

Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso

Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight

BENEDITO MARTINS E SILVA, TCBC-AL¹; LERIKA MOREIRA RÊGO²; MÁRCIO ALMEIDA GALVÃO²; TELMA MARIA DE MENEZES TOLEDO FLORÊNCIO³; JAIRO CALADO CAVALCANTE⁴

R E S U M O

Objetivo: avaliar a prevalência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso atendidos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA – UFAL). **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo transversal. A amostra foi constituída por pacientes do sexo feminino com sobrepeso ou obesidade. Foram coletados os dados antropométricos para avaliação do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência da cintura (CC). Em todos os indivíduos foi realizada a avaliação dos níveis séricos de glicose, colesterol total e triglicérides. Aplicou-se a versão validada em português do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), que analisa a resposta sexual quanto a desejo, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. O escore total é a soma dos escores para cada domínio multiplicada pelo fator correspondente e pode variar de '2' a '36', considerando risco para disfunção sexual um escore total menor ou igual a '26'. **Resultados:** foram avaliadas 23 mulheres com média de idade de 44 anos, onde 73,9% eram obesas e 82,6% apresentaram risco muito aumentado para complicações metabólicas (CC e"88cm). O risco aumentado para disfunção sexual esteve presente em 78,3% das entrevistadas, ocasionando prejuízos biopsicossociais. HAS, DM e dislipidemia estavam presentes em 33,3%, 22,2% e 61,1%, respectivamente, das pacientes sob risco para disfunção sexual. **Conclusão:** a análise dos resultados demonstra a necessidade de uma melhor investigação e atenção dos médicos para com pacientes com obesidade ou sobrepeso.

Descritores: Sexualidade. Disfunção sexual fisiológica. Feminino. Obesidade. Sobrepeso.

INTRODUÇÃO

A obesidade abdominal (obesidade androide ou central) caracteriza-se pela deposição de tecido adiposo na região abdominal e é considerada um fator de risco para diversas morbidades, como doenças cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), hipercolesterolemia e algumas formas de câncer, além de representar um risco diferenciado quando comparada a outras formas de distribuição de gordura corporal¹.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2009, mostrou que a frequência de excesso de peso e de obesidade aumentaram em homens e mulheres. Atualmente, 13,9% dos adultos são obesos, com o índice maior entre as mulheres (14%) do que entre os homens (13,7%), enquanto 46,6% dos adultos brasileiros estão com excesso de peso, sendo maior entre homens (51%) do que entre mulheres (42,3%)².

Neste contexto, a obesidade, semelhante aos demais fatores de risco cardiovascular, mostra-se associa-

da ao desenvolvimento de disfunções sexuais masculinas e femininas decorrentes da ação deletéria sobre a função vascular e endotelial³.

As disfunções sexuais são comuns entre as mulheres, afetando de 20 a 50% delas⁴. Um estudo americano demonstrou que estes distúrbios são mais frequentes em mulheres (43%) do que em homens (31%) e estão relacionadas à características demográficas, como idade e nível educacional⁵. Em Portugal, observou-se prevalência de 40,4%⁶ e, no Brasil, 49% das mulheres relataram pelo menos uma disfunção sexual^{4,7}.

As desordens sexuais femininas envolvem aspectos como desejo sexual, excitação, orgasmo e dispareunia. As síndromes de insuficiência vascular vaginal e clitoriana estão diretamente relacionadas à diminuição do fluxo sanguíneo genital secundária à aterosclerose da artéria hipogástrica e pudenda. Embora uma variedade de desordens médicas e psicogênicas resulte em decréscimo do ingurgitamento clitoriano, a insuficiência vascular é uma importante causa de disfunção sexual³.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA – UFAL).

1. Professor Associado III da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL – BR; 2. Alunos de Graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL – BR; 3. Professora Titular da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL – BR; 4. Professor Assistente I do Departamento de Bioestatística da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL - BR.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a incidência de disfunção sexual em mulheres com obesidade e sobrepeso atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA – UFAL).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado entre março e outubro de 2010, no qual foram avaliadas pacientes do sexo feminino atendidas no ambulatório de Nutrição do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA/UFAL.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, processo número 000440/2010-98.

