente, o desempenho nas disciplinas relativas ao estudo, ligadas à área da saúde da mulher, saúde coletiva e epidemiologia. Na entrevista, serão analisadas as capacidades de comunicação, organização, comprometimento com o trabalho, ética e disponibilidade de horários. As bolsistas serão escolhidas por consenso entre os professores. A participação das bolsistas na publicação de artigos com os dados coletados por esta pesquisa será estimulada, mesmo depois de finalizado o período da bolsa.

Para a seleção das entrevistadoras haverá um processo onde os professores observarão a disponibilidade de horário, o comprometimento com o projeto, as atividades paralelas da candidata, o nível de entendimento sobre a função, oratória e empatia. Candidatas com formação na área de humanas e/ou que tenham alguma formação em relações interpessoais (por exemplo, cursos técnicos de recepcionista, telemarketing, vendas, entre outros) ou que tenham trabalhado no Censo 2010, serão observadas com especial atenção por terem uma habilidade maior de lidar com pessoas, o que é uma característica importante neste tipo de estudo; ou por já terem passado por treinamento e trabalhado em situação semelhante.

As entrevistadoras trabalharão sob o regime de pagamento por produção, sem vínculos empregatícios com a universidade ou professores, auferindo o valor de R\$35,00 por entrevista realizada, sendo o transporte incluído nessa soma.

12. Atividade das bolsistas e das entrevistadoras

À bolsista de apoio técnico caberá a coordenação das entrevistadoras de campo, além de atividades como a diagramação do questionário final, supervisão do período de campo da pesquisa, organização, armazenamento e digitação dos questionários, esclarecimento de dúvidas tanto das entrevistadoras quanto das entrevistadas, além da produção de relatórios sobre o andamento do projeto com periodicidade de acordo com a solicitação dos professores ou andamento da pesquisa. Esta profissional auxiliará na preparação do treinamento a ser ministrado às entrevistadoras para a realização das entrevistas domiciliares e atuará sob orientação e supervisão direta dos professores coordenadores da pesquisa.

À bolsista de iniciação científica desempenhará as seguintes atividades: diagramação do questionário final, supervisão do período de campo da pesquisa, organização, armazenamento e digitação dos questionários, esclarecimento de dúvidas tanto das entrevistadoras quanto das entrevistadas. Essa bolsista também trabalhará sob orientação e supervisão direta dos professores coordenadores da pesquisa.

As entrevistadoras ficarão sob orientação direta dos professores. Elas realizarão as entrevistas domiciliares depois de passar pelo treinamento que será oferecido à equipe e poderão auxiliar na digitação, organização e armazenamento do material coletado.

A integração entre as entrevistadoras, profissional de apoio técnico e docentes será estimulada nesta pesquisa, por meio de reuniões periódicas, com a participação de todos. Treinamentos específicos em técnicas para coleta de dados, aplicação de questionários, e outros conhecimentos que sejam necessários ao bom desenvolvimento da pesquisa poderão ser propostos e implementados pela equipe, de acordo com a necessidade do grupo.

13. Questões éticas

A presente pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM e a entrevista só será realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo 1**).

14. Instrumento de coleta

A coleta dos dados será feita por meio de questionário especificamente montado para essa pesquisa, que conterá blocos que serão respondidos por todas as entrevistadas e outros que deverão ser respondidos somente por grupos específicos, como, por exemplo, as mulheres em idade economicamente produtiva, as grávidas e aquelas com relatos de fibromialgia, entre outros. O Quadro 1, abaixo expõe cada um dos blocos do questionário e sua aplicação. Mais adiante serão explicados detalhadamente cada um dos blocos do questionário da pesquisa. É importante salientar que os blocos não serão impressos da maneira que estão mostrados aqui. O questionário inteiro passará por um processo de diagramação para que seja melhor aproveitado o espaço de impressão e para que a entrevista seja facilitada, evitando possíveis vieses na coleta dos dados, outros ajustes podem ser feitos após o treinamento das entrevistadoras e dos pilotos da entrevista.

Quadro 1: Descrição dos blocos componentes do questionário de coleta dos dados, ISA-Mulher, Uberaba, 2010.

Bloco	Nome/Instrumento	Todas as entrevistadas	Grupos específicos
Bloco A	Identificação		
Bloco B	Listagem das doenças crônicas		
Bloco C	Qualidade de vida		
Bloco D	Transtorno Mental Comum		
Bloco E	Vida sexual		
Bloco F	Risco de Câncer de Mama e exames preventivos		
Bloco G	Depressão		
Bloco H	Índice de Capacidade para o Trabalho		
Bloco I	Qualidade de vida – Endometriose		
Bloco J	Qualidade de vida – Incontinência Urinária		
Bloco K	Queixas durante a gestação		
Bloco L	Saúde da mulher no Climatério		
Bloco M	Questionário de Impacto da Fibromialgia		

15. Bloco A – Identificação

Este bloco conterá informações sobre a identificação da entrevistada, como idade, número de filho, escolaridade, renda familiar, número de pessoas que residem na mesma casa, entre outras. As questões que compõem o Bloco A podem ser visualizadas no Anexo 2.

16. Bloco B – Listagem de doenças crônicas

Foi elaborada uma listagem de doenças crônicas que será verificada por ocasião da entrevista. A resposta será sempre auto-relatada e a entrevistadora fará as perguntas à entrevistada. Esse rol de doenças pode ser verificado no Anexo 3. A entrevistadora sempre perguntará à entrevistada se alguma vez na vida algum profissional de saúde já disse que ela teria alguma das doenças que ele vai citar em seguida. A listagem de doenças usada nesta pesquisa é baseada em outra, já usada na literatura⁷² com a adição de alguns itens que o grupo de pesquisa achou necessário.

17. Bloco C – Qualidade de Vida – Questionário WHOQOL – World Health Organization Quality of Life – versão breve

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em um esforço de padronizar e lançar bases científicas na área preparou o WHOQOL 100, um questionário voltado à medida da qualidade de vida. Esse primeiro instrumento é composto por 100 perguntas, entretanto, um segundo, menor e voltado para o uso em grandes estudos foi confeccionado, o WHOQOL bref. Este segundo instrumento tem 26 questões, sendo duas a respeito de temas gerais de qualidade de vida e outras 24, que avaliam as 24 facetas estudadas pelo instrumento. A base conceitual dos instrumentos é estabelecida a partir de domínio e facetas, como mostrado no Quadro 2, adiante.

O referido instrumento foi validado para o uso em estudos no Brasil³⁰, tem seu uso estimulado pela OMS⁴⁴ e é de freqüente utilizado em pesquisa epidemiológicas no Brasil^{4,31,39,56,58} e no exterior^{1,48,71,75,77}.

Quadro 2: Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio	Faceta
Domínio 1 - Físico	1 – Dor e desconforto 2 – Energia e fadiga 3 – Sono e repouso 9 – Mobilidade 10 – Atividades da vida cotidiana 11 – Dependência de medicamentos ou tratamentos 12 – Capacidade para o trabalho
Domínio 2 - Psicológico	4 – Sentimentos positivos 5 – Pensar, aprender, memória e concentração 6 – Auto-estima 7 – Imagem corporal e aparência 8 – Sentimentos negativos 24 – Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Relações sociais	13 – Relações pessoais 14 – Suporte (apoio) social 15 – Atividade sexual
Domínio 4 – Meio ambiente	16 – Segurança física e proteção 17 – Ambiente no lar 18 – Recursos financeiros 19 – Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20 – Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21 – Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22 – Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23 – Transporte

O questionário WHOQOL – bref com as perguntas pode ser visualizado no Anexo 4.

As respostas para as questões do WHOQOL-bref são obtidas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5, além de duas questões sobre qualidade de vida geral calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, denominada overall ou "qualidade de vida geral". Para o cálculo dos escores dos domínios, os índices das facetas componentes resumem os domínios aos quais pertencem. Tanto os domínios como a qualidade de vida geral são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida. Neste estudo usaremos a rotina computacional (sintaxe) fornecida pelo grupo que validou o instrumento no Brasil e que está disponível na internet***, considerando que pontuação manual é desaconselhada por esse grupo de pesquisa.

