

Prevalência de disfunção sexual em idosas participantes de grupos de convivência no município de Natal/RN

Prevalence of sexual dysfunction in elderly women participating in social groups in the city of Natal/RN

Vitor Leandro da Cunha, Larissa Camila da Silva, Laiane Santos Eufrásio, Thais Sousa Rodrigues Guedes, Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes

Como citar este artigo:

CUNHA, VITOR L.; DA SILVA, LARISSA C.; EUFRÁSIO, LAIANE S.; GUEDES, THAIS S. R.; GUEDES, MARCELLO B. O. G. Prevalência de disfunção sexual em idosas participantes de grupos de convivência no município de Natal/RN. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46 (2).

Autor correspondente:

Nome: Vitor Leandro da Cunha
E-mail: vitor.cunha@edu.isd.org.br
Telefone: (84) 9 9623-5408
Formação Profissional: Formado em Fisioterapia pela Faculdade Uninassau (UNINASSAU) que fica na cidade de Natal, RN, Brasil.

Filiação Institucional: Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra
Endereço para correspondência: Rua Araguari
Bairro: Dix-Sept Rosado
Cidade: Natal
Estado: Rio Grande do Norte
CEP: 59054-020

Data de Submissão:

16/04/2020

Data de aceite:

14/09/2020

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



RESUMO

Introdução: Alterações no ciclo de resposta sexual podem caracterizar uma disfunção, a mulher idosa tende a passar por um tempo considerável no período do climatério onde ocorrem modificações orgânicas na mulher e na sua resposta sexual. **Objetivo:** Verificar a prevalência de disfunções sexuais (DS) em mulheres idosas residentes do Município de Natal/RN. **Metodologia:** Estudo transversal, com amostra de 34 mulheres idosas com vida sexual ativa participantes de grupos de convivência. Utilizou-se questionário estruturado e *Function Sexual Female Index* (FSFI). A análise estatística foi realizada através da análise descritiva e a análise bivariada, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. **Resultados:** Verificou-se uma prevalência de DS de 79,4%. As análises das variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa. **Conclusão:** Observa-se alta prevalência de DS nas idosas, o que evidencia a necessidade de implantação de novas práticas de atuação que visem à prevenção e tratamento da DS nessa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunções sexuais fisiológicas; Idosos; Prevalência.

ABSTRACT

Introduction: Changes in the sexual response cycle can characterize a dysfunction, the elderly woman tends to spend considerable time in the climacteric period when organic changes occur in the woman and in her sexual response. **Purpose:** To verify the prevalence of sexual dysfunction (SD) in elderly women living in the city of Natal / RN. **Methodology:** Cross-sectional study, with a sample of 34 elderly women with active sexual life participating in social groups. A structured questionnaire and *Function Sexual Female Index* (FSFI) were used. Statistical analysis was performed through descriptive analysis and bivariate analysis, using Pearson's chi-square test and Fisher's exact test. **Results:** There was a prevalence of SD of 79.4%. The analysis of the variables did not show a statistically significant association. **Conclusion:** There is a high prevalence of SD in the elderly, which highlights the need to implement new practices of action aimed at the prevention and treatment of SD in this age group.

KEYWORDS: Physiological sexual dysfunction; Aged; Prevalence.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma energia que motiva a procura de contato, sentimento e intimidade que influencia diretamente na maneira de agir e pensar, e conseqüentemente na saúde física e mental do ser humano¹. Para um bom estado de saúde também é necessário o desenvolvimento de relacionamentos íntimos e da sexualidade individual, quando essas necessidades não estão presentes há alteração nesse estado, físico ou mental, assim fazendo-se necessário a educação sexual²⁻⁴.

Na função sexual normal, há ocorrência do ciclo de resposta sexual durante a realização do ato. Esse ciclo é composto por quatro fases, que são elas, o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução. Nas mulheres, o desejo é um componente psicológico constituído por vontade, motivação e impulso sexual, que precede a excitação, que é um componente físico e psíquico, onde ocorrem respostas como a lubrificação vaginal. Em seguida ocorre o orgasmo, nessa fase ocorrem várias reações fisiológicas e uma intensa sensação de prazer, e por fim a fase de resolução onde o corpo retorna ao seu estado normal antes da excitação. Todas essas fases podem ser avaliadas pelo questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), que tem sido o mais usado para essa finalidade. Os homens apresentam respostas fisiológicas diferentes devido à diferença física entre os gêneros, e o ciclo ocorre de outra forma^{4,5}.

Alterações no ciclo de resposta sexual podem caracterizar uma Disfunção Sexual (DS), por exemplo, diminuição do desejo sexual e na lubrificação, retardo ou ausência de orgasmo frequente e transtornos dolorosos, como o vaginismo, dispareunia e vulvodinia. Esses fatores podem estar associados a problemas psicológicos, como a diminuição de autoestima, insatisfação corporal própria e a perda de feminilidade⁴.

No ano de 2004, foi realizado um estudo no Brasil com 1219 mulheres onde foi observado que 49% das avaliadas apresentavam pelo menos uma disfunção relacionada à prática sexual ou região genital, tendo como valores 26,7% disfunção do desejo e 21% disfunção orgásmica⁶. Worsley et al. (2017)⁷ em seu estudo constituído por uma amostra transversal com 2.020 australianas entre 40 a 65 anos observaram uma prevalência de 69,3% para o desejo sexual hipoativo. Através das pesquisas realizadas ficou evidente que a disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública que afeta significativamente o bem-estar das mulheres acometidas.

Com o aumento da expectativa de vida, as mulheres tendem a passar um tempo considerável no período do climatério, ocorrendo em mulheres de meia idade a partir dos 40 anos, este período é caracterizado por modificações orgânicas na mulher e na sua resposta sexual, as quais permanecem ao longo da vida, podendo vir a prejudicá-las. Após/durante a menopausa e climatério, as mulheres tendem a apresentar declínio da função hormonal ovariana, como a diminuição do estrogênio, e da libido, visto que os androgênios tendem a elevar seus níveis com o passar dos anos. Pode ocorrer também a diminuição da lubrificação e o ressecamento vaginal devido ao hipoestrogenismo e a hipotrofia genital, o que pode levar ao desenvolvimento de dor durante a relação sexual com penetração⁸⁻¹¹.

Além das alterações fisiológicas existem outros fatores responsáveis por esses fenômenos, entre eles estão os psicológicos, os socioculturais e os interpessoais, o bom convívio com o parceiro ou até mesmo o grau de atração podem estar relacionados^{3,4,6}. Diante disso, devido ao processo de envelhecimento e à soma de todos esses fatores, o presente estudo objetivou investigar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres idosas que participam de grupos de convivência no município de Natal/RN e identificar o tipo de DS mais prevalente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, com desenho transversal, cuja unidade de análise é a mulher idosa. A amostra do estudo foi de conveniência do tipo não probabilística composta por mulheres idosas participantes de grupos de convivência da comunidade. Esses grupos faziam parte da Associação Rio Grandense Pró-Idoso (ARPI) e do Instituto Federal do Rio Grande do Norte/campus Natal-Central (IFRN), ambos localizados na cidade de Natal/RN, no período de Outubro de 2017 a Novembro de 2018. A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Maurício de Nassau-Uninassau, seguindo a resolução 466/12, sob o parecer 2.284.118. Todas as idosas participantes que optaram por participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão utilizados para o estudo foram: Mulheres idosas com 60 anos ou mais, com vida sexual ativa, que não apresentassem déficit cognitivo capaz de prejudicar a compreensão dos questionários, nem dificuldades de locomoção que a impedisse de ir ao local da pesquisa e que aceitassem participar da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram: mulheres que não responderam todas as perguntas dos questionários ou que se recusaram a preencher alguma pergunta .

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas realizadas pelos autores, através do uso de questionários, sendo um deles o questionário estruturado composto de perguntas com o intuito de obter informações pessoais das idosas, tais como: Histórico socioeconômico (nome completo, idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de residência, acesso ao serviço de saúde, religião), hábitos de vida (alimentação, constipação, ingestão de líquidos, tabagista, elitista, prática de atividade física, perda de urina), histórico ginecológico (número de gestações, parto, tipo de parto, aborto, reposição hormonal), comorbidades (Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Artrite/Artrose, outros) cirurgias e medicamentos.

Para aferição da variável dependente do estudo foi utilizado o *Female Sexual Function Index* (FSFI), um questionário utilizado para a avaliação da presença de DS em mulheres, comumente utilizado em ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos. A versão em português do FSFI foi validada e adaptada para mulheres brasileiras em 2008¹².

Esse questionário contém 19 perguntas, que permitem calcular um escore referente à resposta sexual feminina a partir da análise de seus domínios: Desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A cada resposta é atribuído um valor numérico entre 1-5 (desejo e satisfação) e 0-5 (excitação, lubrificação, orgasmo e dor), tais valores são somados por domínio individualmente (escore simples) e logo após são multiplicados pelo fator de multiplicação referente ao seu domínio, sendo assim gerado um novo escore onde cada domínio possui um valor mínimo e máximo: Desejo (1,2–6,0), excitação (0–6), lubrificação (0–6), orgasmo (0–6), satisfação (0,8–6) e dor (0–6). Quanto mais alto o valor do score de cada domínio menor o nível de comprometimento de tal aspecto sexual, sendo indicativo de uma boa funcionalidade. Dessa forma serão somados os escores de todos os domínios até que se chegue ao score final do FSFI (mínimo de 2 e máximo de 36). Sendo classificada com presença de disfunção sexual a mulher a qual obter um escore final ≤ 26 pontos¹².

A coleta de dados ocorreu por meio das entrevistas individuais das pacientes realizadas por um pesquisador devidamente treinado para aferição das variáveis socioeconômicas, hábitos de vida, histórico ginecológico, comorbidades e medicamentos, onde também foi verificada a variável função sexual das participantes. As entrevistas tiveram em média duração de 30 minutos, e ocorreram em ambiente tranquilo, reservado e apropriado.

Para análise estatística, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0* adotando-se nível de significância de 5% em todos os procedimentos estatísticos. Inicialmente, os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva, mediante o uso de tabelas com valores absolutos e relativos. Em seguida foi realizada a análise bivariada, utilizando-se o teste de Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, sendo verificada a magnitude da associação através da Razão de prevalência (RP) para cada uma das variáveis independentes categóricas nominais em relação à variável dependente. A variável dependente foi recategorizada em duas categorias: Sem disfunção sexual e com disfunção sexual. As variáveis quantitativas foram categorizadas em tercis ou como variáveis dicotômicas (categorização por meio da mediana, quando necessárias a análise bivariada).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 127 idosas residentes no município de Natal/RN, destas 34 possuíam vida sexual ativa e apenas essas idosas foram incluídas no estudo, não havendo participantes que se negaram a participar do mesmo ou que foram excluídas após cumprirem os critérios de inclusão. Entre as idosas sexualmente ativas verificou-se a média de 67 anos de idade ($DP \pm 4,91$), as principais características da amostra eram: Raça predominante branca (50%), $IMC \geq 29$ kg/m², casadas/união estável (67,6%) com ensino médio completo ou ensino superior (61,8%), aposentadas (38,2%),

tendo renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos (55,9%) e acesso ao serviço de saúde garantido pelo sistema público (55,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição das mulheres idosas residentes do Município de Natal, quanto às características socioeconômicas e hábitos de vida. Natal/RN, 2018

	N	%
Idade		
60 - 66 anos	17	50,0
67 - 79 anos	17	50,0
Índice de Massa Corporal		
21 - 28 kg	17	50,0
29 - 39 kg	17	50,0
Etnia/Raça		
Branca	17	50,0
Outras	17	50,0
Estado Civil		
Casada/ União Estável	23	67,6
Outros	11	32,4
Escolaridade		
Analfabeta/ Ensino Fundamental	13	32,8
Ensino Médio/ Ensino Superior	21	61,8
Religião		
Católica	26	76,5
Outra	8	23,5
Ocupação		
Sem ocupação	3	8,8
Aposentada	13	38,2
Outras	18	52,9
Renda		
1 à 2 salários mínimos	19	55,9
3 à 4 salários mínimos	8	25,5
> 4 salários mínimos	4	11,8
Não informou	3	8,8
Acesso ao serviço de saúde		
Público	19	55,9
Privado	14	41,2
Não informou	1	2,9
Tabagismo		
Sim	3	8,8
Não	31	91,2

Etilismo		
Sim	9	26,5
Não	25	73,5
Prática de atividade física		
Sim	33	97,1
Não	1	2,9
Frequência na prática de atividade física		
Duas vezes na semana	4	11,8
Três vezes na semana	11	32,4
Quatro vezes ou mais na semana	18	52,9
Não pratica	1	2,9

Fonte: elaborado pelos autores

Em relação aos hábitos de vida das idosas, grande parte não é tabagista e nem etilista, sendo a maioria praticante de atividade física regular (97,1%), com frequência média relatada por elas, de 4 vezes ou mais na semana (52,9%).

Analisando os dados clínicos observou-se, que a maioria das idosas são multíparas com até 3 partos (73,5%), não realizam reposição hormonal (58,8%), e relatam ter realizado algum procedimento cirúrgico na região pélvica (67,6%). Dentre as comorbidades investigadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentou prevalência mais elevada (32,4%), já em relação à dor lombopélvica, constipação intestinal e presença de prolapso a maior parte da amostra relatou não possuir tais desconfortos (Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização de dados clínicos das mulheres idosas residentes do Município de Natal/RN, 2018.

	N	%
Número de gestações		
0 a 3	22	64,7
4 a 7	12	35,3
Número de partos		
0 a 3	25	73,5
4 a 7	9	26,5
Reposição hormonal		
Não responderam	2	5,9
Sim	12	35,3
Não	20	58,8
Cirurgia Pélvica		
Não responderam	2	5,9
Sim	23	67,6
Não	10	29,4

Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	11	32,4
Diabetes	6	17,6
Outras	13	38,2
Ausentes/Nenhuma	4	11,8
Dor Lombopélvica		
Sim	13	39,7
Não	20	60,3
Constipação		
Sim	6	17,6
Não	28	82,4
Prolapso		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1

Fonte: elaborado pelos autores

Ao analisar os scores obtidos pelo questionário FSFI foi verificada alta prevalência de disfunção sexual 27 (79,4%). Dentre as idosas que possuem disfunção sexual, observaram-se baixos escores nos domínios do FSFI, tendo como médias mais baixas os domínios desejo, lubrificação e orgasmo. Observado na (Tabela 3).

Tabela 3- Domínios do FSFI das mulheres idosas com disfunção sexual (n: 27) residentes do Município de Natal/RN, 2018.

Domínios do FSFI	\bar{x}^*	DP_{\pm}^{**}
Desejo	3,24	0,93
Excitação	3,43	1,09
Lubrificação	3,31	0,58
Orgasmo	3,35	0,67
Satisfação	4,06	1,53
Dor	4,48	1,18

Legenda: \bar{x} : Média aritmética DP_{\pm} : Desvio padrão

Fonte: elaborado pelos autores

Quanto à análise bivariada das variáveis socioeconômicas e dados clínicos, em relação às disfunções sexuais das idosas, as variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4- Análise bivariada entre as características socioeconômicas e dados clínicos das mulheres idosas (n: 34) residentes do Município de Natal/RN, 2018.

	Disfunção Sexual				p*	RP	IC (95%)
	Com DS		Sem DS				
	n	%	n	%			
Idade							
Até 66 anos	14	82,4	3	17,6	1,00	1,07	0,76-1,51
67 anos ou mais	13	76,5	4	23,5		1	
IMC							
Até 28 kg	13	76,5	4	23,5	1,00	0,92	0,65-1,30
29 Kg ou mais	14	82,4	3	17,6		1	
Etnia/Raça							
Branca	12	70,6	5	29,4	0,39	0,80	0,56-1,13
Outras	15	88,2	2	11,8		1	
Estado civil							
Casada	20	87,0	3	13,0	0,17	1,36	0,85-2,19
Outra	7	63,6	4	36,4		1	
Escolaridade							
Analfabeta/ Ensino Fundamental	12	92,3	1	7,7	0,21	1,29	0,94-1,76
Ensino Médio/ Ensino Superior	15	71,4	6	28,6		1	
Serviço de saúde							
Público	16	84,2	3	15,8	0,42	1,17	0,80-1,73
Privado	10	71,4	4	28,6		1	
Religião							
Católica	21	80,8	5	19,2	1,00	1,07	0,69-1,67
Outras	6	75,0	2	25,0		1	
Etilismo							
Sim	7	77,8	2	22,2	1,00	0,97	0,65-1,45
Não	20	80,0	5	20,0		1	
N de Gestação							
0-3	18	81,8	4	18,2	0,67	1,09	0,74-1,59
4-7	9	75,0	3	25,0		1	
N de Parto							
0-3	20	80,0	5	20,0	1,00	1,02	0,68-1,53
4-7	7	77,8	2	22,2		1	
Reposição Hormonal							
Sim	9	75,0	3	25,0	0,64	0,88	0,60-1,28
Não	17	85,0	3	15,0		1	

Constipação								
Sim	5	83,3	1	16,7	1,00	1,06	0,70-1,59	
Não	22	78,6	6	21,4		1		
Comorbidades								
Sim	25	83,3	5	16,7	0,34	1,67	0,41-6,72	
Não	1	50,0	1	50,0		1		
Dor Lombopélvica								
Sim	10	76,9	3	23,1	1,00	0,96	0,66-1,39	
Não	16	80,0	4	20,0		1		
Cirurgia Pélvica								
Sim	18	78,3	5	21,7	1,00	0,97	0,67-1,42	
Não	8	80,0	2	20,0		1		
Medicamentos								
Sim	22	81,5	5	18,5	0,58	1,22	0,67-2,21	
Não	4	66,7	2	33,3		1		

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A DS pode vir a acometer as mulheres em diferentes fases da vida, desde a juventude a velhice. No presente estudo, verificou-se alta prevalência de DS (79,4%) nas mulheres idosas investigadas. Apesar do processo de envelhecimento ser fisiológico trata-se de um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DS⁹, visto que as alterações fisiológicas têm maior incidência com o aumento da idade e passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo, conhecido como climatério onde ocorrem alterações hormonais que levam a diminuição de estrogênios podendo interferir negativamente no ciclo de resposta sexual^{10,13}.

Na literatura, a prevalência de DS varia significativamente entre os diversos trabalhos, muito em virtude das características da amostra utilizada. Esta variação pode ser devido a diferenças de idade, raças, religiões, culturas e percepções subjetivas bem como diferentes métodos de coleta de dados e de análises. Em uma investigação com mulheres jovens 17,6% apresentaram risco de disfunção sexual¹⁴, uma prevalência ainda mais elevada foi encontrada em uma pesquisa realizada com mulheres que se encontravam no período pré-menopausa (62,1%) e pós-menopausa (61,9%) com idade entre 40 e 60 anos¹⁵.

Estudo de Chunni Zhang, et al.¹⁶ com amostra de 25.443 mulheres com idade entre 20 e 70 anos, obteve uma prevalência de DS de 29,7%, tendo como disfunções mais frequentes disfunção orgásmica 27,9% e desejo hipotativo 21,6%. Uma pesquisa brasileira recente com amostra de 736 mulheres que possuíam idade entre 45-60 anos, residentes

da região metropolitana de Campinas verificou que 49,6% apresentavam DS e que essa alta prevalência estava associada ao sedentarismo, ausência de atividade sexual no último mês e nível de ansiedade¹⁷. Porém nosso estudo diverge do estudo anterior, pois foi observado que a maioria das participantes com DS praticavam atividade física regularmente 52,9%, com frequência média de 4 vezes por semana.

Dentre as 27 idosas com DS no presente estudo, foi verificado que os domínios mais afetados foram desejo, lubrificação e orgasmo. Corroborando achados de outra pesquisa que mostra a dor e lubrificação como os domínios mais afetados em mulheres com faixa etária por volta dos 50 anos¹⁸, semelhante também a outro estudo o qual foi realizado com mulheres de meia-idade e mostrou que problemas inadequados na lubrificação está diretamente relacionado à DS dolorosa¹⁹. O que pode ser explicado através da diminuição de lubrificação durante a relação sexual causando dor e ausência da atividade sexual ocasionado pelo desejo hipoativo e anorgasmia^{14,20}.

Quando analisadas a relação entre as variáveis socioeconômicas e dados clínicos, com as disfunções sexuais nas idosas, na amostra analisada as mesmas não apresentaram associação estatisticamente significativa, porém algumas das variáveis clínicas merecem ser abordadas devido a sua relevância na literatura como paridade, menopausa, IMC e outras disfunções do assoalho pélvico.

Em seu estudo Y. Zhao et al. (2018)²¹, com amostra composta por mulheres no período pós menopausa, verificou que 62% das participantes apresentavam desejo sexual hipoativo e que isto estava relacionado a paridade e sintomas decorrentes da menopausa, já as mulheres que apresentavam menor número de partos e menor número de sintomas referentes a menopausa tendem a ter uma melhor vida sexual. Outro estudo traz relação significativa entre escore de desejo sexual, idade, número de gestações e filhos²². O presente estudo tende a confirmar os achados apresentados anteriormente, pois 80% das mulheres que possuem DS são múltiparas e possuem idade avançada, apesar de não haver associação significativa com a presença de DS.

De acordo com Z. Li et al. (2018)²³ as mulheres que se encontram no período pós-menopausa apresentam mais riscos de desenvolver sintomas relacionados a prolapso, tal fato foi comprovado em seu estudo, onde foi observado uma prevalência de 15% em mulheres que se encontram na pós-menopausa, obtendo relação direta com a idade, IMC, paridade e sintomas gastrointestinais e consequentes repercussões na função sexual. Tais afirmações foram comprovadas no estudo de Tabatabaeichehr et al. (2018)²², onde se observou relação direta entre paridade, dor crônica e problemas gastrointestinais, contribuindo para um baixo escore relacionado ao desejo sexual. Em nosso estudo apesar de não haver significância estatística, foi verificado elevada prevalência em relação ao IMC \geq 29, idade elevada, multiparidade, cirurgias pélvicas, e baixa prevalência de sintomas gastrointestinais e prolapso na amostra investigada, corroborando em partes com os achados dos estudos anteriores, os quais podem ter contribuído para o desenvolvimento de DS, assim sendo classificados como fatores de riscos para a mesma.

Outra variável descrita na literatura com associação entre DS em mulheres idosas é o relato de comorbidades pelas mesmas²⁴. Politano et al. (2015)²⁵ em seu estudo verificou alta prevalência de síndrome metabólica (HAS e Diabetes), porém este achado não foi associado a má função sexual, tendo como único fator relacionado a idade. Já Silva et al. (2013)²⁶ verificou que mulheres após a menopausa que possuem síndrome metabólica apresentam de forma mais frequente DS, quando comparadas a mulheres da mesma idade sem síndrome metabólica. Nosso estudo apresenta achados semelhantes aos de Silva et al. (2013)²⁶, pois grande parte da amostra que possui DS apresentou uma frequência elevada de síndromes metabólicas, sendo mais frequente a HAS (32,4%).

Contudo, no presente estudo não foi constatada correlação com níveis de significância entre as variáveis analisadas, provavelmente devido ao tamanho amostral reduzido e o fato das idosas participantes do estudo serem ativas tanto fisicamente quanto socialmente.

Além disso, como limitações temos a amostragem por conveniência, tamanho amostral reduzido. Apesar dessas limitações, a prevalência de DS alta sugere atenção para a investigação de sintomas de DS em mulheres idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, constatou-se elevada prevalência de Disfunções Sexuais (DS) entre idosas sexualmente ativas, sendo os domínios mais comprometidos o desejo, lubrificação e orgasmo. A presente pesquisa oferta dados importantes para o planejamento da gestão de cuidado por profissionais, bem como para construção de políticas públicas de saúde que abordem a disfunção sexual para esta parcela da população.

Ainda que a presente pesquisa tenha grande relevância por investigar tema muitas vezes negligenciado pelas políticas públicas e serviços de saúde para população de mulheres idosas, outros estudos com amostras mais representativas se fazem necessários, para que assim, novas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da DS sejam implementadas para este grupo de forma mais precisa e efetiva.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January, 2002.
2. Hilberink SR, Kruijver E, Wiegerink DJHG, Vliet Vlieland TPM. A Pilot Implementation of an Intervention to Promote Sexual Health in Adolescents and Young Adults in Rehabilitation. *Sex Disabil.* 2013;31(4):373–92.

3. Oyewole OO, Ogunlana MO, Gbiri CAO, Oritogun KS. Prevalence and impact of disability and sexual dysfunction on Health-Related Quality of Life of Nigerian stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2017;39(20):2081-2086.
4. Santos J de L, Leão APF, Gardenghi G. Disfunções sexuais no climatério. *Reprodução Clim.* 2016;31(2):86–92.
5. Bober SL, Recklitis CJ, Michaud AL, Wright AA. Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer.* 2018;124(1):176-182.
6. Abdo C, Oliveira W, Moreira E, Fittipaldi J. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160–6.
7. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *J Sex Med.* 2017;14(5):675–86.
8. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: A practical approach. *Am Fam Physician.* 2015;92(4):281–8.
9. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - Global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(4):199–215.
10. Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Fonseca AM da, Baracat EC. Female aging. *Rev Assoc Med Bras.* 2015;61(6):553–6.
11. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa (Internet). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
12. Thiel R do RC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2008;30(10):504–10.

-
13. March AL. Sexuality and Intimacy in the Older Adult Woman. *Nurs Clin North Am.* 2018;53(2):279–287.
 14. Lo SS, Kok W. Prevalence and Risk Factors for Sexual Problems and Distress in Chinese Unmarried Young Women: An Observational Study. *J Sex Med.* 2018;15(11):1620–8.
 15. Carranza-Lira S, De Durazno Casillas Núñez F. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre-and postmenopausal Mexican women. *Prz Menopauzalny.* 2018;17(1):39–42.
 16. Zhang C, Tong J, Zhu L, Zhang L, Xu T, Lang J, et al. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *J Sex Med.* 2017;14(11):1348–56.
 17. Valadares ALR, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: A population-based study. *Menopause.* 2016;23(3):304–10.
 18. Shin H, Min B, Park J, Son H. A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: The Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. *Int J Impot Res.* 2017;29(2):49–53.
 19. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: A multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16(6):1139–48.
 20. Lindahl SH. Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy. *Int J Womens Health.* 2014;6(1):307–12.
 21. Zhao Y, Dong W, Sun L, Su Q, Zhu Y, Lu M, et al. Analysis of factors that influence the quality of sexual life of climacteric women in China. *Climacteric.* 2019;22(1):73-8.
 22. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H, Abadi MH, Moayed L. Sexual Desire and Related Factors in Middle-Aged and Elderly Married Women: A Cross-Sectional Study in Iran. *Open access Maced J Med Sci.* 2018;6(10):1906–11.
 23. Li Z, Xu T, Li Z, Gong J, Liu Q, Wang Y, et al. An epidemiologic study of pelvic organ prolapse in postmenopausal women: a population-based sample in China. *Climacteric.* 2019;22(1):79-84.

24. Dombek K, Capistrano EJM, Costa ACC, Marinheiro LPF. Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. *Int J Impot Res.* 2016;28(2):62–7.

25. Politano CA, Valadares ALR, Pinto-Neto A, Costa-Paiva L. The Metabolic Syndrome and Sexual Function in Climacteric Women: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2015;12(2):455–62.

26. Silva G, Lima S, Moraes J. Avaliação da função sexual em mulheres após a menopausa portadoras de síndrome metabólica. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2013;35(7):301–8.