



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

VITÓRIA ROSA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA MENOPAUSA COM
DISPAREUNIA

CAMPINAS

2024

VITÓRIA ROSA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA MENOPAUSA COM
DISPAREUNIA.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Mestra em
Gerontologia.

ORIENTADOR: DR. LUIZ CLAUDIO MARTINS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA VITÓRIA ROSA DOS SANTOS, E
ORIENTADO PELO PROF. DR. LUIZ CLAUDIO
MARTINS.

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Patrícia de Paula Ravaschio - CRB 8/6426

Sa59a Santos, Vitória Rosa dos, 1999-
Avaliação da qualidade de vida em mulheres na menopausa com
dispareunia / Vitória Rosa dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Luiz Claudio Martins.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida. 2. Menopausa. 3. Saúde da mulher. 4.
Envelhecimento. I. Martins, Luiz Claudio, 1964-. II. Universidade Estadual
de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações complementares

Título em outro idioma: Assessment of quality of life in women in menopause with
dyspareunia

Palavras-chave em inglês:

Quality of life

Menopause

Women's health

Aging

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Luiz Claudio Martins [Orientador]

Maria José D'Elboux

Ana Maria Moser

Data de defesa: 17-12-2024

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-1575-3913>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2601158519034485>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

VITÓRIA ROSA DOS SANTOS

ORIENTADOR: LUIZ CLAUDIO MARTINS

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. LUIZ CLAUDIO MARTINS

2. PROF. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX

3. PROF. DRA. ANA MARIA MOSER

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 17/12/2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó, Erci Gonçalves dos Santos, que foi meu maior exemplo de força e resiliência. Sua trajetória, marcada pela superação das adversidades através do estudo e da docência, inspira-me a cada dia.

EPÍGRAFE

Não tenho mais os olhos de menina
nem corpo adolescente, e a pele
translúcida há muito se manchou.
Há rugas onde havia sedas, sou uma estrutura
agrandada pelos anos e o peso dos fardos
bons ou ruins.
(Carreguei muitos com gosto e alguns com rebeldia.)

O que te posso dar é mais que tudo
o que perdi: dou-te os meus ganhos.
A maturidade que consegue rir
quando em outros tempos choraria,
busca te agradar
quando antigamente queria
apenas ser amada.
Posso dar-te muito mais do que beleza
e juventude agora: esses dourados anos
me ensinaram a amar melhor, com mais paciência
e não menos ardor, a entender-te
se precisas, a aguardar-te quando vais,
a dar-te regaço de amante e colo de amiga,
e sobretudo força — que vem do aprendizado.
Isso posso te dar: um mar antigo e confiável
cujas marés — mesmo se fogem — retornam,
cujas correntes ocultas não levam destroços
mas o sonho interminável das sereias.

Do livro "Secreta Mirada", Editora Mandarin - São Paulo, 1997, pág. 151. Lya Luft

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais, por me darem a vida, e a Deus, por ter guiado os meus passos até aqui. Gostaria de agradecer ao meu pai de criação, Ricardo Felipe de Alencar Gonçalves (*In Memoriam*), e ao meu pai Helton Rosa dos Santos, e a minha mãe Poliana dos Santos, por todo o investimento que fizeram na minha educação. Esse trabalho é a minha mais sincera retribuição.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha família e amigos. Em especial, à minha avó, Erci Gonçalves dos Santos, cujo o exemplo me inspirou um amor inabalável pelos estudos e pela contínua busca do conhecimento. Foi ela quem nunca me negou os meus tão amados livros, alimentando sempre minha sede de aprender. Ademais, gostaria de agradecer a minha professora, amiga, mentora e encorajadora, e inspiração constante, Prof. Dra. Ana Maria Moser. Sem seu apoio e orientação, eu não teria conseguido chegar até aqui. Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer ao meu noivo e companheiro de vida, Leonardo Gargitter, por ter sido meu alicerce inabalável, por seu amor, paciência e apoio incondicional. Sua compreensão e encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse enfrentar os desafios e alcançar meus objetivos. Sem você, esta jornada teria sido muito mais difícil e solitária. Agradeço por sempre acreditar em mim e por ser meu apancho seguro.

Aos demais amigos e familiares que não estão citados diretamente neste trabalho, mas que carrego em meu coração, meu sincero agradecimento. Sua amizade, apoio e palavras de encorajamento foram fundamentais ao longo desta jornada. Cada um de vocês, de maneiras distintas, contribuiu para que eu chegasse até aqui. Obrigada por fazerem parte da minha vida e por sempre estarem ao meu lado.

É fundamental agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Claudio Martins. por todo o apoio e direcionamento na construção desse trabalho, nesses últimos dois anos de pós-graduação.

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Foi graças à bolsa de estudos por eles concedida que pude concluir minha pós-graduação com êxito.

RESUMO

A sexualidade passa por uma transformação influenciada por fatores históricos, culturais, religiosos e éticos, sendo uma expressão afetiva do indivíduo. Com a chegada do climatério, a redução dos níveis de estrogênio e progesterona causa mudanças que impactam a vivência plena da sexualidade nas mulheres, incluindo a dispareunia. A dispareunia, que é a dor durante a relação sexual, é um sintoma comum na menopausa e pode comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres. A saúde sexual é essencial para a qualidade de vida, refletindo-se na satisfação nos relacionamentos íntimos. A qualidade de vida é um conceito multidimensional que abrange bem-estar físico, social, psicológico e espiritual. Com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, é crucial realizar estudos focados em melhorar o bem-estar dos idosos. O climatério, que em média começa aos 48 anos, significa que muitas mulheres viverão quase metade de suas vidas com sintomas persistentes, como a dispareunia, afetando sua saúde sexual. Portanto, estudos são necessários para identificar variáveis que promovam um envelhecimento satisfatório e feliz. Esta dissertação teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e a função sexual de mulheres menopausadas com dispareunia. Para isso, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, utilizando um questionário online divulgado nas redes sociais dos pesquisadores (Facebook, Instagram, Google e LinkedIn). O questionário incluía um perfil sociodemográfico, a Escala de Dor (EVA), o World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), o World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) e o Female Sexual Function Index (FSFI). Participaram da pesquisa 21 mulheres, na faixa etária entre 56 e 72 anos de idade, que haviam tido a última menstruação há pelo menos 12 meses e mantido relações sexuais no último mês (30 dias). A maioria das participantes era casada, tinha ensino superior e era branca. Os resultados indicaram que a maioria (76,2%) das participantes não tinham dispareunia, enquanto a minoria (23,8%) relataram dor variando de moderada a muito intensa. Os resultados do FSFI variaram entre 16,3 e 32, significando que a resposta sexual desta amostra se encontra dentro da média, no que tange a lubrificação, desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dor. No geral, as participantes demonstraram uma boa qualidade de vida, com altos escores (75 pontos ou mais) em autonomia, participação social e habilidades sensoriais. Os resultados confirmam pressupostos do envelhecimento ao longo do ciclo vital, destacando que fatores socioeconômicos influenciam a percepção e vivência do climatério. Salienta-se que essa amostra provavelmente, constitui-se de mulheres que conseguiram transpassar os estereótipos atrelados ao envelhecimento e ao climatério. Recomenda-se o uso de questionários mais curtos em futuras pesquisas para aumentar a participação e a coleta de dados presenciais para incluir mulheres com dificuldades tecnológicas, além de um estudo qualitativo para coletar as variáveis não normativas dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Menopausa; Saúde da Mulher; Envelhecimento.

ABSTRACT

Sexuality undergoes a transformation influenced by historical, cultural, religious, and ethical factors, being an affective expression of the individual. With the onset of climacteric, the reduction in estrogen and progesterone levels causes changes that impact the full experience of sexuality in women, including dyspareunia. Dyspareunia, which is pain during sexual intercourse, is a common symptom in menopause and can significantly compromise the quality of life of women. Sexual health is essential for quality of life, reflecting in satisfaction in intimate relationships. Quality of life is a multidimensional concept encompassing physical, social, psychological, and spiritual well-being. With the aging population and increased life expectancy, it is crucial to conduct studies focused on improving the well-being of the elderly. Climacteric, which on average begins at 48 years old, means that many women will live nearly half of their lives with persistent symptoms such as dyspareunia, affecting their sexual health. Therefore, studies are necessary to identify variables that promote satisfactory and happy aging. This dissertation aimed to evaluate the quality of life and sexual function of postmenopausal women with dyspareunia. For this purpose, a quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted using an online questionnaire disseminated on the researchers' social media (Facebook, Instagram, Google, and LinkedIn). The questionnaire included a sociodemographic profile, the Pain Scale (EVA), the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), the World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD), and the Female Sexual Function Index (FSFI). The study included 21 women aged between 56 and 72 years, who had their last menstruation at least 12 months ago and had engaged in sexual activity in the last month (30 days). Most participants were married, had higher education, and were white. The results indicated that the majority (76.2%) of the participants did not have dyspareunia, while a minority (23.8%) reported pain ranging from moderate to very intense. The FSFI results varied between 16.3 and 32, indicating that the sexual response of this sample is within the average concerning lubrication, desire, arousal, orgasm, satisfaction, and pain. Overall, the participants demonstrated a good quality of life, with high scores (75 points or more) in autonomy, social participation, and sensory abilities. The results confirm assumptions about aging throughout the life cycle, highlighting that socioeconomic factors influence the perception and experience of climacteric. It is noted that this sample likely consists of women who managed to transcend the stereotypes associated with aging and climacteric. It is recommended to use shorter questionnaires in future research to increase participation and to collect data in person to include women with technological difficulties, as well as a qualitative study to collect non-normative variables of this population.

Key Words: Quality of Life; Menopause; Women's Health; Aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Relação de quadros, gráficos, fórmulas, lâminas, figuras (desenhos, gravuras, mapas, fotografias), na mesma ordem em que são citadas na tese, com indicação da página onde estão localizadas.

Tabela 1: Escores dos Domínios do FSFI por Hentschel et al., (2007)

Tabela 2: Comparação dos resultados com o estudo de Hentschel et al., (2007)

Figura 1: Domínio Psicológico do WHOQOL-BREF

Figura 2: Domínio Físico do WHOQOL-BREF

Figura 3: Domínio das Relações Sociais do WHOQOL-BREF

Figura 4: Domínio do Meio Ambiente do WHOQOL-BREF

Figura 5: Domínio da autonomia do WHOQOL-OLD

Figura 6: Domínio do Presente, Passado e Futuro do WHOQOL-OLD

Figura 7: Domínio da Morte e o Morrer do WHOQOL-OLD

Figura 8: Domínio da Participação Social do WHOQOL-OLD

Figura 9: Domínio da Intimidade do WHOQOL-OLD

Figura 10: Domínio das Habilidades Sensoriais do WHOQOL-OLD

Figura 11: Score total do WHOQOL-OLD.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas na publicação, seguidas das palavras a que correspondem, escritas por extenso.

AVV- atrofia vulvovaginal;

CAPES- Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa;

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia;

FSFI- *Female Sexual Function Index*;

GSM- Síndrome geniturinária da pós menopausa;

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

OMS- Organização Mundial da Saúde;

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

WHO- World Health Organization;

WHOQOL-BREF- *World Health Organization Quality of Life- Bref*;

WHOQOL-OLD- *World Health Organization Quality of Life- Old*.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
1.1 Qualidade de vida na Velhice	19
1.2 Vida e Saúde Sexual na Velhice	22
1.3 Climatério	24
1.4 Dispareunia	26
HIPÓTESES.....	29
OBJETIVOS.....	29
MATERIAL E MÉTODOS	29
RESULTADOS	34
DISCUSSÃO	46
CONCLUSÃO	56
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	68

INTRODUÇÃO

Durante minha formação acadêmica, desde o início do meu curso de graduação, pouco se falava sobre a contribuição da psicologia para o envelhecimento. Era muito comum estudarmos a infância e a adolescência, fases cruciais para a formação do cidadão, além de questões de grande destaque naquele período, como burnout, autismo, ansiedade e o impacto psicológico causado pelo distanciamento social durante a pandemia de Covid-19. No entanto, eu sentia que um assunto era negligenciado em meio a essas demandas: o envelhecimento.

Um dia, conversando com meus colegas, levantei a seguinte questão: "Onde está a Psicologia dos idosos? Temos a psicologia infantil para atender às demandas da infância, psicoterapia para tratar das demandas psicopatológicas, psicologia hospitalar para os enfermos, mas onde está a Psicologia do envelhecimento?" A resposta que obtive foi surpreendente: "Vitória, eles vão morrer mesmo, pouco importa."

No terceiro período da graduação, na disciplina de Psicologia do Desenvolvimento II, lecionada pela Prof. Dra. Ana Maria Moser, tive meu primeiro contato com a Gerontologia e amei a disciplina do começo ao fim. Foi nesse momento que comecei a explorar as questões da menopausa e da andropausa e a me interessar também pela sexualidade.

Com a Dra. Ana Moser, permaneci como sua orientanda até a conclusão do curso. Fui sua orientanda de iniciação científica, assim como no meu Trabalho de Conclusão de Curso. Trabalhamos juntas em um projeto intitulado "Instituição de Longa Permanência: Solução ou Problema?", o qual, com muito orgulho, publicamos em Portugal. Durante todo esse período, a Dra. Ana nunca hesitou em dividir comigo todo o seu conhecimento acumulado em mais de 30 anos de estudo e prática na área da psicologia do envelhecimento.

Contudo, durante meus estudos sobre Gerontologia, comecei a observar como os estudos sobre sexualidade e saúde sexual na velhice eram escassos e, quando existiam, eram até tímidos. Comecei a me questionar como a sexualidade e a saúde sexual, partes tão fundamentais em nossas vidas, não eram foco de estudos na

velhice. Será que, de fato, as pessoas achavam que com a chegada da velhice a sexualidade estava fadada ao fim, mesmo as pessoas idosas tendo cada vez mais qualidade de vida e longevidade?

No meu sétimo período de graduação, tive a oportunidade de ser membro efetivo da Liga Interdisciplinar para o Estudo da Dor e de aprofundar meu conhecimento nessa área tão vasta e importante, uma demanda usual na velhice. Nessa liga, apresentamos um estudo intitulado “Dispareunia e Qualidade de Vida em Mulheres Adultas.” Com ele, comecei a aprofundar meu interesse nas dores pélvicas.

Na mesma época, duas pessoas muito próximas entraram na menopausa: minha mãe e minha sogra. Com isso, pude, junto a elas, vivenciar esse momento tão natural, mas ao mesmo tempo tão difícil para uma mulher.

E assim comecei a montar um quebra-cabeça. É um fato que a população brasileira está envelhecendo e que nossa pirâmide etária está se invertendo. Além disso, estudos já indicam uma feminilização da velhice em nosso país. Ademais, se a dispareunia é um dos sintomas da menopausa, e se a mulher entra na menopausa aos 45 anos, como não vamos discutir algo que vai impactar grande parte da velhice de um indivíduo, sendo essa a fase mais longa da vida? Assim eu decidi que era esse a temática que eu gostaria de estudar na pós-graduação.

Essa reflexão me levou a compreender a importância de uma abordagem mais inclusiva e abrangente da psicologia do envelhecimento. Precisamos de mais pesquisas, mais discussões e mais sensibilização sobre a sexualidade e a saúde sexual das pessoas idosas. É fundamental reconhecermos que a velhice não é sinônimo de final da vida, mas uma fase que pode ser vivida com qualidade, dignidade e, sim, com uma vida sexual ativa e saudável. Ao negligenciarmos esses aspectos, estamos privando a pessoa idosa de uma parte essencial do bem-estar humano. Portanto, é nosso dever, como psicólogos e profissionais da saúde, garantir que todas as fases da vida, especialmente a velhice, sejam abordadas com o devido cuidado e respeito.

Com essas observações, passei a compreender a profundidade do impacto da dispareunia na qualidade de vida das mulheres na menopausa. A dispareunia, que é a dor durante a relação sexual, não só afeta a saúde física e emocional das mulheres, mas também influencia significativamente seus relacionamentos e autoestima. Muitas

mulheres sofrem em silêncio, acreditando que a dor é uma parte inevitável do envelhecimento, o que não é verdade. A dor pode ser tratada e a qualidade de vida pode ser melhorada com o devido suporte e intervenção.

Portanto, é essencial que a psicologia do envelhecimento inclua a sexualidade e a saúde sexual como áreas de foco principais. A menopausa não deve ser vista como um fim, mas como uma transição para uma nova fase da vida que pode ser igualmente rica e satisfatória. Devemos trabalhar para desmistificar os tabus que cercam a sexualidade na velhice e promover uma abordagem que reconheça e valorize a importância da saúde sexual para o bem-estar geral da pessoa idosa. Ao fazer isso, não só melhoramos a qualidade de vida dos indivíduos, mas também contribuimos para uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todas as fases da vida são vividas com dignidade e alegria.

Apesar do esforço sincero, esta pesquisa enfrentou grandes desafios em sua elaboração. Inicialmente, planejamos realizar nossa coleta de dados em um hospital universitário de Campinas, que possuía um ambulatório de menopausa com pacientes que atendiam aos critérios necessários para nossa pesquisa. No entanto, para avançarmos com a coleta de dados, era necessário obter a aprovação do comitê de pesquisa do hospital, o que exigia a participação de um profissional interno em nossa equipe. Além disso, precisaríamos, posteriormente, obter a aprovação do Comitê de Ética do mesmo hospital. Infelizmente, mesmo após muita insistência nenhum profissional interno se dispôs a assumir este desafio.

Assim sendo, decidimos prosseguir com a coleta de dados por meio de uma pesquisa online e submetemos nosso projeto ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Compartilhamos o *link do survey*, juntamente com um convite para participação na pesquisa, em nossas redes sociais. No entanto, o número de adesões foi pequeno. A maioria das mulheres que participaram tinha ensino superior completo, sendo que o menor nível de instrução observado foi o ensino médio completo. Além disso, as participantes eram mais jovens do que inicialmente esperávamos, com idades variando principalmente entre 56 e 72 anos, o que criou um viés na pesquisa.

A necessidade de maiores pesquisas e de um olhar mais atento para a temática da menopausa é evidente, pois a qualidade de vida dessas mulheres é influenciada

por diversos fatores. Estudos mais aprofundados podem revelar nuances importantes sobre como a menopausa impacta diferentes aspectos da vida feminina, desde a saúde física e mental até os relacionamentos e interações pessoais. Sendo assim, é fundamental que a dispareunia e outros sintomas urogenitais sejam amplamente estudados e compreendidos, para que possamos desenvolver intervenções eficazes e promover um envelhecimento saudável e satisfatório. A inclusão da sexualidade e da saúde sexual como focos de pesquisa na psicologia do envelhecimento não só melhora a vida das mulheres na menopausa, mas também contribui para uma sociedade que valoriza e cuida de sua população idosa de maneira integral e respeitosa.

Essa dissertação de mestrado reflete meu profundo apreço pelas temáticas da gerontologia e da sexualidade, sendo fruto de muitos questionamentos, erros e acertos, e dúvidas ao longo dos anos de formação.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Recentemente, a temática da sexualidade vem sendo estudada por diferentes profissionais, dessa forma, de acordo com Senem e Caramashi (2017) a sexualidade é compreendida de maneira diferente, variando conforme a área de conhecimento. Entretanto, os referidos autores (2017) salientam que mesmo com todas as controvérsias, a maioria dos estudos diferenciam sexo de sexualidade. Pontes (2011) entende a sexualidade como a consequência de uma transformação envolvendo aspectos históricos, culturais, religiosos e éticos, a qual, Araújo e Zazula (2015) salientam que para Butler (1985) e Lewis (1985) se dá através da expressão afetiva do indivíduo. Enquanto o sexo é definido como um referencial biológico, que a partir da anatomia do corpo irá diferenciar o macho da fêmea, bem como é utilizado para se referir ao ato sexual (Senem e Caramashi, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023a), a sexualidade é uma dimensão essencial da vida humana, expressando-se por meio de desejos, valores e comportamentos individuais, sendo resultado da interação complexa entre fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, políticos, religiosos e espirituais.