18. Bloco D – Transtorno Mental Comum – TMC (SRQ-20)

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) serão detectados pelo uso do Self-Report Questionnaire (SRQ-20) (Anexo 5), para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos^{22,46,65}. Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴⁶, o SRQ-20 tem 20 perguntas com respostas categóricas (sim/não), sendo que cada resposta afirmativa soma 1 ponto ao escore final, calculado pelo somatório de todos os valores³⁶. O resultado tem relação com a probabilidade de

*** <http://www.ufrgs.br/psiq/whogol86.html>

presença de TMC, sendo que, no ponto de corte 7/8 uma sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% são verificadas⁴⁶.

19. Bloco E – Vida Sexual (QS-F)

As disfunções sexuais são pontos importantes a serem estudados quando se pesquisa a saúde das pessoas, por isso, neste inquérito, a saúde sexual das mulheres será abordada. Para esse fim, usaremos o Quociente Sexual, versão feminina, criado e validado para o trabalho com mulheres no Brasil¹⁶. O questionário e o cálculo do escore podem ser visualizados no Anexo 6. Um treinamento especial será ministrado às entrevistadoras para a aplicação deste instrumento, dado que o assunto é delicado e merece ser tratado com toda a ética possível.

20. Bloco F – Detecção de Risco de Câncer de Mama pelo histórico familiar e exames preventivos

Conforme relatado pela literatura, o câncer na população feminina vem aumentando na maioria das suas modalidades, resultando em aumento nas taxas de mortalidade por essas doenças⁷. Considerando essa informação e o estímulo do Ministério da Saúde, que lançou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher^{†††}, os pesquisadores optaram por trabalhar o tema neste inquérito de saúde, uma vez que esta se mostra uma oportunidade única de investigação dos hábitos preventivos entre as mulheres na comunidade, diferindo dos estudos de demanda, que podem apresentar vieses epidemiológicos.

Além dos hábitos preventivos e de diagnóstico precoce, será pesquisado também o risco de adoecimento por câncer de mama de acordo com o histórico familiar da entrevistada. Essa informação será coletada por meio de sete questões de rastreamento de risco criadas e validadas para uso em mulheres no atendimento do serviço de atenção primária³. Tanto as questões de rastreamento quanto as que examinam os hábitos preventivos das entrevistadas são mostradas no Anexo 7.

21. Bloco G – Depressão – Center for Epicemiological Studies - Depression (CES-D)

A escala de rastreamento populacional de depressão (CES-D) foi criada pelo National Institute of Mental Health (EUA) com o objetivo de identificar sintomas depressivos e deve ser usada especificamente em estudos populacionais^{59,68}. A sua utilidade estende-se à investigação das relações entre sintomas depressivos e variáveis demográficas e psicossociais e à identificação de fatores de risco. Entre os brasileiros, a escala nunca foi utilizada com o propósito de investigar sintomatologia depressiva no climatério, tendo sido traduzida e validada em estudo de adolescentes⁶⁸ e em idosos⁹, onde as características psicométricas da CES-D em relação à GDS (Geriatric Depression Scale) foram verificadas, utilizando o nível de corte de pontuação > 15 pontos na CES-D, com boa consistência interna para a escala ($\alpha = 0,86$) e de sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%) para a detecção dos casos de depressão que tinham sido identificados pela GDS. O instrumento também já foi usado em mulheres no período do climatério, sendo que sua simplicidade de aplicação e investigação tanto de sintomas depressivos cognitivos, como somáticos, psicomotores e relativos a dificuldades nas relações interpessoais configuraram-se como facilitadores na coleta dos dados²⁹. A escala pode ser visualizada no Anexo 8.

^{†††} http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140

22. Bloco H – Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

A capacidade para o trabalho será estudada pelo uso do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), traduzido e validado para uso no Brasil^{50,60}, que verifica a auto-avaliação do indivíduo sobre sua capacidade. É composto por sete itens, sendo que os escores são adquiridos através de uma determinada pontuação das questões, totalizando dez questões (Anexo 9). Os itens são os seguintes⁵⁰:

- Avaliação da capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida. (0-10)
- Capacidade para o trabalho relacionado às determinações físicas, mentais ou ambas. Pontuação de acordo com as fórmulas abaixo:
 - ✓ Trabalho com demandas físicas (auxiliar, instalação ou trabalho doméstico) - (escore físico x 1,5) + (escore mental x 0,5) = total
 - ✓ Trabalho com demandas mentais (escritório, magistério ou trabalho administrativo) - (escore físico x 0,5) + (escore mental x 1,5) = total
 - ✓ Trabalhos com ambas as exigências (cuidados de enfermagem, odontologia, transporte e trabalho de supervisão em cozinha) - escore físico + escore mental = total
- Este item apresenta uma lista de 51 doenças, onde o trabalhador deve assinalar as patologias diagnosticadas pelo médico e aquelas que em sua opinião ele possui (1 ponto se pelo menos tem diagnóstico de 5 doenças, 2 pontos se 4 doenças, 3 pontos se 3 doenças, 4 pontos se 2 doenças, cinco se 1 doença e 7 se não apresentar nenhuma doença).
- Estimativa de perda do trabalho devido a doenças. Este item é avaliado através de uma questão, com escore variando entre 1 e 6 pontos, escolhendo-se o de pior valor assinalado;
- Faltas ao trabalho durante os últimos 12 meses. Este item é avaliado através de uma questão, com escore variando de 1 à 5 pontos;
- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos. Este item é avaliado através de uma questão, com escore de 1, 4 ou 7 pontos , considerando-se o valor circulado no questionário;
- Habilidades mentais, avaliadas através de 3 questões. Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: soma 0-3 = 1 ponto; soma 4-6 = 2 pontos; soma 7-9 = 3 pontos; e soma 10-12 = 4 pontos.

As pontuações de cada item são somadas totalizando um escore mínimo de 7 (pior índice possível) e um máximo de 49 (melhor índice possível). A partir do escore, o sujeito é classificado quanto à sua capacidade para o trabalho em: baixa capacidade (7-27), moderada capacidade (28-36); boa capacidade (37-43) e ótima capacidade (44-49).

23. Bloco I – Qualidade de Vida – Endometriose (EHP-30)

O Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) é um instrumento de auto-relato desenhado para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, específico para endometriose, com itens desenvolvidos a partir de entrevistas com as pacientes e com perfil psicométrico estabelecido^{40,41}. Consiste de um questionário central, composto de 30 itens que avaliam cinco dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e auto-imagem,

e de um questionário modular com 23 itens distribuídos em seis escalas: relações sexuais, trabalho, profissão médica, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamento. Cada escala é transformada em um escore de 0 a 100, onde o menor escore significa melhor qualidade de vida⁴¹. O questionário EHP-30, validado para uso em língua portuguesa no Brasil⁵², pode de ser visualizado no Anexo 10.

24. Bloco J – Qualidade de Vida – Incontinência Urinária – King's Health Questionnaire (KHQ)

A qualidade de vida das pessoas é um importante indicador de saúde usado classicamente em pesquisas na área, entretanto, entre as mulheres com incontinência urinária, existem certas peculiaridades que não são contempladas pelos instrumentos que medem a qualidade de vida geral das pessoas⁶¹. Assim, foi criado o King's Health Questionnaire (KHQ)⁴², com o objetivo abordar áreas não encontradas em outros instrumentos, como o impacto da incontinência na vida das mulheres e as medidas de sua gravidade⁴³. Sendo validado pela primeira vez em inglês, o KHQ, já foi e está sendo traduzido para diversas outras línguas, já existindo inclusive o instrumento em sua versão na língua portuguesa para uso no Brasil^{32,70}. A versão validada para a língua portuguesa do KHQ tem 21 perguntas e avalia oito domínios de qualidade de vida: percepção geral de saúde (um item), impacto da incontinência urinária (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Estas escalas, tipo likert, são graduadas em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, freqüentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral⁶⁶. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio⁷⁰. O questionário KHQ, pode ser visualizado no Anexo 11.

25. Bloco K – Queixas durante a gestação

O Anexo 12 apresenta os temas que serão abordados no momento da entrevista em que forem detectadas mulheres em período de gestação. Estes temas serão trabalhados de forma a que perguntas adequadas sejam formuladas, apresentadas e diagramadas para o questionário final. Essa será uma das tarefas do bolsista de apoio técnico, sempre com a supervisão de um dos professores responsáveis.

26. Bloco L – Saúde da Mulher no Climatério (Questionário de Saúde da Mulher)

O Questionário da Saúde da Mulher (QSM) consta de 37 questões, oferecendo quatro alternativas como possibilidade de resposta. Suas questões estão divididas em sete grupos, dispostos aleatoriamente, que avaliam: depressão (sete questões) – 3; 5; 7; 8; 10; 12; 25; sintomas somáticos (sete questões) – 14; 15; 16; 18; 23; 30; 35; memória/concentração (três questões) – 20; 33; 36; sintomas vasomotores (duas questões) – 19; 27; ansiedade/temores (quatro questões) – 2; 4; 6; 9; comportamento sexual (três questões) – 24; 31; 34; problemas de sono (três questões) – 1; 11; 29; sintomas menstruais (quatro questões) – 17; 22; 26; 28; e atratividade (três questões) – 13; 21; 32. Seus itens foram escolhidos com o cuidado de não enfatizarem os sintomas negativos, sendo inclusive chamado de Questionário de Saúde Geral da Mulher, não incluindo menopausa no nome. Em sua concepção, teve como meta avaliar o período da perimenopausa, sem preocupação quanto à fase do climatério a ser avaliada, já que esta varia entre as mulheres²⁶. O referido questionário foi traduzido e validado para uso no Brasil⁶⁷ e pode ser visualizado no Anexo 13.

27. Bloco M – Diagnóstico de Fibromialgia e Questionário sobre o impacto da fibromialgia (QIF)

Quando as entrevistadas referirem sintomas de fibromialgia será necessária a confirmação diagnóstica. De acordo com o que tem sido relatado na literatura^{76,38}, segundo o American College of Rheumatology (ACR) os critérios de diagnóstico são dados por presença de dor generalizada nos quatro quadrantes do corpo (acima e abaixo da cintura, e nos dois lados direito e esquerdo) e esqueleto axial por mais de três meses, e dor à palpação em 11 dos 18 *tender points*, com uma pressão de 4kgf/cm². Assim, as entrevistadoras farão a anamnese e os testes nos “tender points”, aplicando o QIF nos casos confirmados. O Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) é um questionário que envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. É composto por 19 questões, organizadas em 10 itens. Quanto maior o escore, maior é o impacto da fibromialgia na qualidade de vida. Este instrumento foi criado em 1991¹³, já foi validado para uso no Brasil⁴⁹. Tanto o QIF quanto a localização dos “tender points” a serem testados podem ser vistos no Anexo 14.

28. Análise dos dados

Freqüências simples e porcentagens serão usadas em uma primeira fase, que será descritiva. Para a comparação estatística de grupos, será considerada a natureza dos dados (paramétricos ou não-paramétricos), na decisão do teste adequado para cada caso ou variável. Sendo assim, o teste “t” de Student será usado para testar a igualdade de médias e o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para as medianas; teste de Qui-Quadrado para variáveis com duas categorias; ANOVA (Análise de Variância) com os pós-testes necessários para variáveis contínuas paramétricas; Kruskal-Wallis ou teste de Friedman para as não-paramétricas. Modelos de regressão uni ou multivariados poderão ser usados para determinação de relações entre as variáveis, os métodos poderão ser a regressão linear, logística ou de Poisson, usando-se variáveis de ajustes nos modelos. O nível de significância para que a variável seja mantida para ajuste será de 5%<p<20% e o nível de significância estatística adotado será de 5%.

O software que será usado na análise dos dados será o Stata 11, considerando que este programa possui um pacote específico, chamado “survey” para as análises de bancos de dados com amostragem estratificada que incorpora nos processos de análises estatísticas os pesos atribuídos a cada entrevistado, garantindo assim a representatividade populacional da amostra estudada. O survey tem a capacidade de incorporar os pesos amostrais de cada indivíduo em todos as técnicas estatísticas necessárias à produção de dados, relatórios e artigos em pesquisas científicas que fazem uso da amostragem estratificada por conglomerados.

29. Resultados e impactos esperados e possíveis benefícios para a população

Ao final da presente pesquisa esperamos, como resultado, conhecer os seguintes temas sobre as mulheres residentes em Uberaba-MG:

1. A prevalência de doenças crônicas (músculo-esqueléticas, cardiovasculares, tumorais, congênitas, circulatórias, respiratórias, neurológicas, emocionais, endócrino-metabólicas, digestivas, gênito-urinárias, dermatológicas e sanguíneas)
2. A qualidade de vida das entrevistadas, com ênfase e instrumento específicos para aquelas com incontinência urinária e endometriose

-
3. A prevalência de transtorno mental comum (TMC)
 4. O Quociente Sexual (QS-F) das mulheres com vida sexual ativa
 5. O risco de câncer de mama pelo histórico familiar e verificar a freqüência de realização de exames preventivos de câncer de colo do útero e de exames para detecção precoce do câncer de mama
 6. A prevalência de depressão
 7. O índice de capacidade para o trabalho (ICT) entre as mulheres inseridas no mercado de trabalho
 8. As principais queixas de saúde das mulheres no período gestacional
 9. A saúde das mulheres no climatério
 10. A prevalência de sintomas de fibromialgia entre as entrevistadas, bem como realizar o diagnóstico e avaliar o impacto desta patologia na Qualidade de Vida.

Os impactos resultantes deste estudo serão observados em áreas como gestão pública da saúde; o trabalho em saúde; academia/pesquisa; e também para a população. Os gestores em saúde, de posse das informações geradas neste estudo poderão otimizar o planejamento de políticas, campanhas, programas e ações preventivas ou curativas ou de promoção da saúde da população feminina de Uberaba. Considerando que o perfil dessa população estará delineado, as ações citadas poderão ser voltadas especificamente para esse grupo populacional. Os profissionais de saúde que atuam tanto na rede pública quanto privada na área da saúde da mulher conhecerão o perfil do segmento da população em que atuam, assim podem direcionar melhor o seu treinamento/reciclagem, o atendimento e tratamento à essas mulheres. Os acadêmicos/pesquisadores poderão conhecer os dados e propor novos estudos, observacionais ou de intervenção, que visem a melhora do quadro de saúde das mulheres na cidade de Uberaba; além disso, serão gerados artigos que serão publicados em periódicos científicos, contribuindo para a disseminação do conhecimento entre os pares. Por fim a população feminina poderá se beneficiar desta pesquisa à medida que pode ser atendida por serviços de saúde preparados para a solução de seus problemas de saúde. Por outro lado, as mulheres poderão contar com estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças mais adequadas ao seu real perfil populacional, melhorando assim, a saúde desse grupo e sua satisfação com o atendimento.

30. Atividades de cada membro da equipe

Membro da equipe	Regime de contratação/Titulação	Atividades
Profa. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh	40 horas DE/Doutora	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, organização e coordenação da pesquisa • Seleção das bolsistas • Seleção das entrevistadoras • Treinamento, supervisão e orientação das bolsistas • Treinamento, supervisão e orientação das entrevistadoras • Controle de qualidade da fase de campo (entrevistas) • Organização e análise dos dados • Produção de relatórios, discussão dos resultados e redação dos artigos para publicação • Encerramento do projeto junto à FAPEMIG
Profa. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles	40 horas DE/Doutora	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, organização e coordenação da pesquisa • Seleção das bolsistas • Seleção das entrevistadoras • Treinamento, supervisão e orientação das bolsistas • Treinamento, supervisão e orientação das entrevistadoras • Controle de qualidade da fase de campo (entrevistas) • Organização e análise dos dados • Produção de relatórios, discussão dos resultados e redação dos artigos para publicação • Encerramento do projeto junto à FAPEMIG
Prof. Shamyr Sulyvan de Castro	40 horas DE/Doutor	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, organização e coordenação da pesquisa • Seleção das bolsistas • Seleção das entrevistadoras • Treinamento, supervisão e orientação das bolsistas • Treinamento, supervisão e orientação das entrevistadoras • Controle de qualidade da fase de campo (entrevistas) • Organização e análise dos dados • Produção de relatórios, discussão dos resultados e redação dos artigos para publicação • Encerramento do projeto junto à FAPEMIG
Bolsista Apoio Técnico	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio no treinamento e coordenação das entrevistadoras de campo • Diagramação dos instrumentos de coleta e do questionário final • Supervisão do período de campo da pesquisa • Organização, armazenamento e digitação dos questionários • Esclarecimento de dúvidas tanto das entrevistadoras quanto das entrevistadas • Produção de relatórios sobre o andamento do projeto e outras atividades inerentes à pesquisa
Bolsista de Iniciação Científica	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagramação dos instrumentos de coleta e do questionário final • Organização, armazenamento e digitação dos questionários • Esclarecimento de dúvidas tanto das entrevistadoras quanto das entrevistadas • Produção de relatórios sobre o andamento do projeto e outras atividades inerentes à pesquisa
Entrevistadores	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Realização das entrevistas domiciliares • Digitação, organização e armazenamento do material coletado

31. Cronograma da pesquisa

Atividade	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre	5º trimestre	6º trimestre	7º trimestre	8º trimestre
Revisão bibliográfica								
Formatação do questionário								
Pré-teste do questionário								
Amostragem dos entrevistados								
Seleção dos entrevistadores e bolsista								
Treinamento dos entrevistadores								
Planejamento da coleta de dados								
Realização das entrevistas								
Organização do material coletado								
Criação da máscara para digitação dos dados								
Digitação das entrevistas								
Criação do banco de dados								
Checkagem da consistência do banco de dados								
Análise dos dados								
Preparação do relatório final								
Preparação dos primeiros artigos								
Entrega do relatório final								
Submissão dos primeiros artigos								

32. Referências bibliográficas

1. Abhishek A, Roddy E, Zhang W, Doherty M. Are hallux valgus and big toe pain associated with impaired quality of life? A cross-sectional study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18(7):923-6.
2. Amankwah E, Ngwakongnwi E, Quan H. Why many visible minority women in Canada do not participate in cervical cancer screening. *Ethn Health.* 2009; 14(4): 337-49.
3. Ashton-Prolla P, Giacomazzi J, Schmidt AV, Roth FL, Palmero EI, Kalakun L, Aguiar ES, Moreira SM, Batassini E, Belo-Reyes V, Schuler-Faccini L, Giugiani R, Caleffi M, Camey SA. Development and validation of a simple questionnaire for the identification of hereditary breast cancer in primary care. *BMC Cancer.* 2009; 9: 283.
4. Bampi, Luciana Neves da Silva, Guilhem, Dirce and Lima, David Duarte Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev. bras. epidemiol.,* 2008; 11(1): 67-77.
5. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(4): 502-509.
6. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev. bras. Epidemiol.* 2008; 11(suppl.1): 6-19.
7. Basílio DV, Mattos IE. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 - 2005. *Rev. bras. epidemiol.* 2008; 11(2): 204-214.
8. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA, GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(suppl.1): 109-117.
9. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFBs. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(4): 598-605.
10. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(2): 302-307.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
13. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM: The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheumatol* 18: 728-33, 1991.
14. Calza S, Decarli A, Ferraroni M. Obesity and prevalence of chronic diseases in the 1999-2000 Italian National Health Survey. *BMC Public Health.* 2008;8:140.

15. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad. Saúde Pública 1993; 9(2): 190-200.
16. Carmita A. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina. Rev Bras Med 2006; 63(9): 477-482.
17. Castro SS, Cesar CGL, Barros MBA. Saúde e Condição de vida em São Paulo: inquerito multicentrico de saúde no Estado de São Paulo. In: Prof Dr Chester Luis Galvão Cesar. (Org.). Saúde e Condição de vida em São Paulo: inquerito multicentrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP, 2005.
18. Castro SS, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M . Physical disability, recent illnesses and health self-assessment in a population-based study in São Paulo, Brazil. Disability and Rehabilitation, v. 00, p. 100331014713080-4, 2010.[ahead of print]
19. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. Cadernos de Saúde Pública 2008; 24: 1773-1782.
20. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG . Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, 2010. [ahead of print]
21. Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Aalves MCGP, Goldbaum M. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública 2010; 44: 601-610.
22. Costa EFO, Andrade TM, Silvany Neto AM, Melo EV, Rosa ACA, Alencar MA et al . Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010; 32(1): 11-19.
23. Crocombe LA, Mejia GC, Koster CR, Slade GD. Comparison of adult oral health in Australia, the USA, Germany and the UK. Aust Dent J. 2009; 54(2): 147-53.
24. Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L. Inquéritos de saúde e fonoaudiologia. Rev. CEFAC 2009; 11(1): 166-172.
25. Demoly P, Gueron B, Annunziata K, Adamek L, Walters RD. Update on asthma control in five European countries: results of a 2008 survey. Eur Respir Rev. 2010; 19(116): 150-7.
26. Dias RS, Ramos CC, Kerr-Corrêa F, Trinca LA, Cerqueira ATAR, Dalben I, Moreno RA. Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade – Questionário da Saúde da Mulher. Rev. Psiq. Clín. 2002; 29 (4): 181-189.
27. Djikanovic B, Marinkovic J, Jankovic J, Vujanac V, Simic S. Gender differences in smoking experience and cessation: do wealth and education matter equally for women and men in Serbia? J Public Health (Oxf). 2010 Oct 15. [Epub ahead of print]
28. Engstrom K, Magnusson C, Galanti MR. Socio-demographic, lifestyle and health characteristics among snus users and dual tobacco users in Stockholm County, Sweden. BMC Public Health. 2010; 10(1): 619. [Epub ahead of print]
29. Fernandes RCL, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul 2008; 30(3): 192-200.
30. Fleck Marcelo PA, Louzada Sérgio, Xavier Marta, Chachamovich Eduardo, Vieira Guilherme, Santos Lyssandra et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública 2000; 34(2): 178-183.

31. Fleck Marcelo Pio de Almeida, Lima Ana Flávia Barros da Silva, Louzada Sérgio, Schestasky Gustavo, Henriques Alexandre, Borges Vivian Roxo et al . Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4): 431-438.
32. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR et al . Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(5):235-242.
33. Francisco Priscila Maria Stolses Bergamo, Donalisio Maria Rita, Barros Marilisa Berti de Azevedo, César Chester Luis Galvão, Carandina Luana, Goldbaum Moisés. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(3): 428-435.
34. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLGalvão. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(1): 90-99.
35. Gomes Betânia da Mata Ribeiro, Alves João Guilherme Bezerra. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 375-38.
36. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(6): 1060-1066.
37. Gordian ME, Stewart AW, Morris SS. Evaporative gasoline emissions and asthma symptoms. *Int J Environ Res Public Health.* 2010; 7(8): 3051-62.
38. Haun MVA, Ferraz MB, Pollak DF: Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 221-30.
39. Joia, Luciane Cristina, Ruiz, Tania and Donalisio, Maria Rita Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(1): 131-138.
40. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res.* 2004; 13(3): 705-13.
41. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(2): 258-64.
42. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1374-9.
43. Kelleher CJ. Quality of live and urinary incontinence. *Baillière's Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 363-79.
44. Kluthcovsky Ana Cláudia G.C., Kluthcovsky Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2009; 31(3).
45. Lima Maria Cristina Pereira, Menezes Paulo Rossi, Carandina Luana, Cesar Chester Luiz Galvão, Barros Marilisa Berti de Azevedo, Goldbaum Moisés. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4): 717-72.

46. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4): 717-723.
47. Lombardi DA, Folkard S, Willetts JL, Smith GS. Daily sleep, weekly working hours, and risk of work-related injury: US National Health Interview Survey (2004-2008). *Chronobiol Int.* 2010; 27(5): 1013-30.
48. Luzny J, Ivanova K. Quality of life in hospitalized seniors with psychiatric disorders (a cross-sectional study from the Kromeriz District, Czech Republic). *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2009;153(4):315-8.
49. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev. Bras. Reumatol.* 2006; 46(1): 24-31.
50. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 525-532.
51. Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pontigo-Loyola AP, Patiño-Marín N, Villalobos-Rodelo JJ. National survey on edentulism and its geographic distribution, among Mexicans 18 years of age and older (with emphasis in WHO age groups). *J Oral Rehabil.* 2008; 35(4): 237-44.
52. Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon P. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30(8): 384-392.
53. Metcalfe A, Williams J, McChesney J, Patten SB, Jette N. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *BMC Complement Altern Med.* 2010; 10(1): 58. [Epub ahead of print]
54. Moreira Júnior ED, Bestane WJ, Bartolo EB, Fittipaldi JASa. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *Sao Paulo Med. J.* 2002; 120(2): 49-54.
55. Nazroo JY, Falaschetti E, Pierce M, Primatesta P. Ethnic inequalities in access to and outcomes of healthcare: analysis of the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(12): 1022-7.
56. Nunes Maria de Fátima, Freire Maria do Carmo Matias. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(6): 1019-1026.
57. Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA; New Zealand Mental Health Survey Research Team. The Kessler Psychological Distress Scale in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(4): 314-22.
58. Pimenta Graça Maria Ferreira, Costa Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da, Gonçalves Lucia Hisako Takase, Alvarez Ângela Maria. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev. esc. enferm. USP* 2009; 43(3): 609-614.
59. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Measurement.* 1977; 1(3): 385-401.
60. Renosto A, Biz P, Hennington ÉA, Pattussi MP. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. *Rev. bras. Epidemiol.* 2009; 12(2): 217-225.

61. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29(3): 134-140.
62. Santos AS. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. *Saúde Coletiva* 2010; 39: 96-98.
63. Segri NJ, Cesar CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(3): 503-512.
64. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007; 53(6): 520-52.
65. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(5): 921-929.
66. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. esc. enferm. USP* 2009; 43(1): 72-78.
67. Silva-Filho CR, Baracat EC, Conterno L de O, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(3): 333-9.
68. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clin.* 1998; 25(5): 251-61.
69. Souza Luiz José de, Chalita Félix Elias Barros, Reis Aldo Franklin F., Teixeira Cláudio Luiz, Gicovate Neto Carlos, Bastos Diogo Assed et al . Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab.*2003; 47(1): 69-74.
70. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(2): 203-211.
71. Tzeng DS, Chung WC, Fan PL, Lung FW, Yang CY. Psychological morbidity, quality of life and their correlations among military health care workers in Taiwan. *Ind Health.* 2009; 47(6): 626-34.
72. Van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, Ljzermans CJ, Bottema BJAM, Van Der Zee JS, et al. Added value of comorbidity in predicting health-related quality of life in COPD patients. *Respir Med* 2001; 95: 496-504.
73. Venables MC, Jeukendrup AE. Physical inactivity and obesity: links with insulin resistance and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res Rev.* 2009; 25(Suppl 1) :S18-23.
74. Vianna RPT, Segall-Correa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr.* 2008; 21(suppl.): 111s-122.
75. Vutyavanich T, Sreshthaputra R, Thitadilok W, Sukcharoen N. Quality of life and risk factors that affect the quality of life of Thai female physicians. *J Med Assoc Thai.* 2007; 90(11): 2260-5.
76. Wolfe F, Smythe HAA, Yunus MB, Bennett AM, Bombardier CE, Goldenberg DL: The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.

-
77. Wynia K, Middel B, van Dijk JP, De Keyser JH, Reijneveld SA. The impact of disabilities on quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2008; 14(7): 972-80.
78. Ximenes Ricardo Arraes de Alencar, Pereira Leila Maria Beltrão, Martelli Celina Maria Turchi, Merchán-Hamann Edgar, Stein Airton Tetelbom, Figueiredo Gerusa Maria et al . Methodology of a nationwide cross-sectional survey of prevalence and epidemiological patterns of hepatitis A, B and C infection in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(9): 1693-170.

33. Anexos

34. Anexo 1 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011**”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a freqüência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2010.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (maiores de 21 anos)

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e comprehendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Shamyr S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles (9932 3001)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (menores de 21 anos)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

O seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo:

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação de seu (a) filho (a) é importante. Os objetivos deste trabalho são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a freqüência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2010.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela participação de seu (a) filho (a) no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, e terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da criança não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número, preservando assim sua identidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2011.**”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento sobre o projeto e comprehendi a finalidade do estudo, e qual(is) procedimento(s) a criança será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação da criança por quem sou responsável a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que o nome da criança não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por permitir que a criança participe do estudo. Autorizo a publicação dos resultados bem como todos os direitos de uso de divulgação acadêmica de tais conteúdos sem identificação pessoal da criança. Concordo com a participação da mesma nos termos acima.

“Diante dos esclarecimentos prestados, autorizo meu (minha) filho (a) _____, nascido aos/...../....., a participar do estudo, na qualidade de voluntário.”

Uberaba,...../...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Shamyr S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles (9932 3001)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

35. Anexo 2 – Bloco A – Identificação

Nome	Data nascimento
Endereço	
Telefone1:	Telefone2:
Data da entrevista:	Entrevistador:
Escolaridade	Religião
Estado civil	Número de filhos
Número de pessoas que moram na casa	Número de cômodos da casa
Casa possui rede elétrica?	Casa possui água encanada?
Rua possui calçamento?	Rua possui iluminação elétrica?
Renda familiar total	Entrevistada é o chefe da família?
Situação de trabalho	

36. Anexo 3 – Bloco B – Listagem de doenças

MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	RESPIRATORIAS	DIGESTIVAS
() Lesão nas costas	() Infecções repetidas do trato respiratório (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	() Pedras ou doenças da vesícula biliar
() Lesão nos braços/mãos	() Bronquite crônica	() Doença do pâncreas ou do fígado
() Lesão nas pernas/pés	() Sinusite crônica	() Gastrite ou irritação duodenal
() Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão?	() Asma	() Colite ou irritação do colon
() Artrite reumatóide	() Enfisema	() Doenças da vesícula biliar
() Hérnia de disco	() DPOC	() Úlceras estomacais/duodeno
() Osteoporose	() Tuberculose pulmonar	() Outra doença digestiva? Qual?
() Outra doença músculo-esquelética. Qual?	() Outra doença respiratória? Qual?	GENITOURINÁRIAS
CARDIOVASCULARES	EMOCIONAIS	() Infecção das vias urinárias
() Hipertensão arterial (pressão alta)	() Depressão	() Doença dos rins
() Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	() Insônia	() Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por ex: problemas na trompa ou próstata)
() Infarto do miocárdio, trombose coronariana	() Outras. Quais?	() Outra doença genitourinária? Qual?
NEUROLÓGICAS		DERMATOLÓGICAS
() Insuficiência cardíaca	() Epilepsia	() Alergia, eczema
() Cardiomegalia	() Convulsões	() Outra erupção? Qual?
() Trombose	() Enxaqueca	() Outra doença de pele? Qual?
() Chagas	() AVE	SANGUE
() Outra doença cardiovascular? Qual?	() Hipertireoidismo () Hipotireoidismo	() Anemia
TUMORAIS		() Outra doença do sangue. Qual?
() Tumor benigno. Onde?	() Hanseníase	() Outro problema ou doença. Qual?
() Tumor maligno. Onde?	() Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos? Qual?	
CONGÊNITAS	ENDÓCRINA/METABÓLICA	
() Problema de nascimento. Qual?	() Obesidade	
CIRCULATÓRIAS	() Diabetes	
() Varizes	() Bócio ou outra doença da tireoíde	
	() Outra doença endócrina ou metabólica? Qual?	

37. Anexo 4 – WHOQoL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito	Insatisfeto	nem satisfeto	satisfeto	Muito

		insatisfeito		nem insatisfeito		satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário? **OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

38. Anexo 5 – Self Report Questionnaire – SRQ-20 – Transtorno Mental Comum (TMC)

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não

A - Total de sim |__| |__|

39. Anexo 6 – Quociente Sexual – Versão Feminina

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) estimulam a continuar a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82-100 pontos: *bom a excelente*

Como somar os pontos:

$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5 - Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$

62-80 pontos: *regular a bom*

(Q = questão)

42-60 pontos: *desfavorável a regular*

22-40 pontos: *ruim a desfavorável*

0-20 pontos: *nulo a ruim*

40. Anexo 7 – Detecção de risco de câncer de mama pelo histórico familiar e exames preventivos

Questões para rastreamento de risco de câncer entre mulheres.

- 1 Algum dos seus parentes de 1º grau teve câncer de mama ou de ovário?
- 2 Algum das suas parentes teve câncer de mama bilateral?
- 3 Algum homem da sua família teve câncer de mama?
- 4 Alguma mulher da sua família teve câncer de mama ou de ovário?
- 5 Alguma mulher da sua família teve câncer de mama antes dos 50 anos?
- 6 Você teve 2 ou mais parentes com câncer de mamãe/ou de ovário?
- 7 Você teve 2 ou mais parentes que teve câncer de mama e/ou de intestino?

Questões a respeito dos hábitos de realização dos exames preventivos de câncer.

O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando foi que a sra. fez pela última vez este exame?

passe p/ questão C 06.	nunca fez	1
há menos de 1 ano .....	....	2
há 1 a 2 anos incompletos .....	....	3
há 2 a 3 anos incompletos .....	....	4
há mais de 3 anos .....	....	5
NS/NR	9	

Em que serviço de saúde a sra. fez o exame?

UBS tradicional	1	
unidade básica de saúde	AMA / PA	2
ESF ou PSF	3	
consultório	4	
ambulatório	5	
pronto socorro/emergência	6	
hospital	7	
outro, especif.: _____	8	
NS/NR	9	

Quem cobriu ou complementou os gastos deste exame? (Pode haver mais de uma resposta)

SUS	1
previdência governamental (Fed./Est./Mun.)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

A sra. alguma vez teve problema(s) com a mesa ginecológica para realização do Papanicolau?

passe p/ questão C 06.	não	1
sim	2	
NS/NR	9	

Que problema(s) teve?

NS/NR 999

O exame clínico das mamas é um exame feito por um médico ou enfermeiro para detectar a presença de nódulos/caroços nos seios. Quando foi que a sra. fez pela última vez este exame?

nunca fez	1
há menos de 1 ano	2
há 1 a 2 anos incompletos	3
há 2 a 3 anos incompletos	4
há mais de 3 anos	5
NS/NR	9

A sra. faz palpação nos seus seios para procurar nódulos/ caroços?

Com que freqüência?

Mulheres com:

40 anos ou + passe p/ C 12.	não faz	1
- de 40 passe p/ Bloco D.		
faz, mas não tem freqüência definida	2	
faz mensalmente	3	
faz duas vezes ao ano	4	
faz anualmente	5	
NS/NR	9	

A sra. recebeu orientação de algum médico ou profissional de saúde sobre a necessidade de palpação das mamas?

não	1
sim	2
NS/NR	9

Quem ensinou a sra. a fazer o auto exame das mamas?

ninguém	1
médico	2
enfermeira	3
outro: _____	4
NS/NR	9

A sra. teve dificuldade para aprender a realizar o exame?

Mulheres com:

40 anos ou + passe p/ C 12.	não	1
- de 40 passe p/ Bloco D.		
sim	2	

NS/NR 9

Qual(is) dificuldade(s) teve?

NS/NR 999

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

O Bloco se aplica a este entrevistado? sim 1 não 2

A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que a sra. fez este exame?

passe p/ questão C17.	nunca fez	1
há menos de 1 ano		2
há 1 a 2 anos incompletos		3
há 2 a 3 anos incompletos		4
há mais de 3 anos		5
NS/NR		9

Em que serviço de saúde a sra. fez o exame?

UBS tradicional	1	
unidade básica de saúde	AMA / PA	2
ESF ou PSF	3	
consultório	4	
ambulatório	5	
pronto socorro/emergência	6	
hospital	7	
outro, especif.: _____	8	
NS/NR	9	

Quem cobriu ou complementou os gastos deste exame? (Pode haver mais de uma resposta)

SUS	1
previdência governamental (Fed./Est./Mun.)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

A sra. alguma vez teve problema com o equipamento para realização da mamografia?

passe p/ questão C 17. não 1
sim 2

NS/NR 9

Que problema(s) teve?

NS/NR 999

Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de intestino. A sra. já fez algum exame com esta finalidade?

passe p/ o BLOCO D.	não	1
sim	2	
NS/NR	9	

18. Qual(is) exame(s)? (Pode haver mais de uma resposta) (leia as alternativas para o entrevistado)

fez pesquisa de sangue oculto nas fezes	1
fez colonoscopia	2
NS/NR	9

Quando foi a última vez que a sra. fez algum desses exames?

há menos de 1 ano	1
há 1 a 2 anos incompletos	2
há 2 a 3 anos incompletos	3
há mais de 3 anos	4
NS/NR	9

Em que serviço de saúde a sra. fez o(s) exame(s)?

UBS tradicional	1	
unidade básica de saúde	AMA / PA	2
ESF ou PSF	3	
consultório	4	
ambulatório	5	
pronto socorro/emergência	6	
hospital	7	
outro, especif.: _____	8	
NR	9	

Esse serviço de saúde é: (leia as alternativas para o entrevistado)

SUS	1
previdência governamental (Fed./Est./Mun/)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

Quem cobriu ou complementou os gastos deste(s) exame(s)?(Pode haver mais de uma resposta)

SUS 1

previdência governamental (Fed./Est./Mun.)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

A sra. teve algum problema na realização desse(s) exame(s)?

passe p/ o BLOCO D.	não	1
sim	2	
NS/NR .....	....	9

Que problema(s) teve?

NS/NR

... 999

41. Anexo 8 – Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Instruções:

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a freqüência com que tenha se sentido dessa maneira *durante a semana passada*:

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA :	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a amioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerrei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

42. Anexo 9 – Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT

Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, assinalando a alternativa que você acha que melhor reflete a sua. Não deixe nenhuma questão sem responder.

4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico		Em minha opinião	Diagnóstico médico
01.Lesão nas costas	0	1	26.Doença ou lesão da visão (não assinalar se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau).....	0	1
02.Lesão nos braços/mãos	0	1	27.Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	0	1
03.Lesão nas pernas/pés	0	1	28.Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	0	1
04.Lesão em outras partes do corpo	0	1	Qual? _____		
Onde? _____	Que tipo de lesão? _____		29.Pedras ou doença da vesícula biliar	0	1
05.Doença na parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	0	1	30.Doença do pâncreas ou do fígado.....	0	1
06.Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	0	1	31.Úlcera gástrica ou duodenal.....	0	1
07.Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	0	1	32.Gastrite ou irritação duodenal.....	0	1
08.Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes	0	1	33.Colite ou irritação do cólon.....	0	1
09.Artrite reumatóide	0	1	34.Outra doença digestiva.....	0	1
10.Outra doença músculo-esquelética Qual? _____	0	1	Qual? _____		
11.Hipertensão arterial (pressão alta).....	0	1	35.Infecção das vias urinárias.....	0	1
12.Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	0	1	36.Doença dos rins.....	0	1
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	0	1	37.Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex.: problemas nas trompas ou próstata).....	0	1
14. Insuficiência cardíaca	0	1	38.Outra doença geniturinária	0	1
15. Outra doença cardiovascular Qual? _____	0	1	39.Alergia, eczema	0	1
16. Infecções repetidas no trato respiratório (incluindo amigdalite, Sinusite aguda, bronquite aguda)	0	1	40. Outra erupção.....	0	1
17. Bronquite crônica	0	1	Qual? _____		
18. Sinusite crônica	0	1	41. Outra doença de pele	0	1
19. Asma	0	1	Qual? _____		
20. Enfisema	0	1	42. Tumor benigno	0	1
21. Tubercolose pulmonar	0	1	43. Tumor maligno (câncer).....	0	1
22. Outra doença respiratória Qual? _____	0	1	Onde? _____		
23. Distúrbio emocional severo (ex.: depressão severa)	0	1	44. Obesidade.....	0	1
24. Distúrbio emocional leve (ex.: depressão leva, tensão, ansiedade, insônia)	0	1	45. Diabetes	0	1
25. Problema ou diminuição na audição	0	1	46. Bócio ou outra doença da tireoide.....	0	1
			47. Outra doença endócrina ou metabólica	0	1
			Qual? _____		
			48. Anemia.....	0	1
			49. Outra doença do sangue.....	0	1
			Qual? _____		
			50. Defeito de nascimento.....	0	1
			Qual? _____		
			51. Outro problema ou doença.....	0	1
			Qual? _____		

43. Anexo 10 - Qualidade de vida de mulheres com endometriose - Endometriosis Health Profile Questionnaire – (EHP-30) – Versão Português

- Este questionário foi desenvolvido para medir o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida da mulher.
- Por favor responda todas as questões
- Nós sabemos que você pode ter endometriose há algum tempo. Nós também entendemos que como você se sente agora pode ser diferente de como você se sentia no passado. Entretanto, você poderia, por favor, responder as questões somente em relação ao efeito que a endometriose tem tido em sua vida durante as últimas 4 semanas.
- Não há respostas corretas ou erradas, então selecione a opção que melhor represente seus sentimentos e experiências.
- Devido à natureza pessoal de algumas questões, entenda que você não tem de responder qualquer questão se você preferir que não.
- A informação e as respostas que você dará serão consideradas extremamente confidenciais.
- Se você tiver qualquer problema ou precisar de qualquer ajuda para completar este questionário por favor pergunte que ficaremos satisfeitos em lhe ajudar.

Parte 1: Questionário Central

Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência devido a endometriose você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
2. Foi incapaz de fazer os serviços domésticos devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Achou difícil ficar em pé devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
4. Achou difícil sentar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
5. Achou difícil caminhar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
6. Achou difícil se exercitar ou fazer atividades de lazer que você gosta devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
7. Ficou sem apetite ou ficou incapaz de comer devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
8. Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9. Teve que ir para cama ou deitar-se devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
10. Foi incapaz de fazer as coisas que você queria devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
11. Sentiu-se incapaz de lidar com a dor?	<input type="checkbox"/>				
12. Sentiu-se mal de maneira geral?	<input type="checkbox"/>				
13. Sentiu-se frustrada por que seus sintomas não estão melhorando?	<input type="checkbox"/>				
14. Sentiu-se frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
15. Sentiu-se incapaz de esquecer os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
16. Sentiu como se os seus sintomas estivessem controlando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
18. Sentiu-se deprimida?	<input type="checkbox"/>				
19. Sentiu-se chorosa ou com vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>				
20. Sentiu-se muito infeliz?	<input type="checkbox"/>				
21. Teve mudanças de humor?	<input type="checkbox"/>				
22. Sentiu-se mau-humorada ou irritou-se facilmente?	<input type="checkbox"/>				
23. Sentiu-se violenta ou agressiva?	<input type="checkbox"/>				
24. Sentiu-se incapaz de falar com as pessoas sobre como está se sentindo?	<input type="checkbox"/>				
25. Sentiu que os outros não entendem o que você está passando?	<input type="checkbox"/>				
26. Sentiu que as outras pessoas acham que você está reclamando demais?	<input type="checkbox"/>				
27. Sentiu-se sozinha?	<input type="checkbox"/>				
28. Sentiu-se frustrada por nem sempre poder usar roupas que gostaria?	<input type="checkbox"/>				
29. Sentiu que sua aparência foi afetada?	<input type="checkbox"/>				
30. Perdeu a auto-confiança?	<input type="checkbox"/>				

Seção A: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose no seu trabalho. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

Se você não esteve empregada nas últimas 4 semanas marque aqui e siga para a seção B.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Teve que se ausentar do trabalho temporariamente devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapaz de fazer suas tarefas no trabalho por causa da dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se envergonhada devido aos sintomas?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?	<input type="checkbox"/>				
5. Sentiu-se preocupada em não ser capaz de fazer seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				

Seção B: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose na sua relação com seus filhos. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

Se você não tem filhos, por favor, marque aqui e siga para a seção C.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dificuldade de cuidar de seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapaz de brincar com seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>				

Seção C: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose nas suas relações sexuais. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

Se isso não for importante marque aqui

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dor durante ou depois das relações性uais?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se preocupada em ter relações性uais devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Evitou ter relações性uais devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu-se culpada em não querer ter relações性uais?	<input type="checkbox"/>				
5. Sentiu-se frustrada por não ter prazer nas relações性uais?	<input type="checkbox"/>				

Seção D: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação aos seus médicos. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu que o(s) seu(s) médico(s) não está(estão) fazendo nada por você?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu que o seu médico acha que suas queixas são coisas da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se frustrada com a falta de conhecimento do seu médico sobre endometriose?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu como se você estivesse gastando o tempo do seu médico?	<input type="checkbox"/>				

Seção E: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação ao seu tratamento - qualquer cirurgia ou remédio que você usa ou usou para a endometriose. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se frustrada porque seu tratamento não está funcionando?	<input type="checkbox"/>				
2. Achou difícil lidar com os efeitos adversos do tratamento?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se aborrecida por causa da quantidade de tratamento que você tem que usar?	<input type="checkbox"/>				

Seção F: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos sobre quaisquer dificuldades que você possa ter para engravidar. Nas últimas 4 semanas com que freqüência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se preocupada com a possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapacitada pela possibilidade de não ter ou não poder ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se deprimida pela possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu que a possibilidade de não poder engravidar tornou-se um fardo nos seus relacionamentos?	<input type="checkbox"/>				

44. Anexo 11 - Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária – King's Health Questionnaire

Versão em Português do “King's Health Questionnaire”

<p>1. Como você descreveria sua saúde no momento?</p>	<input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim
<p>2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?</p>	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito

Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.

Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente.

Exclua os problemas que não se aplicam a você.

Quanto que os problemas afetam você?	Um pouco	Moderadamente	Muito
a. FREQÜÊNCIA (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. NOCTÚRIA (levantar à noite para urinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. URGÊNCIA (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. URGE-INCONTINÊNCIA (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir, estão algumas das atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga.

Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

Limitações de atividades diárias

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

3a. Quanto o seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3b. Quanto o seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Limitações físicas e sociais

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Relações Pessoais

Não aplicável Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Emoções

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sono e disposição

Nunca Às vezes Freqüentemente O tempo todo

7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7b. Você se sente esgotada ou cansada?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Medidas de gravidade

Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto? Nunca Às vezes Freqüentemente O tempo todo

8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?

8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?

8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

Muito obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

45. Anexo 12 - Temas que serão abordados entre as mulheres gestantes entrevistadas por essa pesquisa

- Onde faz o pré-natal
- Antecedentes familiares:
 - Hipertensão; Cardiopatias; Diabetes; Dores nas costas inespecíficas e específicas.
- Antecedentes obstétricos:
 - Número de gestações; Número de partos (tipo de parto); Número de abortamentos; Número de filhos vivos; Idade na primeira gestação; Intervalo entre as gestações (em meses); Intercorrências ou complicações em gestações anteriores; Queixas em gestações anteriores; Complicações no puerpério; Queixas no puerpério; História de aleitamento anteriores; Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
- Gestação atual:
 - Acompanhamento pré-natal; Semana gestacional; Data provável do parto (DPP); Sinais e sintomas da gravidez em curso; Medicamentos e/ou tratamentos; A gestação foi ou não desejada; Hábitos (fumo, álcool, drogas).
- História do sintoma ou moléstia atual:
 - Indicam condições especiais como hipertensão arterial, trabalho de parto, etc...; Considerar a avaliação da própria mulher.
 - Veias varicosas; Veias varicosas vulvares; Hemorróidas; Trombose e tromboembolismo
 - Câimbras;
 - Dor nas costelas e neuralgia intercostal;
 - Condromalacia da patela;
 - Síndrome da perna agitada;
 - Dor no ligamento uterino; Dor devida a aderências abdominais;
 - Fadiga;
 - Insônia e pesadelos;
 - Prurido;
 - Azia; Doença matutina;
 - Apareceu pela primeira vez na gestação, quando?
 - Localização, tipo, comportamento, duração; O que agrava, o que diminui; Quais são as atividades funcionais restritas; Existe algum entorpecimento, parestesia ou fraqueza?
 - Quais atividades e/ou posições agravam a dor e quais amenizam?
- Existe qualquer outro sintoma? Em relação à lombalgia (independente de a gestante ter a queixa)
 - Alguma vez apresentou lombalgia?
 - Durante ou fora do período gestacional?
 - Procurou assistência médica na ocasião?
 - Foi constatada a causa do problema?
 - Foi indicada alguma terapêutica?
- Se a gestante tiver lombalgia:
 - Há quanto tempo apresenta a queixa?
 - Essa dor é contínua ou intermitente?
 - Em que hora do dia a dor é mais forte?
 - Em que hora do dia a dor desaparece ou melhora?
 - Você costuma ser acordada no meio da noite com dores?
 - Existe irradiação da dor para os MSLs?
 - Você já teve a experiência de sentir uma ou as duas pernas “travar” quando estava caminhando? Com que freqüência isso ocorre?
 - Quais atividades desencadeiam ou agravam a dor?
 - Existe alguma posição que alivie os sintomas?
 - Quais as atividades físicas que realizava antes da gestação?

- Qual atividade física continua realizando?
- Questões obrigatórias relativas ao períneo e micturição:
 - Presença de hematúria, disúria; Associação com lombalgia; Hábitos de micturição; Sensação do períneo.
- Saúde geral, ocupação e estilo de vida:
 - Como se sente em relação às atividades que realiza?
 - Qual a importância que dá ao trabalho?
 - Em qual posição permanece a maior parte do tempo?
 - Quais os movimentos que realiza?
 - Têm períodos de descanso durante o dia?
 - Pratica exercícios? Qual? Com qual freqüência? Praticava antes de engravidar?
 - Quais as atividades recreativas?
 - Considera-se tensa e preocupada demais?

46. Anexo 13 - Questionário de Saúde da Mulher (QSM)

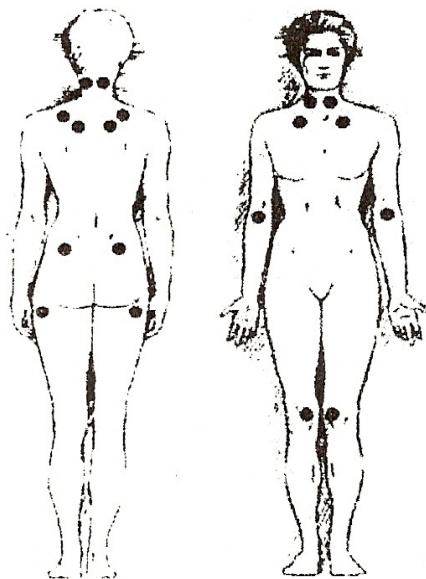
	1 Sim, sempre	2 Sim, algumas vezes	3 Não, não muito	4 Não, nunca
1. Você acorda no meio da noite e então dorme mal o resto dela?				
2. Você tem muito medo ou sensação de pânico sem nenhuma razão aparente?				
3. Você se sente triste e infeliz?				
4. Você se sente ansiosa quando sai de casa sozinha?				
5. Você perdeu o interesse pelas coisas?				
6. Você tem palpitações ou sensação de "aperto" no estômago ou no peito?				
7. Você ainda gosta das coisas de que costumava gostar?				
8. Você sente que a vida não vale a pena?				
9. Você se sente tensa ou muito nervosa?				
10. Você tem bom apetite?				
11. Você está impaciente e não consegue ficar calma?				
12. Você está mais irritada que o normal?				
13. Você está preocupada com o envelhecimento?				
14. Você tem dores de cabeça?				
15. Você se sente mais cansada que o normal?				
16. Você tem tonturas?				
17. Você tem a sensação de que seus seios estão doloridos ou desconfortáveis?				
18. Você sofre de dor nas costas ou nos membros (braços/pernas)?				
19. Você tem fogachos (ondas de calor)?				
20. Você está mais chata/implicante que o normal?				
21. Você se sente cheia de vida (com energia) e empolgada?				
22. Você tem cólicas ou desconfortos abdominais?				
23. Você se sente nauseada ou com mal-estar constante?				
24. Você perdeu o interesse pelas atividades sexuais?				
25. Você tem sensação de bem-estar?				
26. Você tem hemorragias (uterino)?				
27. Você tem suores noturnos?				
28. Você tem sensação de empachamento (estômago)?				
29. Você tem sonolência?				
30. Você freqüentemente sente formigamento nas mãos e nos pés?				
31. Você se sente satisfeita com sua vida sexual? (omita se não for sexualmente ativa)				
32. Você se sente fisicamente atraente?				
33. Você tem dificuldades para se concentrar?				
34. Você acha que suas relações性 tornaram-se desconfortáveis em razão de secura vaginal?				
35. Você precisa urinar/beber água mais que antigamente?				
36. Você acha que sua memória está ruim?				
37. Daquilo que foi perguntado acima, há algum(ns) sintoma(s) que você tinha mais dificuldade que os outros para lidar?	SIM () NÃO () Se sim, qual(is)?			

47. Anexo 14 - Qualidade de vida entre mulheres com fibromialgia

Assinale a(s) região (ões) que você tem sentido dor nos últimos três meses

AVALIAÇÃO DOS PONTOS GATILHOS

- 1)*Occipital* – inserção do músculo occipital
- 2)*Cervical* – Baixa face anterior no espaço transverso de C5 – C7
- 3)*Trapézio* – ponto médio da borda superior
- 4)*Segunda costela* – junção da Segunda costocondral
- 5)*Supraespinhoso* – acima da borda medial da espinha da escápula
- 6)*Epicôndilo lateral* – a 2 cm do Epicôndilo
- 7)*Glúteos* – quadrante lateral e superior das nádegas
- 8)*Grande trocanter* – posterior a proeminência trocantérica
- 9)*Joelho* – região medial próxima à linha do joelho



**QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO
DA FIBROMIALGIA (QIF)**

ANOS DE ESTUDO:

1- Com que freqüência você consegue:	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa (varrer, passar pano etc.)	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Nos últimos sete dias:

2- Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

3- Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)?

0 1 2 3 4 5 6 7

4- Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:



Não interferiu Atrapalhou muito

5- Quanta dor você sentiu?



Nenhuma Muita dor

6- Você sentiu cansaco?



7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?



Descansado/a Muito cansado/a

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?



9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?



Sim, muito

10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?