Todas as pacientes foram informadas quanto ao questionário ao qual iriam se submeter e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade igual ou superior a 30 anos e com índice de massa corporal (IMC) > 25Kg/m². Pacientes submetidas a tratamento atual ou prévio para disfunção sexual ou que tenham sido submetidas a tratamento rádio e/ou quimioterápico não participaram do estudo.

A função sexual feminina foi analisada através do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). Aplicou-se a versão validada em português⁸, que é um questionário breve e autoaplicável e avalia a resposta sexual feminina quanto ao desejo sexual, à excitação sexual, à lubrificação vaginal, ao orgasmo, à satisfação sexual e à dor (Anexo I).

O questionário é composto por 19 questões e apresenta escores em cada componente. As opções de respostas recebem pontuação entre '0' e '5', de forma crescente, exceto nas questões sobre dor, em que a pontuação é definida de forma invertida. O escore total é a soma dos escores para cada domínio multiplicada pelo fator correspondente e pode variar de '2' a '36', considerando risco para disfunção sexual um escore total < 26 (Tabela 1).

A pesquisa da função sexual foi seguida da obtenção dos dados antropométricos para avaliar o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência da cintura (CC). Os pontos de corte, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são: CC igual ou maior que 80cm para mu-

lheres, o qual significa um risco aumentado para complicações metabólicas; e CC igual ou superior a 88cm para mulheres, que reflete um risco muito aumentado para complicações metabólicas.

O IMC foi calculado pela razão entre peso (Kg) e o quadrado da altura (m²), considerando-se normais valores de 20 a 24,9Kg/m², sobrepeso de 25 a 29,9Kg/m² e obesidade, > 30Kg/m².

Em todos os indivíduos foi realizada a avaliação dos níveis séricos de glicose, colesterol total e triglicerídeos.

RESULTADOS

Foram avaliadas 23 mulheres com média de idade de 44 anos, sendo a idade mínima de 30 anos e a máxima de 65 anos, e com IMC > 25Kg/m². Destas, 73,9% eram obesas e 82,6% apresentaram risco muito aumentado para complicações metabólicas (CC e "88 cm).

A prevalência de risco aumentado para disfunção sexual foi de 78,3% das pacientes. A média do escore total do IFSF foi de 18,3, variando de 3,2 a 34,2.

As disfunções sexuais mais frequentes encontradas no estudo foram a falta de desejo (com escore médio de 2,8) e de excitação (com escore médio de 2,4), enquanto a satisfação e a lubrificação apresentaram os maiores escores médios com 3,5 e 3,3, respectivamente (Figura 1).

Dentre as pacientes com risco aumentado para disfunção sexual (com escore total > 26), todas apresentaram pelo menos um fator de risco para a disfunção sexual, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia, doença cardiovascular (DCV) e tabagismo. Dislipidemia e HAS apresentaram maior prevalência, com 61,1% e 33,3%, respectivamente (Figura 2).

DISCUSSÃO

A disfunção sexual feminina tem etiologia multifatorial, apresenta uma alta prevalência e raramente é investigada pelos médicos, seja por constrangimento ou por desconhecerem métodos de investigação. Embora exis-

Tabela 1 – Escores dos domínios do Índice de Função Sexual Feminina – IFSF.

| Domínio | Questões | Variaçãodo escore | Fator | Escore mínimo | Escore máximo |
|--------------|----------|-------------------|-------|---------------|---------------|
| Desejo | 1 e 2 | 1 – 5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitação | 3 a 6 | 0 – 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubrificação | 7 a 10 | 0 – 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 11 a 13 | 1 – 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfação | 14 a 16 | 0 ou 1 – 5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dor | 17 a 19 | 0 – 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Escore total | | | | 2 | 36 |

