



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – UFMT
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO
DA SEXUALIDADE FEMININA APÓS A MENOPAUSA**

Vera Lúcia Figueiredo Borges

**Cuiabá – MT
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VERA LÚCIA FIGUEIREDO BORGES

**VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO
DA SEXUALIDADE FEMININA APÓS A MENOPAUSA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Ciências Médicas para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Freitas de Medeiros.

**Cuiabá – MT
2008**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Diretor da Faculdade de Medicina
Prof.Dr. Domingos Tabajara de Oliveira Martins

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Ciências Médicas
Prof. Dr. Cor Jesus Fontes

Orientador:
Prof. Dr. Sebastião Freitas de Medeiros

Cuiabá – MT
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

B732v Borges, Vera Lúcia Figueiredo
Validação de questionário para estudo da sexualidade feminina após a menopausa / Vera Lúcia Figueiredo Borges. – 2008.
86p. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Medicina, Pós-Graduação em Ciências Médicas, 2008.
“Orientador: Prof. Dr. Sebastião Freitas de Medeiros”.

1. Sexualidade feminina. 2. Mulheres – Atividade sexual – Pós-menopausa. 3. Climatério.
I. Título.

CDU – 613.88-055.2

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida
Vicente Söhn – CRB-1/931

Este estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Climatério - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Júlio Muller – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Ciências Médicas e no Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva e Menopausa – Cuiabá/MT.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Elza (*in memorian*), que não teve a oportunidade de sofrer intervenções tecnológicas e culturais que ora existem, para uma vida mais longa e saudável.

Ao meu pai Maximiano, o maior incentivador para o conhecimento.

Ao meu marido Carlon, pelo apoio.

AGRADECIMENTO

A Deus, pela vida.

Ao Prof. Dr. Sebastião Freitas de Medeiros, pela oportunidade e valiosa orientação. A sua capacidade científica e profissional, além do conhecimento crítico, foram estímulos essenciais para vencer este desafio.

Às minhas filhas: Violeta, Florinda e Bárbara, pelo apoio, incentivo e alegria com que me ajudaram a levar este desafio adiante e que, com certeza, irão se beneficiar das novas tecnologias para uma vida longa e saudável.

À minha família Figueiredo Cardoso e Vilela Borges, pela compreensão, carinho e apoio a mim dispensados durante este período de estudo.

Às minhas amigas Márcia Yamamoto e Claudinéia de Araújo que, além dos conhecimentos adquiridos durante o curso, contribuíram de forma incondicional para a realização deste trabalho.

Às funcionárias do Ambulatório de Climatério do HUJM, em especial a Sr^a. Dalva, pelo carinho a mim dispensado.

Às funcionárias do Serviço Social do Ambulatório de Climatério do HUJM, em especial à Srt^a. Tatiana, pelo apoio técnico.

Às funcionárias do Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva e Menopausa, pelo respeito e carinho com que sempre fui tratada.

A toda equipe do Hospital e Maternidade Santa Lúcia, Jaciara/MT.

Às pacientes na pós-menopausa, principalmente pela incansável busca de crédito, respostas e soluções para seus sintomas subjetivos. Meus sinceros agradecimentos e meu mais profundo respeito.

De tudo, ficaram três coisas.

A certeza que estamos sempre recomeçando...

A certeza que precisamos continuar...

A certeza que seremos interrompidos antes de termos terminado.

Portanto devemos fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança.

Do medo, uma escada.

Do sonho, uma ponte.

Da procura, um encontro...

“Fernando Pessoa”

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	02
1.1 Idade e Sexualidade.....	04
1.2 Diminuição do estradiol e sexualidade.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 Geral.....	13
3.2 Específicos.....	13
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	15
4.1 População.....	15
4.2 Tamanho da amostra.....	15
4.3 Critérios de inclusão.....	15
4.4 Critérios de exclusão.....	16
4.5 Definições.....	16
4.6 Desenvolvimento e aplicação da 1 ^a versão do questionário.....	19
4.6.1 Formatação e análise dos itens/questões da 1 ^a versão.....	19
4.6.2 Elaboração inicial, seleção e desenvolvimento dos itens/questões da 1 ^a versão.....	20
4.6.3 Seleção / redução de itens da 1 ^a versão.....	21
4.6.4 Avaliação dos especialistas.....	22
4.6.5 Distribuição dos questionários.....	22
4.6.6 Avaliação da confiabilidade do questionário.....	23
4.6.7 Validação da 2 ^a versão do questionário proposto.....	24
4.6.8 Validação.....	24
4.7 Análise estatística.....	25

5. RESULTADOS.....	27
5.1 Elaboração inicial e desenvolvimento dos itens da 1 ^a versão do questionário.....	27
5.1.1 Pacientes incluídos no teste-reteste da 1 ^a versão do questionário.....	28
5.1.2 Desenvolvimento seleção /redução de itens da 1 ^a versão..	30
5.1.3. Avaliação da confiabilidade e validação do questionário.	30
5.1.4 Teste e reteste.....	37
5.1.5 Confiabilidade da 1 ^a versão do questionário proposto.....	38
5.2 Validação da 2 ^a versão do questionário.....	39
5.2.1 Estrutura e avaliação do questionário.....	39
5.2.2 Pacientes.....	40
5.2.3 Consistência interna/confiabilidade.....	42
5.2.4 Validades de face, conteúdo e construto.....	43
6. DISCUSSÃO.....	46
7. PERSPECTIVAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
8. CONCLUSÕES.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICES	
ANEXO	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP/UFMT – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso.

HUJM – Hospital Universitário Júlio Muller

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

FSH – Hormônio folículo estimulante

LH – Hormônio luteinizante

CID-10 – Código Internacional de Doenças

INTRO – Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva e Menopausa.

CCIC – Coeficiente de correlação intra-classe.

CCL - Coeficiente de concordância de Lin.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dimensão da 1 ^a versão do questionário proposto para validação	27
Tabela 2. Distribuição das variáveis sócio-demográficas das 55 mulheres incluídas no teste/reteste da 1 ^a versão do questionário em anexo	29
Tabela 3: Média, variância e desvio padrão dos escores da 1 ^a versão do questionário proposto para validação.	33
Tabela 4.: Análise dos especialistas por escore das questões da 1 ^a versão do questionário, portanto, segundo a relevância de cada item na escala	34
Tabela 5: Correlação entre escores de cada item com o escore total da escala e coeficiente α de Cronbach da 1 ^a versão do questionário proposto, por item e total.	36
Tabela 6: Coeficientes de correlação de Pearson e Lin, obtidas pelo teste/reteste da 1 ^a versão do questionário proposto para validação.	38
Tabela 7: Consistência interna da 1 ^a versão do questionário proposto, por domínio e total.	39
Tabela 8: Dimensão do questionário final (QASPM).	40
Tabela 9: Distribuição das variáveis sócio-demográficas das 196 mulheres participantes da validação do questionário final (QASPM).	41
Tabela 10: Estatística descritiva com média, desvio padrão e variância, por itens, obtidos pelo questionário final (QASPM).	42
Tabela 11: Consistência interna, pelo α de Cronbach, da forma final do questionário em validação, por domínios.	43

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: A análise da concordância das respostas dadas aos 57 itens no teste/reteste da 1^a versão do questionário proposto, pelo coeficiente de concordância de Lin.: 35
- Figura 2: Distribuição das avaliações dos domínios da 1^a versão do questionário incluindo 55 mulheres pós-menopausa. 37

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice 1. O Artigo

Apêndice 2. Validação do questionário para o estudo da sexualidade feminina após a menopausa

Apêndice 3. Análise dos efeitos piso (floor effect) e teto (ceiling effect) na seleção de itens da 1a versão do questionário proposto.

Apêndice 4. Carta enviada para avaliação dos especialistas em sexologia..

Apêndice 5. Validação do questionário para o estudo da sexualidade feminina após a menopausa submetido a analise dos especialistas.

Apêndice 6. Questionário final submetido à validação para o estudo da sexualidade feminina após a menopausa (QASPM).

Apêndice 7. Distribuição das freqüências das diferentes profissões das 196 mulheres pós-menopausa incluídas na 2^a etapa da validação do questionário proposto.

Apêndice 8. Análise dos efeitos piso (effect floor) e teto (ceiling effect) e distribuição das respostas por item dado pelas 196 mulheres pós-menopausa na 2^a versão do questionário proposto para validação.

Apêndice 9. Termo de consentimento livre e esclarecido.

Anexo 1. Termo de aprovação ética de projeto de pesquisa.

RESUMO

Introdução: a sexualidade e a atividade sexual sofrem alterações durante a fase de climatério, sejam elas de causas orgânicas (doenças crônico-degenerativas e medicamentos), psíquicas, sociais ou culturais. Instrumentos validados para identificar estas alterações e prover suporte à assistência clínica das mulheres nessa fase, são essenciais. Objetivo: na indisponibilidade de um questionário desenvolvido para este fim, em língua portuguesa, após a proposta de Basson, este estudo propõe-se a elaborar e validar um instrumento focado no estudo da atividade sexual das mulheres, na pós-menopausa. Métodos: Duzentas e cinqüenta e uma mulheres entre 2 e 15 anos, após menopausa, participaram deste estudo. Examinou-se a reproduzibilidade/confiabilidade do instrumento pelos coeficientes de correlação linear, intraclasse e concordância de Lin. A consistência interna foi examinada pelo coeficiente alfa de Cronbach. A verificação da face, conteúdo e construto seguir diretrizes teóricas clássicas para validação de testes. Resultados: Gerou-se instrumento inicial, com 57 itens estruturados em nove domínios. Eliminou-se 14 (24,5%) questões por baixa correlação com a escala total ou pequeno poder de discriminação. A forma final, com 43 itens, demonstrou excelente reproduzibilidade ($r = 0,719$; 95% IC 0,690 – 0,750; $pc = 0,887$; 95% IC 0,850 – 0,930; $p < 0,001$) e confiabilidade. A consistência interna da escala foi excelente (α de Cronbach 0,951), e cerca de 60% dos avaliadores confirmaram as validades de face e conteúdo. O exame da validade de construto mostrou adequação do instrumento ($\alpha = 0,951$). Conclusão: Concluiu-se que o questionário proposto é adequado para examinar a função sexual feminina, em mulheres pós-menopausa.

Palavras Chaves: Sexualidade feminina, climatério, pós-menopausa, função sexual, validação de questionário.

ABSTRACT

The sexuality and the sexual activity, suffers alterations during the climacteric period, due either to organic (chronic degenerative diseases and medicine), psychics, socials or cultural reasons. Validated tools to identify these changes and provide support to women's clinical assistance in this period are essential. Are there is no questionnaire previaly developed for this purpose in Portuguese, the aim of this study was to elaborate and validate an instrument focused in the study of women's sexual activity in the post menopausal period. Objective: To generate and validate a proper questionnaire to evaluate the sexual function in post-menopause women. Methods: Two hundred and fifty women within 2-15 years post-menopause were included. Questionnaire's reproductibility/reliability were evaluated by Pearson, intraclass and Lin's correlation coefficients. The internal consistance was examined by the Cronbach's alpha coefficient. Classical item theory guidelines were used for face, content and construct validation. Results: An instrument with 57 itens and nine domains was generated. Fourteen questions (24.5%) were eliminated by either poor correlation with the scale or low discriminative power. The final version with 43 items has shown good reproductibility ($r = 0.719$, 95% CI 0.690 – 0.750; $pc = 0.887$, 95% CI 0.850 – 0.930; $p < 0.001$). Internal consistance was also adequate ($\alpha = 0.951$). About 60% of the reviewers have confirmed face and content validation. The construct validation was assessed by the Cronbach alpha 0.951. Conclusion: It was concluded that the new instrument is appropriate for evaluating the sexual function in post-menopause women.

Key words: Female sexuality, climacteric, postmenopausal, sexual function, questionnaire validation.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Mulheres saudáveis, com parceiro adequado, permanecem sexualmente interessadas até o final da vida^{1,2}. As mudanças sexuais que podem ocorrer no climatério têm início mais lento e progressivo, como consequência da diminuição dos hormônios femininos³. A resposta sexual pode sofrer algumas alterações, mas não desaparece neste período. A condição pós-menopausa pode inclusive ser vantajosa, em algumas mulheres, nas quais não há o temor de gravidez e a mulher não dispõe de seu tempo para cuidar dos filhos, libertando-se das inibições que antes atrapalhavam sua vida sexual³. Variáveis como idade, tempo de relacionamento, aumento das morbidades com diminuição do bem-estar e o próprio hipoestrogenismo da pós-menopausa contribuem para possível redução da atividade sexual, nesta fase da vida⁴. Estudos etnogeográficos, realizados há várias décadas, revelaram que em algumas sociedades, a posição social e as condições sexuais da mulher melhoraram durante seus anos pós-reprodutivos, uma vez que ela se vê liberada das restrições sociais, concebidas para controlar a sexualidade feminina (Kaplan). O impacto da cultura, condições físico-psíquicas e fatores associados ao relacionamento são variáveis relevantes que podem afetar a função sexual de um grande número de mulheres, após a menopausa, principalmente se a longevidade feminina atual for considerada^{5, 6}.

A disfunção sexual que pode ocorrer na meia idade envolve, tanto diminuição no interesse em ter relação sexual, como dificuldade na excitação ou orgasmo, ou ainda dor na relação. Conceitualmente, a disfunção sexual pode ser identificada quando um ou mais destes sintomas estiverem presentes, causando problema ou interferindo no relacionamento com o parceiro⁷. Em adição, ainda nesta fase, as mulheres experimentam modificações sociais, potencialmente estressantes, como decorrente do processo natural do envelhecimento, tais como a independência e o desligamento dos filhos, eventual doença nos pais ou mesmo a perda do parceiro⁸. Sintomas sexuais de perda da libido, dispareunia e secura vaginal podem perturbar cerca de 30% das mulheres climatéricas, de renda e escolaridade baixas⁹. Estudo nacional, avaliando a função sexual de mulheres climatéricas, com pelo menos 11 anos de educação formal, identificou diminuição na resposta sexual, em 56% delas¹⁰.