Com a chegada do Climatério, as mudanças orgânicas como a diminuição do estrogênio e da progesterona acabam culminando em alterações anatômicas e

sintomáticas que impactam a vivência da sexualidade plena pelas mulheres. Logo, deve-se atentar a tal fato, tendo em vista que Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual é um componente essencial para alcançar uma boa qualidade de vida (Wainberg & Hutz, 2020). Ter uma vida sexual saudável e ativa é um indicativo de qualidade nas relações íntimas e de satisfação sexual (Basson, 2006; conforme citado por Souza, 2013).

Qualidade de vida é um conceito amplo que vai além da simples isenção de enfermidades, englobando o bem-estar pessoal e a interação social do indivíduo (Santos, 2021). Neri (2001) caracteriza a qualidade de vida como um fenômeno complexo e multifacetado, que deve ser compreendido a partir de uma perspectiva multidimensional. Essa avaliação envolve diferentes áreas e considera aspectos de questões biológicas, psicológicas e sociais ligadas às interações passadas, presentes e futuras, de forma individual e coletiva, relacionadas com seu ambiente. Além disso, os valores pessoais e coletivos sobre o que é considerado normal, desejável ou ideal em termos de bem-estar, tanto objetivo quanto subjetivo, são fundamentais na análise da qualidade de vida.

Destaca-se que, com o progresso da medicina e o aumento da longevidade da população, estudos (Marques et al., 2015; Queiroz et al., 2015) evidenciam que os idosos já representam cerca de 10,8% da população brasileira, sendo que se estima que até 2025 a população idosa representará mais de 32 milhões de brasileiros (Dantas et al., 2018). Apesar de atualmente esta faixa etária estar vivendo mais, tal fato não é sinônimo de um elevado bem-estar durante a vivência da velhice (Tomás, 2016).

Além do mais, o climatério usualmente tende a perdurar entre os 40 e 65 anos de idade (OMS), contudo, alguns sinais e sintomas não diminuem espontaneamente após esse período, muitas vezes vindo a progredir, como é o caso da Síndrome geniturinária da pós menopausa (GSM) (Florescia-Silva et al., 2016), que afeta a vivência sexual plena da mulher. Dessa forma, se faz necessário a seguinte reflexão, se atualmente, o tempo de vida estimado das mulheres no Brasil é 79 anos, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), e sabendo que ela entrará na menopausa, em média, aos 48 anos, parte da população feminina passará quase metade de suas vidas convivendo com alguns sintomas persistentes

da menopausa, que muitas vezes culminam em prejuízos na sua saúde sexual. Principalmente a proporção de mulheres mais velhas, tendo em vista que segundo a FEBRASGO (2010) o avanço da idade e as alterações climatéricas se encontram diretamente proporcionais as disfunções sexuais.

Dessa forma, se faz necessário estudos que viabilizem efetivamente aumentar o bem-estar dessa população. Assim sendo, Neri (2001) enfatiza que se necessita de maiores estudos que identifiquem e caracterizem as variáveis envolvidas na promoção da qualidade de vida na velhice, bem como viabilizem condições para que a velhice seja uma etapa de vida feliz e satisfatória para o indivíduo, e não uma corrida contra a morte.

1.1 Qualidade de vida na Velhice

A sociedade tende a focar nos aspectos biomédicos e patológicos do envelhecimento, negligenciando fatores sociais, psicológicos, culturais e ambientais, visto que um envelhecimento saudável, marcado pela qualidade de vida, depende muito mais que somente da ausência de doenças (Cohn e Sugar, 1991). Essa tendência é influenciada pelo cenário contemporâneo, que segundo a autora Pocahy (2019) é marcado por uma crescente pressão sobre os idosos para que mantenham uma vida ativa e saudável, em meio a novas demandas culturais e tecnológicas. No entanto, essa expectativa pode resultar na atribuição de culpa aos idosos por problemas de saúde ou dificuldades enfrentadas, sugerindo que aqueles que não envelhecem de forma saudável devem arcar unicamente com as consequências de suas escolhas passadas. Esse discurso, alinhado à política neoliberal, reforça uma lógica de responsabilização individual frente ao processo de envelhecimento.

No entanto, a qualidade de vida é um constructo que cobre diversos aspectos, ou seja, se encontra além de somente a ausência de enfermidades, abrangendo também o bem-estar do indivíduo e sua vida social (Santos, 2021). A partir dessa perspectiva Neri (2001) classifica a qualidade de vida como um fenômeno multifacetado, sendo descrito a partir de uma compreensão multidimensional, partindo de referenciais biológicos, sociais e psicológicos, enquanto Lawton (1983, 1991) compreende a qualidade de vida segmentada em quatro domínios: bem-estar subjetivo, competências comportamentais, condições objetivas do ambiente físico, e qualidade de vida percebida (Neri, 2015).

O domínio das competências comportamentais refere-se à análise socionormativa do funcionamento em aspectos como bem-estar, capacidade física, cognição, interações sociais e gestão do tempo. Essa análise é organizada de forma hierárquica por Lawton (1981, conforme Neri, 2015) em:

1. Órgãos e Sistemas: Como os sistemas Cardiovascular, Muscular, Esquelética, e metabólico, os quais apresentam papel importante na saúde física do indivíduo.
2. Capacidades: que envolve aspectos como a persistência, mobilidade, força/vigor, coordenação, as quais dependem da integridade física do organismo (Órgãos e Sistemas), bem como do desejo, perseverança, motivação e capacidade sensorial do indivíduo.
3. Atividades da Vida Diária (AVD's): as quais inclui vestir-se, arrumar-se, comer, ir ao banheiro, e andar. Essas atividades exigem que o indivíduo disponha de capacidades cognitivas e psicomotoras básicas.
4. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's): Essas consistem em atividades como fazer compras, pagar contas, utilizar de meios de transporte, cozinhar, se comunicar, realizar o manejo da sua própria condição de saúde, manter sua integridade e saúde. Para isso, se faz necessário dispor de capacidades cognitivas e habilidades motoras mais refinadas, bem como propósito, interesse e boa interação social, bem como de um bom desempenho nas atividades da vida diária.
5. Habilidades: Inclui questões que tangem a aprendizagem intelectual, solução de problemas, criatividade, motricidade, velocidade, precisão, personalidade, manutenção das relações. Essas dependerão das rotinas diárias e das funções instrumentais diárias, assim como da inteligência, habilidades e capacidades cognitivas, além de aspectos da personalidade do indivíduo.
6. Papéis Sociais: São aqueles exercidos no trabalho, na conjugalidade, na recreação, na parentalidade, e na pós-parentalidade. Vai exigir que o indivíduo tenha as competências e habilidades sociais, iniciativa, responsividade a oportunidades sociais e atitudes.

O domínio das Condições Ambientais consiste no potencial do ambiente em permitir a pessoa idosa desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos (Neri, 2015). Sabe-se que o ambiente pode dificultar ou impedir, assim como facilitar e promover a interação física, social e psicológica do indivíduo com o ambiente; por exemplo em casos de idosos independentes e autônomos, eles têm prontidão para modificar seu ambiente conforme suas necessidades, enquanto aquele idoso que já não consegue, acaba por depender de seus familiares ou de instituições que realizem tal manejo. Essas modificações podem consistir na disposição dos objetos e dos móveis ou até em questões referentes à iluminação, por exemplo (Neri, 2015).

Essas adaptações permitem compensar as disfunções sensoriais e psicomotoras, prevenir incapacidades causadas por acidentes, insegurança e medo, além de evitar a depressão resultante ou exacerbada por desestruturações ambientais ou despersonalizações provocadas por outras pessoas. Elas também proporcionam estímulos e desafios que favorecem o funcionamento físico e psicossocial, além de promover a autonomia e a independência (Neri, 2015).

Por sua vez, o domínio da qualidade de vida percebida é definido por Neri (2015) como a avaliação subjetiva e pessoal do próprio desempenho em relação às suas competências comportamentais. Esse domínio inclui indicadores como: saúde percebida, doenças reportadas, uso de medicamentos, dor e desconforto experimentados, mudanças percebidas na cognição e autoeficácia.

Por fim, o bem-estar subjetivo diz respeito à autoavaliação do indivíduo sobre a interação entre suas percepções, expectativas, sentimentos e valores (Neri, 2015). Os principais aspectos desse domínio incluem: a ênfase na experiência pessoal do indivíduo, englobando avaliações gerais e específicas sobre temas como bem-estar físico e mental, sexualidade, interações sociais e familiares, além da espiritualidade. Também abrange aspectos cognitivos e emocionais, como a satisfação geral com a vida e a presença de valores positivos e negativos (Neri, 2015). Neri (2015, pp.198) ressalta que:

“Um aspecto essencial do bem-estar psicológico é, assim, a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o self. O senso de autoeficácia e o senso de agência podem sofrer alteração quando a fragilidade aumenta e a dependência se faz presente, mas os idosos preservam a capacidade

de desenvolver estratégias compensatórias de natureza emocional, que lhes permitem manter o equilíbrio.”

De acordo com Neri (2015), a visão do idoso a respeito de sua qualidade de vida é um domínio essencial, visto que é reflexo das expectativas do indivíduo, o qual se baseiam em seus critérios pessoais e expectativas sociais, bem como da sua realidade atual, ou seja, daquilo que é, tem ou faz.

Em vista disso, a percepção do idoso frente a vivência da sua sexualidade é algo que igualmente compõe a qualidade de vida. Assim sendo, ressalta-se que a saúde sexual é parte integrante da saúde integral do indivíduo, e que articula-se com a qualidade de vida dele (Ministério da Saúde, 2013; OMS, 2006; Khajehei, Doherty, Tilley, 2015; apud Barreto et al., 2018).

1.2 Vida e Saúde Sexual na Velhice

A inversão da pirâmide etária e o avanço da medicina, possibilita que cada vez mais a pessoa idosa possa vivenciar a sua sexualidade. De acordo com uma pesquisa realizada pela *US National Social Life, Health and Aging Project -NSHAP* (Lindau, 2007; apud Lindau e Gavrilova, 2010) mais da metade das pessoas entre 57 e 85 anos apresentam vida sexual ativa. Em vista dessa nova realidade, novas discussões no âmbito da saúde coletiva tomam espaço, tal como a vida sexual na velhice.

Vidal (2002) salienta o fato de que a pessoa idosa sente desejo, pensa e faz sexo, desde que apresentem condições de saúde possibilitadoras, tendo em vista que a sexualidade não se limita somente a penetração (Machado, 2014) e não tem somente como finalidade a procriação e preservação da espécie, uma vez que proporciona satisfação e prazer (Santos, 2013).

Destaca-se que estudos (Dantas, 2002, apud Vaz, 2012; Carmenates e Mendonza, 2010) apontam os benefícios da prática do sexo na terceira idade, como: bem-estar, satisfação física, reafirmação da identidade, afetividade, e sensação de amor e carinho. Desse modo, conclui-se que o sexo além de essencial na vida humana, gera qualidade de vida, principalmente na senescência (Machado, 2014).

Entretanto, mesmo com tamanha importância, a referida temática é pouco explorada, em vista os preconceitos presentes na sociedade ocidental, os quais irão acarretar discriminação e desigualdade na promoção de saúde sexual (Organização Mundial da Saúde, 2020). Cherpak e Santos (2016) ao realizarem uma pesquisa com

155 médicos, que atendiam pacientes entre 70 e 79 anos em um hospital-escola da cidade de São Paulo, evidenciaram que destes 63,9% não abordavam a sexualidade em seus atendimentos, e 23,2% abordavam a temática na maior parte das vezes. Segundo o referido estudo, as razões trazidas pelos médicos para não abordarem a sexualidade foi: falta de tempo (23%), temor de constranger o paciente (22%), incapacidade técnica (14%), responsabilidade de outro médico (13%), a crença de que os idosos tem outras prioridades (7%), constrangimento com o sexo oposto (7%), constrangimento com o mesmo sexo (4%), crença de que os idosos não são interessados no tópico da sexualidade (2%) e religião (1%), sendo que uma parte da amostra (7%) não respondeu.

Isso ocorre devido a apologia à juventude e ao desprezo a longevidade, ou seja, “O declínio do desejo, a perda da atratividade física e o virtual apagamento como pessoa sexuada estão entre as principais marcas e condições do envelhecimento” (Simões, 2003, apud Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016, pp.145). Zerbini, Lima Neta e Cervený (2016) apontam tal realidade como o paradoxo do mundo moderno, ou seja, quanto mais a população envelhece, maior é o culto à juventude. Assim, percebe-se que as emergentes representações sobre a pessoa idosa presentes na sociedade atual, ainda se encontram associados a antigos dilemas e estereótipos ligados a velhice (Pocahy, 2019).

Em 1969 o termo etarismo foi cunhado por Robert Butler, o qual significa todo e qualquer estereótipo, preconceito e discriminação, tendo como base a idade do indivíduo (Organização Pan-Americana, 2022). Esses estereótipos nem sempre são negativos, mas podem ser compassivos nos quais realçam a dependência e a incapacidade dos idosos advogando práticas paternalistas e políticas protecionistas em relação a eles (Kalish, 1979, apud Neri, 2007).

Por esse motivo Santos (2013) salienta que o que interfere, efetivamente, na prática da sexualidade da pessoa idosa, são os preconceitos internalizados pela sociedade, e muitas vezes, pela própria pessoa idosa, podendo-se observar a partir de algumas famílias e instituições que não autorizam os idosos a manterem relações amorosas, e também pelos profissionais de saúde, que tendem a não tocarem nesse assunto, para não terem que lidar com ele ou darem pouca atenção, tais fato culminam no processo de intensificação da vulnerabilidade das pessoas idosas, inclusive frente a doenças sexualmente transmissíveis de acordo com o Ministério da Saúde (2013).

Os autores Rozendo e Alvez (2015) afirmam que:

“Tais mitos induzem os mais velhos a assumirem uma atitude pessimista na esfera da sexualidade. Entretanto, com os recursos médicos e farmacológicos da atualidade, a maioria das pessoas idosas está apta a usufruir uma vida sexual satisfatória, como nunca antes. Mesmo assim, o assunto ainda é um grande tabu na nossa cultura e quando vem à tona, costuma causar bastante polêmica.” (pp.98).

Em vista disso, Waiberg e Hutz (2012) salientam que a área da sexualidade nos idosos é muito negligenciada em relação a saúde desse grupo etário. Tal fato é preocupante, visto que a saúde sexual se engloba como um direito fundamental na sociedade (Meireles, 2019). Sendo ela conceituada pela Organização Mundial da Saúde (2020, pp.15) como um:

“Estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual exige uma abordagem positiva e respeitosa no que tange a sexualidade e relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos.”

Deste modo, o indivíduo pode apresentar dificuldades ou disfunções sexuais e, todavia, usufruir de uma saúde sexual satisfatória. Entretanto, com o decorrer da história, a partir da década de 40 ocorreu a patologização da sexualidade, primeiramente com a frigidez feminina e posteriormente com as disfunções eréteis; assim se passou a acreditar que ocorreria um declínio sexual por volta dos 50 anos de idade (Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016).

Foi em vista de tais fatos que a Universidade de Sheffield (2023), juntamente com ação da cidade intitula “*Age Better in Sheffield*” desenvolveram uma cartilha sobre os direitos sexuais para pessoas idosas, com o intuito de garantir que as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito, e sem discriminação, durante o processo de envelhecimento, no que diz respeito à sexualidade. De acordo com a OMS (2023b) ela foi desenvolvida como forma de instrumentalizar profissionais de saúde e assistência social, pesquisadores, educadores, políticos e voluntários a prestarem esse apoio de forma adequada.

1.3 Climatério

Ao longo da vida, a mulher enfrenta diversas mudanças hormonais, que começam na puberdade com a primeira menstruação (menarca) e continuam até a menopausa, quando esses ciclos hormonais deixam de ocorrer (Selbac et al., 2018). De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010), o climatério é uma fase de transição no ciclo biológico feminino, com duração variável. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023a) define o climatério como o período que se estende do fim da capacidade reprodutiva até a velhice, geralmente entre os 40 e 65 anos. Nesse intervalo, ocorre a menopausa, caracterizada pela interrupção definitiva da menstruação, confirmada após 12 meses consecutivos sem o ciclo menstrual.

A FEBRASGO (2010) esclarece que, com o avanço do climatério e a chegada da menopausa, ocorre uma redução significativa, quase completa, dos hormônios progesterona, estradiol e inibina, em consequência da falência dos folículos, da diminuição das células secretoras e da redução dos receptores de gonadotrofinas. Para equilibrar essas mudanças, há um aumento na produção de androstenediona, o principal esteroide secretado pelos ovários após a menopausa, produzido tanto pelo estroma ovariano quanto pelas glândulas suprarrenais. Esse esteroide é posteriormente convertido em estrogênios, principalmente estrona, em outras partes do corpo. No início do climatério, há uma redução da fertilidade e uma queda gradual na produção de estradiol pelos ovários, embora ainda ocorra um certo equilíbrio hormonal devido ao aumento da produção de androgênios e sua conversão em estrogênios.

O climatério pode não estar sempre ligado às mudanças físicas e emocionais típicas desse período, mas quando ocorre, é identificado como síndrome do climatério (Alves et al., 2015). Segundo Fonseca & Bagnoli (2011) se é estimado que cerca de 50,0% a 70,0% das população feminina que se encontra no climatério apresentem sintomas comuns como ondas de calor, distúrbios do sono, secura vaginal, perda de libido e estresse (Almeida et al., 2016).

Além do mais, o Ministério da Saúde Brasileiro (2008) e o estudo de Taivora e Lorenzi (2011) salientam que as quedas hormonais que ocorrem com o avanço da idade feminina causam gradualmente o aparecimento de alterações anatômicas e funcionais, especialmente nos órgãos genitais (hipotrofia ou atrofia) (Almeida et al., 2016). Essas alterações foram intituladas de síndrome geniturinária da menopausa

(GSM) pela da Sociedade Internacional para o Estudo da Saúde Sexual Feminina e da Sociedade Norte-Americana da Menopausa (Portman & Gass, 2014), tendo em vista que os termos atrofia vulvovaginal (AVV) e vaginite atrófica têm sido considerados por muitos como inadequados e imprecisos para descrever a variedade de sintomas menopausais associados às alterações físicas da vulva, vagina e trato urinário inferior decorrentes da deficiência de estrogênio. AVV descreve a aparência da vulva e vagina pós-menopausa sem especificar a presença de sintomas associados; e a Vaginite atrófica sugere um estado de inflamação ou infecção, nenhum dos quais é um componente primário da AVV, além disso, a palavra "atrofia", usada em ambos os termos, possui conotações negativas para mulheres na meia-idade, e a palavra "vagina" não é um termo geralmente aceito para discussão pública ou para a mídia. Nenhum dos termos faz referência ao trato urinário inferior (Portman & Gass, 2014).

Vale ressaltar que os sintomas climatéricos são influenciados por diversos fatores, incluindo aspectos biológicos, como o declínio das quantidades de estrogênio ou o processo natural de envelhecimento, assim como aspectos psicológicos, que abrangem a percepção pessoal da mulher em relação a essa fase da vida, e aspectos sociais, que se referem à interação da mulher com familiares, amigos e a comunidade (Alves et al., 2015).

Assim sendo, a FEBRASGO (2010) salienta que as alterações sexuais experimentadas pela mulher no climatério as afetam de maneira multifatorial, tendo em vista que ter uma rede de apoio, se encontrar fisicamente ativa e não apresentar distúrbios de sono foram fatores relacionados a um maior entrosamento e prazer sexual.

1.4 Dispareunia

Na população idosa as disfunções sexuais são prevalentes (Fleury e Abdo, 2013). O risco de disfunções sexuais, nas mulheres, se intensificam com o processo de climatério, tendo em vista que este é caracterizado por diferentes modificações no organismo (endócrinas, biológicas e clínicas) (Wender e Dell'Agno, 2019), os quais culminam nos sintomas climatéricos, como mudança de padrões físicos estéticos, sudorese, fogachos, dispareunia, redução do desejo sexual, distúrbios do sono, perda

da sustentação do assoalho pélvico, diminuição da lubrificação vaginal, atrofia da vulva e da vagina, entre outros (Andrade et al. 2016; apud Figueirôa et al., 2021).

-Apesar de todas essas mudanças, que tem diversas repercussões no organismo da mulher, tal como alterações no ciclo menstrual, sintomas vasomotores (como ondas de calor), alterações de humor, ressecamento vaginal, entre outros (FEBRASGO, 2010), assim como as repercussões decorrentes do próprio processo do envelhecimento, a libido e a capacidade orgástica se mantém intactas, porém os livros e manuais de saúde continuam a focalizar as perdas ao invés de salientarem alternativas para a continuidade da vida sexual na maturidade (Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016). Logo, pode-se concluir que por mais que com o envelhecimento existam mudanças fisiológicas que contribuem para o aparecimento de disfunções sexuais, o idoso não se encontra amparado em estratégias de adaptação para a continuidade do seu prazer.

Destaca-se que as disfunções sexuais são definidas por Carvalheira, e Allen Gomes (2002) como qualquer experiência sexual insatisfatória (Meireles, 2019), que pode manifestar-se pela diminuição ou ausência do desejo sexual e/ou da excitação; pela dificuldade ou incapacidade orgásmica; ou pela dor durante o ato sexual (Lopes e Vale, 2019). O DSM-V classifica as disfunções sexuais em (Figueiredo, Guths, Canals, Argimon 2011):

- Transtorno do Desejo Sexual: Transtorno do Desejo Sexual hipoativo e Transtorno de aversão sexual;
- Transtornos da Excitação Sexual: Transtorno da excitação sexual feminina e Transtorno erétil masculino;
- Transtornos do Orgasmo: Transtorno do orgasmo feminino, Transtorno do orgasmo masculino e Ejaculação precoce;
- Transtornos Sexuais Dolorosos: Dispareunia e Vaginismo;
- Subtipos: Tipo ao longo da vida ou adquirido e tipo generalizado ou situacional;
- Devido a fatores psicológicos ou combinados: Disfunção Sexual devido a uma Condição Médica Geral, Disfunção Sexual Induzida Por Substância, Disfunção Sexual sem outra Especificação.

No presente estudo, a disfunção sexual tratada com especificidade é a dispareunia, que se encontra relacionada a dor sexual, juntamente com o vaginismo. Segundo Heim (2001) e Zondervan et al., (2001) a Dispareunia é conceituada como a dor que é experimentada nos órgãos genitais e estrutura pélvica e que está associada com relações sexuais, podendo afetar ambos os sexos; antes, durante ou após a relação sexual (Troncon, Pandochi e Lara, 2017). Em contrapartida, Matthes et al., (2016) discordam de tal definição, e afirmam que a dispareunia se caracteriza como aquela dor experienciada durante o ato sexual (Matthes, 2019).

Assim sendo, Lopes e Vale (2019) ressaltam que na dispareunia ocorre uma queixa de dor relacionada a penetração, sem a presença de espasmos vaginais. Já no caso do vaginismo, a dor ocorre a partir da contração involuntária da musculatura vaginal, ou, em casos mais sérios da musculatura pélvica como um todo, frente a tentativa e/ou penetração vaginal (Lopes e Vale, 2019).

Logo, a definição atualizada elaborada por Matthes et al., (2016, apud Matthes, 2019) expõe com clareza a diferença entre a dispareunia e outras dores, considerando as demais como dores pélvicas.

As origens etiológicas de ambos os quadros clínicos se fazem desconhecidas. Entretanto Avis, Brockwell, Randolph e seus colaboradores (2009) salientam que frente aos distúrbios hormonais decorrentes da menopausa, a mulher apresenta a tendência a apresentar secura vaginal e atrofia vaginal, os quais podem ser produtores de desconforto e/ou dor durante a relação sexual (Fleury & Abdo, 2013). Por sua vez, Lopes e Vale (2019) associam a dispareunia com infecções, doenças sexualmente transmissíveis, atrofia vaginal, endometriose, entre outras condições; enquanto o vaginismo eles associam ao medo da penetração, levando assim a contração da musculatura vaginal ou pélvica.

Abdo (2004) demonstrou que no Brasil, havia cerca de 17,8% da população feminina vivenciando dor na relação sexual (Brasil e Abdo, 2016). Abdo e Oliveira Júnior (2002), evidenciaram que no Brasil, no ano de 2002, a dispareunia acometeu de 14,4% a 18% da população (Matthes, 2019). Pesquisas (Schultz et al., 2005; Harlow et al., 2014) indicam que há uma prevalência mundial de Dispareunia de cerca de 3 a 18%, e que, em algum momento, irá afetar de 10 a 28% da população (Tayyeb e Gupta, 2024). Além do mais, vale ressaltar que a dispareunia está associada aos

sintomas vulvovaginais na menopausa, tal como a síndrome geniturinária da menopausa.

Inúmeros estudos (Jones et al., 2001; Denny & Mann, 2007; Ferrero, Esposito, Abbamonte, 2005; Ferrero, Abbamonte, Giordadano, 2007; Tripolli et al., 2011; Vercelline et al., 2012; Fritzer et al., 2013; Lukic, Di Properzio, De Carlo, 2016; Flynn et al., 2016) já indicam as consequências da dispareunia, tais como: qualidade de vida sexual inferior, baixo funcionamento sexual, diminuição da atividade sexual geral, bem como no número de orgasmos; rebaixamento da autoestima e satisfação sexual; prejuízos nos relacionamentos pessoais, e pensamentos negativos sobre sexo (Shum et al., 2018). Sobre o vaginismo, a pesquisa de Lima et al. (2020) destacou que entre as suas consequências, se encontram a baixa autoestima e a interferência na percepção da autoimagem feminina.

HIPÓTESES

A dispareunia é um mecanismo afeta negativamente a qualidade de vida e função sexual de mulheres no climatério.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Objetivou-se com este estudo levantar as características sociodemográficas e o nível de qualidade de vida e função sexual de mulheres menopausadas com dispareunia.

Objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas da população estudada;
- Avaliar a qualidade de vida em mulheres com e sem dispareunia;
- Avaliar a função sexual de mulheres menopausadas com e sem dispareunia.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo que objetivou levantar as características sociodemográficas e o nível de qualidade de vida e função sexual de mulheres menopausadas com

dispareunia. Assim sendo, sugeriu-se um método de pesquisa do tipo causal, comparativa e transversal, de caráter quantitativo.

Os participantes participaram por amostra de conveniência, sendo assim foi proposto uma coleta de dados por meio da utilização de um Survey, o aplicativo de formulários online Google Forms, que foi compartilhado nas plataformas de redes sociais, tais como *Facebook*, *Instagram*, *Whatsapp* e *Linkedin*. Esperava-se uma amostra constituída de 120 participantes.

Em vista disso, o formulário foi organizado de forma que os participantes somente poderiam dar continuidade a pesquisa se concordassem com os termos dispostos no TCLE e se declarassem se encaixar nos critérios de inclusão e negassem quaisquer critérios de exclusão. Caso contrário, os potenciais participantes eram direcionados à seção final dele, sendo vedado de responder às questões.

Vale ressaltar que os critérios de inclusão e exclusão foram:

- Critérios de inclusão: Participantes com idade igual ou superior á 55 anos, que a data da última menstruação tenha sido há pelo menos 12 meses, e ter tido relação sexual no último mês (30 dias).
- Critérios de exclusão: Participantes que não responderam todas as questões obrigatórias, e participantes que não tenham acesso a internet e/ou não tenham habilidade tecnológica.

Aqueles participantes que se encaixaram aos critérios aqui presentes e deram continuidade a pesquisa, primeiramente responderam a um questionário sociodemográfico com o objetivo descrever as características da amostra. Este foi constituído de 12 questões. Em seguida, responderam a Escala de Dor (EVA), a qual é um instrumento visual e unidimensional que tem como intuito que o paciente enumere a intensidade da sua dor durante o intercurso sexual em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 dor insuportável (Anexo 1).

Posteriormente o *World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF)* foi aplicado. Este instrumento se caracteriza como uma versão de 26 itens do WHOQOL-100, onde duas questões correspondem à qualidade de vida em um sentido mais geral e as outras vinte e quatro questões equivalem cada uma a uma faceta do WHOQOL-100. Sendo este um instrumento multidimensional, ele avalia 4

diferentes domínios, eles são: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente (Anexo 2). Adicionalmente foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life- Old* (WHOQOL-OLD) que consiste em um instrumento adicional ao WHOQOL-BREF ou WHOQOL-100, desenvolvido e validado por Eduardo Chachamovich (2005) para a população idosa. É composto por 24 itens, estilo likert, que variam de 1 á 5, e são divididos em 6 facetas (Funcionamento dos sentidos; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação Social, Morte e Morrer; Intimidade) as quais são compostas por 4 itens. Ao final, o score deve variar de 4 á 20 pontos por faceta (Anexo 3).

Finalizado com a aplicação do *Female Sexual Function Index* (FSFI) é o último instrumento a ser utilizado, sendo um questionário que tem como objetivo avaliar a resposta sexual feminina. Ele é dividido em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Sendo esse constituído de 19 questões. Inicialmente desenvolvido e validado por Rosen et al. (2000) do departamento de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Robert Wood Johnson, em Nova Jersey no Estados Unidos. Thiel, Dambros, Palma, Thiel, Ricceto, Ramos (2008) traduziram para o português, adaptaram culturalmente e validaram o questionário no Brasil, e evidenciaram um alfa de Cronbach padronizado do questionário ($\alpha=0,96$). De acordo com o estudo elaborado por Pacagnella, Martinez, Vieira (2009), cujo objetivo foi avaliar a validade de construto do *Female Sexual Function Index* (FSFI), evidenciou um alfa de Cronbach de 0,948, indicando uma consistência interna muito alta (Anexo 4).

Foram levantadas as variáveis da pesquisa. As variáveis controles foram: (1) comorbidades: apresentação de uma ou mais doenças de base, referidas ela mulher na entrevista; (2) frequência da atividade sexual: a frequência que a mulher refere ter atividade sexual dentro do período de um mês (30 dias); (3) menopausa: o tempo, referido pela mulher na avaliação, desde a última menstruação, contabilizada em meses ou anos; (4) idade: Tempo de vida em anos completos, referido pela mulher na entrevista; (5) uso de terapia de reposição hormonal. A variável independente foi a presença de dispareunia, que foi levantada a partir da avaliação de aspectos da sexualidade através da aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) – Índice de Função Sexual Feminina, validado para português (31); e aplicado pelos pesquisadores. E por fim, a variável dependente foi a qualidade de vida, visto

que foi feito a avaliação dos fatores de qualidade de vida através dos questionários *World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF)* e *World Health Organization Quality of Life- Old (WHOQOL-OLD)*.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CNAE 69483723.4.0000.5404).

Os instrumentos foram aferidos, utilizando-se do programa Microsoft Excel. Para o questionário sociodemográfico foi utilizado a função frequência, para levantar a frequência das respostas de cada uma das questões. Para a correção do FSFI foi utilizado as orientações presentes nos estudos de Rosen et al., (2000) e Hentschel et al., (2007), os quais indicaram calcular o escore individual dos domínios e o escore de escala completa a partir dos cálculos presentes na fórmula computacional delineada no instrumento de avaliação conforme descrito na tabela da sua publicação (Tabela 1). Para cada domínio do FSFI, incluindo desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, os escores dos itens correspondentes foram somados e multiplicados pelo fator de domínio respectivo. O escore de escala completa foi obtido somando os escores dos seis domínios.

Tabela 1 – Escores dos domínios do FSFI.

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

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

Fonte: Hentschel et al., (2007)

O instrumento WHOQOL-BREF foi corrigido conforme as informações contidas no manual (WHO,1998). Primeiramente foi recodificados as questões três, quatro e vinte e seis (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1); posteriormente foi realizado o cálculo de cada um dos domínios, somando os valores de suas respectivas questões e calculando média. E por fim, os scores foram transformados de 0-100 a partir dos seguintes cálculos:

Domínio Físico= (score físico-4) * (100/16).

Domínio Psicológico= (score psicológico-4) * (100/16).

Domínio social= (score social-4) * (100/16).

Domínio Ambiente = (score amb-4) * (100/16).

Seguiu-se as instruções do Manual do WHOQOL-BREF (WHO, 1998), onde se fazia necessário deletar os casos que tiveram mais que 20% de dados que não foram respondidos. Contudo, todas as questões referentes ao WHOQOL-BREF eram obrigatórias, aqueles participantes que não respondiam, eram automaticamente retirados da pesquisa no sistema.

O WHOQOL-OLD igualmente foi calculado de acordo com seu manual (WHO, 2005). Primeiramente as questões 01, 02, 06, 07, 08, 09 e 10 foram recodificados (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1). Posteriormente cada faceta (Habilidades Sensoriais, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade), foi calculada somando as respostas dos seus itens correspondentes e calculando suas respectivas médias. Os scores foram transformados de 0-100, utilizando o seguinte o seguinte cálculo

Score domínios= $100 * ((\text{MEDSCOREDOMINIO} - 1) / 4)$

E o cálculo do score total do WHOQOL-OLD foi calculado somando todas as questões e calculando a média desse resultado, posterior foi transformado o valor de 0-100, a partir do seguinte cálculo:

Score total= $100 * ((\text{MEDSCOROTAL} - 1) / 4)$

Inicialmente eram esperados 120 participantes, contudo durante 12 meses de coleta de dados somente 26 pessoas participaram da pesquisa. Sendo que 05 respondentes, não puderam prosseguir com a pesquisas, pois não se encontravam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão exigidos, das quais três foram excluídas porque não tinham tido relação sexual nos últimos trinta dias e duas pois apresentavam idade inferior a 55 anos. Devido à baixa adesão a pesquisa, foi tomada a decisão de seguir com esses dados de forma descritiva, tendo em vista que o número de participantes não apresentou significância estatística.

Destaca-se que a baixa adesão a pesquisa foi um dos principais limitadores, sabe-se que a temática da pesquisa é significativamente específica, e necessita de um grupo de participantes com característica bem delimitadas. Contudo, Stuart- Hamilton (2002) explica que há questões que dificultam a pesquisa que envolve a velhice e a sexualidade, primeiramente é que a época em que os idosos cresceram, eram mais conservadoras e menos permissivas que comparado a atualidade, limitando inclusive o vocabulário deles para tratar de tal assunto; ademais, o autor destaca que a resistência na participação de pesquisas sobre sexualidade na velhice é um problema compreendido como “tradicional”.

RESULTADOS

Na primeira etapa da pesquisa, participaram 21 mulheres, destas a maioria (81%) se encontravam em união estável ou casadas, seguido das divorciadas (9,5%) e das solteiras (9,5%). No que tange a escolaridade, quase a totalidade da amostra (95,2%) tinham ensino superior completo, enquanto a minoria (4,8%) apresentaram ensino médio completo. A maioria das mulheres da amostra eram brancas (85,7%), seguidas de pardas (9,5%) e pretas (4,8%). A idade das participantes variou entre 56 e 72 anos de idade e o ano da última menstruação variou entre 2002 e 2020, ou seja, as mulheres se encontravam menopausadas de 04 a 22 anos. A frequência sexual das participantes variou entre semanalmente a trimestralmente.

No que tange a dispareunia, a maioria (76,2%) alegou não ter, enquanto a minoria (23,8%) declarou sentir algum tipo de dor ou desconforto durante a relação sexual. Dessas que relataram dispareunia, a intensidade de dor variou entre dor moderada (nível 3) a dor muito intensa (nível 8). Tal resultado é importante, tendo em vista a extensão temporal que essas mulheres vivem com a dispareunia. O tempo variou de um a oito anos.

O teste *Female Sexual Function Index* (FSFI) avaliou a resposta sexual feminina. No que tange ao score total do FSFI, a resposta sexual das participantes variou entre 16,3 e 32, sendo que de acordo com o estudo de Hentschel et al., (2007), dois é o score mínimo e 36 o score máximo. Para uma melhor visualização, foi elaborada a Tabela 2 contendo os dados obtidos no FSFI comparando com os dados obtidos por Hentschel et al., (2007):

Tabela 2: Comparação dos resultados com o estudo de Hentschel et al., (2007)

Domínios	Presente Estudo		Hentschel et al., (2007)	
	Score mínimo	Score Máximo	Score Mínimo	Score Máximo
Desejo	1,8	6	1,2	6
Excitação	1,5	5,4	0	6
Lubrificação	1,2	4,2	0	6
Orgasmo	2	4,8	0	6
Satisfação	1,2	6	0,8	6
Dor	0,4	6	0	6
Escore Total	16,3	32	2	36

O score do domínio do desejo variou entre 1,8 e 6, sendo que segundo Hentschel et al., (2007) o score mínimo seria 1,2 e o score máximo 6. E o domínio de satisfação variou entre 1,2 e 6, sendo que os estudos de Hentschel et al., (2007) evidenciam que o score mínimo é 0,8 e o score máximo é 6.

O domínio da excitação teve suas respostas variadas entre 1,5 e 5,4, enquanto o domínio de lubrificação de 1,2 a 4,2, o domínio orgasmo de 2 a 4,8, e dor de 0,4 a 6. Sendo que segundo Hentschel et al., (2007) o score mínimo seria 0 enquanto o máximo seria 6.

A partir da comparação dos resultados da presente pesquisa com o estudo de validação do FSFI pelo Hentschel e seus colaboradores (2007) consegue-se estabelecer um parâmetro de compreensão dos resultados encontrados, sendo que o escore total indica que as mulheres desse estudo apresentam uma resposta sexual feminina de satisfatório a ótimo.

Ao que diz respeito da qualidade de vida avaliada com o *WHOQOL-BREF* adicionalmente com o *WHOQOL-OLD* foi possível avaliar uma boa qualidade de vida dessas participantes, apresentando uma qualidade de vida superior à média.

A figura 1 foi elaborada contendo o histograma dos dados obtidos no domínio psicológico do *WHOQOL-BREF*.

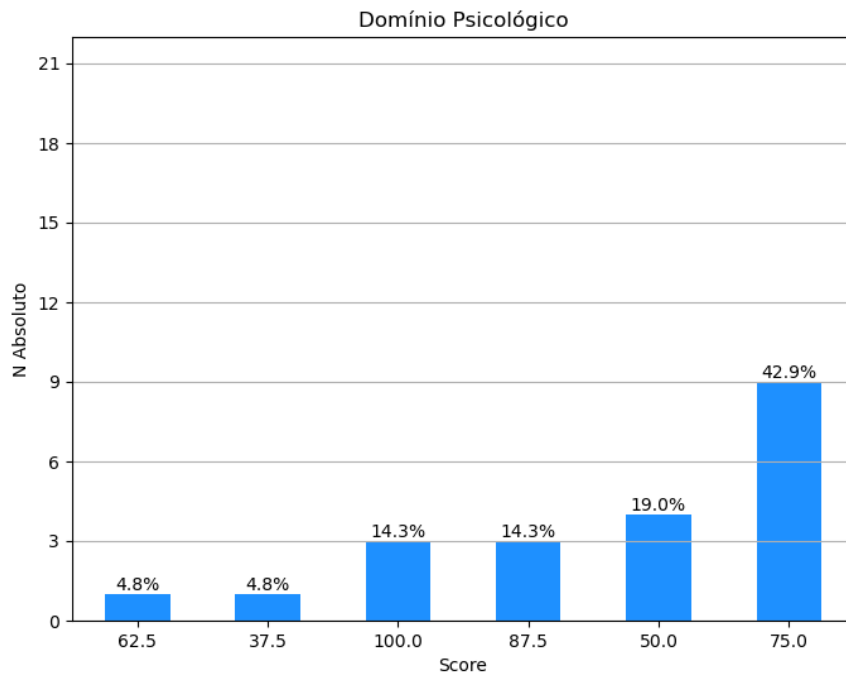


Figura 1: Domínio Psicológico do *WHOQOL-BREF*

Pode-se observar pelos dados da figura 1 que a maioria das participantes (71,5%) apresentaram score igual ou maior a 75, portanto essas participantes experienciam os sentimentos positivos da vida, tal como equilíbrio, paz, felicidade, gratidão e esperança; assim como explora o ponto de vista do indivíduo frente ao seu próprio processo de pensamento, aprendizado, memória, concentração, habilidade de tomar decisões, e como elas se sentem sobre si mesmas, seu senso de valor, de autoeficácia e satisfação consigo e com sua imagem e aparência.

A figura 2 foi elaborada contendo o histograma com os dados obtidos no domínio físico do *WHOQOL-BREF*.

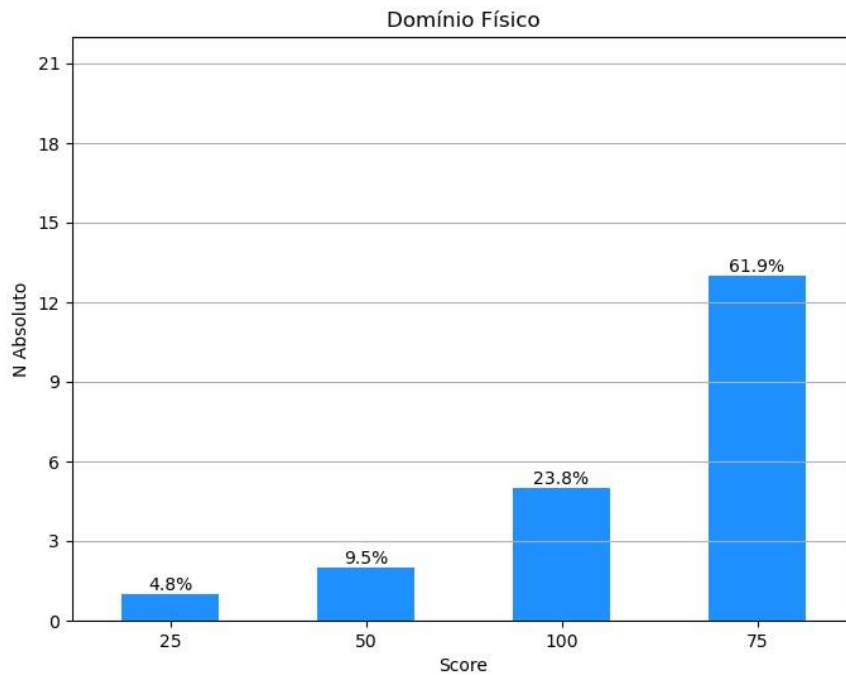


Figura 2: Domínio Físico do *WHOQOL-BREF*

Pode-se observar pelos dados da Figura 2 que a maioria das participantes (85,7%) apresentou score igual ou acima a 75 pontos. Ou seja, há uma baixa implicação física sobre a qualidade de vida dessas participantes. Pode-se inferir que essas participantes conseguem explorar a energia, o entusiasmo e a resistência física, na realização das tarefas da vida diária, assim como sua qualidade e quantidade de sono e descanso.

A figura 3 foi elaborada contendo o histograma com os dados obtidos no domínio das relações sociais do *WHOQOL-BREF*.

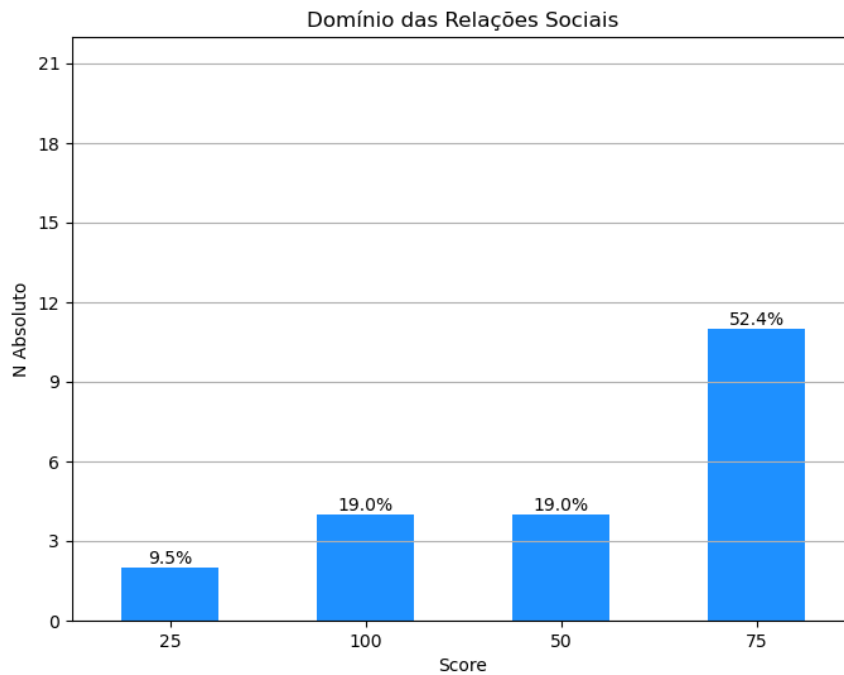


Figura 3: Domínio das Relações Sociais do *WHOQOL-BREF*

Pode ser observado pelos dados da figura 3 que a maioria (71,4%) das participantes apresentaram score igual ou superior a 75 pontos. Indicando que essas mulheres apresentavam interações sociais, apoio social e vida sexual, portanto este domínio verifica até que ponto experimentam o companheirismo, o afeto e o suporte que buscam em seus relacionamentos, avaliando o efeito negativo e positivo de suas relações. E no que tange a atividade sexual, esse fator diz respeito ao desejo sexual avaliando a capacidade de expressar e desfrutar adequadamente do seu desejo sexual. Portanto este domínio apresenta uma faceta positiva frente a qualidade de vida.

A Figura 4 foi elaborada contendo o histograma com os dados obtidos no domínio do meio ambiente do *WHOQOL-BREF*.

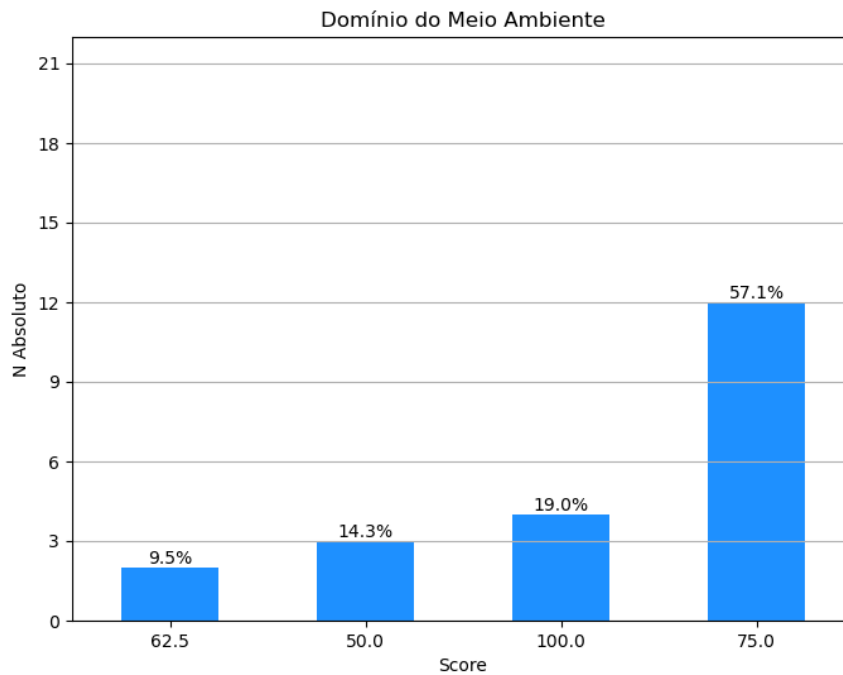


Figura 4: Domínio do Meio Ambiente do *WHOQOL-BREF*

Pode ser observado pelos dados da figura 4 que a maioria das participantes (85,6%) apresentaram score igual ou superior a 75 pontos. Indicando que essas mulheres usufruem de segurança física, possuem ambiente domiciliar, condições financeiras, atenção à saúde e políticas sociais, oportunidades para aprendizagem, atividades recreativas, condições ambientais, e mobilidade. Contribuindo então para a qualidade de Vida

O *WHOQOL-OLD* é um instrumento adicional ao *WHOQOL-BREF*, com perguntas e facetas direcionadas para a população idosa. A figura 5 foi elaborada contendo o histograma dos dados referentes aos dados obtidos na faceta da autonomia.

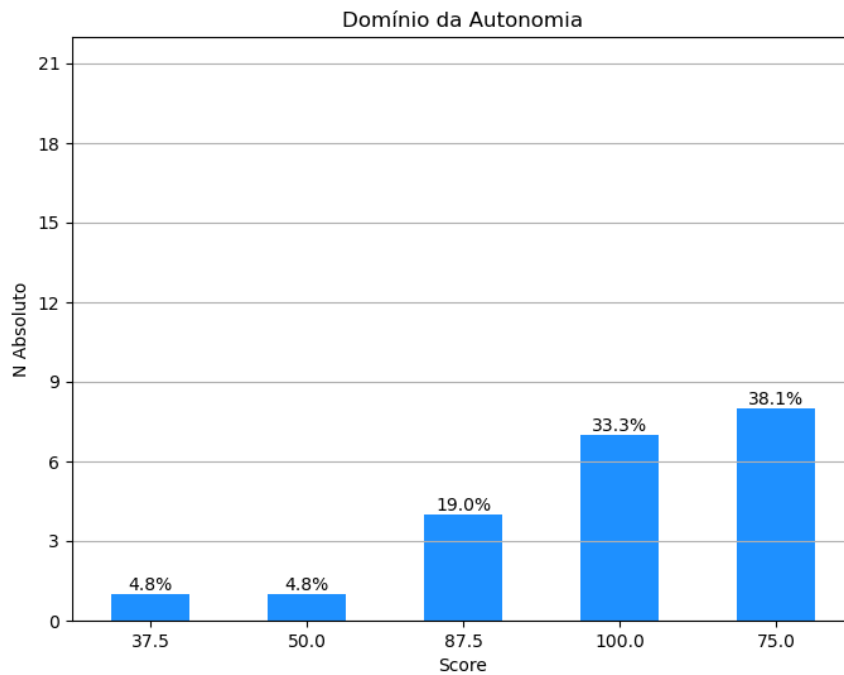


Figura 5: Domínio de Autonomia do *WHOQOL-OLD*

Pode ser observado pelos dados da figura 5 que a maioria (76,1) das participantes apresentaram escore igual ou superior a 75 pontos. Indicando que essas mulheres apresentavam independência, sendo hábeis e livres para viver de forma independente, tomando suas próprias decisões.

A figura 6 foi elaborada contendo o histograma referente aos dados obtidos na faceta Presente, Passado e Futuro do *WHOQOL-OLD*.

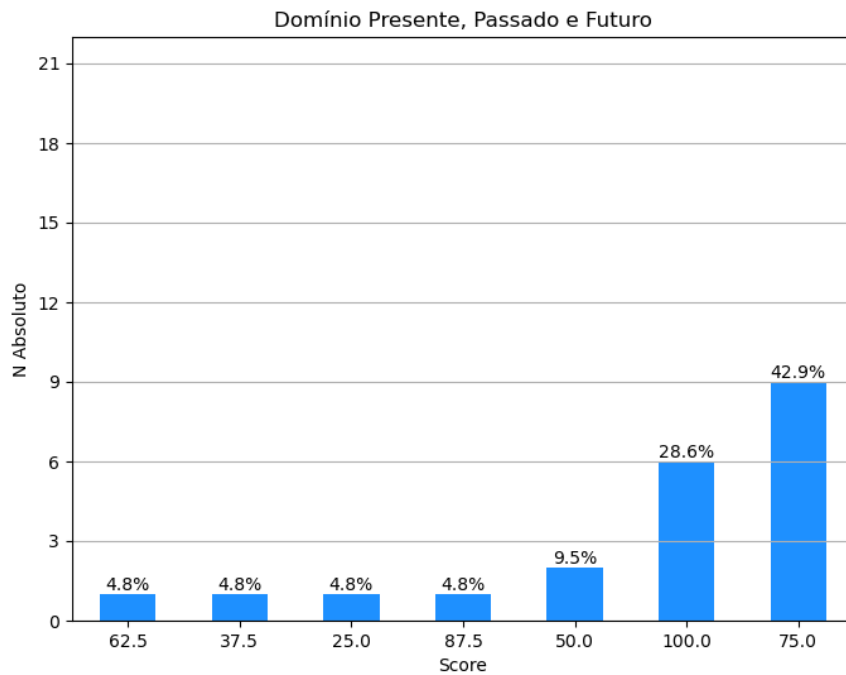


Figura 6: Domínio Presente, Passado e Futuro do *WHOQOL-OLD*.

Pode-se observar pelos dados da figura 06 que a maioria das participantes (90,4%) apresentaram score igual ou maior a 75 pontos. Portanto essas participantes demonstraram que estão satisfeitas com o que tange a conquista em suas vidas.

A figura 7 foi elaborada contendo o histograma referente aos dados obtidos na faceta Morte e Morrer do *WHOQOL-OLD*.

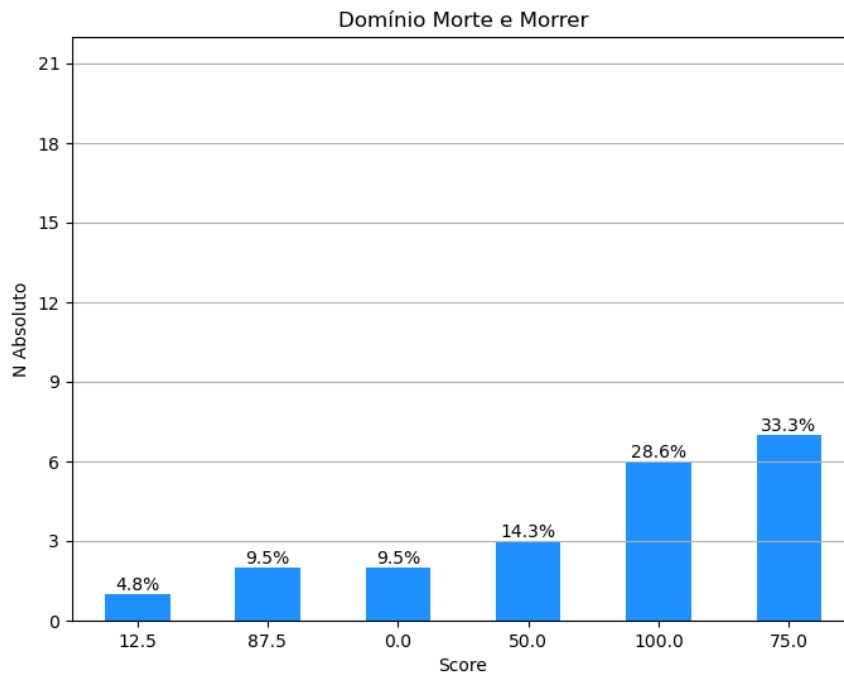


Figura 7: Domínio Morte e o Morrer do *WHOQOL-OLD*.

Pode-se observar pelos dados da figura 07 que a maioria (71,4%) das participantes apresentaram score igual ou maior a 75 pontos. Indicando ter uma boa relação com questões referente a finitudes da vida, sendo, portanto, um aspecto positivo para a qualidade de vida.

A figura 08 foi elaborada contendo o histograma referente os dados obtidos na faceta Participação Social do *WHOQOL-OLD*.

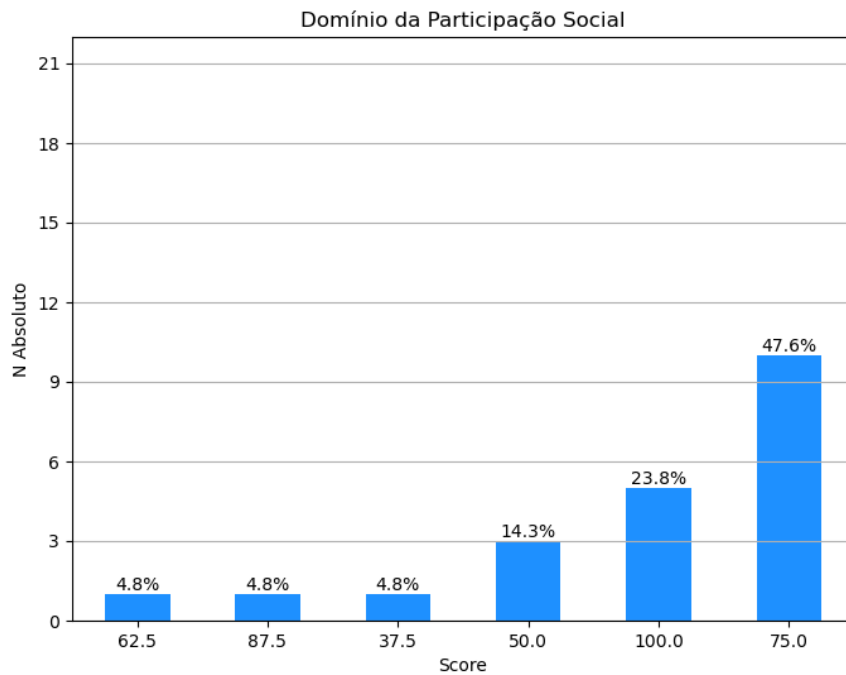


Figura 8: Domínio Participação Social do *WHOQOL-OLD*.

Pode ser observado, pelos dados da figura 8 que a maioria das participantes (76,2%) apresentaram score igual ou maior a 75 pontos. Indicando estarem satisfeitas com a sua participação e envolvimento na comunidade.

A Figura 9 foi elaborada contendo o histograma referente aos dados obtidos na faceta Intimidade do *WHOQOL-OLD*.

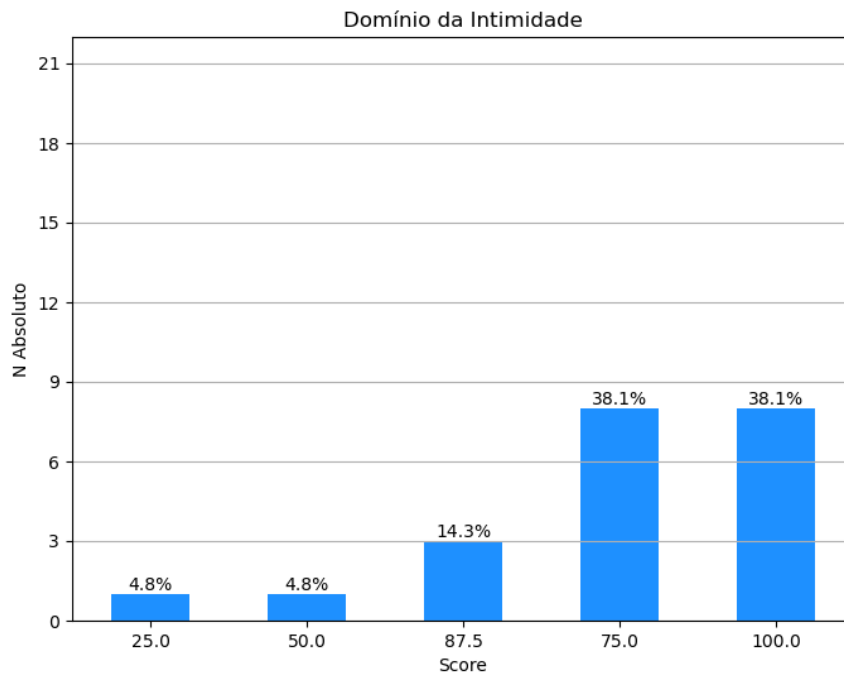


Figura 9: Domínio Intimidade do *WHOQOL-OLD*.

Pode ser observado, pelos dados da figura 09, que a maioria das participantes (90,5%) obteve um score igual ou maior a 75 pontos, indicando estarem satisfeitas com suas relações afetivas.

A Figura 10 foi elaborada contendo o histograma referente aos dados obtidos na faceta Habilidades sensoriais do *WHOQOL-OLD*.

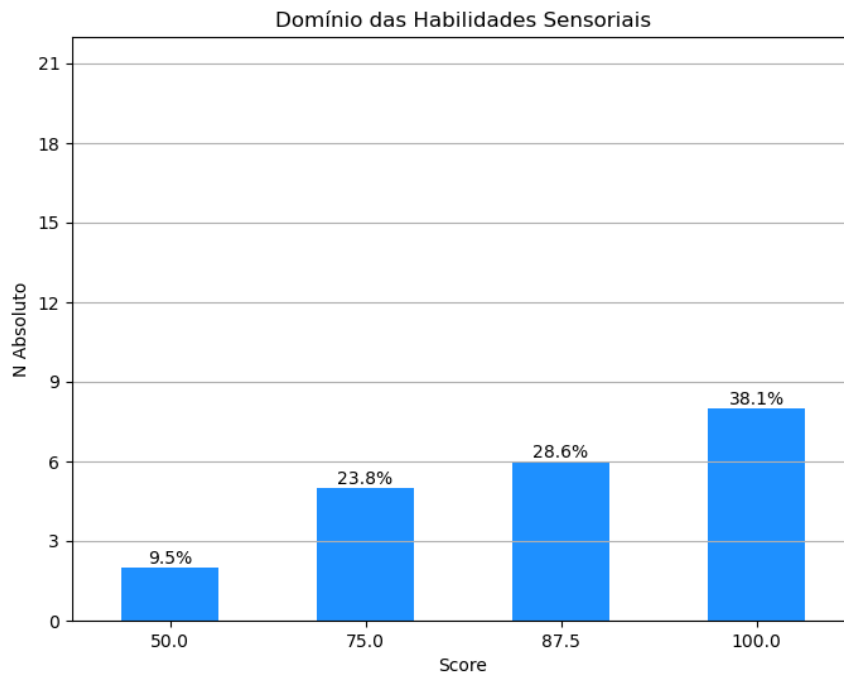


Figura 10: Domínio Habilidades Sensoriais do *WHOQOL-OLD*.

Pode-se observar, por meio dos dados da figura 10 que todas as participantes apresentaram score igual ou acima da média (50 pontos), sendo que a maioria (90,5%) apresentou score igual ou maior que 75 pontos, ou seja a maioria apresentam bom funcionamento sensorial, apresentando baixo impacto da perda das habilidades sensoriais.

A Figura 11 foi elaborada contendo o histograma referente aos dados obtidos no score total obtido no *WHOQOL-OLD*.

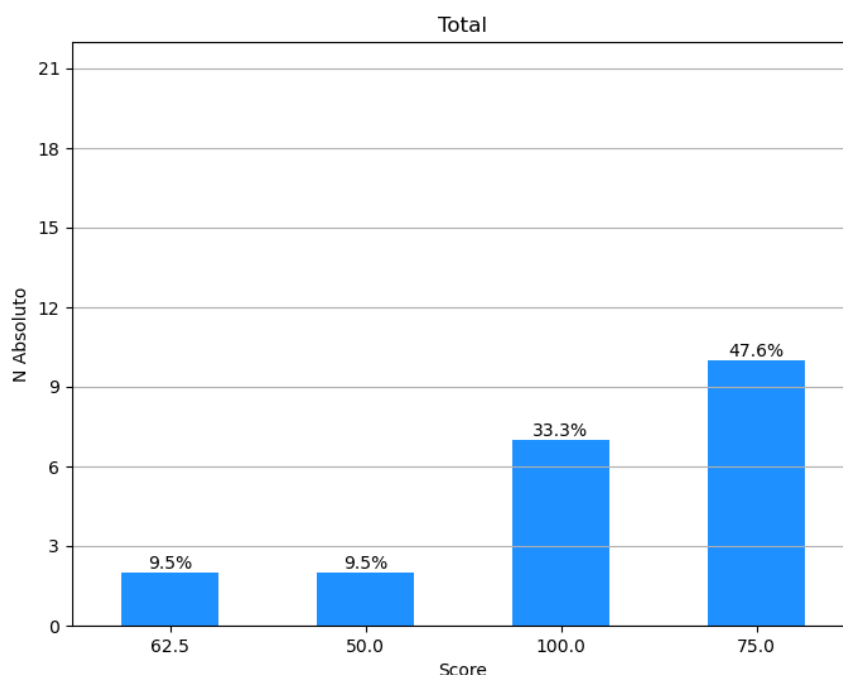


Figura 11: Score Total do *WHOQOL-OLD*.

Pode ser observado pelos dados da Figura 10 que a maioria (90,4%) das participantes apresentaram um score igual ou maior que 75 pontos. Indicando a partir de uma visão holística das facetas, essas participantes avaliaram a sua qualidade de vida como sendo satisfatória a ótima.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi possível observar uma resposta sexual feminina satisfatória, assim como uma boa qualidade de vida, se hipotetiza que tal resultado possa ter sido influenciado pela idade e pelo nível socioeconômico que as participantes da pesquisa evidenciaram. Elas, em sua maioria, apresentaram ensino superior completo, sendo o nível educacional inferior encontrado neste estudo foi ensino médio completo, além do mais elas eram mulheres consideravelmente jovens, tendo em vista que em sua maioria (61,9%) apresentavam idade menor que 60 anos, seguido de menor que 70 anos (33,3%), e maior que 70 anos (4,8%).

A idade da amostra é um fator relevante tendo em vista que segundo a FEBRASGO (2010) uma das maiores dificuldades da mulher brasileira no que tange a sexualidade é o desejo sexual hipoativo seguido da dificuldade em atingir o orgasmo, os quais são mais comuns a serem vivenciados partir dos 60 anos de idade.

Sobre o aspecto educacional, A OMS (2006) lançou o documento “*Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health*” o qual aborda questões sobre a relação entre os aspectos socioeconômicos e culturais sobre a sexualidade. Assim como a FEBRASGO (2010) salienta que a interferência na qualidade de vida advindo do processo da menopausa irá divergir de mulher para mulher, tendo em vista que algumas mulheres vivenciam essa transição positivamente, muitas vezes devido a fatores como a redução das obrigações com os filhos e com a carreira profissional, por exemplo.

Fernández-Ballesteros (2000) destaca que o envelhecimento deve ser compreendido de maneira significativamente distinta das visões mais comuns e limitadas conceitualmente. Assim, desde o início, é importante reconhecer que não existe um padrão universal ou normativo para o envelhecimento. A autora (2000) também ressalta que há diferenças subjetivas em todas as dimensões do funcionamento humano, ao longo do envelhecimento, com essas variações se tornando mais evidentes à medida que a idade avança. O processo de envelhecimento é marcado por uma grande diversidade em termos de duração, intensidade e grau das mudanças, o que resulta em diferentes desfechos psicológicos, comportamentais e sociais para cada indivíduo.

Sendo assim, Fortes e Neri (2004) enfatizam que os eventos da vida podem ser vivenciados de forma positiva ou negativa dependendo dos recursos sociais, emocionais e intelectuais, personalidade, grupo em que está inserido, assim como do valor que o indivíduo atribui a situação experienciada, do grau de previsibilidade do evento, sua duração e ocorrência.

Por outro lado, a mulher climatérica enfrenta mudanças físicas associadas ao envelhecimento. Essas mudanças podem afetar negativamente a sua autoimagem corporal, impactando diretamente a autoestima e interferindo na libido, tendo em vista que a aproximação da velhice pode gerar sentimentos perturbadores, como ansiedade, depressão e hostilidade em algumas mulheres, resultando em comportamentos sexuais compulsivos ou em uma perda geral de desejo sexual. (FEBRASGO, 2010).

Ou seja, este período está longe de envolver apenas uma questão fisiológica, de desequilíbrio hormonal, pois há outros fatores em interação de natureza emocional,

social, cultural associados a experiência individual, em uma sociedade que se cultua a beleza e a juventude estar diante dos sinais de desgaste do organismo é sinalizado cultural e socialmente como algo negativo, no entanto há uma ocorrência da alteração dos papéis sociais, as mulheres que tiveram suas identidades fundamentalmente no papel de mãe e esposa, quando se deparam com a ausência do marido e dos filhos (ninho vazio) podem adoecer, no entanto, para outras mulheres, ter menos pessoas em casa pode representar uma diminuição das tarefas domésticas, permitindo que se dediquem as atividades fora de casa, criando vínculos diferentes fora de casa (Campos, 2006).

No que tange a dispareunia, a maioria (76,2%) alegou não ter, enquanto a minoria (23,8%) declarou sentir algum tipo de dor ou desconforto durante a relação sexual. Dessas que relataram dispareunia, a intensidade de dor variou entre dor moderada (nível 3) a dor muito intensa (nível 8). Tal resultado é importante, tendo em vista a extensão temporal que essas mulheres vivem com a dispareunia. O tempo variou de um a oito anos.

Vale ressaltar que mesmo que a minoria (23,8%) da amostra tenha apresentado dispareunia, aquelas que efetivamente apresentavam a sintomatologia relataram estarem convivendo com a dor por um período de 01 a 08 anos. Tal fato é de extrema importância tendo em vista que a dor diminui a qualidade de vida do ser humano. Contudo, nessa amostra, essas mulheres relataram satisfatória qualidade de vida e função sexual, sendo assim não foi possível identificar que a dor diminui a qualidade de vida, também pelo fato que não foi atingido um N suficiente para obter relevância estatística para chegar a tal resultado.

A *International Association for the study of Pain* (IASP, 2020, apud Treede et al., 2019) atualizou a sua definição de dor, e compreendeu que “a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, sendo considerada crônica aquela que é persistente ou se repete por 3 meses ou mais. De acordo com Kanematsu et al., (2022) essa definição engloba uma visão multidimensional da dor, a qual se encontra relacionada com o conceito de dor total. A dor total de acordo com Mendes, Boaventura, Castro e Mendonça (2014; apud Izzo, 2019, pp. 337):

“Inclui a avaliação dos aspectos físicos (lesões e progressão da doença e reação aos tratamentos), psicológicos (depressão,

mudança de humor, apatia), sociais (relacionamentos sociais prejudicados, isolamento e desmotivação), e espirituais (alteração na relação dos indivíduos com suas crenças, princípios e valores, questionamentos quanto à fé e ao sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança).

Tal natureza multidimensional se assemelha, segundo Kanematsu et al (2022) a natureza multidimensional da qualidade de vida para o *The World Health Organization Quality Of Live Group (WHOQOL, 1995)*, o qual compreende que a esta incluem dimensões físicas, psicológicas e sociais. Assim sendo, Kanematsu et al (2022) defende que a dor crônica interfere na qualidade do indivíduo, bem como daqueles que o cercam.

Ademais, a amostra apresentou uma quantidade limitada de participantes, o que limitou nas análises estatísticas dos resultados, tendo em vista que eram esperadas cerca de 120 mulheres participantes, contudo somente 25 participaram. Acredita-se que isso deve-se pela dificuldade dessas mulheres falarem sobre questões referentes a sua própria sexualidade e envelhecimento, dois temas ainda tabus em nossa sociedade.

Stuart-Hamilton (2002) aponta várias dificuldades nas pesquisas sobre velhice e sexualidade. Em primeiro lugar, os idosos cresceram em uma época mais conservadora e menos permissiva em comparação com a atualidade, o que limita seu vocabulário para abordar o tema. Além disso, o autor ressalta que a resistência dos idosos em participar de estudos sobre sexualidade é um problema considerado "tradicional".

De acordo com d'Alencar e Cerqueira (2021) há fatores que permeiam a sexualidade na velhice, a tal como a crença de que sexualidade ainda se encontra muito associada ao sexo para reprodução, bem como que o sexo nessa idade deva ser escondido, velado, tido como inadequado e desrespeitoso, levando a compreensão de que a pessoa idosa não tem tal direito. Assim como as crenças de que sexualidade termina após o climatério, e que a atração sexual depende unicamente da beleza física, tradicionalmente associada a juventude (FEBRASGO, 2010).

Isso decorre de fatores históricos, tendo em vista que antigamente, em tempos em que a expectativa de vida da população era reduzida, bem como os conhecimentos frente ao envelhecimento eram escassos, acreditava-se que em torno dos cinquenta

anos de idade iniciava-se o declínio sexual, consequência advinda da menopausa e das disfunções de ereção, que revelava o fim da capacidade reprodutiva (d'Alencar e Cerqueira, 2021).

Lópiz (1998) salienta as principais crenças sociais e atitudes sobre a sexualidade dos idosos, entre elas: (1) a maioria dos idosos não tem desejos sexuais; (2) ainda que queiram não podem ter relações sexuais, são excessivamente frágeis e a realização do ato sexual pode causar danos; (3) fisicamente não são belas e, portanto, não experimentam desejos sexuais; (4) além do que sexo nas pessoas idosas é vergonhoso e perverso. Estes mitos e estereótipos contribuem para acentuar a solidão nas pessoas idosas, intensificar sua baixa autoestima e afetar o funcionamento normal desse grupo de pessoas (Lópiz, 1998).

Além do mais, acredita-se que o questionário, devido a sua extensão, o qual levava em cerca de 45 minutos a 1 hora para ser respondido, não foi um fator que contribuiu para que as mulheres concluíssem sua participação no estudo. Somente o *WHOQOL-BREF* e o *WHOQOL-OLD* contabilizavam 50 questões. Talvez o *SF-36* fosse um instrumento válido para pesquisas futuras. Salienta-se que o *SF-36* (*Short-Form Health Survey*) é um instrumento utilizado para avaliar de forma multidimensional a qualidade de vida, sendo validado no Brasil por Ciconelli et al., (1999). Este instrumento contém 11 questões e 36 itens, os quais envolvem oito dimensões, sendo elas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e percepção atual da saúde (Pimenta et al., 2008).

Outro fator foi o fato de a pesquisa ter sido realizada online, através de um *survey*, o que pode ter limitado a participação de mulheres mais velhas, devido as dificuldades tecnológicas apresentadas por essa faixa etária. Segundo Raymundo (2013), esse desafio se dá devido ao fato que esses dispositivos surgiram e se tornaram parte da vida dessas pessoas, quando esses já se encontravam mais velhos, diferente das gerações mais novas, que nasceram já inseridas em um mundo envolto pela tecnologia. Por outro lado, esse tipo de pesquisa, em conjunto com o anonimato e pela possibilidade de elas responderem sozinhas, no ambiente que preferirem, permite que as mulheres se sintam mais à vontade para expor suas questões referentes a sexualidade e a menopausa.

Mesmo assim, embora tenham tido todas essas dificuldades, os resultados tornam-se valiosos, pois confirmam os principais pressupostos do envelhecimento ao longo do ciclo vital, propostos por Baltes e Baltes em 1987 (Neri, 2001). Dentre eles, tem-se (Neri, 2001):

1. O desenvolvimento ontogenético se estende por toda a vida, envolvendo mudanças tanto de origem genética e biológica quanto sociocultural, que interagem de forma dialética. (incluindo a forma como o climatério é percebido);
2. O envelhecimento pode ser analisado como uma sequência de transformações previsíveis de natureza genética e biológica (mudanças graduais associadas à idade); como uma sequência previsível de mudanças psicossociais, determinadas pelos processos de socialização aos quais as pessoas de cada geração estão expostas (influências históricas); e como uma sequência imprevisível de alterações decorrentes de fatores biológicos e sociais (influências não normativas);
3. Na velhice, o potencial de desenvolvimento permanece, dentro dos limites da plasticidade individual, que depende das condições histórico-culturais presentes em um dado período, refletindo na organização do curso de vida dos indivíduos e suas gerações;
4. As limitações decorrentes do envelhecimento, podem ser minimizadas pela ativação das capacidades de reserva do organismo, conforme o grau de plasticidade individual, influenciado pela interação de fatores genético-biológicos, psicológicos e socioculturais;
5. O envelhecimento é uma experiência heterogênea, ou seja, pode ocorrer de maneiras diferentes para indivíduos e gerações que vivem em contextos históricos e sociais diversos.

Assim sendo, o primeiro pressuposto se encontra associado ao fato de que essas mulheres, em sua maioria, estão envelhecendo com qualidade de vida, hipotetiza-se que se deve devido ao próprio desenvolvimento ontogenético possibilitando enfrentar o climatério de uma forma positiva.

Para Landerdalh (2000) o climatério se constitui como um processo marcado por transformações, incluindo o âmbito físico, social, espiritual e emocional, o qual pode variar sua extensão de indivíduo para indivíduo (Valença, Nascimento Filho, e Germano, 2010). Essas transformações, vão ser interpretadas de forma diferente, de acordo com a realidade social que essa mulher se encontra, por exemplo, a população feminina de Itapuá, no Pará, região ribeirinha do estado, as mulheres durante o período menstrual são sujeitas a algumas restrições, tais como: restrições alimentares e de convivência com o ambiente, de acordo com a temperatura; sendo assim as mulheres associam a menopausa a libertação (Motta-Maués, 1994; apud Valença, Nascimento Filho, e Germano, 2010).

Assim como, as mulheres desse estudo, as quais apresentaram grau de educação elevada, o que pode vir a representar um nível socioeconômico superior do que grande parte da população brasileira, tendo em vista que no ano de 2020, mais da metade da população adulta (51,2%) ainda não tinham concluído o ensino médio (IBGE, 2020). Assim sendo, o nível socioeconômico pode ter sido um preditor positivo para que essas mulheres se encontrem com um score elevado no domínio do *WHOQOL-BREF* (físico, relações sociais, psicológico e meio-ambiente) e *WHOQOL-OLD* (Autonomia, presente passado e futuro, morte e o morrer, Participação social, e intimidade).

Trench e Santos (2005, apud Valença, Nascimento Filho, e Germano, 2010) sustentam que a percepção da menopausa e seus tratamentos, promovida pela categoria médica, farmacêutica, pelos meios de comunicação, assim como por algumas vertentes do feminismo, tem como seu foco principal mulheres socioeconomicamente privilegiadas, tendo em vista que são essas mulheres que possuem tempo e recursos financeiros para seguir vários rituais de saúde e beleza, como exercícios físicos, uso de cremes e vitaminas, e uma alimentação equilibrada. No entanto, essa visão assume que a menopausa e o envelhecimento afetam todas as mulheres da mesma maneira, ignorando suas individualidades e contextos socioeconômicos e culturais (Valença, Nascimento Filho, e Germano, 2010).

Pode-se compreender que os domínios do *WHOQOL-BREF* e do *WHOQOL-OLD* estão diretamente correlacionados com questões socioeconômicas, por exemplo, o domínio do meio ambiente do *WHOQOL-BREF* inclui facetas como segurança física, ambiente domiciliar, recursos financeiros, cuidados de saúde,

políticas sociais, oportunidades para aprendizagem, recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, tráfego, clima) e transporte (WHO, 1998).

A segurança física e proteção avaliam a sensação de segurança contra danos físicos, incluindo ameaças de outras pessoas ou opressão política, sendo especialmente relevante para grupos vulneráveis. O ambiente doméstico examina o local principal de residência, considerando conforto, segurança, espaço, limpeza, privacidade, instalações e a qualidade da vizinhança. Os recursos financeiros exploram a percepção da pessoa sobre a capacidade de seus recursos atenderem às necessidades básicas e proporcionarem independência. A disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde e sociais avaliam a proximidade, qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde e sociais, incluindo apoio comunitário. As oportunidades de adquirir novas informações e habilidades examinam o desejo e a chance de aprender novas habilidades, adquirir conhecimento e estar informado sobre eventos locais e globais. A participação e oportunidade para recreação e lazer exploram a capacidade e a inclinação para atividades de lazer, passatempos, e relaxamento, abrangendo uma variedade de atividades. O ambiente físico considera a percepção da pessoa sobre poluição, ruído, tráfego e clima, e como esses fatores afetam sua qualidade de vida. Por fim, o transporte avalia a disponibilidade e facilidade do uso de serviços de transporte, crucial para a realização de tarefas e atividades diárias (WHO, 1998).

Portanto, é possível entender que quanto maior o nível socioeconômico de um indivíduo, maiores são os recursos disponíveis para garantir segurança na localidade onde reside, maior conforto em seu domicílio, além de melhores oportunidades de acesso à saúde e educação. Nesse sentido, os resultados de Barreto et al., (2018) evidenciaram em sua amostra, que aquelas mulheres com maior nível socioeconômico, no que tange a renda e escolaridade, obtiveram menor índice de disfunção sexual, sendo que os referidos autores (2018), correlacionaram positivamente tal resultado com a qualidade de vida.

O segundo pressuposto, considerando que as mudanças previsíveis de natureza genético-biológica, como a menopausa, são graduadas pela idade. Da mesma forma, as mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização podem incluir a saída dos filhos de casa ou a retomada de outros papéis sociais, além daqueles associados ao lar e à família; e a as alterações não previsíveis

resultante das influências não normativas podem se dar, por exemplo, a partir da reaproximação do casal pós saída dos filhos de casa ou até um divórcio. Assim sendo, pode-se compreender que estes fatores também estão diretamente relacionados com os domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-BREF* e *WHOQOL-OLD*, principalmente no que tange as influências não normativas.

Vamos tomar como exemplo a faceta da autonomia do *WHOQOL-OLD*. Esta faceta explora questões como o quanto o indivíduo se sente livre para tomar suas próprias decisões e decidir sobre seu futuro, bem como realizar atividades de que gosta e o quanto percebe que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade (WHO, 2005). Tendo em vista esta faceta, pode-se postular que a autonomia é um aspecto importante no que tange as influências não normativas. Uma mulher que não tem autonomia para tomar suas próprias decisões e não tem sua liberdade respeitada em casa pode, no momento da menopausa, enfrentar maiores conflitos domésticos ou até ter seus sintomas desvalorizados pelas pessoas ao seu redor.

Segundo Camaro (2006), associar a velhice a noções de passividade, enfermidade e morte facilita a privação da autonomia dos idosos, o que leva à promoção de comportamentos e atitudes que acabam por torná-los ainda mais incapazes (Lopes, 2007). Tal fato se intensifica com o progredir da idade, sendo assim, de acordo com Faleiros (2007) idosos com idade inferior a 80 anos de idade, em sua maioria (71%), tem controle total do seu dinheiro, seguido de controle parcial (14%), já na faixa acima dos 80 anos, 17% não tem controlam seu dinheiro.

Assim, as questões não normativas ultrapassam as questões biológicas e sociais. Springer em 2012, confirma essa premissa, ao evidenciar em um estudo realizado com equipe interdisciplinar de profissionais de saúde, que auxiliaram as mulheres a se conscientizarem de que a menopausa vai além de um sintoma ou uma questão médica, e sim de uma expressão que reflete um momento de vida, do qual concorrem seu desenvolvimento ontogenético (Selbac et al., 2018).

Tendo em vista a importância do comportamento psicossocial, o domínio das relações sociais do *WHOQOL-BREF* e o domínio da Participação Social do *WHOQOL-OLD* enfatizam que as relações sociais, suporte social e inclusive a satisfação sexual. Fleck, Charchamocick e Trentini (2006) enfatizam o nível de satisfação do respondente com sua participação na comunidade, as oportunidades de

envolvimento disponíveis, enquanto o *WHOQOL-BREF* salienta como as pessoas sentem o companheirismo, o amor e o apoio que desejam em seus relacionamentos, avaliando o efeito negativo e positivo de suas relações, e especificamente a atividade sexual, são capazes de expressar e desfrutar do seu desejo sexual.

Segundo Fernández-Ballesteros (1999) as relações sociais são de vital importância na vida das pessoas, ao favorecerem o desenvolvimento psicológico e social podem exercer uma função protetora ante enfermidade. A pesquisa de Miranda, Ferreira e Corrente (2014) evidencia a importância da inserção de políticas públicas que insiram socialmente as mulheres no climatério, podendo isso melhorar os sintomas advindos da vivência e aceitação dessa fase.

As relações sociais são relevantes quando oferecem um ou mais dos seguintes tipos de vínculos: (1) apego, que gera uma sensação de segurança, (2) integração social através de uma rede de contatos, (3) cuidado e dedicação, evidenciando o compromisso com o bem-estar do outro, (4) reafirmação de valor, onde as habilidades da pessoa são reconhecidas por outros, (5) aliança, onde as partes envolvidas concordam em apoiar-se mutuamente, e (6) orientação, caracterizada pela recepção de conselhos (Capitanini e Neri, 2004).

É importante destacar que redes de suporte social são formadas por um grupo de pessoas que mantém entre si relações de troca, envolvendo tanto o dar quanto o receber. Essas redes permitem que os indivíduos preservem sua identidade social, recebam e ofereçam apoio emocional, além de obter ajuda material, serviços e informações, e estabeleçam novos contatos sociais (Capitanini e Neri, 2004). Segundo Capitanini e Neri (2004), o suporte social é fundamental para que o indivíduo se sinta cuidado, amado e valorizado, e para que perceba que pertence a uma rede de relações mútuas e significativas. Portanto, torna-se significativo para obter qualidade de vida, se manter socialmente ativo.

Já a faceta Presente, Passado e Futuro do *WHOQOL-BREF* explora o quão satisfeito o indivíduo está, com o que conquistou e continua conquistando ou almeja conquistar na vida, e se recebe devido reconhecimento por isso (Fleck, Chachamovick e Trentini, 2006). Uma questão que está diretamente ligada ao preconceito sobre o envelhecimento é a tendência de supervalorizar os atributos positivos dos idosos. Esse hábito pode obscurecer as avaliações negativas e confundir a percepção dos

idosos com as instituições sociais. Palmore (1990) chamou esses processos de "preconceitos positivos", destacando o dano que eles podem causar aos idosos ao promover falsas crenças e criar expectativas irrealistas sobre suas competências e habilidades (Neri, 2007). Neri (1993) destacava que o senso de controle pessoal ou autoeficácia é um componente de um constructo mais amplo que inclui senso de valor, crenças realistas, espontaneidade, responsividade emocional, estimulação intelectual, resolução de problemas, criatividade, senso de humor, prontidão física e hábitos de saúde. Em 1996, Bandura ressaltava que o senso de controle ou autoeficácia faz parte dos mecanismos de autorregulação que promovem comportamentos direcionados a metas (Neri, 1993). Enfatiza-se da importância das expectativas realísticas na manutenção da qualidade de vida.

Vale ressaltar que não é sobre a sua sexualidade e sim sobre a imagem que se tem sobre si mesmo, nesse sentido, Valença, Nascimento Filho e Germano (2010) destacam que, ao invés de romper de forma agressiva com as representações da imagem feminina, o mais importante é que a mulher se conheça e se respeite, permitindo o desenvolvimento de sua sexualidade de maneira saudável e prazerosa. Essa fase é frequentemente vivenciada como uma crise pessoal, levando as mulheres a refletirem sobre seu passado. Ao revisarem suas histórias de vida, buscam dar novos significados à estruturação do presente e do futuro (Jung & Hull, 1991; Erikson & Erikson, 1998, conforme citado em Selbac et al., 2018). Para tanto a importância de ter uma rede de apoio social.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida e a função sexual de mulheres menopausadas com dispareunia. Através de um *survey*, divulgado nas redes sociais, 21 mulheres com 55 anos ou mais participaram, fornecendo dados valiosos para a compreensão desse fenômeno.

Os resultados mostraram que a maioria (76,2%) das participantes não experimentavam dispareunia, enquanto a minoria (23,8%) relataram dor moderada a muito intensa durante a relação sexual. Esta minoria, mesmo relatando dor, avaliaram sua qualidade de vida como positiva. As participantes, em geral, demonstraram uma boa qualidade de vida, com altos escores (75 pontos ou mais), no *WHOQOL-OLD* e *WHOQOL-BREF*, em áreas como autonomia, participação social e habilidades

sensoriais. Esses achados indicam que, apesar da prevalência de dispareunia em uma parte das participantes, muitas mulheres conseguem manter uma qualidade de vida satisfatória durante o climatério.

Essa amostra demonstrou que essas mulheres foram capazes de transpassar os estereótipos atrelados ao envelhecimento e ao climatério. Com isso, surgiram novos padrões e expectativas sobre o que significa ser idoso. Assim, a pessoa idosa de hoje não se encaixa mais no modelo de seus pais e avós, e muitas delas relatam satisfação com a vida. Esse fenômeno é benéfico para a construção social do envelhecimento, pois demonstra que existem maneiras mais positivas de envelhecer em comparação com os modelos do passado (Neri, 2007).

Ou seja, essas mulheres, ao responderem o questionário da presente pesquisa, e que provavelmente demonstraram que o sexo para elas não é mais um tabu, o que significa que elas conseguem ter uma vida sexual satisfatória.

Infere-se que tais resultados se devem também a fatores socioeconômicos, como nível educacional e condições financeiras, que podem vir a influenciar positivamente na percepção e vivência do climatério, devido a maior acesso aos recursos necessários neste momento, tais como acesso a saúde. No entanto, é importante destacar que, com o envelhecimento, a capacidade de autorregulação adaptativa tende a melhorar. Pessoas mais velhas podem ser mais eficazes ao utilizar processos de adaptação, conseguindo compreender melhor suas possibilidades e limitações, e aplicando esse conhecimento em prol de seu desenvolvimento pessoal (Leão Junior e Rezende, 2004).

Portanto, conclui-se que a educação e o nível socioeconômico podem ser fatores que possibilitam maiores recursos, as mulheres, para a vivência da menopausa. Além disso, o estudo destaca a necessidade de abordagens mais inclusivas e adaptadas, como questionários mais curtos e coleta de dados presenciais, para alcançar uma amostra mais representativa e abrangente. Além do que, uma pesquisa qualitativa para coletar variáveis não normativas dessa população.

Para futuras pesquisas, recomenda-se a expansão da amostra e a inclusão de métodos que facilitem a participação de mulheres com dificuldades tecnológicas. Investigar intervenções que possam aliviar sintomas como a dispareunia e promover uma sexualidade saudável, e dessa forma, provavelmente confirmar a hipótese que a

dispareunia é um mecanismo que afeta negativamente a qualidade de vida e a função sexual de mulheres no climatério. Ressalta-se que a minoria que relatou dor apresentou resultados satisfatórios em relação a sua qualidade de vida, ou seja, não foi constatar que a dispareunia afetou negativamente a qualidade de vida e sua função sexual.

Vale salientar, que é essencial para melhorar a qualidade de vida de mulheres menopausadas. Através desses esforços, é possível contribuir para um envelhecimento mais satisfatório e feliz, valorizando a saúde sexual como um componente crucial do bem-estar geral.

REFERENCIAS

ALMEIDA, Anthonio Alisancharles Batista de; OLIVEIRA, Cecília Danielle Bezerra; FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga; SOUSA, Karolliny Abrantes de; CAROLINO, Maria Tibéria da Silva; DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira. Influências do climatério na atividade sexual feminina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 422–426, 2016.

ALVES, Estela Rodrigues Paiva; COSTA, Aurélio Molina Da; BEZERRA, Simone Maria Muniz Da Silva; NAKANO, Ana Marcia Spano; CAVALCANTI, Ana Márcia Tenório De Souza; DIAS, Maria Djair. Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 64–71, mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>.

ARAÚJO, Solemar Lergnani e ZAZULA, Robson. Sexualidade na Terceira Idade e Terapia Comportamental: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, 12(2), 2015. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v12i2.5054>

BARRETO, Ana Paula Pitiá; NOGUEIRA, Andrea; TEIXEIRA, Bianca; BRASIL, Cristina; LEMOS, Amanda; LÔRDELO, Patrícia. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 4, p. 511–517, 30 nov. 2018. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i4.2159>.

BRASIL, Ana Patricia Avancini e ABDO, Carmita Helena Najjar. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 21, n. 2, p. 89-92, 2016 Tradução. Disponível em: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-159.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CAMPOS, Ana Paula Martins de. Envelhecimento Feminino: “Bicho de sete cabeças”? In: Deusivania Vieira da Silva Falcão, Cristina Maria de Souza Brito Dias (Org.) In. **Maturidade e Velhice: Pesquisas e intervenções Psicológicas**. v.1: Pesquisa e Intervenções Psicológicas, São Paulo: Caso do Psicólogo, 2006, pp. 17-35.

CAPITANINI, Marilim Elisabeth Silva; NERI, Anita Liberalesso. Sentimentos de Solidão, Bem-Estar Subjetivo e Relações Sociais em Mulheres Idosas Vivendo Sozinhas. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1º ed, São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC.

CARMENATES, Carmen Oliveira; MENDOZA, Alberto Bujardón. Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. **Humanidad. med**, p. 0–0, 2010.

CHACHAMOVICH, Eduardo. Qualidade de vida em idosos desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira. [*Dissertação para obtenção do título de Mestre*]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>.

CHERPAK, Guilherme Liausu e SANTOS, Fânia Cristina dos. Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2016, v. 14, n. 2 [Acessado 6 Setembro 2022], pp. 178-184. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3556>>. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3556>.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol.**, , p. 143–50, 1999.

COHN, Jodi e SUGAR, Judith A. Determinants of Quality of Life in Institutions: Perceptions of Frail Older Residents, Staff, and Families. In. BIRREN, James, E; LUBBEN, James E; ROWE, Janice Cichowlas; DEUTCHMAN, Donna E. **The Concept and Measure of Life in the Frail Elderly**. California: Academic Press Inc, 1991. ISBN 0-12-101275-1

D'ALENCAR, Raimunda Silva; CERQUEIRA, Monique Borba. **Velhice & Sexualidade: tramas da diversidade**. [S. l.]: SciELO - EDITUS, 2021.

DANTAS, Daniele Vieira et al. Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 140–148, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19814>.

DE ALMEIDA, Anthonio Alisancharles Batista; OLIVEIRA, Cecília Danielle Bezerra; FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga; DE SOUSA, Karollyn Abrantes; CAROLINO, Maria Tibéria da Silva; DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira. Influences of climacteric in female sexual activity. [s. d.]. **Rev Rene**, 17(3), 2016.

EM 2022, EXPECTATIVA DE VIDA ERA DE 75,5 ANOS | AGÊNCIA DE NOTÍCIAS. 29 nov. 2023. Agência de Notícias - IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: Os Idosos e a garantia dos seus direitos. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1º ed, São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO. **Manual de Orientação em Climatério**. São Paulo, 2010. Disponível em: www.febrasgo.org.br.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocio. **Gerontologia Social**. Madrid: Editora Piramide, 2000. ISBN: 84-368-1437-1.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocio. **Que és la psicología de la vejez**. Madrid: Editora Biblioteca Nueva, 1999. ISBN: 84-7030-693-6.

FIGUEIREDO, Ângela Leggerini de; GÜTHS, Paula; CANALS, Aneron de Avila; ARGINOM, Irani Iracema de Lima. Terapia Cognitivo-Comportamental nas Disfunções Sexuais. In: **Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FIGUEIRÔA, Leticia Brandi et al. Satisfação sexual feminina: mulheres climatéricas x adultas jovens. **Brazilian Journal of Development**, 4(1), 3137-3149. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-249>.

FLECK, Marcelo P; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785–791, out. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>.

FLEURY, Heloisa Junqueira e ABDO, Carmita Helena Najjar. Importância do Apoio Psicoterapêutico para Disfunção Sexual no Envelhecimento. **Diagn. tratamento**, 161-163. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n4/a3860.pdf>

FLORENCIO-SILVA, Rinaldo; SIMÕES, Ricardo Santos; GIRÃO, João Henrique Rodrigues Castello; CARBONEL, Adriana Aparecida Ferraz; TEIXEIRA, Cristiane de Paula; SASSO, Gisela Rodrigues da Silva. Tratamento da atrofia vaginal da mulher na pós-menopausa. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 1, p. 43–47, 1 jan. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.08.002>.

FORTES, Andréa Cristina Garofe; NERI, Anita Liberalesso. Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1º ed, São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC.

HENTSCHEL, Heitor; ALBERTON, Daniele Lima; CAPP, Edison; GOLDIM, José Roberto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/164528>. Acesso em: 11 abr. 2024.

INSTRUMENTOS WHOQOL-OLD. [s. d.]. **Qualidep**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/index.php/instrumentos-whoqol-old>. Acesso em: 13 out. 2024.

IZZO, Juliana Martins et al. The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. **BrJP** 2(4), São Paulo: 2019. Disponível em: <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.5935%2F2595-0118.20190062&token=WzQzODMyMTksljEwLjU5MzUvMjU5NS0wMTE4LjlwMTkwMDYyIl0.f2zZ09D4qPgvlI23kZLUHjWweGs>.

KANEMATSU, Jaqueline dos Santos; ATANAZIO, Beatriz; CUNHA, Beatriz Ferreira; CAETANO, Leticia Puerro; ARADA, Diane Militão Yamamoto. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 3, p. e-192586, 3 maio 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>.

LEÃO JUNIOR, Roosevelt; RESENDE, Marineia Crosara de. Autoeficácia, Memória e Envelhecimento. In: NERI, Anita Liberalesso e YASSUDA, Monica Sanches (Org.).

Velhice Bem-Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos. 1º ed, Campinas, SP: Editora Papirus, 2004.

LINDAU Stacy Tessler, GAVRILOVA, Natalia. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. **BMJ** 2010; 340 :c810 doi:10.1136/bmj.c810. Disponível em: <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1136%2Fbmj.c810&token=WzQzODMyMTk5LjEwLjExMzYvYm1qLmM4MTAiXQ.jJP8zDzkAuDv6loGxMLIM8BZA2k>. Acesso em: 21 jul. 2024.

LOPES, Gerson Pereira, e VALE, Fabiane Bernardes Castro. Tratamento das Disfunções Sexuais no Consultório do Ginecologista. In **Tratado de Ginecologia Febrasco**. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora Elsevier. 2019.

LOPES, Ruth Gelebrter da Costa. Imagem e Autoimagem: Da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In. Anita Liberlesso Neri (Org.) **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo (Edições SESC São Paulo), 2007, pp. 141-152.

LOPÍZ, Enrique Fernández. **Psicogerontologia**; Perspectivas teóricas y cambios em la Vejez. Granada: Editora Adhara, 1998.

MACHADO, Dalva de Jesus Cutrim. Quem foi que Disse que na Terceira Idade não se Faz Sexo? **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 24, n. 7, p. 11–14, 2014. <https://doi.org/10.18224/frag.v24i7.3573>.

MARQUES, A. D. B.; SILVA, R. P. da; SOUSA, S. dos S.; SANTANA, R. da S.; DE DEUS, S. R. M.; AMORIM, R. F. de. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 5, n. 3, 2016. DOI: 10.19175/recom.v5i3.913. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/913>. Acesso em: 8 out. 2024.

MATTHES, Angelo do Carmo. Abordagem Atual da Dor na Relação Sexual (Dispareunia). **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 30, n. 1, 30 jun. 2019. DOI [10.35919/rbsh.v30i1.66](https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.66). Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/66. Acesso em: 8 jul. 2024.

MEIRELES, Gabriela Silveira. Aspectos Psicológicos das Disfunções Sexuais. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 47–54, 2019. DOI: 10.35919/rbsh.v30i2.90. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/90. Acesso em: 22 maio. 2022.

MEIRELES, Gabriela Silveira. Aspectos Psicológicos das Disfunções Sexuais. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 47–54, 2019. DOI: 10.35919/rbsh.v30i2.90. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/90. Acesso em: 22 maio. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. N° 26, 1º impressão. Brasília, 2013.

MIRANDA, Jéssica Steffany; FERREIRA, Maria De Lourdes Da Silva Marques; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 803–809, out. 2014. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670519>.

MIRANDA, Jéssica Steffany; FERREIRA, Maria De Lourdes Da Silva Marques; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 803–809, out. 2014. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670519>.

NERI, Anita Liberalesso. Atitudes e Preconceitos em Relação à velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1º ed, São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

NERI, Anita Liberalesso. Paradigmas Contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e em Sociologia. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 1º edição. Campinas, SP: Papirus, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. Paradigmas Contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e em Sociologia. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 1º edição. Campinas, SP: Papirus, 2015. (E-book Kindle electronic version).

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque multidisciplinar**. 2º edição. Campinas, SP: Editora Alínea.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida no Adulto Maduro. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. 1º edição. Campinas, SP: Papirus, 1993.

Organização Mundial da Saúde. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health**, 28–31 January 2002. Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HRP at 50: sexual and reproductive health and rights in epidemic and pandemic preparedness and response**. World Health Organization. 2023a. ISBN 978-92-4-007064-6 (electronic version).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023**. Word Health Organization. 2023b ISBN 978-92-4-007969-4 (electronic version).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei**. Tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: **Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro** - Porto Alegre: UFRGS, 2020. ISBN 978-65-86232-36-3.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório mundial sobre o idadismo**. Washington, D.C. 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275724453> (electronic version).

PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho, MARTINEZ, Edson Zangiacomi e VIEIRA, Elisabeth Meloni. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 11 [Acessado 7 Setembro 2022], pp. 2333-2344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>>. Epub 16 Nov 2009. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>.

PACAGNELLA, Rodolfo De Carvalho; VIEIRA, Elisabeth Meloni; RODRIGUES JR., Oswaldo Martins; SOUZA, Claudecy De. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 416–426, fev. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa; SIMIL, Fabrícia Fonseca; TÔRRES, Henrique Oswaldo Da Gama; AMARAL, Carlos Faria Santos; REZENDE, Camila Farnese; COELHO, Thaissa Oliveira; REZENDE, Nilton Alves De. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 55–60, fev. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100021>.

PNAD EDUCAÇÃO 2019: MAIS DA METADE DAS PESSOAS DE 25 ANOS OU MAIS NÃO COMPLETARAM O ENSINO MÉDIO | AGÊNCIA DE NOTÍCIAS. 15 jul. 2020. **Agência de Notícias - IBGE**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>. Acesso em: 20 jul. 2024.

POCAHY, F. Gênero, sexualidade e envelhecimento: miradas pós-críticas em educação. In: PAIVA, J., comp. **Aprendizados ao longo da vida: sujeitos, políticas e processos educativos** [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2019, pp. 189-203. Pesquisa em educação/Educação ao longo da vida series. ISBN: 978-65-990364-9-1. <https://doi.org/10.7476/9786599036491.0010>.

PONTES, Ângela Felgueiras. Sexualidade: **Vamos Conversar sobre Isso?** [*Dissertação para obtenção do título de Doutor*]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal, 2011.

PORTMAN, David J.; GASS, Margery L.S. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. **Menopause**, v. 21, n. 10, p. 1063–1068, out. 2014. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000329>.

PORTUGUESE_BRAZIL_WHOQOL-BREF. [s. d.]. Disponível em: <https://www.who.int/nepal/activities/supporting-elimination-of-kala-azar-as-a-public-health-problem/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/portuguese-brazil-whoqol-bref>. Acesso em: 13 out. 2024.

QUEIROZ, Maria Amélia Crisóstomo; LOURENÇO, Rejane Martins Enéas; COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo; MIRANDA, Karla Corrêa Lima;

BARBOSA, Rachel Gabriel Bastos; BEZERRA, Sara Taciana Firmino. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 662–667, ago. 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>.

RAYMUNDO, Taiuani Marquine. **Aceitação de tecnologias por idosos**. 2013. Mestrado em Bioengenharia – Universidade de São Paulo, São Carlos, 2013. DOI [10.11606/D.82.2013.tde-27062013-145322](https://doi.org/10.11606/D.82.2013.tde-27062013-145322). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-27062013-145322/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIB, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191–208, abr. 2000. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>.

ROZENDO, Adriano da Silva; ALVES, Juliana Medeiros. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 95–107, 30 set. 2015. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i3p95-107>.

SANTOS, Emilly Gabrielly Dantas dos. **Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: vaginismo e dispareunia**. [Trabalho de conclusão de curso], Centro Universitário AGES, Paripiranga. 2021.

SANTOS, Sueli Souza. Sexualidade: Uma Inscrição sem Ponto Final. In. SANTOS, Sueli Souza e CARLOS, Sergio Antonio. **Envelhecendo com Apetite pela Vida: interlocuções psicossociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

SELBAC, Mariana Terezinha; FERNANDES, Claudia Garcia Carrijo; MARRONE, Luiz Carlos Porcello; VIEIRA, André Guirland. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino – climatério à menopausa. **Rev. Aletheia**, v.51, n.1-2, p.177-190. 2018.

SENE, Cleiton José; CARAMASCHI, Sandro. Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. **Barbarói**, n. 49, p. 166 - 189, 12 dez. 2017.

SEXUAL RIGHTS CHARTER FOR OLDER ADULTS, UNITED KINGDOM. [s. d.]. Disponível em: <https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/innovation/reports-from-the-field/sexual-rights-charter-older-adults-uk>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SHUM, Leona K.; BEDAIWY, Mohamed A.; ALLAIRE, Catherine; WILLIAMS, Christina; NOGA, Heather; ALBERT, Arianne; LISONKOVA, Sarka; YONG, Paul J. Deep Dyspareunia and Sexual Quality of Life in Women with Endometriosis. **Sexual Medicine**, v. 6, n. 3, p. 224–233, set. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.04.006>.

SIQUEIRA LIMA, Isabelle; PEREIRA DE SOUSA, Maria Letícia; QUEIROZ CARVALHO, Melissa de; REBOUÇAS MACEDO, Sandra. IMPLICAÇÕES DO VAGINISMO NO COTIDIANO DAS MULHERES. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 31, n. 1, 2020. DOI: 10.35919/rbsh.v31i1.58. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/58. Acesso em: 15 jul. 2024.

SOUSA, Inês Margarida Nogueira de. **Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério**. 2013. Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa, 2013. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3862>.

STUART-HAMILTON, Ian. **A Psicologia do Envelhecimento**: Uma introdução. 3ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed. 2002. ISBN: 8521634234.

TAYYEB, Muhammad; GUPTA, Vikas. Dyspareunia. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro; DAMBROS, Miriam; PALMA, Paulo César Rodrigues; THIEL, Marcelo; RICCETTO, Cássio Luís Zanettini; RAMOS, Maria de Fátima. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 504–510, out. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008001000005>.

TOMÁS, Licínio Vicente. Qualidade de Vida e Bem-Estar na Velhice: Inventariação crítica de um conceito fluído. In: MEDEIROS, Teresa (Org.). **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. 1ª edição. Açores, Portugal: Letras Lavadas Edições, 2016.

TREEDE, Rolf-Detlef; RIEF, Winfried; BARKE, Antonia; AZIZ, Qasim; BENNETT, Michael I.; BENOLIEL, Rafael; COHEN, Milton; EVERS, Stefan; FINNERUP, Nanna B.; FIRST, Michael B.; GIAMBERARDINO, Maria Adele; KAASA, Stein; KORWISI, Beatrice; KOSEK, Eva; LAVAND'HOMME, Patricia; NICHOLAS, Michael; PERROT, Serge; SCHOLZ, Joachim; SCHUG, Stephan; ... WANG, Shuu-Jiun. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160, n. 1, p. 19–27, jan. 2019. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.

TRONCON, Júlia Kefálas; PANDOCHI, Heliana Aparecida da Silva.; LARA, Lúcia Alves. ABORDAGEM DA DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 69–74, 2018. DOI: 10.35919/rbsh.v28i2.25. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/25. Acesso em: 22 maio. 2022.

VALENÇA, Cecília Nogueira; NASCIMENTO FILHO, José Medeiros do; GERMANO, Raimunda Medeiros. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 273–285, jun. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200005>.

VAZ, Cidália Maria Garcia Augusto. **Aspetos da vida sexual na terceira idade**: uma abordagem qualitativa e exploratória da percepção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação). 2012.

WAINBERG, Lina; SIMON HUTZ, Claudio. . Inventário De Satisfação Sexual. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 23, n. 1, 2020. DOI: 10.35919/rbsh.v23i1.206. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/206.

WENDER Maria Celeste Osório; DELL'AGNO Mona Lucia. Climatério: Conceito, Epidemiologia, Patogenia e Consequências do Hipoestrogenismo. In: FERNANDES,

Cesar Eduardo; de SÁ, Marcos Felipe Silva; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da (Org.). **Tratado de Ginecologia Febrasgo**. 1º ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap. 53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL User Manual**. WHO/MNH/MHP/98.4. Rev.1 English only. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva, 1998.

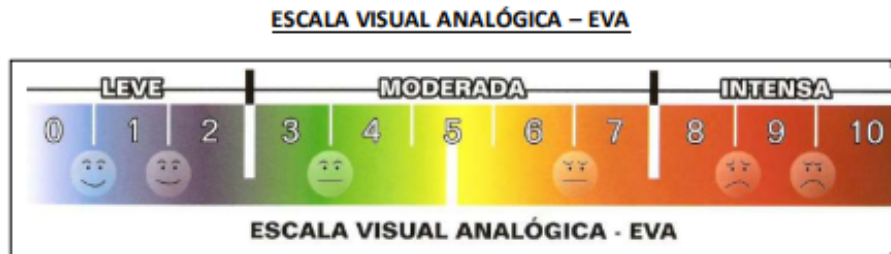
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL-OLD Manual**. WHOQOL-OLD Group. European Office: Copenhagen. 2005.

World Health Organization (Whoqol-Group). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** Vol. 41, No. 10, pp. 1403-1409, 1995.

ZERBINI, Maria Irene dos Santos; LIMA NETA, Maria Irene Ferreira; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Sexualidade na Longevidade. In. MEDEIROS, Teresa. **(Re)pensar as Pessoas Idosas no Século XXI**. Açores: Letras Lavadas, 2016 (pp. 143-162).

ANEXOS

ANEXO 1: Escala Visual Analógica- EVA.



A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pelo paciente.

Dicas sobre como interrogar o paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor? (deixe ele falar livremente, faça observações na pasta sobre o que ele falar)

Questione-o:

- a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**.
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **cinco**.
- c) Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

OBS.: Procure estabelecer variações de melhora e piora na escala acima tomando cuidado para não suggestionar o paciente.

ANEXO 2: WHOQOL-BREF Versão Português.

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

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 insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito 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 frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência 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



WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Tabela 2

Versão final do *Female Sexual Function Index* em português.

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
12- Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

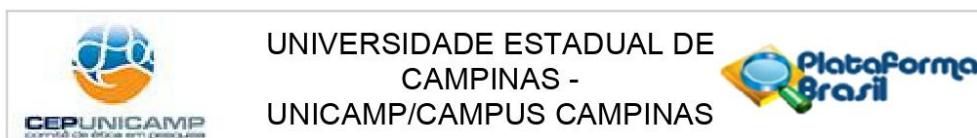
Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta"/"siririca") e ato sexual; ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/"vagina molhada"/"tesão vaginal" –, ou contrações musculares).

ANEXO 5: Parecer de aceite do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida da Paciente Idosa com Dispareunia

Pesquisador: Luiz Claudio Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69483723.4.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

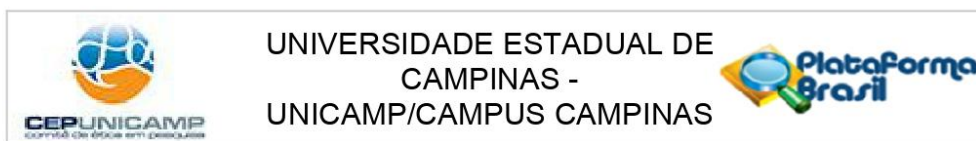
Número do Parecer: 6.216.480

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Introdução: Recentemente, a temática da sexualidade vem sendo estudada por diferentes profissionais, dessa forma, de acordo com Senem e Caramashi (2017) a sexualidade é compreendida de maneira diferente, variando conforme a área de conhecimento. Entretanto, os referidos autores (2017) salientam que mesmo com todas as controvérsias, a maioria dos estudos diferenciam sexo de sexualidade. Pontes (2011) entende a sexualidade como a consequência de uma transformação envolvendo aspectos históricos, culturais, religiosos e éticos, a qual, para Butler (1985) e Lewis (1985) se dá através da expressão afetiva do indivíduo (Aráujo e Zazula, 2015). Enquanto o sexo é definido como um referencial biológico, que a partir da anatomia do corpo irá diferenciar o macho da fêmea, bem como é utilizado para se referir ao ato sexual (Senem e Caramashi, 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde- OMS, a saúde sexual é um dos aspectos necessários no desenvolvimento de uma boa qualidade de vida (Wainberg & Hutz, 2012), visto que gozar de uma vida sexual ativa e saudável é um fator indicativo de qualidade nos relacionamentos íntimos e de satisfação sexual (Basson, 2006; citado por Souza, 2013). Salienta-se que com o avanço da medicina e o aumento da expectativa de vida da população, pesquisas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



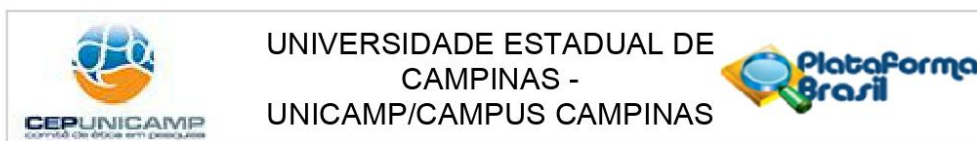
Continuação do Parecer: 6.216.480

(Marques et al, 2015; Queiroz et al, 2015) evidenciam que os idosos já representam cerca de 10,8% da população brasileira, sendo que se estima que até 2025 a população idosa representará mais de 32 milhões de brasileiros (Dantas et al., 2017). Apesar de atualmente esta faixa etária apresentar um maior número de anos no curso da existência humana, tal fato não é sinônimo de um elevado bem-estar durante a vivência da velhice (Tomás, 2016). Para efetivamente se proporcionar tal realidade, necessita-se de maiores estudos que identifiquem e caracterizem as variáveis envolvidas na promoção da qualidade de vida na velhice, bem como viabilizar condições para que a velhice seja uma etapa de vida feliz e satisfatória para o indivíduo (Neri, 2008), além de somente uma corrida contra a morte.

1.1 Qualidade de vida na Velhice

A sociedade tende a focar nos aspectos biomédicos e patológicos do envelhecimento, negligenciando fatores sociais, psicológicos, culturais e ambientais, visto que um envelhecimento saudável, marcado pela qualidade de vida, depende muito mais que somente a ausência de doenças (Cohn e Sugar, 1991). Tal afirmação é corroborada por Souza, Minayo, Ximenes e Deslandes (2002), as quais constatarem uma tendência do setor de saúde e da sociedade brasileira de adotar medidas de controle e punição e não empregar propostas de prevenção, promoção e de bem-estar social. Assim sendo, a qualidade de vida é um constructo abrangente, que se encontra além de somente a ausência de doenças, abrangendo também o bem-estar do indivíduo e seu convívio social (Santos, 2021). A partir desta perspectiva, que Neri (2008) denomina a qualidade de vida como: “é um fenômeno de várias faces e, assim é mais bem descrito por intermédio de um constructo multidimensional. A avaliação das características de seus vários domínios tem como referência critérios biológicos, sociais e psicológicos aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas, de indivíduos, grupos humanos e sociedades com o ambiente físico e social. Nessa avaliação, são também levados em conta valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável ou ideal quanto ao bem-estar objetivo e subjetivo.” (pp.150) De acordo com Lawton (1983, 1991) a qualidade de vida é dividida em quatro domínios: bem-estar subjetivo, competências comportamentais, condições objetivas do ambiente físico, e qualidade de vida percebida (Neri, 2011). De acordo com Neri (2011), a percepção do idoso sobre sua qualidade de vida é um domínio essencial, visto que é reflexo das expectativas do indivíduo, o qual se baseiam em seus critérios pessoais e expectativas sociais, bem como da sua realidade atual, ou seja daquilo que é, tem ou faz. A inversão da pirâmide etária e o avanço da medicina, possibilita que cada vez mais os idosos possam vivenciar a sua sexualidade. De acordo com uma pesquisa realizada pela US National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP) mais da metade das pessoas entre 57 e 85 anos ainda apresentam vida sexual ativa. Em vista dessa nova realidade, novas discussões no

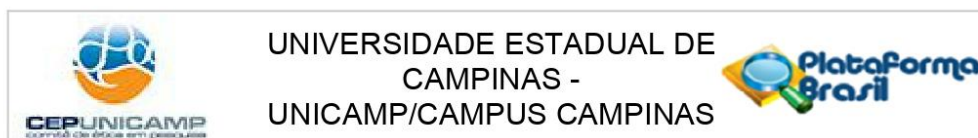
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

âmbito da saúde coletiva tomam espaço, tal como a vida sexual na velhice. 1.2 Vida e Saúde Sexual na Velhice Vidal (2002) salienta o fato de que os idosos sentem desejo, pensam e fazem sexo, desde que apresentem condições de saúde possibilitadoras, ainda mais visto que a sexualidade não se limita somente a penetração (Machado, 2014) e não tem somente como finalidade a procriação e preservação da espécie, uma vez que proporciona satisfação e prazer (Santos, 2013). Destaca-se que estudos (Dantas, 2002, apud Vaz, 2012; Carmenates e Mendonza, 2010) apontam os benefícios da prática do sexo na terceira idade, como: bem-estar, satisfação física, reafirmação da identidade, afetividade, e sensação de amor e carinho. Desse modo, conclui-se que o sexo além de essencial na vida humana, gera qualidade de vida, principalmente na senescência (Machado, 2014). Entretanto, mesmo com tamanha importância, a referida temática é ainda pouco explorada, tendo em vista os preconceitos presentes na sociedade ocidental, os quais irão acarretar em discriminação e desigualdade na promoção de saúde sexual (Organização Mundial da Saúde, 2020). Cherpak e Santos (2016) ao realizarem uma pesquisa com 155 médicos, que atendiam pacientes entre 70 e 79 anos em um hospital-escola da cidade de São Paulo, evidenciaram que destes 63,9% não abordavam a sexualidade em seus atendimentos, e 23,2% abordavam a temática na maior parte das vezes. Segundo o referido estudo, as razões trazidas pelos médicos para não abordarem a sexualidade foi: falta de tempo (23%), temor de contranger o paciente (22%), incapacidade técnica (14%), responsabilidade de outro médico (13%), a crença de que os idosos tem outras prioridades (7%), constrangimento com o sexo oposto (7%), constrangimento com o mesmo sexo (4%), crença de que os idosos não são interessados no tópico da sexualidade (2%) e religião (1%), sendo que uma parte da amostra (7%) não respondeu. Isso ocorre devido a apologia à juventude e ao desprezo a longevidade, ou seja "O declínio do desejo, a perda da atratividade física e o virtual apagamento como pessoa sexuada estão entre as principais marcas e condições do envelhecimento" (Simões, 2003, apud Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016, pp.145; Rozendo e Alvez, 2015). Zerbini, Lima Neta e Cervený (2016) apontam tal realidade como o paradoxo do mundo moderno, ou seja, quanto mais a população envelhece, maior é o culto à juventude. Por esse motivo Santos (2013) salienta que aquilo que interfere efetivamente na prática da sexualidade do idoso, são os preconceitos internalizados pela sociedade, e muitas vezes, pelo próprio idoso, podendo-se observar a partir de algumas famílias e instituições que não autorizam os idosos a manterem relações amorosas. Os autores Rozendo e Alvez (2015) afirmam que: "Tais mitos induzem os mais velhos a assumirem uma atitude pessimista na esfera da sexualidade. Entretanto, com os recursos médicos e farmacológicos da atualidade, a maioria das pessoas idosas está apta a usufruir uma vida sexual satisfatória, como nunca antes. Mesmo assim, o assunto

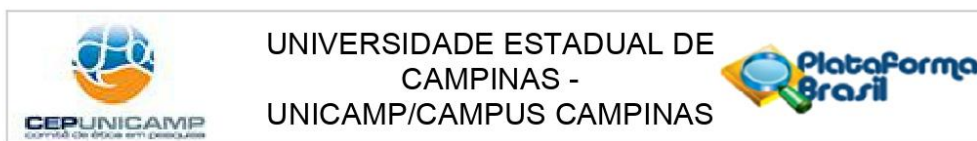
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

ainda é um grande tabu na nossa cultura e quando vem à tona, costuma causar bastante polêmica." (pp.98). Em vista disso, Waiberg e Hutz (2012) ainda salientam que a área da sexualidade nos idosos ainda é muito negligenciada em relação a saúde desse grupo etário. Tal fato é preocupante, visto que a saúde sexual se engloba como um direito fundamental do ser humano (Meireles, 2019). E é definida pela Organização Mundial da Saúde (2020, pp.15) como um: "estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual exige uma abordagem positiva e respeitosa no que tange a sexualidade e relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos." Deste modo, o indivíduo pode apresentar dificuldades ou disfunções sexuais e ainda usufruir de uma saúde sexual satisfatória. Entretanto, com o decorrer da história, a partir da década de 40 ocorreu a patologização da sexualidade, primeiramente com a frigidez feminina e posteriormente com as disfunções eréteis; assim se passou a acreditar que ocorreria um declínio sexual por volta dos 50 anos de idade (Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016). 1.3 As disfunções sexuais na Velhice Na população idosa as disfunções sexuais são prevalentes (Fleury e Abdo, 2013). O risco de disfunções sexuais com o envelhecimento se iniciam com o processo de climatério, tendo em vista que este é caracterizado por diferentes modificações no organismo (endócrinas, biológicas e clínicas (Wender e Dell'Agno, 2019), os quais culminam nos sintomas climatéricos, como mudança de padrões físicos estéticos, sudorese, fogachos, dispareunia, redução do desejo sexual, distúrbios do sono, perda da sustentação do assoalho pélvico, diminuição da lubrificação vaginal, atrofia da vulva e da vagina, entre outros (Andrade et al. 2016; apud Figueirôa et al., 2021). Apesar de todas essas mudanças decorrentes do envelhecimento, a libido e a capacidade orgástica se mantêm intactas, porém os livros e manuais de saúde continuam a focalizar as perdas ao invés de salientarem alternativas para a continuidade da vida sexual na maturidade (Zerbini, Lima Neta e Cervený, 2016). Logo, podemos concluir que por mais que com o envelhecimento existam mudanças fisiológicas que contribuem para o aparecimento de disfunções sexuais, o idoso maduro não se encontra amparado em estratégias de adaptação para a continuidade do seu prazer. Destaca-se que as disfunções sexuais são definidas por Carvalheira, e Allen Gomes (2002) como qualquer experiência sexual insatisfatória (Meireles, 2019), que pode manifestar-se pela diminuição ou ausência do desejo sexual e/ou da excitação; pela dificuldade ou incapacidade orgásmica; ou pela dor durante o ato sexual (Lopes e Vale, 2019). O DSM-V classifica as disfunções sexuais em (Figueiredo, Guths,

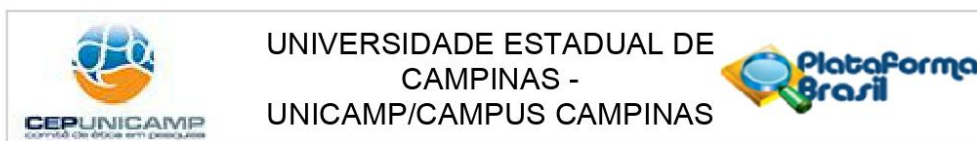
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

Canals, Argimon 2011): • Transtorno do Desejo Sexual: Transtorno do Desejo Sexual hipoativo e Transtorno de aversão sexual; • Transtornos da Excitação Sexual: Transtorno da excitação sexual feminina e Transtorno erétil masculino; • Transtornos do Orgasmo: Transtorno do orgasmo feminino, Transtorno do orgasmo masculino e Ejaculação precoce; • Transtornos Sexuais Dolorosos: Dispareunia e Vaginismo; • Subtipos: Tipo ao longo da vida ou adquirido e tipo generalizado ou situacional; • Devido a fatores psicológicos ou combinados: Disfunção Sexual devido a uma Condição Médica Geral, Disfunção Sexual Induzida Por Substância, Disfunção Sexual sem outra Especificação. No presente estudo, as disfunções sexuais tratadas com especificidade serão os relacionados a dor sexual, dispareunia e vaginismo. Segundo Heim (2001) e Zondervan et al., (2001) a Dispareunia é conceituada como a dor que é experimentada nos órgãos genitais e estrutura pélvica e que está associada com relações sexuais, podendo afetar ambos os sexos; antes, durante ou após a relação sexual (Troncon & Pandochi, 2017). Lopes e Vale (2019) ressaltam que na dispareunia ocorre uma queixa de dor relacionada a penetração, sem a presença de espasmos vaginais. Já no caso do vaginismo, a dor ocorre a partir da contração involuntária da musculatura vaginal, ou, em casos mais sérios da musculatura pélvica como um todo, frente a tentativa e/ou penetração vaginal (Lopes e Vale, 2019). As origens etiológicas de ambos os quadros clínicos ainda se fazem desconhecidas. Entretanto Avis, Brockwell, Randolph e seus colaboradores (2009) salientam que frente aos distúrbios hormonais decorrentes da menopausa, a mulher apresenta a tendência a apresentar secura vaginal e atrofia vaginal, os quais podem ser produtores de desconforto e/ou dor durante a relação sexual (Fleury & Abdo, 2012). Por sua vez, Lopes e Vale (2018) associam a dispareunia com infecções, doenças sexualmente transmissíveis, atrofia vaginal, endometriose, entre outras condições; enquanto o vaginismo eles associam ao medo da penetração, levando assim a contração da musculatura vaginal ou pélvica. Abdo (2004) demonstrou que no Brasil, havia cerca de 17,8% da população feminina vivenciando dor na relação sexual (Brasil e Abdo, 2016). Abdo e Oliveira Júnior (2002), evidenciaram que no Brasil, no ano de 2002, a dispareunia acometeu de 14,4% a 18% da população (Matthes, 2019). Pesquisas (Schultz et al., 2005; Harlow et al., 2014) indicam que há uma prevalência mundial de Dispareunia de cerca de 3 a 18%, e que, em algum momento, irá afetar de 10 a 28% da população (Tayyeb & Gupta, 2021). Inúmeros estudos (Jones et al., 2001; Denny & Mann, 2007; Ferrero, Esposito, Abbamonte, 2005; Ferrero, Abbamonte, Giordano, 2007; Tripolli et al., 2011; Vercelline et al., 2012; Fritzer et al., 2013; Lukic, Di Properzio, De Carlo, 2016; Flynn et al., 2016) já indicam as consequências da dispareunia, tais como: qualidade de vida sexual inferior, baixo funcionamento sexual, diminuição da atividade sexual geral, bem como no número de orgasmos; rebaixamento da autoestima e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

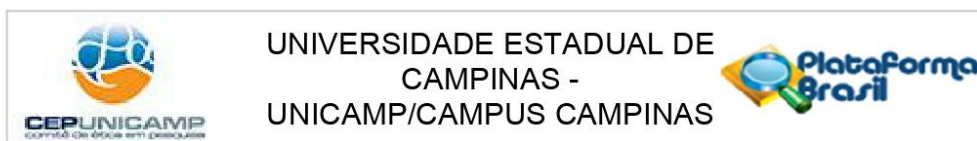
satisfação sexual; prejuízos nos relacionamentos pessoais, e pensamentos negativos sobre sexo (Shum et al., 2018). No que tange ao vaginismo, um estudo realizado por Lima et al. (2020) destacou que dentre as suas consequências, se encontram a baixa autoestima e a interferência na imagem corporal da mulher.

Hipótese:

Hipotetiza-se que aquelas mulheres que apresentam dispareunia irão exibir menor índice de qualidade de vida quando comparadas àquelas sem dispareunia; Hipotetiza-se que aquelas mulheres que apresentam dispareunia, são aquelas mais jovens e que apresentam contra-indicações para Terapia de Reposição Hormonal; Hipotetiza-se que aquelas mulheres que apresentam dispareunia, apresentam contra-indicações para Terapia de Reposição, evidenciando assim, algumas comorbidades podem se apresentar como fatores de risco.

Metodologia Proposta: A coleta de dados ocorrerá por meio da utilização de um Survey, o aplicativo de formulários online Google Forms. Espera-se dessa forma, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o link do survey será disponibilizado pelos autores do trabalho em suas respectivas redes sociais, tais como Facebook, Instagram e Whatsapp. Espera-se que a amostra seja constituída de 120 pessoas. Os participantes serão escolhidos por amostra de conveniência, sendo que serão convidados a participar da pesquisa via redes sociais (Facebook, Instagram e Whatsapp), aqueles que desejem participar do estudo, aceitem os termos apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e se encaixem aos critérios de inclusão, poderão dar continuidade às questões do Formulário, caso contrário serão direcionadas ao seção final do mesmo, sendo vedado de responder às questões. Primeiramente o survey irá disponibilizar ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual irá ler o TCLE e poderá aceitar o Termo na opção "Li e aceito participar", bem como negá-lo, a partir da opção "Li e não aceito participar", que neste caso a pesquisa se encerrará. Posterior a aceitação do TCLE, será aplicado o questionário sociodemográfico, o World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life- Old (WHOQOL-OLD), e Female Sexual Function Index (FSFI). E por fim, se a participante, apresentar no FSFI, dor durante a relação sexual (dispareunia), irá aplicar o Escala de Dor EVA. Haverá a disponibilização do contato da pesquisadora Vitória Rosa dos Santos para esclarecimento de dúvidas, via telefone e e-mail. Destaca-se que por meio dessas vias de contato, o participante pode igualmente requisitar a retirada de sua participação da pesquisa a qualquer momento.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

Critério de Inclusão: Participantes com 55 anos ou mais; Data da última menstruação espontânea há pelo menos 12 meses; Ter tido relação sexual no último mês.

Critério de Exclusão: Participantes que não responderam todas as questões obrigatórias; Participantes que não tenham acesso a internet e/ou não tenham baixa habilidade com a tecnologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Comparar a qualidade de vida entre mulheres menopausadas e/ou idosas sem dispareunia frente aquelas com dispareunia.

Objetivo Secundário: Descrever os pacientes idosos com dispareunia; Avaliar a qualidade de vida em mulheres idosas com e sem dispareunia; Elencar as doenças de base associadas à dispareunia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previsíveis ao se participar desta pesquisa, entretanto é possível que aconteça algum desconforto devido ao conteúdo das perguntas. Para minimizar tal efeito, os pesquisadores irão suspender a entrevista imediatamente, ao perceber algum risco ou danos à saúde e à integridade psicológica e espiritual do indivíduo, assim como, estará evidente no termo de livre e esclarecido, a liberdade do participante de se retirar da pesquisa, em qualquer momento e sob qualquer circunstância.

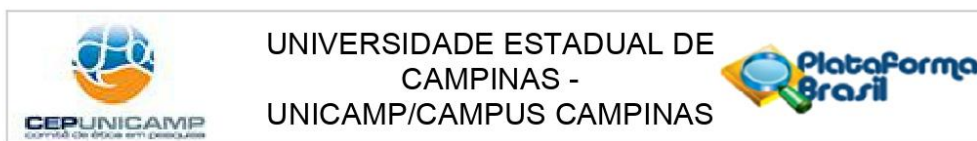
Benefícios:

Vale destacar que a participação na presente pesquisa não acarretará em nenhum benefício direto ao respondente, entretanto haverá benefícios indiretos, tais como uma maior compreensão da comunidade científica, frente a importância da sexualidade na velhice e seus efeitos na qualidade de vida da população idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação da Qualidade de Vida da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

Paciente Idosa com Dispareunia", cujo pesquisador responsável é o professor do Departamento de Clínica Médica, Prof. Dr. Luiz Claudio Martins. A instituição proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O protocolo de pesquisa corresponde a trabalho de mestrado da Psicóloga e Mestranda do Programa de Pós-graduação de Gerontologia da Unicamp. A pesquisa tem como objetivo comparar a qualidade de vida entre mulheres menopausadas e/ou idosas sem dispareunia frente aquelas com dispareunia.

A pesquisa adota um método de pesquisa do tipo causal, comparativa transversal, de caráter quantitativo. Irão participar da pesquisa cento e vinte mulheres idosas com 55 anos ou mais, já menopausadas e que tiveram relação sexual no último mês. As participantes responderão a um questionário sociodemográfico, o World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD), e Female Sexual Function Index (FSFI), por meio de um formulário online do Google Forms. E por fim, se a participante, apresentar no FSFI, dor durante a relação sexual (dispareunia), irá aplicar o Escala de Dor EVA. Trata-se de pesquisa quantitativa. Serão utilizados cinco instrumentos de coleta de dados a serem preenchidos pelos participantes e que serão enviados por meio digital. O tempo estimado para o preenchimento é de 50 minutos. A pesquisa será divulgada por redes sociais e os instrumentos disponibilizados por formulário Google pela internet (link). A amostra prevista é de 120 participantes, divididas em dois grupos: mulheres acima de 55 anos com e sem dispareunia.

O orçamento que consta na Plataforma Brasil é de R\$ 300,00 para custeio.

O cronograma prevê início da coleta de dados em 7/8/23 e encerramento da pesquisa em 11/6/24.

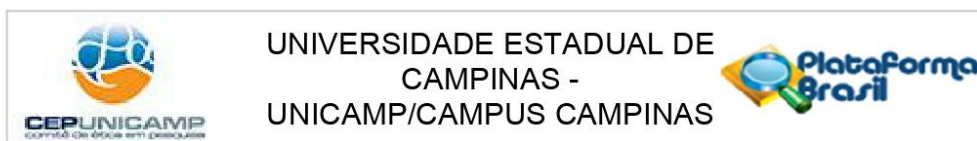
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

1 - Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Foi apresentado o documento "folhaderosto_LuizClaudioMartins_dispareunia.pdf", devidamente assinada e datada.

2 - Projeto de Pesquisa: foram analisados os documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2134104.pdf", de 6/7/23, "projetodepesquisacorreção.pdf", de 6/7/23, e "CopiadoprojetoAntestachadodepoisgrifado.pdf", de 6/7/23.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi apresentado o documento "TCLEONLINE.pdf", de 9/5/23.

4 - Comprovante de vínculo do pesquisador responsável com a Unicamp: foi apresentado o documento "carteirinhaprofessor.pdf". Adequado.

5 - Outros documentos que acompanham o Protocolo de Pesquisa: "cartaderespostaassinada.pdf", "formulariopdf.pdf", "WHOQOLOLD.pdf", "WHOQOLBREVE.pdf", "Link.pdf".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de inadequações e pendências emitidas no parecer CEP nº 6.104.193:

1. Quantos aos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2134104.pdf" e "projetodepesquisa.pdf":

1.1 - Esclarecer a divergência de orçamento apresentado nos dois documentos. Diate do que foi apresentado referente à metodologia, com acesso aos participantes e preenchimento de formulários Google por via virtual, é possível inferir que não haverá necessidade das 600 vias impressas conforme consta no projeto de pesquisa.

Resposta: os pesquisadores reavaliaram os custos e corrigiram no projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 - No resumo presente no projeto, trocar "Sujeitos" por "Participantes". Idem para o item "5.3 - Seleção de Sujeitos".

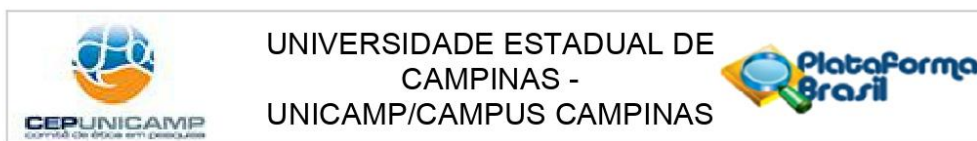
Resposta: as palavras sujeitos foram trocadas por participantes no projeto de pesquisa.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



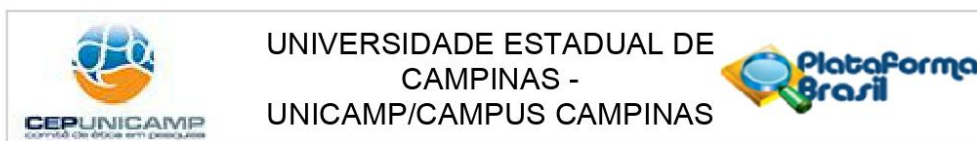
Continuação do Parecer: 6.216.480

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".
- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2134104.pdf	06/07/2023 22:29:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa corrigido.pdf	06/07/2023 22:28:37	VITORIA ROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Copiado projeto Antestachado depois grifado.pdf	06/07/2023 22:27:44	VITORIA ROSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta de resposta assinada.pdf	06/07/2023	VITORIA ROSA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 6.216.480

Outros	cartaderespostaassinada.pdf	22:25:29	SANTOS	Aceito
Outros	formulariopdf.pdf	09/05/2023 22:51:22	Luiz Claudio Martins	Aceito
Outros	WHOQOLOLD.pdf	09/05/2023 22:50:30	Luiz Claudio Martins	Aceito
Outros	WHOQOLBREVE.pdf	09/05/2023 22:50:17	Luiz Claudio Martins	Aceito
Outros	Link.pdf	09/05/2023 22:49:28	Luiz Claudio Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONLINE.pdf	09/05/2023 22:47:58	Luiz Claudio Martins	Aceito
Outros	carteirinhaprofessor.pdf	09/05/2023 22:47:07	Luiz Claudio Martins	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_LuizClaudioMartins_dispar eunia.pdf	09/05/2023 22:42:06	Luiz Claudio Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 03 de Agosto de 2023

Assinado por:
jacks jorge junior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br