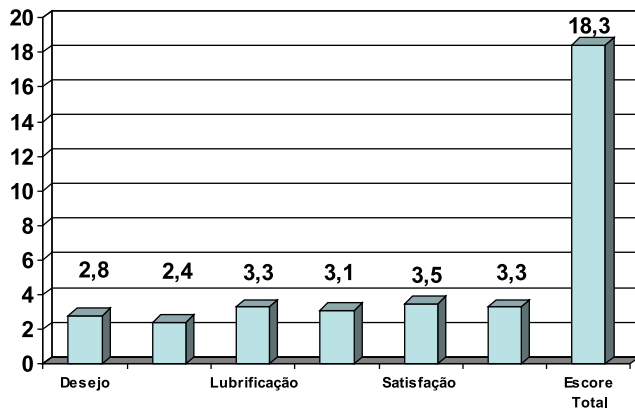


Figura 1 - Distribuição dos escores médios segundo os domínios de resposta sexual do Índice de Função Sexual Feminina – IFSF.

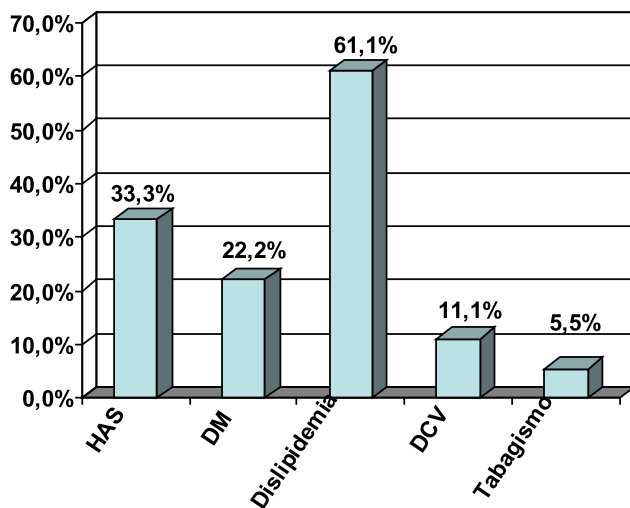


Figura 2 - Frequência de fatores de risco em pacientes com disfunção sexual.

tam fatores psicossociais e dificuldades de relacionamento conjugal que interfiram na resposta sexual, evidencia-se uma fisiopatologia complexa e, apenas recentemente, tem havido um maior enfoque sobre os problemas sexuais das mulheres⁹⁻¹². Vale ressaltar que sobrepeso e obesidade são considerados fatores de risco para disfunção sexual masculina, porém, a relação com a função sexual em mulheres ainda não está esclarecida¹³.

Neste estudo, a prevalência de risco aumentado para disfunções sexuais foi de 78,3%, com média do escore total de 18,3. Estes índices mostram-se comparáveis a outro estudo, no qual a frequência em pacientes com obesidade e excesso de peso foi de 86% e a média do escore total do IFSF foi de 22,1¹³.

As alterações mais frequentes foram a falta de desejo e de excitação, apresentando escores médios de 2,8 e 2,4, respectivamente. Desejo e transtornos de excitação estão entre os problemas mais comuns da prática clínica, pois há uma elevada correlação entre ambos¹⁴. Entretanto, em uma pesquisa realizada com a população brasileira⁹, as principais desordens são a ausência de orgasmo e a falta de desejo sexual, que é considerada a desordem sexual mais frequente entre as mulheres.

Poucos estudos avaliam a relação entre o IFSF e o peso corporal. Uma pesquisa utilizando o IFSF realizada com pacientes obesas e grupo-controle evidenciou que não existe relação estatisticamente significativa entre obesidade e disfunção sexual, que esteve presente em 50 e 41% das pacientes obesas e do grupo-controle, respectivamente^{13,15}.