Estudo longitudinal, seguindo mulheres australianas por oito anos, mostrou que os desconfortos com a transição para a menopausa afetam, negativamente, o bem estar, o desejo e a resposta sexual das mulheres. Quando comparados os resultados (escore 7) entre a fase inicial para a fase final na transição para a menopausa, houve aumento na proporção de mulheres com diminuição da função sexual, de 42% para 88%¹¹. Estudo recente, realizado na Inglaterra, acompanhando mulheres com idade entre 47 e 54 anos, também mostrou prejuízo na função sexual com a menopausa em pelo menos 20% das mulheres, marcadamente, nos primeiros anos que a segue¹². No conjunto, estes estudos permitem concluir pela existência de evidências de alteração no desejo e na resposta ao estímulo sexual, com a menopausa e nos anos que a contornam^{13, 14}.

Crenças e práticas culturais, influenciando a percepção da menopausa, podem também afetar a função sexual da mulher climatérica¹⁵. As mulheres maias esperam com prazer a menopausa, e consideram de forma positiva os anos da pós-menopausa, em comparação com a carga de desconfortos que se associam aos anos reprodutivos. Já as mulheres indianas de Rajput, também consideram a menopausa como forma de libertação pessoal; apresenta poucos fogachos, sendo a menopausa vista como evento positivo¹⁶. Entre africanas da Nigéria, não há relato da diminuição da libido e nem queixas de dispareunia e secura vaginal, com a menopausa¹⁷. Entre as muçulmanas a fase climatérica, também é vista sem temor de repercussões negativas.

Os sintomas considerados característicos da menopausa, não estão distribuídos igualmente entre as populações de mulheres na peri e na pós-menopausa. Por autorrelato, a prevalência de disfunção sexual na mulher, entre 18 e 59 anos, pode chegar a 43%, sendo a diminuição do desejo, a manifestação mais comum¹⁸. Esta disfunção acomete pelo menos uma, em cada cinco mulheres, parecendo aumentar após a menopausa^{19,20}. Mais recentemente, reconheceu-se que, diferentes aspectos da resposta sexual feminina podem sobressair-se e exercerem retro controle entre si²¹.

A resposta sexual feminina e o desejo têm pouca espontaneidade, sendo sua dimensão, essencialmente dependente de estímulo²². Este modelo atualmente proposto, não seqüencial, incluindo intimidade emocional e satisfação física como

meta, consiste de vários fatores conectados de modo cíclico, e envolve desejo sexual (espontâneo ou estimulado), excitação, satisfação física, satisfação emocional e intimidade emocional^{23,18}. Qualquer rompimento neste ciclo, incorporando componentes físicos e mentais, resulta em disfunção sexual²⁴. Nos EUA admite-se prevalência de disfunção sexual feminina de 43% em mulheres, entre 18 e 59 anos¹⁸. Estudo australiano mostra aumento da disfunção sexual de 42 para 88%, em seguimento de 8 anos, em mulheres entre 45-55 anos¹⁹. No Brasil, aproximadamente um terço das mulheres tem desejo sexual hipoativo, 29% não atingem o orgasmo e 18% têm dispareunia²⁵. Considerando só as mulheres após a menopausa, a proporção não é conhecida.

1.1 Idade e Sexualidade

A sexualidade na velhice é um tema comumente negligenciado pela medicina, pouco conhecido pelos próprios idosos, pelos profissionais da saúde e menos ainda, entendidos pela sociedade²⁶. A atividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de uma companheira e de suas características; depende também do contexto sócio-cultural, onde se insere o idoso. Em linhas gerais, a relação sexual tem sido considerada uma atividade própria, e quase monopólio das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes. O fato de que as pessoas de idade avançada também possam manter relações sexuais, não é culturalmente muito aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo, a sexualidade da pessoa idosa. Apesar dessa cultura, a velhice conserva a necessidade psicológica de uma atividade sexual continuada, não havendo, pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo, acabem.

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam, necessariamente ligados, tem sido responsável, para que pouca atenção fosse dispensada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade. Pelo contrário, muitas pessoas na oitava década de vida, ainda continuam sexualmente ativas e, mais da metade dos homens com idade acima de noventa anos, referem manter interesse sexual, ainda que menos de 15% deles possam ser considerados sexualmente ativos²⁶.

A primeira observação direta da existência de associação entre alterações da sexualidade e a idade, na fisiopatologia da resposta sexual, foi descrita há mais de 40 anos²⁷, confirmado registros e pesquisas anteriores realizadas com questionários^{28,29}. Em relação à idade, analisada como variável isolada, percebe-se que a diminuição na freqüência da relação sexual está, na verdade, fortemente relacionada com o sentimento pelo parceiro³⁰. Estudos de corte transversal geralmente falham em mostrar associação entre disfunção sexual e idade ou menopausa¹⁸. No entanto, o estudo SWAN (Study of Women Health Across the Nation), incluindo mulheres americanas, com idade entre 42 e 52 anos, mostrou pequena mudança na prática ou função sexual destas mulheres^{31, 32}.

Em outro estudo de prevalência, incluindo mulheres asiáticas pós-menopausa, com idade média de 57 anos, encontrou-se, que mais de 60% delas, relataram diminuição da atividade sexual, incluindo dispareunia, diminuição da lubrificação e diminuição do desejo²⁴. Estudo populacional de corte transversal, incluindo mulheres brasileiras com idade entre 40 a 65 anos, e escolaridade de pelo menos 11 anos, mostrou associação, estatisticamente significante, entre diminuição da função sexual e idade¹⁰. Estudo longitudinal, com mulheres australianas, também identificou associação negativa importante, entre idade e resposta sexual, incluindo excitação, satisfação e orgasmo³³. Em adição, estudo multinacional de corte transversal, realizado na Europa e USA, identificou acentuado prejuízo em todas as fases da resposta sexual, com o avançar da idade³⁴.

Ainda que a função sexual se altere com a idade, não existe absolutamente um ponto de interrupção dessa prática, no idoso sadio³⁵. As alterações das fases da resposta fisiológica ao estímulo sexual, resultantes do envelhecimento da mulher, podem ser medidas qualitativa e quantitativamente. As fases de excitação, platô, orgasmo e resolução, permanecem presentes de maneira seqüencial em algum grau, mesmo nos anos de grande envelhecimento, podendo, no entanto, serem afetadas de maneira variável, num determinado indivíduo. Parece haver, então, um declínio constante, não precipitado na duração ou intensidade de cada fase. Inicialmente pode ocorrer uma redução na velocidade da fase de excitação, de modo que o grau de excitabilidade diminui³⁶. Sabe-se que, homens e mulheres alcançam picos máximos de excitação em tempos diferentes, nas diferentes décadas da vida: na mulher, em torno dos 30 anos e, no homem, cerca de

10 anos mais cedo³⁷. Na mulher, existe também uma redução da sensibilidade vulvovaginal, provavelmente relacionada à redução da atividade estrogênica.

Devido ao desconhecimento e a pressão cultural, numerosas pessoas de idade avançada, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, chegando a acreditar que não são normais, pelo simples fato de perceberem que continuam com vontade de sexo. Os idosos se distanciam do sexo, principalmente, quando a sexualidade está, social e exclusivamente calcada no coito, não compreendendo ou concebendo outras atitudes, condutas e práticas, igualmente prazerosas²⁶. De fato, a atividade sexual nos idosos tem sido considerada inapropriada, por largos segmentos de muitas sociedades. Alguns povos entendem a atividade sexual nos idosos, como imoral ou bizarra. Nossa cultura, de um modo geral, aceita mal a existência da sexualidade nos idosos, e quando eles apresentam qualquer manifestação de interesse sexual, são frequentemente discriminados.

O ponto de destaque, nesta análise, reside em compreender, que o fato da mulher não ser mais fértil, após a falência ovariana, não exclui dela a continuação da atividade sexual, como parte da atividade psicofísica da maturidade e de um relacionamento humano amoroso. Pensa-se que, quanto mais fortes forem os laços sexuais do indivíduo durante os anos, maior seria o desejo de continuar esta expressão, ao longo do envelhecimento. Na verdade, a atividade sexual é relevante e constitui força positiva agradável, na vida diária da mulher, independente do período de vida.

Na última década, alguma mudança com respeito à sexualidade tem permitido um aumento do número de idosos, que buscam conselho e tratamento para suas eventuais disfunções sexuais²⁶. São mudanças fisiológicas distintas das alterações patológicas na atividade sexual, causadas por doenças intercorrentes e/ou seus tratamentos. Os estudos clínicos demonstram que, na sua maioria, as pessoas de idade avançada são perfeitamente capazes de ter relações sexuais e sentir prazer, nas mesmas intensidades que as pessoas mais jovens. Kaiser (1996)³⁷ realizou uma revisão dos diferentes trabalhos publicados, até então, sobre atividade sexual, em pessoas de mais idade. Esta revisão registrou a prática de masturbação entre 74% dos homens e 42% das mulheres mais idosas. Registrhou,

adicionalmente, que homens e mulheres idosas, mais ativas sexualmente, tinham tido mais parceiros(as) sexuais, e maior atividade sexual na juventude. Nesta mesma revisão, o estudo de Pfeiffer³⁸ encontrou freqüência semanal de relações sexuais em 95% dos homens, com idade entre 46 e 50 anos e em 28%, entre aqueles com 66 a 71 anos. Outro estudo que considerou a atividade sexual em faixa etária mais avançada verificou que, 63% dos homens e 30% das mulheres, entre 80 e 102 anos, eram sexualmente ativos²⁶.

1.2 Diminuição do estradiol e sexualidade

O ovário, na pós-menopausa, não é um órgão completamente inativo, permanecendo capaz de produzir, essencialmente, androgênios. As modificações endócrinas, decorrentes da falência ovariana fisiológica, são marcantes, caracterizando-se por uma mudança de um estado normoestrogênico, com capacidade reprodutiva, para um estado hipoestrogênico e hipergonadotrófico. Mesmo estando estimulados pelos altos níveis de gonadotrofinas, após a menopausa, os ovários tornam-se atróficos, amarelados e enrugados. Microscopicamente, a cortical ovariana, na pós-menopausa, é fina, com ausência de folículos ou corpos lúteos atrésicos. Essa ausência folicular, reflete-se na diminuição do estradiol, estrona e androgênios. O estroma ovariano, por meio de células tecaintersticiais, ainda permanece capaz de produzir androgênios³⁹.

A pequena produção estrogênica verificada após a menopausa, é quase exclusivamente proveniente da aromatização extra glandular da androstenediona e testosterona em estrona e estradiol. O principal estrogênio circulante nesta fase é a estrona, derivada da aromatização da androstenediona, principalmente, de origem adrenal. Dessa forma, a mulher na pós-menopausa caracteriza-se por hipoestrogenismo, com aumento da relação estrona e estradiol. Recentemente, tem-se sugerido que os níveis de estradiol podem variar, entre diferentes mulheres. Pesquisas, analisando as concentrações de esteróides no sangue das veias periféricas e veia ovariana, demonstram que o ovário, após a menopausa secreta, predominantemente androstenediona e testosterona, apresentam concentrações no

sangue da veia ovariana que são respectivamente 15 e 4 vezes maiores do que as concentrações encontradas nas veias periféricas⁴⁰.

A diminuição estrogênica na mulher pós-menopausa, provoca uma série de sintomas em consequência de alterações nos órgãos efetores, que apresentam receptores para os esteróides sexuais⁴¹. Estes sintomas podem ser agudos ou em curto, em médio e longo prazo. Os sintomas agudos podem se iniciar no climatério, pré-menopausa e se intensificar no início do período pós-menopausa. Dentre estes sintomas, destacam-se a vagina seca, diminuição da libido, falta de concentração e diminuição da autoestima. Estudos, epidemiológicos ou ensaios clínicos, têm investigado uma provável associação entre hipoestrogenismo e disfunção sexual. A intensidade da resposta sexual em todas as fases está reduzida no hipoestrogenismo⁴². O ingurgitamento do clitóris, a ereção dos mamilos e o edema das mamas são menores. O estiramento e o abaulamento vaginal, também. O vigor e a resposta orgástica são menores, e o efeito mais marcante do hipoestrogenismo é a redução na lubrificação vulvovaginal.

Estes sintomas, em médio prazo, surgem após os 3-5 primeiros anos que seguem a menopausa, e se caracterizam por alterações atróficas irreversíveis no sistema geniturinário inferior e, também, em nível extragenital. A atrofia urogenital tem frequência entre 15% e 40%, das mulheres acima de 55 anos⁴³. Entre os sintomas consequentes à atrofia e redução do fluxo sanguíneo no aparelho genital, temos ainda prurido e queimação vulvovaginal, secura, corrimento, sangramento vaginal e dispureunia. A frequência de pacientes que apresentam desconforto vaginal na menopausa, devido ao hipoestrogenismo, é ao redor de 60%, sendo 61% na menopausa natural e 58% na menopausa cirúrgica⁴⁴. Cerca de 86,5% das mulheres na pós-menopausa podem ter problemas no ato sexual⁴⁵.

Estudos de base populacional encontraram um declínio em vários aspectos do funcionamento sexual feminino, associado à meia idade 45 a 55 anos⁴⁶. São fortes as evidências de que isto reflete alterações hormonais na transição da menopausa e, especificamente, declínio nos níveis de estradiol. A investigação ainda está pendente, sobre o impacto dos reduzidos níveis de testosterona sobre a população como um todo, versus a população no climatério^{47, 48, 49, 50, 51}. No entanto, mudanças hormonais configuram apenas um aspecto dos muitos fatores, que

impactam o funcionamento sexual. Estes incluem personalidade, nível educacional, stress, estado de saúde física e psicológica, bem como mudanças no status social e nos sentimentos da mulher para com o parceiro²².

O declínio dos níveis estrogênicos associados às alterações no esqueleto e na musculatura, resultam na redução da força e intensidade muscular, frequentemente limitando os movimentos, nas fases sexuais. A atrofia da musculatura perineal feminina, principalmente se acrescida da falta de exercício, pode limitar a resposta muscular, na fase de orgasmo. A alteração das mamas, da anatomia genital, pode alterar substancialmente, e diminuir a auto-imagem sexual da mulher, nessa fase da vida.

Não existem informações na literatura nacional, examinando, especificamente, a função sexual das mulheres, após a menopausa, com instrumentos apropriados. Logo, não se sabe se a função sexual das mulheres climatéricas brasileiras é semelhante à de outras comunidades (Badran et al 2007)⁵². Estudos, com resultados confiáveis neste contexto, dependem do emprego de escalas precisas e previamente validadas, para medir a função sexual feminina. No presente estudo, optou-se por validar questionário novo e específico, em vez de traduzir e validar um instrumento já validado. Isto, porque, embora existam instrumentos para medir a existência e severidade da maioria dos sintomas associados à menopausa, não existe escala específica validada para medir a satisfação sexual da mulher, após a introdução da classificação de Basson⁵³, neste período da vida. Alguns centros têm tentado fazer esta avaliação, usando questionários não submetidos aos rigores dos processos de validação, pilar para a validade interna de qualquer relatório científico. Além disso, os instrumentos disponíveis validados com outros modelos de resposta sexual, em outras populações e outros idiomas, podem não ser adequados para o uso, em todos os países⁵⁴. Alguns questionários, validados de outras línguas, já são disponíveis em português, para avaliar a função sexual feminina, no entanto, incluem mulheres em todas as faixas etárias e antecedem a classificação de Basson^{55, 56}.

Nenhum instrumento para dimensionar esta função nas mulheres após a menopausa, seguindo o modelo de Basson, foi desenvolvido e validado em língua portuguesa. Esta é a proposta deste estudo.

JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

Até recentemente, era muito comum atribuir-se, apenas aos aspectos emocionais, a possível causa da maioria das queixas sexuais da mulher climatérica. Entretanto, com o avanço dos estudos nessa área, pode-se hoje afirmar, que as modificações na atividade sexual da mulher pré e pós-menopausa, são frutos da conjunção de, no mínimo, quatro fatores influenciadores: (1) biológico, (2) psicológico, (3) cultural e (4) inter-relacional, dependendo, portanto, de uma visão holística, para a compreensão mais adequada desse fenômeno. Devido ao crescente número de mulheres que se encontram no período do climatério, somado às dificuldades dos pesquisadores, em conseguir maiores informações sobre os fatores que influenciam a sexualidade nesse período da vida das mulheres, este estudo torna-se relevante. Muitos dos questionários pré-existentes em outras línguas, foram desenvolvidos antes da classificação atual proposta pela primeira reunião de consenso de especialistas²², e não incluem itens que avaliam a preocupação e o grau de satisfação das mulheres, em relação à sua atividade sexual. Este questionário é atual e fundamentado na visão moderna da resposta sexual feminina, tendo a particularidade de ser um questionário com desenho específico, para avaliar a função sexual feminina, após a menopausa. Este estudo traz importante contribuição para o entendimento da função sexual em mulheres climatéricas, preenchendo a lacuna da falta de um instrumento validado na língua portuguesa, seletivo para o estudo dessa função, nesta população.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Desenvolver e validar um questionário, capaz de medir os diferentes domínios da função sexual das mulheres climatéricas, pós-menopausa.

3.2. Específicos

Propor questionário específico, para analisar a função sexual feminina, após a menopausa.

Verificar a concordância e reprodutibilidade do instrumento, quando aplicado em dois momentos diferentes.

Examinar a confiabilidade e precisão, pela consistência interna dos itens do questionário, em teste.

Testar as validades de face, conteúdo e construto do questionário proposto (acurácia).

MATERIAL E MÉTODOS

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. População

Foram incluídas mulheres, entre 2 a 15 anos após a menopausa, não randomizadas, atendidas no Ambulatório de Climatério do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Júlio Muller e Clínica Privada do autor ou encaminhada a esses serviços pela técnica “bola de neve”, de acordo com Dhilon et al. (2005)³².

4.2. Tamanho da amostra

Para avaliação da proposta inicial e teste de reprodutibilidade do questionário incluíram-se 55 mulheres, após a menopausa. Amostras com 2 a 20 indivíduos, por item, têm sido examinadas na definição do fator principal e tamanho da amostra de diversos instrumentos, tanto por análise fatorial, como por coeficiente de correlação entre itens com escore acima de 0,2^{57,58}. Assim, o tamanho mínimo da amostra para testar a formatação final deste questionário, foi de 4 mulheres, com ou sem disfunção sexual, por item/questão. Assumindo t para confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), margem de erro aceitável de 4% e variância para escala com 6 pontos com 4 desvios padrões, o tamanho da amostra foi verificada pela fórmula de Cochran: $nº = (t)^2 \cdot (s)^2 / (d)^2$. Onde $t = (0,05)$, $s =$ número de opções por item, vezes o número de desvios padrões para incluir 95% dos indivíduos e $d =$ margem de erro aceitável. Assim para escala com 6 pontos ($t = 0,05$; $s = 6/4 = 1,5$; $d = 6.0,04$)⁵⁹.

4.3. Critérios de inclusão

Foram incluídas mulheres solteiras com ou sem parceiros estáveis, alfabetizadas, saudáveis, entre 2 e 15 anos pós-menopausa natural, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4. Critérios de exclusão

Foram excluídas mulheres sem atividade sexual nos últimos 6 meses, assim como as com hipertensão arterial grave, diabetes mellitus, cardiopatias (infarto miocárdio, coronariopatias, insuficiência cardíaca congestiva), doenças músculo-esqueléticas com limitação dos movimentos, câncer atual ou no passado, mulheres submetidas a ooforectomia/histerectomia prévia ou com vulvodínia. Usuárias de medicamentos com possível ação sobre a resposta sexual (agonistas da dopamina, androgênios, corticosteróides), foram também excluídas.

4.5. Definições

Confiabilidade: o termo geralmente é utilizado para se referir a reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto. A avaliação da confiabilidade de um instrumento é feita através da comparação de diversas aplicações do instrumento ao mesmo indivíduo. Dois aspectos da confiabilidade são mais frequentemente avaliados: a confiabilidade de teste/reteste, em que um grupo de pessoas é avaliado em dois momentos diferentes, visando estabelecer o grau com que o instrumento pode reproduzir os resultados e a confiabilidade entre diferentes avaliadores, em que as mesmas pessoas são avaliadas por dois ou mais avaliadores, tendo como objetivo, investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação entre os avaliadores. O grau de concordância entre as avaliações é medido por um coeficiente de confiabilidade, e existem várias formas de calculá-lo, mas as medidas que controlam para o efeito da chance, são muito mais adequadas, como o coeficiente de correlação intraclass, usado quando o instrumento produz valores numéricos discretos ou contínuos, como escores totais. No caso de confiabilidade teste/reteste, é importante determinar qual o intervalo entre a primeira e a segunda avaliação, de forma que as respostas da segunda entrevista, não sejam influenciadas pela memória da primeira entrevista, e o intervalo não seja grande o suficiente, para que possa ter ocorrido uma mudança real no indivíduo, em relação ao aspecto que está sendo avaliado.

Validade: a validade de um instrumento pode ser definida, como a sua capacidade em realmente medir aquilo a que ele se propõe medir. Ela envolve um componente conceitual e um componente operacional. Três aspectos de validade podem ser avaliados operacionalmente. Conteúdo: esse termo refere-se ao julgamento, sobre se o instrumento, realmente, abrange os diferentes aspectos do seu objeto, e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Para sua avaliação, é preciso fazer um “mapa” dos diversos aspectos do objeto de interesse, e compará-lo com os itens do instrumento. Construto ou de construção: refere-se à demonstração de que o instrumento, realmente mede aquilo que se propõe medir. As evidências necessárias para esse tipo de validação são obtidas, fazendo-se uma série de estudos inter-relacionados, visando à verificação empírica, por meio de testes estatísticos, das construções teóricas, sobre a relação entre as variáveis a serem medidas. Critério: avalia a capacidade de o instrumento discriminar entre pessoas que diferem em determinada(s) característica(s), de acordo com um critério padrão⁶⁰. Face: uma escala tem validade de face, se os itens que a compõem são logicamente agrupados, para uma construção teórica subjacente. Em síntese, são itens da validade de face, se a escala for vista apropriadamente. Esta é, usualmente, uma sentença estritamente qualitativa e é mais convincente, se for apoiada por outros dados objetivos⁶¹.

Domínio: entende-se por domínio, um campo teórico, com característica comum, dentro de um conceito multidisciplinar.

Sexualidade: é um comportamento vitalício com mudanças e desenvolvimento evolutivos. Começa no nascimento (talvez até antes) e termina com a morte⁶². Envolve processo fisiológico e outras dimensões mais subjetivas do ser humano, como a capacidade de confiar, sentir-se valorizado, aproximar-se e separar-se sem ansiedade excessiva, de manter um padrão de relacionamento com o parceiro, diferente de uma relação filial-parental, e de vivenciar a própria agressividade sem muita ansiedade. A Fundação Americana de Doenças Urológicas (FADU) promoveu uma conferência internacional com um grupo multidisciplinar, composto por 19 especialistas internacionais em sexualidade feminina, para o desenvolvimento de conclusões consensuais nessa área²².

As conclusões consensuais levantadas nessa conferência, estimularam o aprimoramento de um novo modelo de resposta sexual feminina, desenvolvida, originalmente por Basson (2002). Este modelo valoriza a resposta e a receptividade feminina, postulando que para muitas mulheres, é o desejo por intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual.

Pelo modelo Basson, muitas mulheres iniciam a experiência sexual em estado de neutralidade sexual, ou seja, sem motivação suficiente, o que poderia explicar a alta incidência do transtorno do desejo sexual hipoativo. Nessa condição, ela encontra motivação na busca da intimidade emocional, expressa pela necessidade de maior compromisso, compartilhamento, carinho e tolerância, assim como demonstração dos sentimentos, pela ausência emocional ou física do parceiro. Em condições favoráveis, a mulher iniciará uma busca deliberada de estímulos sexuais, como o diálogo, música, erotismo escrito ou visual, ou a estimulação física direta, levando à excitação e favorecendo sua receptividade, por meio da aceitação de estímulos, até então, indesejados, geralmente relacionado à genitália e aos seios, criando a responsividade necessária para a continuidade do ato sexual, que seguirá o ciclo tradicional: desejo e excitação inter-relacionados e podendo um estimular e fortalecer o outro, seguidos da satisfação física e emocional.

Disfunção sexual: definição da disfunção sexual incluiu nove domínios⁶³. O domínio “influência da menopausa sobre a função sexual” foi considerado em separado. Cada domínio na descrição da função sexual foi definido pela síntese das informações mais relevantes, obtidas na literatura especializada⁶⁴ e testado para confiabilidade e validades de face, conteúdo e construto. É definida como a incapacidade de uma relação sexual realizadora ou insatisfação com o próprio desempenho sexual. Diminuição do desejo: ausência ou diminuição na vontade de sexo, ausência de pensamentos ou fantasias eróticas e falta de resposta ao estímulo sexual. Distúrbio de excitação: menor sensibilidade ao estímulo genital ou verbal, com menor lubrificação e intumescimento genital. Disfunção de orgasmo: diminuição da intensidade, na sensação de orgasmo ou, independente do estímulo, demora em alcançar o orgasmo, pelas mulheres com desejo e excitação normais. Vaginismo: dificuldade persistente ou recorrente em permitir a penetração vaginal (pênis, dedo, etc.), mesmo havendo desejo da mulher. Dispareunia: dor persistente ou recorrente com a tentativa de completa introdução vaginal ou coito. Insatisfação sexual:

incapacidade persistente ou recorrente de conseguir ou manter excitação sexual suficiente, causando insatisfação sexual. Refere-se tanto à falta de excitação subjetiva, como à falta de intumescimento ou lubrificação genital.

Climatério: é a transição do período reprodutivo, para o não reprodutivo e se inicia, por volta dos 35 anos⁶². Notelovitz divide o climatério em 3 fases: a primeira vai dos 35 aos 50 anos, é a fase inicial; a segunda, vai dos 51 aos 55 anos, denominada de intermediária; a terceira vai dos 55 aos 64 anos⁶⁵.

Menopausa: última menstruação. Clinicamente assumida após 12 meses sem menstruação, devido à falência ovariana. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define menopausa, como sendo a interrupção das menstruações, resultante do término da atividade folicular ovariana. A perimenopausa é o período em que se iniciam as manifestações endocrinológicas, biológicas e clínicas, imediatamente anteriores à menopausa, e que se estende até o final do primeiro ano. A pós-menopausa é definida como a época que começa a partir da menopausa, sem menstruações. De modo geral, a menopausa natural ocorre ao redor dos 50 anos. A menopausa ainda pode ocorrer de forma não natural, pela ooforectomia bilateral associada ou não à histerectomia. A OMS não considera a histerectomia simples, uma vez que a função ovariana é mantida, durante um período variável, após a cirurgia⁶⁶.

4.6. Desenvolvimento e aplicação da 1^a versão do questionário

4.6.1. Formatação e análise dos itens/questões da 1^a versão

Cada item/questão do questionário foi adaptado, segundo escala tipo Likert⁶⁷, com respostas dimensionais numéricas contínuas. O questionário foi estruturado com mais de 40 itens, sendo assim, todas as questões têm o mesmo peso, de modo que o escore total do questionário resultou da soma simples de todos os itens. Cada questão foi elaborada para resposta em escala gradual de 0 a 5⁶⁸. Todas as escalas foram transformadas em dimensões de 0 a 100, sendo que 100 indica a condição mais favorável (melhor função sexual) e 0 a menos favorável (pior

função sexual). Assim, a padronização linear das respostas entre 0 e 100 foi processada como segue: escore dado a um determinado item-1, de modo que todos os valores estarão entre 0 e 4, em vez de 0 e 5. Na sequência, o novo escore de cada item foi dividido por 6 e o resultado multiplicado por 100, como segue: escore-1/6X100. O escore total foi obtido somando-se os resultados dos 57 itens, usando a seguinte fórmula⁶⁹. $(x) = 57 / 342 = 57 \times 100$; onde: x é a soma das respostas (entre 1 e 6), mínimo = $1 \times 57 = 57$ e máximo = $6 \times 57 = 342$.

Escalas com itens negativos foram analisadas ao reverso, tomando-se o maior valor, adicionando o menor valor e subtraindo-se o escore assinalado, pela fórmula: $QR = 5+0 - \text{escore da QR}$, ou seja, valor maior + valor mais baixo – resposta QR. As questões consideradas negativas nos domínios em estudo são: autoimagem (Q4, Q5), qualidade de vida sexual (Q6), intimidade sexual (Q11, Q12), desejo (Q21, Q22), orgasmo (Q34, Q35, Q36), dispareunia/vaginismo (Q38, Q39, Q40, Q41, Q43), influência na menopausa (Q56). O escore da escala foi calculado como: total do escore bruto de cada item na escala, dividido pelo escore máximo possível de todos os itens na escala multiplicada por 100. Quando um item individual não foi respondido, mas a respondente assinalou mais de 50% dos itens daquele domínio, o valor perdido foi estimado pelo valor médio dos itens respondidos, método da meia-escala, por simples imputação da média⁷⁰.

4.6.2. Elaboração inicial, seleção e desenvolvimento dos itens/questões da 1^a versão.

Esta fase teve como objetivo, analisar cada item (Apêndice 2) para linguagem acessível, clareza e compreensão; eliminar possíveis ambiguidades, obter respostas corretas no formato de múltipla escolha, verificar e simplificar a aplicação do questionário, e examinar os escores e evitar questões que pudessem sofrer influência do nível de instrução e estado sócio-econômico. Deu-se ênfase na identificação de itens e domínios importantes, para avaliar a função sexual, e na seleção dos itens relacionados à função/disfunção sexual feminina, de acordo com o Primeiro Painel da Conferência de Consenso sobre Disfunção Sexual Feminina, realizado em 22.10.98, em Boston, USA. A literatura que explora funções e

disfunções sexuais em mulheres climatéricas, foi revista em detalhes, assumindo-se o conceito proposto pela reunião de especialistas, para consenso em disfunção sexual feminina²². Os questionários previamente validados, para análise da função sexual de mulheres pré e pós-menopausa, que serviram de referência ou fonte para a maioria das questões deste instrumento em Português foram: The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR), The Female Sexual Function Index (FSFI), The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), The Brief Index of Sexual Function-Women (BISF-W), The McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ), The Personal Experiences Questionnaire (PEQ), The Utian Quality of Life Scale (UQOL), Profile of Female Sexual Function (PFSF), Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) e o Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F)^{71,53,72,73,74,75,76,77,78,25}. As questões criadas ou adaptadas de outros instrumentos, foram relacionadas ao desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dispareunia. Na maioria das vezes, as modificações nas questões foram relativamente pequenas, já que tinham sido anteriormente testadas e aprovadas. Quando em outro idioma, cada item foi traduzido livremente para a língua portuguesa, considerando-se a cultura local. Os itens foram inicialmente agrupados, por domínio, mas a seqüência de cada item em cada domínio foi randomizada, por sorteio, sem reposição. Para análise crítica e possíveis correções, esta primeira versão do questionário foi aplicada a 55 mulheres pós-menopausa voluntárias⁷⁹. Após análise dos resultados, esta versão foi avaliada e corrigida por um grupo de sete especialistas, sendo seis ginecologistas especialistas em sexologia e um psicólogo sexólogo, representantes das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste do país.

4.6.3. Seleção / redução de itens da 1^a versão

Após a análise e correção da versão inicial, a eliminação/redução de itens eventualmente desconexos ou com pequeno poder discriminativo, foi efetuada como segue. A definição final da permanência ou retirada dos itens foi obtida, inicialmente, pela identificação e retirada dos itens com taxa de respostas acima de 80% no extremo superior (ceiling effect) ou de 20% no limite inferior (floor effect)^{80,81}. Como a prevalência aceitável das respostas por item é de 20%–80%, os itens cujas

respostas foram dadas por menos que 20% ou mais de 80% das respondentes foram excluídas, por pouca aceitabilidade. Após cálculo da média, desvio padrão e variância, os itens que mostraram médias extremas e variância de zero ou quase zero, também foram excluídos. Os itens mantidos foram avaliados para correlação de cada item, com o total pelo coeficiente de correlação de Pearson, usando a fórmula proposta por Nunnally⁸². O item a ser correlacionado foi omitido da escala total, para evitar a sobreposição.

$$r_i(t-1) = \frac{r_{it} DP_t - DP_i}{\sqrt{Var_i + Var_t - 2 DP_i DP_t}}$$

Onde:

r_{it} = correlação item i com o total

removendo o efeito do item é

r_{it} = correlação item i com o escore total

sem remoção do item i

DP_i , DP_t = desvios padrões dos itens i e
do total

Var_i , Var_t = variâncias do item i e do total

Como a correlação aceitável de um item i com o escore total deve ser $\geq 0,40^{83,84}$, itens com coeficiente de correlação $< 0,20$, foram também excluídos, por falta de homogeneidade⁵⁷.

4.6.4. Avaliação dos especialistas

O questionário proposto foi encaminhado à 7 especialistas em sexologia, incluindo médicos e psicólogo, para avaliação e adequação da linguagem e estrutura dos itens, e avaliação acerca da relevância de cada item, para examinar o objeto de estudo.

4.6.5. Distribuição dos questionários

Os questionários foram entregues em envelopes fechados a cada mulher, no momento do preenchimento. O preenchimento foi acompanhado passivamente pela autora, no Ambulatório de Climatério do HUJM. Após a devolução, foi verificado

se todos os itens tinham sido respondidos e o questionário foi colocado em envelope. No caso da mulher ser analfabeta, as questões foram lidas reservadamente para ela, pela própria pesquisadora, que também procedeu à marcação das respostas. Em qualquer dos casos, os questionários foram imediatamente re-envolvidos e lacrados, após a conclusão do preenchimento.

4.6.6. Avaliação da confiabilidade do questionário

A confiabilidade do questionário proposto foi avaliada pela administração de cada item, à avaliação de 55 mulheres pós-menopausa e examinado para homogeneidade pela verificação de sua consistência interna (dimensão da associação entre todos os itens do questionário), através do coeficiente alfa de Cronbach, em cada domínio e escala total⁸⁵.

Coeficiente α de Cronbach

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Var_i}{\sum Var_t} \right)$$

Onde:

K = nº de itens

t = total de itens

$\sum Var_i$ = soma das variâncias de cada item

$\sum Var_t$ = soma da variância de todos os itens

A reprodutibilidade ou estabilidade do questionário foi examinada pela sua aplicação em 55 mulheres após a menopausa, em dois momentos diferentes, com intervalo de três semanas (teste/reteste). A correlação entre os dois escores, examinada pelo coeficiente de Pearson (com r de pelo menos 0,80) e pela variação intraindivíduos pela fórmula: variância da diferença / $\sqrt{2}$. Esta correlação foi também examinada pelo coeficiente de concordância de Lin (CCL) e seu erro padrão e intervalo de confiança⁸⁶.

$$CCL = \frac{2S_{xy}}{S^2x + S^2y + (x - y)^2}$$

—
onde:

$$S_{xy} = DP_{xy}$$

$$Sx^2 = \text{var } x$$

$$Sy^2 = \text{var } y$$

$$x = \text{média } x$$

$$y = \text{média } y$$

4.6.7. Validação da 2^a versão do questionário proposto

A segunda versão do questionário inicialmente proposto, para avaliar a função sexual feminina em mulheres após a menopausa, foi validada para reproduzibilidade e validades de face, conteúdo e construto. Esse instrumento foi nomeado como Questionário para Avaliação da Sexualidade Feminina Após a Menopausa (QASPM) (Apêndice 6).

4.6.8. Validação

A capacidade de o questionário medir o que estava proposto a medir, foi examinada para validades de face, conteúdo e construto⁸⁷. Ainda que os itens tenham sido sistematizados segundo os domínios propostos pela Primeira Reunião de Consenso em Disfunção Sexual Feminina e a maioria das questões tenha sido adaptada de instrumentos pré-existente, a face do questionário foi avaliada por 07 especialistas em sexologia com o objetivo de verificar se o instrumento estava, de fato, adequado para avaliar a função sexual. Para examinar o conteúdo, extensão pela qual os conceitos físicos e psíquicos estão comprehensivamente representados e examinados pelos itens propostos⁸⁸, cada item do questionário foi avaliado também, pelos mesmos especialistas. O grau de concordância entre os julgadores, a respeito da importância de um determinado item, foi examinado quando o especialista respondeu à questão: “O conteúdo medido por este item é essencial / útil ou não essencial / não necessário para avaliar a função sexual”. Exigiu-se que

mais de 60% dos especialistas respondessem, afirmativamente, para que o conteúdo do item fosse considerado válido⁸⁹ (Apêndice 5). A extensão pela qual o questionário corresponde ao que se pretende medir em teoria (construto), foi avaliada pela consistência interna e validade convergente.

4.7. Análise estatística

Os dados foram descritos como proporção média, desvio padrão, variância e mostrados em gráficos e tabelas. Correlações foram feitas pelos coeficientes de correlação intraclasse e Pearson, e coeficiente de concordância de Lin. A consistência interna foi examinada pelo coeficiente alfa de Cronbach. Quando necessário, a comparação de coeficientes foi feita pelo teste t de Student. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Elaboração inicial e desenvolvimento dos itens da 1^a versão do questionário.

Na sua estrutura, o questionário elaborado proposto para validação contém 57 itens agrupados em 9 domínios, explorando autoimagem (5 itens), qualidade de vida sexual (5 itens), intimidade sexual (7 itens), desejo (9 itens), excitação (7 itens), orgasmo (4 itens), dispareunia e vaginismo (6 itens), satisfação (11 itens), influência da menopausa (3 itens), (Apêndice 2 e Tabela 1).

Tabela 1: Dimensão da 1^a versão do questionário proposto para validação

Faceta	Domínio	Nº. de questões
	Autoimagem	5
	Qualidade vida sexual	5
	Intimidade sexual	7
	Desejo	9
Funcão sexual pós-menopausa	Excitação	7
	Orgasmo	4
	Dispareunia / vaginismo	6
	Satisfação	11
	Influência menopausa	3
Total		57

5.1.1. Pacientes incluídos no teste/reteste da 1^a versão do questionário.

A idade média ± das 55 pacientes incluídas no teste/reteste da 1^a versão do questionário, foi de $53,2 \pm 5,6$ anos. As variáveis demográficas das mulheres são descritas na Tabela 2. Em relação ao estado civil, 70,91% eram casadas e 23,64% eram separadas ou separadas em segunda união estável, representando 94,55% da amostra. As mulheres brancas representavam 54,55%, 23,64% eram negras, 10,91% amarelas, 3,64% indígenas e 7,27% de outras raças. Considerando a escolaridade, 5,45% eram analfabetas, 43,64% não tinham concluído o 1º grau, 12,73% tinham concluído o 1º grau, 9,09% não concluíram o 2º grau e 12,73% tinham o 2º grau concluído. Apenas 16,36% tinham concluído o 3º grau. Em relação a atividade profissional, mais da metade (57,1%) eram domésticas e do lar, 9,1% dedicavam-se ao comércio, 7,7% eram professoras, 3,6% serviços gerais, 3,1% lavradoras, e 28,5% tinham outras atividades. A região de origem foi apenas 3,64% da região Norte, 14,55% da região Nordeste, 47,27% da região Centro-Oeste, 20% da região Sudeste e 14,55% originárias da região Sul (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das variáveis sócio demográficas das 55 mulheres incluídas no teste/reteste da 1^a versão do questionário proposto.

Variáveis	Freqüência	
	N	%
Idade		
42 — 46	7	12,73
46 — 50	8	10,91
50 — 54	15	27,27
54 — 58	15	27,27
48 — 62	8	14,55
62 — 66	4	7,27
Estado civil		
Solteira	1	1,82
Casada	39	70,91
Viúva	2	3,64
Separada com parceiro	8	14,55
Separada sem parceiro	5	9,09
Cor		
Branca	30	54,55
Negra	13	23,64
Amarela	6	10,91
Indígena	2	3,64
Outras	4	7,27
Escolaridade		
Analfabeto	3	5,45
Ensino Fund. incompleto	24	43,64
Ensino Fund. completo	7	12,73
Ensino Médio completo	5	9,09
Ensino Médio completo	7	12,73
Ensino Superior completo	9	16,36
Região de origem		
Norte	2	3,64
Nordeste	8	14,55
Centro oeste	26	47,27
Sudeste	11	20
Sul	3	14,55

5.1.2. Desenvolvimento, seleção, redução de itens do questionário.

No total, 57 itens foram gerados. O painel clínico multidisciplinar composto pelos sete especialistas que analisaram a proposta inicial, fez sugestões para adaptações nas questões Q1, Q3, Q5, Q6, Q12, Q21, Q23, Q28, Q30, Q31, Q40, Q44, Q46, Q48, Q52, Q53. Todas foram adaptadas para maior relevância clínica, segundo as sugestões recebidas. Na seleção de itens possivelmente desconexos, com pequeno poder discriminatório, demonstrou-se que nenhuma das 57 questões da versão inicial apresentou taxa de resposta acima de 80% no extremo superior (efeito teto) ou de 20% no limite inferior (efeito piso) (dados não mostrados). Assim, nenhuma questão foi eliminada por esse critério. Do mesmo modo, nenhuma questão mostrou baixa aceitabilidade, passível de ser eliminada, indicando que a maioria das respondentes entendeu as questões e as opções das respostas. Não se eliminou, também, nenhum item por apresentar médias extremas e variância próxima ou igual a zero. As questões 29, 41, 46, 47, 48, 51 e 52 tiveram aprovação de apenas 25% - 60% dos especialistas e por este motivo foram retiradas da versão final do questionário. A questão 29 foi também eliminada por apresentar baixo coeficiente de correlação com a escala total. A correlação de escores de cada item com o escore total da escala, determinou a eliminação de oito questões (Q21, Q25, Q29, Q38, Q40, Q41, Q43 e Q54), por apresentarem coeficientes de correlação $<0,300$, critério de corte para retenção e manutenção do item. Todas as outras questões mostraram correlação item-total corrigida entre 0,322 e 0,807. A distribuição das avaliações dos domínios do questionário pelas 55 mulheres incluídas, é mostrada na figura 1

5.1.3. Avaliação da confiabilidade e validação do questionário.

O exame de reproduzibilidade/estabilidade (teste/reteste) da primeira versão do questionário proposto, demonstrou forte concordância entre as respostas iniciais e as respostas dadas após três semanas ($pc=0,965$ e $r = 0,882$; Figura 1). Nenhum item apresentou coeficiente $r < 0,400$ e a grande maioria alcançou $r \geq 0,700$. A comparação estatística desta correlação mostrou significância ($p<0,001$) em todos os 57 itens. Após a eliminação de 14 itens considerados irrelevantes, por

terem baixo poder discriminatório ou não, apresentar boa correlação com o exame total dos itens, esta versão reduzida foi aplicada a outras 196 mulheres. Esta versão final não apresentou efeitos teto ou piso, em nenhum de seus itens. O escore total médio e o desvio padrão de todo o questionário, foi de $3,42 \pm 0,56$. A consistência interna desta formatação final mostrou coeficiente α de Cronbach de 0,951 (Tabela11), demonstrando excelente confiabilidade e consistência, entre os nove domínios. No entanto, os domínios autoimagem e influência da menopausa mostraram α de Cronbach entre 0,599 e 0,643. O domínio dispareunia/vaginismo com α de Cronbach de 0,371, não mostrou consistência interna satisfatória.

A validade de face, ou seja, associação lógica entre os itens e a proposta do questionário, recebeu aprovação de todos os sete especialistas que examinaram o instrumento. Estes não fizeram nenhuma modificação na sequência dos domínios apresentados. Em relação à validade de conteúdo, ficou claro, pela opinião dos especialistas consultados, que o objetivo do instrumento proposto de avaliar a função sexual em mulheres na pós-menopausa, foi alcançado. Do mesmo modo, o questionário mostrou-se coerente em relação aos conceitos do que se pretendia medir: auto-imagem, qualidade de vida sexual, desejo, excitação, orgasmo, dispareunia, satisfação sexual e influência da menopausa, na resposta sexual. Além disso, a importância de cada item, examinada pelas respostas de cada especialista para a alternativa essencial/útil, mas não essencial ou não necessária, mostrou taxa de aprovação $> 60\%$, em todas as questões. A validade de construto, extensão pelo qual o questionário proposto atende às hipóteses existentes a respeito do conceito (construto) que está sendo medido, neste caso função sexual, ficou demonstrada pelo coeficiente α de Cronbach de 0,951 (Tabela 11) e correlação de cada item, com o total de itens de 0,943.

Para análise crítica, correções na linguagem e formatação dos itens, esta primeira versão foi submetida a sete especialistas em sexologia. As sugestões destes foram como segue: Questão 01 – Sente-se bem com sua imagem sexual? – sugeriu-se dissociar ou substituir a palavra sexual por corporal. Resolveu-se manter as duas palavras na versão final. Questão 03 – Sou uma mulher sensual, charmosa. Como o questionário tem a proposta de particularizar a análise para mulheres pós-menopausa, foi sugerido adicionar a palavra ainda, no início da questão. Questão 05 – Sou infeliz com a minha sexualidade. Sugeriu-se a troca do termo sexualidade,

para atividade sexual. Questão 06 – Eu estou descontente com a minha vida sexual. Foi proposta a troca da palavra vida, por atividade. Foi sugerido que a questão 12 – Eu sou frustrada com minha vida sexual, inicialmente componente de avaliação do domínio intimidade sexual, fosse transferida para o domínio: qualidade de vida sexual. Na questão 21 – Eu tenho falta de vontade de ter relação sexual, foi sugerido que se trocassem os vocábulos: eu tenho falta, por perdi. Na questão 23 – Eu tenho muita vontade de ter sexo, foi sugerida a retirada da palavra muita. Na questão 28 – Eu realmente desejo ficar excitada sexualmente, sugeriu-se a troca do termo desejo por quero. A questão 30, inicialmente – Eu fico molhada com facilidade na relação, teve sua formatação sugerida para Eu fico molhada na relação. Na questão 31, por considerar o instrumento específico para pós-menopausa, sugeriu-se o acréscimo da palavra ainda. Na questão 40 – Eu sinto minha vagina mais fechada, sem elasticidade, sugeriu-se a retirada de sem elasticidade. Na questão 44 – Eu tenho muita satisfação com o sexo, sugeriu-se a retirada do vocábulo muito. Na questão 46 – Eu sinto excitada durante toda a relação, sugeriu-se a troca de excitada, por prazer. Na questão 48 – Meu corpo fica sensível durante toda a relação, foi sugerida a retirada da palavra toda. Na questão 52 – Sexo sempre me traz grandes sensações, sugeriu-se a troca de grandes por boas. Na questão 53 - Sexo me satisfaz, sugeriu-se a redação: Fazer sexo me deixa satisfeita. A importância de cada questão, avaliada pelas respostas dos especialistas, para as alternativas essencial/útil não necessária (tabela 4) mostram proporção >50% de aprovação em quase todas as questões. Neste critério, as questões Q29, Q31, Q46, Q47, Q48, Q51 e Q52 receberam aprovação de 25% - 40% dos especialistas e foram retiradas da versão final.

Tabela 3: Média, variância e desvio padrão dos escores da 1^a versão do questionário, proposto para validação.

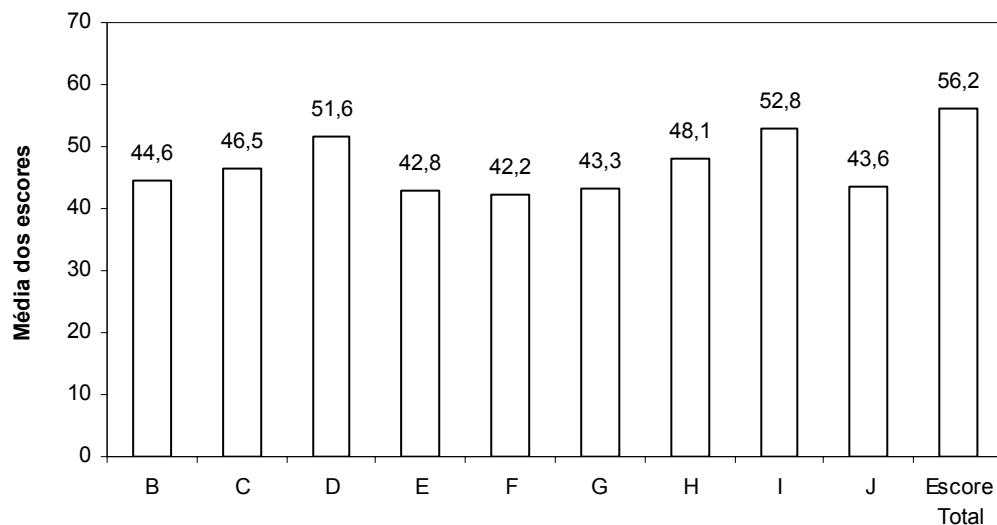
Questões	Teste		
	Média	Variância	Desvio padrão
Q1	3,9	2,4	1,6
Q2	0,4	2,3	1,5
Q3	4,2	2,2	1,5
Q4	2,5	1,9	1,4
Q5	3,8	3,0	1,7
Q6	3,7	2,4	1,5
Q7	3,7	2,4	1,5
Q8	4,2	2,0	1,4
Q9	3,6	2,6	1,6
Q10	3,8	2,6	1,6
Q11	0,4	2,3	1,5
Q12	4,3	2,4	1,5
Q13	4,9	1,8	1,3
Q14	4,2	2,7	1,7
Q15	3,6	2,4	1,5
Q16	3,9	2,6	1,6
Q17	3,9	2,7	1,7
Q18	0,4	2,3	1,5
Q19	3,9	2,4	1,6
Q20	3,2	1,8	1,3
Q21	3,8	2,1	1,4
Q22	4,1	2,4	1,6
Q23	3,8	2,1	1,4
Q24	3,4	2,2	1,5
Q25	0,2	1,3	1,2
Q26	0,4	2,5	1,6
Q27	0,3	2,4	1,6
Q28	4,5	1,5	1,2
Q29	3,8	2,2	1,5
Q30	3,4	2,3	1,5
Q31	2,8	1,8	1,4
Q32	4,3	1,6	1,3
Q33	0,3	1,3	1,1
Q34	3,4	2,5	1,6
Q35	3,5	3,0	1,7
Q36	4,2	2,2	1,5
Q37	3,3	2,3	1,5
Q38	3,5	2,6	1,6
Q39	4,4	1,6	1,3
Q40	3,6	2,4	1,5
Q41	4,0	2,0	1,4
Q42	3,9	2,2	1,5
Q43	3,9	2,0	1,4
Q44	4,1	2,0	1,4
Q45	4,8	1,7	1,3
Q46	3,7	2,0	1,4
Q47	4,1	2,3	1,5
Q48	3,9	2,0	1,4
Q49	3,6	2,6	1,6
Q50	4,1	2,1	1,4
Q51	4,7	1,0	1,0
Q52	4,3	2,1	1,5
Q53	0,4	2,1	1,4
Q54	4,6	1,4	1,2
Q55	3,5	2,7	1,6
Q56	3,6	2,5	1,6
Q57	3,9	2,9	1,7

Tabela 4: Análise dos especialistas por escore das questões da 1^a versão do questionário, portanto, segundo a relevância de cada item na escala.

Questões	Teste			
	Essencial (%)	Útil (%)	Não Essencial (%)	Essencial I + Útil(%)
Q 1	57,10	28,60	14,30	14,30
Q 2	71,40	14,30	14,30	14,30
Q 3	28,60	28,60	42,90	42,90
Q 4	57,10	28,60	14,30	14,30
Q 5	57,10	28,60	14,30	14,30
Q 6	71,40	14,30	14,30	14,30
Q 7	42,90	28,60	28,50	28,50
Q 8	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 9	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 10	71,40	0,00	28,60	28,60
Q 11	66,70	16,70	16,60	16,60
Q 12	50,00	50,00	0,00	0,00
Q 13	83,30	16,70	0,00	0,00
Q 14	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 15	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 16	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 17	71,40	14,30	14,30	14,30
Q 18	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 19	83,30	16,70	0,00	0,00
Q 20	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 21	83,30	0,00	16,70	16,70
Q 22	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 23	83,30	0,00	16,70	16,70
Q 24	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 25	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 26	85,70	14,30	0,00	0,00
Q 27	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 28	66,70	0,00	33,30	33,30
Q 29	0,00	25,00	75,00	75,00
Q 30	57,10	14,30	28,60	28,60
Q 31	33,30	16,70	50,00	50,00
Q 32	57,10	14,30	28,60	28,60
Q 33	50,00	16,70	33,30	33,30
Q 34	66,70	16,70	16,60	16,60
Q 35	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 36	57,10	14,30	28,60	28,60
Q 37	83,30	16,70	0,00	0,00
Q 38	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 39	83,30	0,00	16,70	16,70
Q 40	57,10	14,30	28,60	28,60
Q 41	42,90	14,30	42,80	42,80
Q 42	33,30	33,30	33,40	33,40
Q 43	71,40	0,00	28,60	28,60
Q 44	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 45	100,00	0,00	0,00	0,00
Q 46	40,00	20,00	40,00	40,00
Q 47	20,00	20,00	60,00	60,00
Q 48	16,70	16,70	66,60	66,60
Q 49	57,10	14,30	28,60	28,60
Q 50	85,70	0,00	14,30	14,30
Q 51	20,00	20,00	60,00	60,00
Q 52	14,30	14,30	71,40	71,40
Q 53	71,40	0,00	28,60	28,60
Q 54	71,40	14,30	14,30	14,30
Q 55	85,70	14,30	0,00	0,00
Q 56	85,70	14,30	0,00	0,00
Q 57	85,70	14,30	0,00	0,00

Na seleção de itens desconexos com pequeno poder discriminatório, demonstrou-se que nenhuma das 57 questões da versão inicial apresentou taxa de resposta acima de 80% no extremo superior (efeito teto) ou de 20% no limite inferior (efeito piso) (Apêndice 3). Sendo assim, nenhuma questão foi eliminada por esse critério. Do mesmo modo, nenhum item mostrou baixa aceitabilidade, passível de ser eliminado. Não se eliminou nenhum item por apresentar médias extremas e variância próxima ou igual a zero (Tabela 4). A correlação de cada item com o total dos itens, determinou a eliminação de oito itens (Q21, Q25, Q29, Q38, Q40, Q41, Q43 e Q54), por apresentarem coeficientes de correlação com o total dos itens <0,30 (Tabela 5). A distribuição das avaliações dos domínios do questionário pelas 55 mulheres incluídas, é mostrada na Figura 1.

Figura 1: Distribuição das avaliações dos domínios da 1^a versão do questionário, incluindo 55 mulheres pós-menopausa.



Legenda: B =Auto-imagem; C =Qualidade de vida sexual;

D =Intimidade sexual; E =Desejo; F =Excitação; G = Orgasmo; H = Dispareunia/Vaginismo;

I = Satisfação; J =Influência da menopausa

Tabela 5: Correlação entre escores de cada item com o escore total da escala e coeficiente α de Cronbach da 1^a versão do questionário proposto, por item e total.

Questões	Media da escala se se elimina o elemento	Variança da escala se se elimina o elemento	Correlação elemento- total corrigida	Alfa de Cronbach se se elimina o elemento
Q1	213.35	1.603.008	.589	.941
Q2	213.18	1.609.411	.546	.941
Q3	213.00	1.606.111	.590	.941
Q4	214.75	1.711.786	-.311	.945
Q5	213.44	1.629.065	.334	.942
Q6	213.51	1.624.366	.420	.942
Q7	213.51	1.636.292	.322	.942
Q8	213.05	1.625.682	.448	.942
Q9	213.65	1.606.045	.548	.941
Q10	213.40	1.592.800	.643	.941
Q11	213.25	1.599.675	.627	.941
Q12	212.91	1.602.121	.602	.941
Q13	212.31	1.636.810	.374	.942
Q14	213.04	1.581.073	.725	.940
Q15	213.67	1.595.187	.660	.940
Q16	213.31	1.572.847	.807	.939
Q17	213.35	1.576.749	.754	.940
Q18	213.20	1.579.274	.803	.940
Q19	213.36	1.582.532	.757	.940
Q20	214.02	1.614.352	.587	.941
Q21	213.38	1.667.870	*.074	.944
Q22	213.15	1.618.423	.460	.942
Q23	213.38	1.606.203	.611	.941
Q24	213.85	1.613.164	.527	.941
Q25	215.25	1.652.934	*.260	.943
Q26	213.27	1.603.943	.575	.941
Q27	214.24	1.743.221	-.515	.947
Q28	212.76	1.625.406	.529	.941
Q29	213.42	1.644.211	*.266	.943
Q30	213.85	1.603.164	.606	.941
Q31	214.44	1.636.473	.368	.942
Q32	212.89	1.610.136	.660	.941
Q33	214.22	1.627.655	.541	.941
Q34	213.80	1.621.311	.434	.942
Q35	213.76	1.607.073	.491	.941
Q36	213.00	1.607.037	.587	.941
Q37	213.93	1.603.661	.601	.941
Q38	213.69	1.671.106	*.037	.944
Q39	212.87	1.619.372	.566	.941
Q40	213.58	1.666.507	*.078	.944
Q41	213.22	1.661.618	*.132	.943
Q42	213.35	1.620.304	.467	.942
Q43	213.29	1.648.988	*.244	.943
Q44	213.15	1.591.645	.762	.940
Q45	212.47	1.610.032	.645	.941
Q46	213.49	1.598.292	.690	.940
Q47	213.11	1.578.766	.813	.940
Q48	213.29	1.632.395	.392	.942
Q49	213.67	1.621.854	.415	.942
Q50	213.11	1.598.395	.681	.940
Q51	212.55	1.626.215	.637	.941
Q52	212.91	1.601.343	.642	.941
Q53	213.24	1.602.776	.643	.941
Q54	212.58	1.663.803	*.140	.943
Q55	213.71	1.746.173	-.511	.947
Q56	213.62	1.604.574	.565	.941
Q57	213.47	1.608.958	.549	.941
Total				.943

α de Cronbach escala 0,943

Questões eliminadas: 21, 25, 28, 39, 40, 41, 43 e 54.

5.1.4. Teste e reteste

O exame de reprodutibilidade/estabilidade (teste/reteste) efetuado pelo coeficiente de concordância de Lin, demonstrou forte concordância entre as respostas iniciais e as respostas dadas três semanas após a primeira aplicação do questionário ($\rho_c = 0,965$) (Figura 2). Este resultado foi demonstrado pelo Coeficiente de Correlação de Pearson (Tabela 6). Nenhum item apresentou $r < 0,400$, sendo a grande maioria com $r \geq 0,700$. A análise estatística mostrou significância ($p < 0,01$), em todas as 57 questões.

Figura 2. A análise da concordância das respostas dadas aos 57 itens no teste/reteste da 1^a versão do questionário, proposto pelo coeficiente de concordância de Lin.

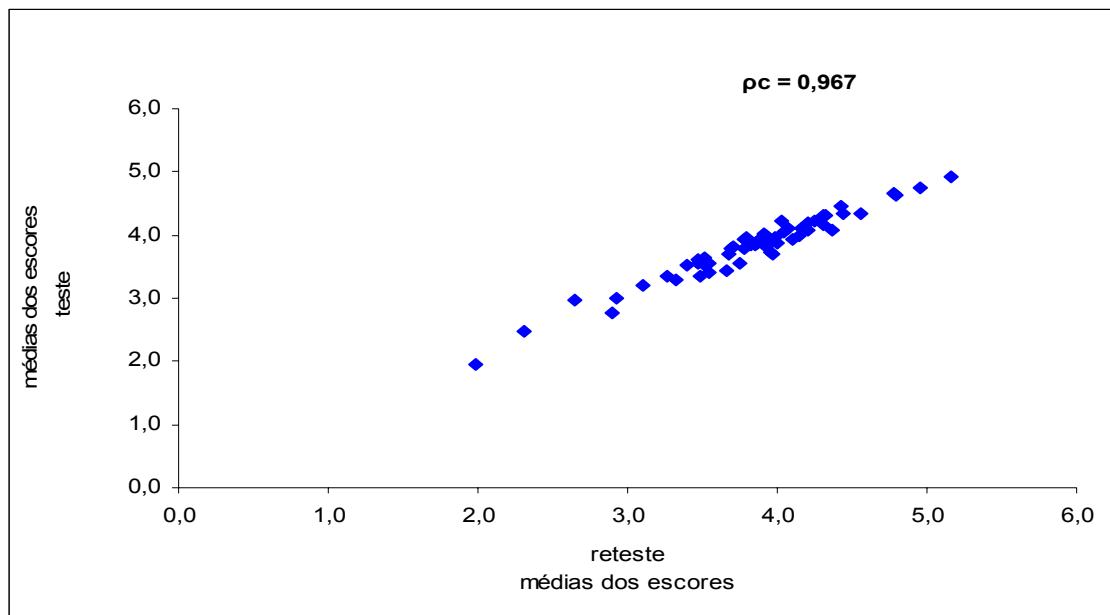


Tabela 6: Coeficientes de correlação de Pearson e Lin, obtidas pelo teste/reteste da 1^a versão do questionário proposto, para validação.

Questões	Pearson (teste/re-teste)	P	Lin (teste/re-teste)	P
Q1	0,786	<0,001	0,902	<0,001
Q2	0,752	<0,001	0,961	<0,001
Q3	0,854	<0,001	0,963	<0,001
Q4	0,784	<0,001	0,932	<0,001
Q5	0,598	<0,001	0,845	<0,001
Q6	0,669	<0,001	0,964	<0,001
Q7	0,745	<0,001	0,972	<0,001
Q8	0,677	<0,001	0,973	<0,001
Q9	0,829	<0,001	0,990	<0,001
Q10	0,734	<0,001	0,949	<0,001
Q11	0,726	<0,001	0,757	<0,001
Q12	0,763	<0,001	0,970	<0,001
Q13	0,595	<0,001	0,970	<0,001
Q14	0,849	<0,001	0,984	<0,001
Q15	0,805	<0,001	0,980	<0,001
Q16	0,775	<0,001	0,986	<0,001
Q17	0,781	<0,001	0,971	<0,001
Q18	0,824	<0,001	0,905	<0,001
Q19	0,842	<0,001	0,851	<0,001
Q20	0,438	<0,001	0,935	<0,001
Q21	0,674	<0,001	0,988	<0,001
Q22	0,706	<0,001	0,845	<0,001
Q23	0,683	<0,001	0,758	<0,001
Q24	0,890	<0,001	0,868	<0,001
Q25	0,422	<0,001	0,978	<0,001
Q26	0,688	<0,001	0,951	<0,001
Q27	0,775	<0,001	0,931	<0,001
Q28	0,654	<0,001	0,994	<0,001
Q29	0,700	<0,001	0,821	<0,001
Q30	0,816	<0,001	0,935	<0,001
Q31	0,707	<0,001	0,938	<0,001
Q32	0,690	<0,001	0,938	<0,001
Q33	0,404	<0,001	0,956	<0,001
Q34	0,602	<0,001	0,470	<0,001
Q35	0,714	<0,001	0,799	<0,001
Q36	0,657	<0,001	0,768	<0,001
Q37	0,580	<0,001	0,688	<0,001
Q38	0,472	<0,001	0,975	<0,001
Q39	0,720	<0,001	0,953	<0,001
Q40	0,568	<0,001	0,953	<0,001
Q41	0,611	<0,001	0,977	<0,001
Q42	0,673	<0,001	0,904	<0,001
Q43	0,696	<0,001	0,896	<0,001
Q44	0,707	<0,001	0,885	<0,001
Q45	0,788	<0,001	0,944	<0,001
Q46	0,760	<0,001	0,940	<0,001
Q47	0,723	<0,001	0,917	<0,001
Q48	0,504	<0,001	0,888	<0,001
Q49	0,705	<0,001	0,208	<0,001
Q50	0,752	<0,001	0,962	<0,001
Q51	0,597	<0,001	0,988	<0,001
Q52	0,737	<0,001	0,948	<0,001
Q53	0,671	<0,001	0,958	<0,001
Q54	0,442	<0,001	0,826	<0,001
Q55	0,693	<0,001	0,912	<0,001
Q56	0,610	<0,001	0,842	<0,001
Q57	0,925	<0,001	0,995	<0,001

5.1.5. Confiabilidade da 1^a versão do questionário proposto.

A homogeneidade dessa versão inicial do questionário foi verificada pela consistência interna, mostrando coeficiente alfa de Cronbach de 0,943, (Tabela 5). Na análise por domínios, todos eles mostraram boa correlação entre si. Os domínios orgasmo, disparesunia/vaginismo, satisfação sexual e influência da menopausa

tiveram coeficientes de Pearson entre 0,628 e 0,697; todos os outros tiveram correlação > 0,700. Dispareunia/vaginismo e qualidade de vida sexual mostraram menor consistência interna com todos os outros domínios, alfas de 0,581 e 0,673, respectivamente. Todos os outros domínios mostraram ter boa homogeneidade ($\alpha > 0,700$), (Tabela 7).

Tabela 7: Consistência interna da 1^a versão do questionário proposto, por domínio e total.

Domínios	Nº de Itens	α de Cronbach	CC Pearson	P
Autoimagem	5	0,722	0,783	<0,001
Qualidade de Vida Sexual	5	0,673	0,737	<0,001
Intimidade Sexual	7	0,832	0,780	<0,001
Desejo	9	0,828	0,753	<0,001
Excitação	7	0,746	0,750	<0,001
Orgasmo	4	0,843	0,650	<0,001
Dispareunia/Vaginismo	6	0,581	0,628	<0,001
Satisfação	11	0,879	0,697	<0,001
Influência na Menopausa	3	0,871	0,697	<0,001
Total	57	0,943	0,735	<0,001

5.2. Validação da 2^a versão do questionário.

5.2.1. Estrutura e avaliação do questionário.

Esta versão resultante contém 43 itens. (Apêndice 3) autoimagem (5), qualidade de vida sexual (6), intimidade sexual (6), desejo (7), excitação (5), orgasmo (4), dispareunia/vaginismo (2), satisfação (5) e influência da menopausa (3), (Tabela 8). Os valores médios com os desvios padrões das respostas de todos os itens são mostrados na Tabela 10. O escore médio e desvio padrão de todo o questionário foi de $3,45 \pm 0,56$.

Tabela 8: Dimensão do questionário final (QASPM)

Faceta	Domínios	Nº. de Questões
Função sexual pós-menopausa	Autoimagem	5
	Qualidade vida sexual	6
	Intimidade sexual	6
	Desejo	7
	Excitação	5
	Orgasmo	4
	Dispareunia/vaginismo	2
	Satisfação	5
	Influência menopausa	3
Total		43

5.2.2 Pacientes

A versão final do questionário foi aplicada a 196 mulheres com idade média de $54,9 \pm 5,9$ anos, (Tabela 9). Quase metade delas (46,9%), dedicava-se a atividades no lar; 10,2% eram empregadas domésticas; 7,7% eram professoras e 35,2% dedicavam-se a outras atividades, incluindo cozinheira, costureira, cabeleireira, serviços gerais, lavradora, vendedora, etc. (Apêndice 7).

Tabela 9: Distribuição das variáveis sócio-demográficas, das 196 mulheres participantes da validação do questionário final (QASPM)

Variável	Freqüência	
	N	%
Idade (anos)		
42 — 46	10,00	5,10
46 — 50	26,00	13,27
50 — 54	46,00	23,47
54 — 58	50,00	25,51
58 — 62	40,00	20,41
62 — 66	16,00	8,16
66 — 70	5,00	2,55
70 — 74	3,00	1,53
Estado Civil		
Solteira	12,00	6,12
Casada	126,00	64,29
Viúva	16,00	8,16
Separada com parceiro	33,00	16,84
Separada sem parceiro	9,00	4,59
Cor		
Branca	94,00	47,96
Negra	32,00	16,33
Amarela	11,00	5,61
Indígena	2,00	1,02
Outras	57,00	29,08
Escolaridade		
Analfabeto	17,00	8,67
Ensino Fund. incompleto	81,00	41,33
Ensino Fund. completo	28,00	14,29
Ensino Médio incompleto	18,00	9,18
Ensino Médio completo	22,00	11,22
Ensino Sup. incompleto	2,00	1,02
Ensino Sup. completo	28,00	14,29
Região de nascimento		
Norte	3,00	1,53
Nordeste	21,00	10,71
Centro Oeste	98,00	50,00
Sudeste	48,00	24,49
Sul	26,00	13,27

Tabela 10: Estatística descritiva com média, desvio padrão e variância, por itens, obtidos pelo questionário final (QASPM).

Questões	Média	Variância	Desvio Padrão
Q1	4,4	2,0	1,4
Q2	3,3	2,4	1,5
Q3	4,3	1,7	1,3
Q4	2,7	1,4	1,2
Q5	3,2	1,9	1,4
Q6	3,8	2,3	1,5
Q7	3,7	2,1	1,4
Q8	3,8	2,2	1,5
Q9	3,6	2,6	1,6
Q10	4,2	2,0	1,4
Q11	2,9	2,2	1,5
Q12	2,2	1,3	1,1
Q13	3,0	2,5	1,6
Q14	4,1	2,3	1,5
Q15	3,3	2,8	1,7
Q16	2,9	2,4	1,6
Q17	3,7	2,5	1,6
Q18	3,9	1,9	1,4
Q19	3,7	1,9	1,4
Q20	2,7	2,2	1,5
Q21	3,3	2,1	1,4
Q22	3,9	2,0	1,4
Q23	3,5	1,6	1,3
Q24	2,7	1,4	1,2
Q25	2,8	1,5	1,2
Q26	4,1	1,5	1,2
Q27	4,4	1,5	1,2
Q28	3,1	1,9	1,4
Q29	3,0	1,8	1,3
Q30	3,6	2,5	1,6
Q31	3,3	2,6	1,6
Q32	2,4	1,9	1,4
Q33	3,6	1,8	1,3
Q34	3,5	2,7	1,6
Q35	4,3	1,7	1,3
Q36	2,4	1,4	1,2
Q37	3,0	1,7	1,3
Q38	3,8	2,1	1,4
Q39	3,1	1,9	1,4
Q40	3,6	1,7	1,3
Q41	3,5	2,7	1,6
Q42	3,2	1,9	1,4
Q43	3,6	2,4	1,6
Total	3,4	1,5	2,3

5.2.3. Consistência interna/confiabilidade.

A consistência interna desta formatação final, pelo coeficiente α de Cronbach (Tabela 11), foi de 0,951, demonstrando alta confiabilidade e consistência entre os domínios. No entanto, os domínios autoimagem e influência da menopausa mostraram α de Cronbach satisfatório, entre (0,599 e 0,643). O domínio

dispareunia/vaginismo com α de Cronbach de 0,371, mostrou baixa consistência interna, mas foi mantido no questionário.

Tabela 11: Consistência interna, pelo α de Cronbach, da forma final do questionário em validação, por domínios.

Domínios	Nº de Itens	α de Cronbach
Autoimagem	5	0,643
Qualidade de vida sexual	6	0,700
Intimidade sexual	6	0,825
Desejo	7	0,894
Excitação	5	0,804
Orgasmo	4	0,800
Dispareunia/vaginismo	2	0,371
Satisfação	5	0,801
Influência da menopausa	3	0,599
Total	43	0,951

5.2.4. Validades de face, conteúdo e construto.

A validade de face, associação lógica entre os itens e a proposta do questionário, recebeu aprovação de todos os sete especialistas, que examinaram o instrumento. Nenhuma sugestão foi observada, em relação à seqüência dos domínios apresentados. Em relação à validade de conteúdo, ficou claro que o objetivo do instrumento proposto é de avaliar a função sexual, na população de mulheres, na pós-menopausa. Do mesmo modo, o questionário mostrou-se

adequado em relação aos conceitos do que se pretendia medir: autoimagem, qualidade de vida sexual, desejo, excitação, orgasmo, dispareunia, satisfação sexual e influência da menopausa, na resposta sexual. Além disso, a importância de cada item, examinada pelas respostas de cada especialista, para a alternativa essencial/útil, mas não essencial/não necessário (Apêndice 4), mostrou aprovação >60% em todas as questões. Para um numerador de sete avaliadores, a validade de conteúdo é confirmada, quando os escores para conteúdo válido estejam entre 62% e 99%⁸⁸.

A validade de construto, extensão pela qual o questionário proposto atende às hipóteses existentes a respeito do conceito (construto), que está sendo medido – neste caso função sexual foi demonstrada pela boa consistência interna (Coeficiente α de Cronbach de 0,951) e pela correlação adequada ($r > 0,900$) (Tabela 5), entre cada item e o total de itens (validade interna). Além disso, o questionário não apresentou efeitos teto e piso, em nenhum de seus itens (Apêndice 8).

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Questionários produzem dados para pesquisa. A preocupação com a qualidade das informações obtidas, deve ser a mesma que os investigadores têm, quando utilizam dados laboratoriais. Assim, estudos epidemiológicos exigem que as informações com questionários sejam reproduzíveis, consistentes e tenham validade interna e externa. Deve-se considerar sempre a importância da formulação dos itens ou questões, sobre a maneira em que são respondidas e o modo em que os dados são colhidos. Existem variações devidas ao modelo de administração do questionário e à formatação individual dos itens. É extensa a literatura com diretrizes para que os epidemiologistas otimizem e desenvolvam questionários robustos. Inconsistências têm sido observadas, quando se usa instrumentos não validados. Os modelos enviados pelo correio ou preenchidos em entrevistas, mesmo validados, têm menor precisão^{90, 91}. O questionário proposto para validação neste estudo, foi idealizado para examinar a função sexual da mulher, especificamente na pós-menopausa, e ser preenchido reservadamente pela respondente, com mínima supervisão. A interpretação dos resultados deve considerar que a participação do supervisor foi mínima e só ocorreu, quando acionado pela respondente. Deve considerar ainda a dificuldade em avaliar a função sexual feminina, ampliada na pós-menopausa, por variáveis culturais e sócio-econômicas, para romper a barreira do constrangimento e entrar na intimidade da mulher. A idade das pacientes que participaram da versão inicial e da versão final do questionário, não eram diferentes, e os dois grupos estavam no inicio da sexta década de vida. Em outros estudos com questionários, incluindo pacientes nesta faixa etária, as proporções destas são de apenas 16%. As participantes do estudo final eram de várias raças, casadas ou em união estável; dedicavam-se a atividades domésticas e tinham baixa escolaridade. Este é o perfil demográfico da maioria das mulheres brasileiras, nesta faixa etária⁹.

Esta publicação provê a validação inicial de questionário específico para avaliar a função sexual feminina, após a menopausa. Considerado que os instrumentos já existentes para estudar a função/disfunção sexual foram validados em populações distintas, incluindo homens e mulheres, tanto climatéricas como não

climatéricas, a proposta foi desenvolver e validar um instrumento específico para medir a função sexual feminina, na pós-menopausa. Foi desenhado, então, para servir de instrumento válido na realização de estudos clínicos, com o objetivo de examinar a natureza multidimensional da função sexual feminina, nesta fase da vida. E mais importante, após a sistematização do modelo de Basson.

O processo de validação desse questionário pela análise clínica de itens, teve início com a avaliação de sua unidade mais básica, o item ou variável, atentando-se para clareza da linguagem, compreensão e distribuição das freqüências médias, desvio padrão e variância das respostas. Este exercício atendeu as diretrizes utilizadas na validação da maior parte dos questionários, atualmente disponíveis, para avaliar a função sexual feminina e mostra resultados equiparáveis^{92, 93}. Os itens reuniram critérios psicométricos básicos, possíveis de serem quantificados e independente de vieses. Na seqüência, avaliou-se a relação de cada item, com os outros itens e com a escala total. A reproduzibilidade e a consistência interna do questionário, da mesma forma examinada pelos testes clássicos disponíveis, para atender a estas propostas⁹⁴. Por fim, validades de face, conteúdo e construto, também foram verificadas e mostraram-se no mesmo nível de adequação dos instrumentos, recentemente validados em português^{55, 56}.

A inexistência dos efeitos teto e piso na redução do número de itens da proposta inicial, demonstrou adequado poder discriminatório dos itens mantidos. A determinação para eliminar apenas sete questões, pelos especialistas consultados (7/57), por não serem consideradas essenciais para avaliar a função sexual, indicou a excelência do conteúdo mantido, na avaliação do objeto proposto⁸⁸. Como os itens não apresentaram médias extremas, confirmou-se o bom poder discriminatório das questões mantidas. A premissa de que as medidas dos itens em escala tipo Likert deveriam ter certa equivalência, dentro da escala, como um todo, foi observado. Do mesmo modo, os desvios padrões dos escores das questões mostraram ter equivalência e distribuíram-se ao redor de 1,0, critério recomendável para questionários, julgados adequados. A assertiva de que o item deve ser linearmente relacionado ao conceito, sendo medido (consistência interna do item), considerado adequado quando o item alcança $r \geq 0,400$, também foi, satisfatoriamente atendida⁸⁴. Estes resultados são tão válidos quanto os obtidos por outros instrumentos, desenhados com o mesmo objetivo em outras populações^{92, 93}.

Os itens “Eu tenho falta de vontade de ter relação sexual”, “eu me masturbo”, “gostaria que a excitação durasse para sempre”, “eu quero que minha relação melhore” e “eu não tenho dor na relação” não correlacionaram adequadamente, com o questionário proposto. A falta de correlação destes itens com o escore total, sugere irrelevância destes, na avaliação da função sexual. Vale notar que itens semelhantes integram outros questionários^{95,72}. As questões: “Eu sinto minha vagina mais fechada”, “eu acho minha vagina tão apertada e é impossível o pênis do meu marido (parceiro) entrar na minha vagina” não mostraram boa correlação com o total de itens do questionário, embora tenham tido boa consistência interna. Esse resultado foi inesperado já que as questões eliminadas estão frequentemente presentes nas queixas das mulheres na pós-menopausa, à medida que envelhecem^{3, 96, 6}.

A confiabilidade das respondentes, estabilidade temporal e a homogeneidade do questionário, estimadas pelos coeficientes intraclasse (CCIC) e α de Cronbach, demonstraram a relevância deste questionário, para ser utilizado como instrumento adequado na prática clínica de avaliação da função sexual, em mulheres na pós-menopausa. A excelente correlação de todos os itens com a escala total, na sua forma final, nivela esta escala aos diferentes instrumentos já validados, para avaliar a função sexual em humanos. Entre os vários questionários validados^{92,93} o coeficiente α de Cronbach variou entre 0,410 a 0,980, demonstração indiscutível da qualidade clínica deste instrumento, em validação. O McCoy Female Questionnaire⁷⁴, amplamente utilizado na avaliação de mulheres climatéricas, com elevado grau de instrução, apresentou coeficiente alfa de 0,770, coeficiente este, menor do que o obtido no presente estudo. Publicações sobre quais escores de consistência interna seriam satisfatórios ou não, fornecem números variáveis. Para alguns, coeficiente alfa excessivamente alto pode indicar que o objeto da escala seja muito limitado, restrito ou contenha itens redundantes⁷¹. Parece que uma consistência interna adequada para escalas, com proposta de avaliação clínica e tomada de conduta tenha $\alpha \geq 0,700$. O índice de função sexual feminina (FSFI), incluindo cinco domínios iguais a este questionário (desejo, excitação, orgasmo, satisfação, dor/desconforto) mostrou coeficiente α de 0,820 e teste-reteste com α entre 0,790 – 0,860⁷². Este instrumento não inclui os domínios autoimagem e qualidade de vida sexual, dimensões relevantes na definição da qualidade sexual da

mulher²². Tem ainda a limitação de avaliar o indivíduo, em período limitado á quatro semanas.

Considerando que a avaliação da função sexual pode ter imprecisão nas respostas, podendo diminuir a confiabilidade e validade da informação, os autores reconhecem esta limitação na validação deste instrumento. Em adição, os autores têm consciência de que o estudo incluiu apenas mulheres heterossexuais, após a menopausa, não sendo possível propor sua aplicação em mulheres homossexuais ou em outros períodos de vida. A população incluída representa, na sua maioria, camadas mais desfavoráveis da sociedade, devendo o instrumento ser reexaminado, posteriormente, em mulheres de outras classes sociais ou escolaridade. Este novo instrumento tem a vantagem de medir, tanto a resposta sexual periférica (lubrificação), como a central (excitação, desejo). Tem ainda a vantagem de considerar a satisfação pessoal relacionada à sexualidade, condição necessária para o diagnóstico da maioria das categorias de disfunção sexual¹²². Embora os resultados sejam preliminares, concluiu-se que este questionário é confiável e pode ser aplicado, mesmo em mulheres com baixa escolaridade, podendo ser usado em estudos clínicos futuros, tendo a vantagem de fazer avaliação multidimensional, da função sexual. O instrumento apresenta excelente reprodutibilidade temporal, com intervalo de até 3 semanas, e excelente consistência interna entre os itens, domínios e escala total. Além disso, a escala apresentou validades de face, conteúdo e construto adequados ao seu objetivo. Os autores projetam novos estudos para examinar o poder discriminatório dos itens, entre mulheres com função sexual normal e anormal, estabelecer escores capazes de discriminar tais populações e examinar a aplicabilidade do instrumento a outras populações de mulheres pós-menopausa, com níveis socioeconômicos e escolaridades diferentes, para efetivamente determinar sua validade externa. Outro passo importante será sua comparação, com questionários desenvolvidos após a introdução do novo sistema de classificação, da disfunção sexual.

PERSPECTIVAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. PERSPECTIVAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se que há limitações na validação deste instrumento, considerando que a avaliação da função sexual pode ter imprecisão nas respostas, diminuindo a confiabilidade e validade da informação. O estudo incluiu apenas mulheres heterossexuais, após a menopausa, não sendo possível estimar sua aplicação em mulheres homossexuais ou em outros períodos de vida. Além disso, a população incluída representa, na sua maioria, camadas mais desfavoráveis da sociedade e as propriedades do questionário podem mudar, quando usado na avaliação da função sexual de mulheres de outras classes sociais ou escolaridade. O conteúdo validado (construto) é baseado em revisão de consenso de especialistas, mas pode haver discordância a respeito das variáveis incluídas terem ou não acurácia, em todo o conteúdo. Além disso, a estrutura deste questionário tem como suporte, a opinião de um número limitado de sete especialistas. O autor tem consciência, de que este questionário tem, também, limitações metodológicas. Assim, novos estudos serão necessários para a validação de critério, estimar o poder discriminatório dos itens entre mulheres com função sexual normal e anormal, estabelecer escores capazes de discriminar tais populações e examinar a aplicabilidade do instrumento a outras populações com níveis socioeconômicos e escolaridades diferentes.

CONCLUSÕES

8. CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que:

O questionário é adequado para avaliar a função sexual em mulheres, após a menopausa.

O questionário pode ser aplicado com facilidade, mesmo em mulheres com baixa escolaridade, tendo a vantagem de fazer avaliação multidimensional, incluindo, desde resposta periférica ao estímulo sexual, até estruturas no sistema nervoso central.

O questionário apresenta excelente reprodutibilidade temporal, com intervalo de até 03 semanas.

A consistência interna entre os itens, domínios e escala total é satisfatória.

O instrumento apresentou validades de face, conteúdo e construto, adequadas ao seu objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HS. Sex, intimacy and the aging process. *J Am Acad Psychoanal*. 1990; 18:185-205.
2. Nussbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual health care needs of women aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:117-192.
3. Dennerstein L, Dudley E, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*, 1997; 26:83-93.
4. Obermeyer CM. Menopause Across culture: a review of the evidence menopause. *Menopause*, 2000; 7:184-192.
5. Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Liu L, Hollander L, Nelson DB. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause*, 2004; 11:144-50.
6. Goberna J, Francés L, Pauli A, and Burluenga A, Gascón E. Sexual experiencies during the climacteric years: What do women think about it? *Maturitas*. 2009; 62: 47-52.
7. Gutmann, JN. Exploring sexual dysfunction in the menopausal woman. *Sexuality reproducing and menopause*. A publication Am Soc Reprod Med, 2005; 3:8-11.
8. Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Mar Ther*, 2004; 30:173-83.

9. Medeiros SF, Yamamoto MMW, Oliveira VN. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. *São Paulo Med J.* 2006; 124:214–18.
10. Fernandes ALV, Neto AMP, Osis MJ, Conde DM, Souza MH, Paiva LC. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*, 2007; 15:264–269.
11. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 2005; 84:174–80.
12. Mishra G, Kuh D. Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. *Menopause* 2006; 13:880–90.
13. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, et al. Factors affecting sexual functioning of women in the midlife years. *Climacteric* 1999; 2:254–62.
14. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*, 2004; 11:726–40.
15. Young M, Denny G, Young T, Luguis R. Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychol Rep* 2000; 86:1107–22.
16. Lock M, As culturas e a menopausa – levando a sério a subjetividade Orgyn. *Organon*, 2000; 11:48–51.

17. Odum CV, Anorly RI, Ohaya NI. Clinical presentation and management of menopause in Lagos Nigéria. *Gynecol Obstet*, 1999; 66:285–286.
18. Laumann EL, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *J Am Med Assoc*, 1999; 281:537–44.
19. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*, 2001; 76:456–60.
20. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *BJOG: Int J Obstet Gynecol*, 2002; 109:357–63.
21. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marit Ther*, 2000; 26:51–65.
22. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 2000; 163:888–93.
23. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2006; 33:527–34.
24. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77:42–48.
25. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Méd*, 2006; 63:477–82.

26. Ballone GJ. Sexo nos idosos. [in Psiqweb] – Sexo mais além de 65 anos. Iº Congresso Virtual de Psiquiatria em 1 de Fevereiro a 15 de Março 2004; Conferência 13-CI-E. Atualizado em 2004. Disponível em www.psiqweb.med.br. Acesso em 19 Fev. 2008.
27. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response 1966. Boston, MA Little Brown.
28. Newman G, Nichols CR. Sexual actives and attitudes in older persons. *J Am Med A*, 1960. 173:33-35.
29. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of human in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32:193–211.
30. Cain VS, Johannes CB, Avis NE. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003; 40:266-76.
31. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Gendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic midlife-aged women: results from the Study of Women's health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 2005; 12:385-98.
32. Dhillon HK, Singh HJ, Ghaffar NAA. Sexual function in menopausal women in Kelantan, Malasya. *Maturitas*, 2005; 52:256–63.
33. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett C, Koochaki P, Leiblum SR, Grazziotin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*, 2007; 87:107-112.

34. Felstein I. Função sexual na velhice: quem são os velhos? Flstein M, redator. Medicina Sexual. Clin Obstet Gynecol, 1980; 7:401-20.
35. Goldstein B. Human Sexuality. New York. McGraw-Hill. 1976.
36. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual behavior the human female 1953. Philadelphia: Saunders.
37. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. Geriatric Urol, 1996; 23(1):99-107.
38. Pfeiffer E. Sexuality in the aging individual. J Am Geriatric Soc, 1974; 22:481-84.
39. Ferriani RA. Endocrinologia da menopausa. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. César EF, Melo NR, Wehba S, editores. Climatério feminino. São Paulo. Lemos Editorial: 1999; 35-40.
40. Judd HL, Judd GE, Lucas WE, Yen SS. Endocrine function of the postmenopausal ovary: concentration of androgens and estrogens in ovarian and peripheral vein blood. J Clin Endocrinol Metab 1974; 39:1020-1024.
41. Sarrel PM. Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal. J Women's Health Gender-Based Med, 2000; 9:525-32.
42. Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. Obstet Gynecol, 2007; 109:831-840.

43. Halbe H W, Fonseca AM. Síndrome do Climatério. In: Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia. 2 ed. São Paulo: Roca; 1994. 1243-258.
44. Hagastad A. Gynecology and Sexuality in middle-aged women. Women's Health, 1988; 57-80
45. Bachmann GA, Burd ID. Androgen replacement in menopause. Cur women's health reports, 2001; 1:202 –05.
46. Dennerstein L, Duddley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. Obstet Gynecol, 2000; 96:351–58.
47. Burger HG, Duddley EC, Robertson DM, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. Recent progress in hormone. Research, 2002; 57:257–75.
48. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. J Am Med Assoc, 2005; 294:91–6.
49. Floter A, Nathorst-Boss J, Carlsltron K, Von Schoutz B. Addition of testosterone to estrogen replacement therapy in oophorectomized women: effects on sexuality and well-being. Climacteric, 2000; 357–65.
50. Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in surgical menopause. Psychosom Med, 1985; 339–51.

51. Dennerstein L, Burger H, Randolph J, Taffe J, Clark M. Sexual function, dysfunction and the natural menopausal transition. *Menopause: The state of the art in research and management*. London: Parthenon. 2003; 402–07.
52. Badran AV, Araújo LL, Nagae DKI, Takahashi LR, Formícola NR, Miyamoto WR, Prado RAA. Aspectos da sexualidade na menopausa. *Arq Med Hosp Fac Cienc Méd Santa Casa São Paulo*. 2007; 52:39–43.
53. Rust J, Golombok S. The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*, 1986; 15:153–61.
54. Darker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys) function: A systematic review. *Arch Sex Behav*, 2002; 31:197-209.
55. Thiel RRC, Dambros H, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Ver Brás Ginecol Obst*. 2008;30:504-10.
56. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. 2008;24: 416-26. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. *Sample size tables for survey studies*. 2 ed. Blackwell Science 1997; 168–71.
57. Kline P. *A psychometrics primer*. London. Free Association Books, 2000.
58. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. *Sample size tables for survey studies*. 2 ed. Blackwell Science 1997; 168–71.

59. Bartlett JE, II Kotrlik JW, Higgins CC. Organizational Research: determining appropriate sample size in survey research. *Inf. Technol, Learning, perform, J* 2001, 19:43-50.
60. Menezes PR. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiat Clin*, 1998 (São Paulo; 25(5)): 214-6.
61. DeCoster J. Scale Construction Note 2005; retrieved on 01.10.07 <http://www.stathelp.com/notes.html>
62. Byyny RL, Speroff L. Climatério. Guia clínico de atendimento da mulher idosa. Sexualidade na velhice. 1996.
63. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer,et al. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision [review]. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:221-9.
64. OMS/CID-10. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed 1993.
65. Notelovitz M. Climacteric medicine and science: A societal need. In: Notelovitz M. The climacteric in perspective. Lancaster, MTP Press, 1988.
66. Halbe HW, Sakamoto LC. Epidemiologia da menopausa. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. Menopausa. São Paulo; 1995; 1-9.
67. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932. *Educational and Psychological Measurement*, 1999; 59:211-233.

68. Streitner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use.* 2nd Ed Oxford University Press Inc New York, USA 1995.
69. Badia X, Webb SM, Prieto L, Lara N. Acromegaly quality of life questionnaire (AcroQoL). *Health Qual Life Outcome*, 2004; 2:13–8.
70. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation.* New York: John Wiley. 2000.
71. Derogatis LR. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. *J Sex Marit Ther*, 1997; 23:291–304.
72. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marit Ther*, 2000; 26:191–208.
73. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause*, 2000; 7:350–63.
74. McCoy NL. The McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) *Quality of Life Res J*, 2004; 9:739–45.
75. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E. The Personal Experiences Questionnaire (PEQ). *J Sex Marit Ther*, 2001; 339:51.
76. Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) scale: development and validation of an instrument to

- quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 2002; 9:402–10.
77. McHorney, Colleen A, Rust J, Golombok S, Davis S, Bouchard C, Brown C, et al. Profile of Female Sexual Function: a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women (PFSF). *Menopause*, 2004; 11:474-83.
78. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ): development, reliability and validity. *Psychopharmacol bull*, 1997; 33:731–45.
79. Nuckols RC. A note on pre-testing public opinion questions. *J Appl Psychol*, 1953; 37:119–20.
80. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are health status surveys adequate? *Quality of Life Res J*. 1995; 4:293–307.
81. Hyland ME: Recommendations from quality of life scales are not simple. *Brist Med J*, 2002; 325:599–600.
82. Nunnally JC. *Psychometric theory*. 2nd. Ed New York: McGraw-Hill; 1978. p. 640.
83. Gandek B, Were JE, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner J et al. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 1998; 51:1149–58.

84. Ware JE Jr, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *J Clin Epidemiol*, 1998; 51:945–52.
85. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *Brist Med J*, 1997; 314:572-2.
86. Lin LI-K. A Concordance correlation coefficient to evaluate reproducibility. *Biometrics*, 1989; 45:255–68.
87. Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB, et al. Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clin Ther*, 1996; 18:979–92.
88. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, Van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HCW. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, 2007; 60:34–42.
89. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Person Psychol*, 1975; 28:563–75.
90. Rosen T, Olsen J. Invited commentary: The art of making questionnaires better. *Am J Epidemiol*. 2006;164:1145-49.
91. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Pub Health*. 2005;27:281-91.
92. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SRR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation on the Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W). *Arch Sex Behav*. 1994;23: 627-43.

93. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marit Ther.* 2002; 28: 317-30.
94. Jensen M. Questionnaire Validation: A brief guide for readers of the research literature. *Clin J Pain.* 2003; 19(6): 345-352.
95. Sysmonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J. Sex Marit Ther.* 2005; 31:385-97.
96. Lara LAS, Useche B, Rosa e Silva JC, Ferriani RA, Reis RM, Siva de Sá MF et al. Sexuality during the climacteric period. *Maturitas.* 2009; 62: 127-33.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

O Artigo

**Publicado na RBGO (Revista Brasileira de
Ginecologia e Obstetrícia).**

Junho 2009; 31(6): 294-99

APÊNDICE 2

Validação do questionário para o estudo da sexualidade feminina após a menopausa

APÊNDICE 3

Análise dos efeitos piso (floor effect) e teto (ceiling effect) na seleção de itens da 1a versão do questionário proposto.

APÊNDICE 4

**Carta enviada para avaliação dos especialistas
em sexologia**

APÊNDICE 5

Validação do questionário para o estudo da sexualidade feminina após a menopausa submetido a análise dos especialistas.

APÊNDICE 6

**Questionário final submetido à validação para o
estudo da sexualidade feminina após a
menopausa (QASPM).**

APÊNDICE 7

Distribuição das freqüências das diferentes profissões das 196 mulheres pós-menopausa incluídas na 2^a etapa da validação do questionário proposto.

APÊNDICE 8

Análise dos efeitos piso (effect floor) e teto (ceiling effect) e distribuição das respostas por item dado pelas 196 mulheres pós-menopausa na 2^a versão do questionário proposto para validação.

APÊNDICE 9

Termo de consentimento livre e esclarecido.

ANEXO

ANEXO 01

**Termo de aprovação ética
de projeto de pesquisa**

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)

[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)

[Baixar livros de Literatura Infantil](#)

[Baixar livros de Matemática](#)

[Baixar livros de Medicina](#)

[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)

[Baixar livros de Meio Ambiente](#)

[Baixar livros de Meteorologia](#)

[Baixar Monografias e TCC](#)

[Baixar livros Multidisciplinar](#)

[Baixar livros de Música](#)

[Baixar livros de Psicologia](#)

[Baixar livros de Química](#)

[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)

[Baixar livros de Serviço Social](#)

[Baixar livros de Sociologia](#)

[Baixar livros de Teologia](#)

[Baixar livros de Trabalho](#)

[Baixar livros de Turismo](#)