Todas as pacientes com risco aumentado para disfunção sexual apresentaram pelo menos um fator de risco para o distúrbio, com predomínio de dislipidemia (61,1%) e HAS (33,3%). Os fatores de risco para as desordens sexuais podem ser orgânicos, psicossociais e sociodemográficos e atingem as mulheres em diferentes fases da vida. Estudos epidemiológicos demonstram correlação da disfunção com hipertensão arterial, diabetes, deficiências hormonais, doenças cardiovasculares, neuropatias, etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas e medicamentos¹⁶.

A investigação de disfunção sexual em mulheres com síndrome metabólica em comparação com um grupo-controle demonstrou que as pacientes com síndrome metabólica têm maior prevalência de disfunções sexuais com redução do escore total médio do IFSF (23,2) e do índice de satisfação (3,5) quando comparado ao IFSF (30,1) e índice de satisfação (4,7) do grupo-controle. Contudo, são necessárias mais investigações para determinar o impacto da síndrome metabólica sobre a função sexual feminina¹¹.

Neste contexto, os índices relativos a disfunções sexuais apresentam grande diversidade de acordo com os métodos de avaliação (questionário ou entrevista individual), com os grupos populacionais avaliados e com a definição diagnóstica^{9,10}.

A modificação do estilo de vida é uma estratégia eficaz para reduzir a prevalência de disfunção sexual em mulheres obesas, melhorando, desta forma, a função endotelial¹⁷. Embora a obesidade não pareça representar um dos principais fatores contribuintes, afeta vários aspectos da sexualidade, e a análise dos resultados demonstra a necessidade de uma melhor investigação e atenção dos médicos para as pacientes com obesidade e sobrepeso.

A B S T R A C T

Objective: To assess the prevalence of sexual dysfunction in obese and overweight patients treated at the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA - UFAL). **Methods:** This is a descriptive study. The sample consisted of overweight or obese females. Anthropometric data were collected for assessment of body mass index (BMI) and waist circumference (WC). In all subjects we measured the levels of blood glucose, total cholesterol and triglycerides. We applied a Portuguese-validated version of the Female Sexual Function Index (FSFI), which assesses sexual response as for desire, arousal, vaginal lubrication, orgasm, sexual satisfaction and pain. The total score is the sum of scores for each domain multiplied by the corresponding factor and can vary from '2' to '36', a total score less than or equal to '26' being considered risky for sexual dysfunction. **Results:** We evaluated 23 women with a mean age of 44, where 73.9% were obese and 82.6% had a highly increased risk for metabolic complications (WC \geq 88cm). The increased risk for sexual dysfunction was present in 78.3% of the interviewees, causing biopsychosocial impairment. Hypertension, diabetes and dyslipidemia were present in 33.3%, 22.2% and 61.1%, respectively, of patients at risk for sexual dysfunction. **Conclusion:** The analysis of the results demonstrates the need for better research and attention of physicians to patients with obesity or overweight.

Key words: Sexuality. Sexual dysfunction, physiological. Female. Obesity. Overweight.

REFERÊNCIAS

1. Olinto MTA, Nácúl LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1207-15.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol*. 2002;20(2):111-8.
4. Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):396-401.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
6. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther*. 2006;32(2):173-82.
7. Abdo CH, Oliveira WN Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. 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.
8. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):416-26.
9. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *RBM rev bras med*. 2002;59(4):250-7.
10. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(3):139-43.
11. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res*. 2005;17(3):224-6.
12. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2008;30(6):312-21.
13. Yalçali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res*. 2010;22(4):220-6.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
15. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int*. 2010;106(9):1357-61.
16. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *RBM rev bras med*. 2006;63(9):477-82.
17. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res*. 2005;17(5):391-8.

Recebido em 28/06/2012

Aceito para publicação em 14/08/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Silva BM, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TMMT, Cavalcante JC. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso atendidos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – UFAL. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2013;40(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Benedito Martins e Silva

E-mail: benekkk@uol.com.br

ANEXO I
Índice de Função Sexual Feminina – FSFI
Instruções:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

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

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

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

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

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

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

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

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum