

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO



Mestrado Integrado em Medicina

Artigo de Investigação Médica

Avaliação do Impacto da Infertilidade Sobre a Função Sexual em Casais Portugueses

João Miguel Ferreira Perestrelo

Porto 2012

João Miguel Ferreira Perestrelo*

*Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Largo Prof. Abel Salazar, 2, 4099-003 Porto Portugal

joaomfp@hotmail.com

Avaliação do Impacto da Infertilidade Sobre a Função Sexual em Casais Portugueses

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Dr. Nuno Rossano Monteiro Louro

Categoria - Assistente Hospitalar de Urologia

Filiação - Centro Hospitalar do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

VII. Agradecimentos

Um agradecimento especial ao Dr. Nuno Louro, pela sugestão do tema e por toda a disponibilidade e paciência para comigo, bem como pelo empenho e dedicação.

À Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar do Porto pela forma carinhosa como me recebeu, possibilitando a realização deste trabalho.

Ao Dr. Carlos Afonso pela valiosa ajuda na análise estatística.

À minha família e amigos pelo apoio constante.

RESUMO

Introdução: A infertilidade é considerada um fator de *stress* psicológico e relacional e muitos estudos citam uma associação entre a infertilidade e a disfunção sexual. A função sexual é um dos componentes mais importantes da saúde e da qualidade de vida em geral.

Objetivos: Determinar a prevalência e os fatores de risco da disfunção sexual em casais inférteis.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal não-controlado, numa amostra de conveniência de casais inférteis seguidos na consulta da Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar do Porto (CHP). Dois questionários, o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o *International Index of Erectile Function* (IIEF), foram entregues e preenchidos pelos elementos do casal. Foi ainda realizada uma entrevista conjunta onde foram recolhidos dados sociodemográficos. A análise estatística foi realizada recorrendo ao SPSS® *statistics* versão 19.0.

Resultados: A amostra deste estudo foi de 41 casais. A maior disfuncionalidade verificada nas mulheres relacionou-se com o desejo (73,2%) e com a excitação (58,6%). Relativamente aos homens, existiu maior disfunção na satisfação com a relação sexual (63,4%) e no desejo sexual (61%). Quanto aos fatores de risco na mulher, a idade, o rendimento familiar e a causa da infertilidade apresentaram relação com alguns domínios do FSFI. No homem, a duração da infertilidade teve um efeito negativo no domínio do orgasmo.

Conclusões: A prevalência de disfunção sexual feminina nos domínios do desejo e excitação, neste estudo, foi superior à encontrada na população Portuguesa normal. No homem a satisfação com a relação sexual e o desejo sexual mostraram-se disfuncionais, sendo que a prevalência de disfunção erétil (DE) neste estudo foi superior à encontrada na população masculina normal. Embora a idade, o rendimento familiar, a causa e duração da infertilidade e a DE possam constituir fatores de risco para uma maior disfunção sexual, estes dados são apenas exploratórios e mais estudos são necessários neste campo.

Palavras-chave: Infertilidade; Fatores de Risco; Disfunção Sexual; Disfunção Erétil; *International Index of Erectile Function*; *Female Sexual Function Index*.

ABSTRACT

Introduction: Infertility is known to be a psychological and relationship stressor and many studies established an association between infertility and sexual dysfunction. Sexual function is one of the most important components of health and life quality in general.

Aims: To determine the prevalence and risk factors for sexual dysfunction in infertile couples.

Methods: A cross-sectional study, with a convenience sample of infertile couples and without a control group, was performed on the Assisted Reproduction Unit of Oporto Hospital Center (OHC). Two questionnaires, the Female Sexual Function Index (FSFI) and the International Index of Erectile Function (IIEF), were delivered and completed by the couples. An interview was conducted with the purpose to collect socio-demographic data. Statistical analyses were carried out using the SPSS® statistics 19.0 version.

Results: This study comprised a sample of 41 couples. The biggest dysfunction in women was connected with desire (73,2%) and with arousal sensation (58,6%). When men were analyzed, there was dysfunction in intercourse satisfaction domain (63,4%) and sexual desire (61%). Women risk factors for sexual dysfunction included age, family income and infertility cause, while in men the duration of infertility had a negative correlation with orgasm domain.

Conclusions: The prevalence of female sexual dysfunction in desire-domain and arousal-domain was found to be higher than the results reported from Portuguese normal population. In men, satisfaction with sexual intercourse and sexual desire were clearly dysfunctional. The prevalence of erectile dysfunction (ED) in this study was higher than the prevalence reported for normal population. Although age, family income, cause and duration of infertility and ED may represent risk factors for sexual dysfunction, these data are exploratory in nature and more studies in this area are needed.

Key Words: Infertility; Risk Factors; Sexual Dysfunction; Erectile Dysfunction; International Index of Erectile Function; Female Sexual Function Index

Índice

Índice de Tabelas	ii
Índice de Figuras	iii
Lista de Siglas	iv
I. Introdução	1
II. Métodos	2
III. Resultados	4
IV. Discussão	9
V. Conclusão	12
VI. Referências Bibliográficas	13
Anexos	16

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características dos pacientes	5
Tabela 2 - Domínios dos questionários FSFI e IIEF e percentagem de pacientes com alta probabilidade de disfunção	6
Tabela 3 - Análise multivariada dos dados demográficos com cada domínio FSFI	7
Tabela 4 - Medianas dos domínios FSFI e relação com as causas da infertilidade	7
Tabela 5 - Análise multivariada dos dados demográficos com cada domínio IIEF	8
Tabela 6 - Medianas dos domínios IIEF e relação com as causas da infertilidade	8

Índice de Figuras

Figura 1 - Correlação entre o domínio 'Função Erétil' e todos os domínios FSFI	7
---	---

Lista de siglas

CHP	Centro Hospitalar do Porto
DE	Disfunção Erétil
DP	Desvio Padrão
DSF	Disfunção Sexual Feminina
FE	Função Erétil
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IIEF	<i>International Index of Erectile Function</i>
IP	Intervalo de Pontuação
IV	Intervalo de Variação
NS	Estatisticamente não significativo

I. Introdução

A infertilidade é clinicamente definida como a incapacidade de conceber um filho ou de levar uma gravidez a termo após um ano de relações sexuais regulares e sem utilização de contraceptivos¹.

Apesar das taxas de incidência variarem conforme as regiões, estima-se que mundialmente, cerca de 1 em cada 10 casais sofra de infertilidade². Em Portugal, um estudo recente³ revelou que esta condição afeta cerca de 120 000 casais, sendo que a prevalência da infertilidade ao longo da vida se situa entre os 9 e os 10%.

A parentalidade constitui um período importante no desenvolvimento psicossocial e social de muitas mulheres e homens, criando a possibilidade de cumprir um objetivo de vida e de preencher certas necessidades pessoais⁴⁻⁵. Para muitos destes casais, a relação sexual adquire como principal finalidade a concepção e a criação de uma criança⁶.

A pressão social e familiar para a procriação e continuidade do nome da família pode criar uma carga psicológica nos casais inférteis. Vários estudos analisaram o impacto da infertilidade como fator de *stress* psicológico e relacional, tendo já sido demonstrada a associação entre a infertilidade e a disfunção sexual⁷.

A disfunção sexual pode ter um papel etiológico na infertilidade ou pode ser uma consequência desta, secundária ao *stress* psicológico dos elementos do casal⁸.

Os indivíduos que tentam lidar com o problema da infertilidade, geralmente descrevem sentimentos de inferioridade quanto ao papel social de homem e mulher⁹. Desta forma, o significado que a infertilidade tem na vida dos homens e das mulheres não pode ser considerado sem se tomar em atenção os papéis de género. De igual modo, o impacto da infertilidade não pode ser individualizado de aspetos relativos ao contexto cultural, social, histórico, económico e político¹⁰.

Muitos médicos não estão conscientes desta realidade, nem da sua influência na qualidade de vida, aquando da entrevista clínica. Por forma a auxiliar os profissionais de saúde na deteção e objetivação dos problemas sexuais, uma variedade de questionários de autoavaliação foi desenvolvida ao longo dos anos, com o intuito de avaliar a função sexual através de vários subdomínios¹¹⁻¹⁴.

A hipótese deste trabalho baseia-se, assim, no pressuposto de que os homens e as mulheres portuguesas inférteis apresentam maior prevalência de disfunção sexual. Para testar esta hipótese, recorreu-se a dois questionários validados para a língua portuguesa: o *Female Sexual Function Index* (FSFI)¹³ e o *International Index of Erectile Function* (IIEF)¹⁴.

Através das respostas aos questionários foi analisada a prevalência da disfunção sexual nos membros dos casais inférteis, bem como determinados os domínios sexuais mais afetados e quais os principais fatores de risco.

II. Métodos

Trata-se de um estudo transversal, sem grupo controlo, com uma amostra de conveniência de casais inférteis seguidos na consulta da Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar do Porto (CHP). O desenho do estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração do CHP, tendo recebido autorização para a sua realização. Um parecer positivo foi também obtido pela Comissão de Ética do CHP. A todos os participantes foi solicitado um consentimento informado para a sua participação neste estudo.

Amostra

Uma amostra de conveniência de 41 casais inférteis (num total de 82 indivíduos) foi analisada, entre os meses de Fevereiro e Março de 2012. Apenas os casais cujos elementos eram capazes de ler e compreender a língua portuguesa foram recrutados.

Foram incluídos na amostra todos os casais que estivessem a tentar engravidar há um ou mais anos sem utilização de métodos contraceptivos e sem história de esterilização prévia ou histerectomia.

Procedimento

Após o término da consulta médica, os casais foram encaminhados pelo médico assistente até uma sala particular onde estava o entrevistador. Um documento explicativo e um consentimento informado foram entregues a todos os que aceitaram participar (Anexo 1). Um questionário sociodemográfico inquirindo sobre a idade, escolaridade, rendimento familiar mensal conjunto, causa e duração da infertilidade, e tipo de infertilidade foi apresentado ao casal sob a forma de entrevista, sendo os dados recolhidos pelo entrevistador. Posteriormente foi-lhes explicado como preencher os questionários FSFI e IIEF. Cada um dos elementos preencheu o questionário individualmente. No final do preenchimento cada um dos questionários foi colocado num envelope A5 selado e depositado numa caixa de recolha existente na sala.

Instrumentos

Com o intuito de averiguar a prevalência de disfunção sexual nos casais inférteis foram utilizadas duas versões portuguesas do FSFI e IIEF^{13,14} (Anexo 2).

O FSFI é um questionário validado que tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos na última década¹⁵. Este questionário de 19 questões avalia aspetos da função sexual feminina através de seis domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação (inclui satisfação sexual global e satisfação com a relação) e dor. Cada domínio é pontuado de 0 a 6, sendo que os valores mais altos são indicativos de melhor função sexual e uma pontuação de 0 indica ausência de atividade sexual no último mês. A pontuação de cada domínio confere um valor total ao questionário. Se esse valor for igual ou inferior a 26.55, é considerado disfunção sexual feminina (DSF). Os seis domínios do FSFI bem como o valor total discriminam muito bem entre mulheres com e sem problemas sexuais¹⁶.

São vários os estudos que utilizaram o FSFI como ferramenta para detetar DSF^{13,15,17}, contudo a maioria destes estudos utiliza o valor total em vez da pontuação individual de cada domínio. Esta abordagem é desapropriada pois vários fatores de risco podem ter diferentes efeitos na função sexual feminina¹⁸.

Para inferir sobre a presença de disfunção em cada domínio, foram selecionados *cut-offs* não validados com base em estudos internacionais¹⁹⁻²¹. Desta forma, uma pontuação inferior a 4.28 no domínio desejo; inferior a 5.08 no domínio excitação; inferior a 5.45 no domínio lubrificação; inferior a 5.05 no domínio orgasmo; inferior a 5.04 no domínio satisfação; e inferior a 5.51 no domínio dor foram utilizados neste estudo para classificar as pacientes como estando em risco de disfunção nesses domínios.

O IIEF inclui cinco domínios ao longo de 15 questões¹². Estes cinco domínios incluem função erétil (FE) (intervalo de pontuação (IP) 0-30), orgasmo (IP 0-10), desejo sexual (IP 2-10), satisfação com a relação sexual (IP 0-15) e satisfação em geral (IP 2-10). As pontuações dentro de cada domínio conferem graus de disfuncionalidade que vão de: sem disfunção; disfunção ligeira; disfunção ligeira a moderada; disfunção moderada; e disfunção severa.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada recorrendo ao SPSS *statistical software package* versão 19.0. O principal resultado foi a pontuação dos domínios dos questionários FSFI e IIEF. Para caracterizar a amostra procedeu-se a uma análise descritiva exaustiva, analisando as tabelas de frequências, as medianas, percentis, médias e respetivos desvios padrão. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. Para avaliar o efeito preditor dos dados sociodemográficos sobre os domínios dos questionários FSFI e IIEF aplicaram-se modelos de regressão linear múltipla.

A análise das diferenças nos domínios FSFI e IIEF segundo as causas de infertilidade foi feita através do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Para avaliar a relação linear entre as pontuações do domínio FE e as pontuações de todos os domínios FSFI, analisou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* e respetivos níveis de significância.

Dado que os *cut-offs* para os domínios do FSFI e IIEF (excetuando FE) não foram validados para a população portuguesa, esta análise possui uma natureza exploratória.

III. Resultados

Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram 41 casais com uma idade média de $32,90 \pm 4,542$ anos. O rendimento familiar médio foi de $1686,59€ \pm 797,184€$. Tratou-se de uma amostra relativamente escolarizada, tendo em conta que mais de metade dos seus elementos (74,4%) possuía escolaridade igual ou superior ao ensino secundário.

Somente 7,3% dos casais apresentou infertilidade secundária enquanto os restantes apresentaram infertilidade primária (nunca tiveram filhos). Quanto à causa da infertilidade o fator masculino apresentou uma frequência superior (36,6%), seguida da combinada (22,0%) e da feminina (17,1%) (Tabela 1).

Domínios FSFI e IIEF

Dos inquiridos, apenas 12% das mulheres e 17% dos homens obtiveram uma pontuação normal em todos os domínios dos respetivos questionários.

A maior disfuncionalidade verificada nas mulheres relacionou-se com o desejo (73,2%) e com a excitação (58,6%). Cerca de 17% das mulheres obtiveram um valor total inferior ao *cut-off* estabelecido para DSF. Relativamente aos homens, existiu uma disfuncionalidade assinalável no que respeita à satisfação com a relação sexual (63,4%) e ao desejo sexual (61,0%) (Tabela 2).

Apenas 2% dos homens foram categorizados como sofrendo de disfunção erétil (DE) moderada a ligeira. Cerca de 17% revelou DE ligeira, sendo que nenhum participante revelou DE severa. Quanto ao orgasmo, 2% dos homens apresentaram disfunção severa, 10% disfunção moderada a ligeira e 17% disfunção ligeira. No domínio do desejo, 16% manifestou disfunção moderada a ligeira e 45% disfunção ligeira. Já na satisfação com a relação sexual, 5% demonstrou disfunção moderada a ligeira enquanto 58% dos inquiridos manifestaram disfunção ligeira. Por último, no campo da satisfação geral, 2% revelou disfunção severa e 34% disfunção ligeira.

Tabela 1 - Características dos pacientes

	Média ± DP (IV)
Idade feminina (anos)	31,8 ± 4,2 (24-39)
Idade masculina (anos)	34 ± 4,65 (26-44)
Duração da infertilidade (anos)	2,6 ± 1,7 (1-9)
Frequência absoluta (%)	
Educação feminina	
Primária	1 (2%)
2/3º Ciclo	4 (10%)
Secundária	18 (44%)
Universitária	18 (44%)
Educação masculina	
2/3º Ciclo	16 (39%)
Secundária	14 (34%)
Universitária	11 (27%)
Tipo de Infertilidade	
Primária	38 (93%)
Secundária	3 (7%)
Causa da infertilidade	
Masculina	30 (37%)
Feminina	14 (17%)
Combinada	18 (22%)
Inexplicável	8 (10%)
Não Sabe	12 (14%)
Rendimento Familiar (€)	1686,6 ± 797,2 (600-4000)

DV – Desvio Padrão
IV – Intervalo de Variação

Um dos principais objetivos do estudo era avaliar que fatores sociodemográficos poderiam influenciar os scores dos domínios FSFI e IIEF. Através de uma análise por regressão linear múltipla, foi avaliada a correlação entre os domínios do FSFI e as variáveis sociodemográficas, bem como com o domínio FE do questionário masculino²².

Segundo os dados da Tabela 3, pode-se constatar que a idade teve uma contribuição positiva para o score orgasmo ($\beta = 0,077$; $p=0,046$). Assim quanto maior a idade da mulher maior o score de orgasmo.

Tabela 2 - Domínios dos questionários FSFI e IIEF e percentagem de pacientes com alta probabilidade de disfunção

	Média ± DP	Mediana (P10-P90)	IV	% de pacientes com alta probabilidade de disfunção
Domínios FSFI				
Desejo	3,9 ± 0,7	4 (3-5)	2-6	73,2
Excitação	4,6 ± 1,0	5 (4-6)	0-6	58,6
Lubrificação	5,2 ± 1,2	6 (4-6)	0-6	48,8
Orgasmo	5,1 ± 1,1	6 (4-6)	0-6	48,8
Satisfação	5,4 ± 0,9	6 (4-6)	2-6	26,8
Dor	5,3 ± 0,9	6 (5-6)	1-6	39
Total	29,4 ± 4,9	30 (25-34)	5-35	17
Domínios IIEF				
Função Erétil	24,2 ± 3,6	29 (22-30)	15-30	19,5
Orgasmo	8,9 ± 1,8	10 (6-10)	2-10	29,3
Desejo	8 ± 1,3	8 (6-10)	5-10	61,0
Satisfação com relação sexual	11,7 ± 1,6	11 (10-14)	7-15	63,4
Satisfação Geral	9 ± 1,5	10 (8-10)	2-10	36,6
Total	64,8 ± 6,5	66 (54-72)	49-74	-----
P10 e P90 (Percentis)				
DP – Desvio Padrão; IV – Intervalo de valores				

O rendimento familiar perfilou-se com uma contribuição negativa ($\beta = -0,001$; $p < 0,05$), porém muito ligeira, para com os scores excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e total de FSFI ($\beta = -0,004$; $p = 0,005$).

Quando se avaliou o impacto da causa da infertilidade sobre os domínios FSFI (Tabela 4), os resultados mostraram apenas diferenças estatisticamente significativas no domínio dor, sendo que existiu uma maior disfuncionalidade neste domínio nos casais cuja causa de infertilidade era inexplicável ou quando não sabiam a sua causa ($p = 0,027$).

Quanto à influência da FE sobre a função sexual feminina, houve uma correlação positiva com quase todos os domínios do FSFI (excetuando o orgasmo e a satisfação, que apresentaram coeficiente de correlação negativo). No entanto nenhuma destas correlações foi estatisticamente significativa (Figura 1).

Tabela 3 - Análise multivariada dos dados demográficos com cada domínio FSFI

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Dor	Satisfação	Total
Idade	NS	NS	NS	0,077 (0,042)	NS	NS	NS
Duração da infertilidade	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Educação	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Tipo de Infertilidade	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Rendimento familiar	NS	-0,001 (0,000)	-0,001 (0,000)	-0,001 (0,000)	NS	-0,001 (0,000)	-0,004 (0,001)
α (constante)	4,953	3,477	4,677	3,671	5,779	5,518	27,891
R (%)	43,6	43,4	43,6	53,8	32,2	49,8	44,5

Os erros padrão dos coeficientes β são replicados
NS - Estatisticamente não significativo

Tabela 4 - Medianas dos domínios FSFI e relação com as causas da infertilidade

Domínios FSFI	Masculina	Feminina	Combinada	Inexplicável	Não Sabe	P^*
Desejo	4 (4-5)	4 (2-)	4 (3-)	4 (3-)	4 (2-)	NS
Excitação	5 (4-6)	5 (0-)	5 (4-)	5 (5-)	5 (4-)	NS
Lubrificação	5 (4-6)	5 (0-)	5 (4-)	6 (4-)	6 (5-)	NS
Orgasmo	5 (4-6)	6 (0-)	5 (5-)	6 (5-)	6 (3-)	NS
Dor	5 (4-6)	5 (1-)	5 (4-)	6 (5-)	6 (5-)	0,027
Satisfação	5 (5-6)	5 (2-)	6(4-)	6 (6-)	6 (6-)	NS
Total	29 (25-34)	29 (5-)	31 (29-)	33 (28-)	37 (-28)	NS

*Diferenças entre as variáveis em linha. Teste *Kruskal-Wallis*
NS - Estatisticamente não significativo

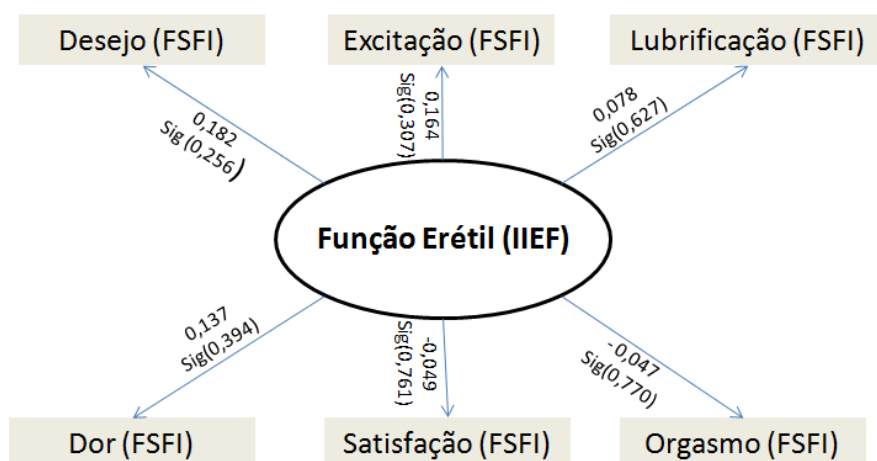


Figura 1 – Correlação entre o domínio 'Função Erétil' e todos os domínios FSFI

No grupo masculino, quando os domínios do IIEF foram avaliados através de uma análise por regressão linear múltipla, verificou-se que a duração da infertilidade teve um efeito significativo e negativo ($\beta = -0,412$; $p=0,031$) na explicação do score orgasmo nos homens (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise multivariada dos dados demográficos com cada domínio IIEF

	Função Erétil	Orgasmo	Desejo	Satisfação com relação sexual	Satisfação geral
Idade	NS	NS	NS	NS	NS
Duração da infertilidade	NS	-0,412 (0,183)	NS	NS	NS
Educação	NS	NS	NS	NS	NS
Tipo de Infertilidade	NS	NS	NS	NS	NS
Rendimento	NS	NS	NS	NS	NS
α (constante)	31,026	8,843	8,237	10,398	7,780
R (%)	30,3	50,8	34,8	36,9	27,4

Os erros padrão dos coeficientes β são replicados
NS - Estatisticamente não significativo

Quanto à influência da causa da infertilidade sobre os domínios IIEF, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas (Tabela 6). No entanto, verificou-se um score de desejo inferior quando a causa de infertilidade era combinada.

Tabela 6 - Medianas dos domínios IIEF e relação com as causas da infertilidade

Domínios IIEF	Masculina	Feminina	Combinada	Inexplicável	Não Sabe	P^*
Função Erétil	28 (20-30)	28 (23-)	28 (22-)	28 (25-)	29 (15-)	NS
Orgasmo	8 (5-10)	10 (8-)	10 (2-)	10 (10-10)	10 (10-10)	NS
Desejo	8 (6-9)	9 (8-)	8 (5-)	9 (6-)	9 (7-)	NS
Satisfação com relação sexual	11 (10-14)	13 (9-)	11 (10-)	11 (10-)	12 (7-)	NS
Satisfação Geral	10 (8-10)	10 (7-)	9 (8-)	9 (8-)	10 (2-)	NS

*Diferenças entre as variáveis em linha. Teste *Kruskal-Wallis*
NS - Estatisticamente não significativo

IV. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da disfunção sexual nos homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade, bem como identificar que fatores de risco poderiam contribuir para a disfunção sexual nestes casais. Estudos sobre a incidência da disfunção sexual masculina e feminina são importantes pois proporcionam uma perspectiva mais alargada do problema e dos seus fatores de risco, os quais podem ser alvo de prevenção.

Disfunção sexual na mulher infértil

Uma investigação recente realizada em Portugal revelou que a percentagem de disfunção sexual na população feminina ronda os 18,6%²³. Este valor é próximo do obtido neste trabalho quando se analisa o valor total do FSFI (17%). Contudo, este valor não é elucidativo quanto aos domínios da função sexual mais afetados. Os estudos existentes sobre a prevalência da disfunção sexual nas mulheres inférteis têm sido caracterizados por resultados contraditórios. Em território Português assinalam-se dois estudos que não encontraram diferenças entre os casais férteis e os inférteis no âmbito da satisfação conjugal e sexual^{24,25}.

Neste trabalho, os domínios desejo sexual e excitação foram os que apresentaram maior DSF, estando estes achados em conformidade com outros estudos^{26,27}. As percentagens obtidas revelaram uma maior prevalência de disfunção sexual quando comparadas com as encontradas na população portuguesa feminina normal, onde 35% das mulheres reportou problemas na área do desejo; 34,1% na área da dor; e 31,6% nas áreas excitação e orgasmo, sendo que 43,7% das mulheres não apresentou qualquer tipo de disfunção sexual²³.

Os valores superiores encontrados neste trabalho podem dever-se ao facto dos *cut-offs* utilizados serem demasiado sensíveis, ou então revelar que a infertilidade influencia negativamente o desejo e a excitação sexual da mulher, uma vez que a perda de espontaneidade sexual associada aos tratamentos para este problema constitui um fator de stress negativo para o casal²⁸. Num estudo realizado, 71% das mulheres inférteis referiram que a infertilidade diminuiu o prazer sexual e tornou a atividade sexual demasiado mecânica e propositada²⁹.

Podemos, desta forma, formular a hipótese de que a infertilidade possa ter mais impacto nos domínios do desejo sexual e excitação do que nos restantes domínios da função sexual.

Disfunção sexual no homem infértil

De acordo com o estudo EPISEX-PT/Masculino³⁰, a prevalência da disfunção sexual masculina na população portuguesa ronda os 5,8%. Quanto aos domínios afetados, os homens portugueses apresentaram uma prevalência de disfuncionalidade no desejo sexual de cerca de 15,5%. Em relação à disfunção erétil e à insatisfação sexual, os valores foram de 12,9% e de 8,5%, respetivamente, sendo que 76% dos homens não relatou qualquer tipo de disfunção. Estes valores são diferentes dos obtidos neste trabalho, onde foram detetados altos níveis de disfuncionalidade no domínio do desejo sexual e na satisfação com a relação sexual.

Uma vez mais, a par de outros estudos^{6,31}, este trabalho está em conformidade em demonstrar que a satisfação sexual e o desejo sexual masculino são os domínios mais afetados no homem infértil. Os valores mais elevados, aqui encontrados, podem dever-se ao impacto que o diagnóstico de infertilidade tem sobre a função sexual masculina. Num estudo comparativo, a prevalência de DE e sintomas de andropausa foram significativamente superiores na população de homens inférteis quando comparados com os homens sem problemas de fertilidade (28% vs. 11%, $p < 0,01$)³². Quando confrontados com o impacto das disfunções sexuais masculinas na vida de um casal, 80,6% dos homens afirmaram que era sobretudo a DE que prejudicava a qualidade de vida do casal³⁰. A prevalência de disfunção erétil neste estudo foi superior à reportada pela população Portuguesa normal.

Baseado nestes achados, é possível que o stress induzido pela infertilidade tenha um impacto proeminente nos homens portugueses, na satisfação com a relação sexual, bem como no desejo sexual. No campo da DE, é provável que apenas as formas moderada a ligeira e ligeira sejam influenciadas.

Fatores de risco para disfunção sexual em casais inférteis

Um dos objetivos deste trabalho era determinar que fatores de risco poderiam contribuir para a disfunção sexual em casais inférteis. De entre os mais comuns, associados com o problema, pode-se salientar o estado geral de saúde, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, doenças genitourinárias, doenças psiquiátricas, outras doenças crónicas e a condição sociodemográfica, sendo que a DE do parceiro é outro fator de risco para DSF^{33,34}.

O declínio da atividade sexual ao longo da vida tem sido associado à idade e à duração da relação conjugal²². Neste trabalho, o aumento da idade da mulher correlacionou-se positivamente com o score orgasmo, o que significa que para idades mais jovens, as mulheres tendem a reportar maior disfunção neste domínio. Este

assunto é contraditório em vários outros estudos, onde se demonstrou uma diminuição da frequência do orgasmo com a idade ou, até, inexistência de correlação com a idade³⁵. Presumivelmente, o tamanho da amostra não é suficiente para inferirmos sobre a relação da idade com este domínio, contudo os dados podem ajudar a formular a hipótese de que o aumento da idade poderá estar associado a um melhor autoconhecimento da mulher em relação às suas necessidades sexuais, tornando-se mais fácil atingir o orgasmo.

Embora os resultados demonstrem que o rendimento familiar possa constituir um fator de risco para DSF, a correlação aqui encontrada é fraca. A literatura não é unânime quanto à associação entre o nível socioeconómico e a disfunção sexual³⁶.

Quanto à causa e duração da infertilidade, é sabido que constituem fatores de risco para disfunção sexual²². De acordo com Connolly *et al.*³⁷, a infertilidade masculina, mais do que a feminina, combinada ou idiopática, está ligada à intensificação dos problemas emocionais no casal, contudo, as mulheres inférteis geralmente sentem maior responsabilidade e culpa pelos problemas de fertilidade e, por isso, são mais propensas a distúrbios emocionais e perda de autoestima. Neste trabalho, as causas “inexplicável” ou “não sabe” estavam relacionadas a uma maior disfunção feminina no domínio da dor, enquanto no homem, embora sem relação estatística significativa, a causa “combinada” relacionou-se com o domínio do desejo. Estes dados revelam que a causa da infertilidade é, de facto, um fator de risco, embora não se tenha observado que as causas masculinas ou femininas, isoladamente, influenciasses os domínios da função sexual. Quanto à duração da infertilidade, esta demonstrou ser um fator de risco correlacionando-se negativamente com o domínio orgasmo nos homens. Este achado está de acordo com vários estudos que consideraram a duração da infertilidade como um fator determinante para a disfunção sexual^{38,39}. Se a relação entre a duração do problema e a disfunção sexual é direta ou se depende de outras variáveis como tratamentos ou outros fatores, necessita de mais estudos.

Segundo o trabalho de Shindel *et al.*, a infertilidade está associada, com uma incidência superior ao esperado, a disfunção erétil, sintomas depressivos e relação conjugal disfuncional no homem, sendo que a incidência destes problemas é maior nos homens cujas parceiras também sofrem de disfunção sexual⁸. No presente estudo, os dados demonstraram que a função erétil correlacionou-se positivamente com os domínios desejo, excitação, lubrificação, dor e total de FSFI. Assim sendo, quanto maior for a DE (menor pontuação), maior a disfuncionalidade nesses domínios. Contudo, esta correlação não é estatisticamente significativa, sendo necessários outros estudos com amostras superiores para averiguar esta relação.

A função e atividade sexuais são de extrema importância para a qualidade de vida individual e do casal. Para 65,8% das mulheres Portuguesas²³, o sexo é muito importante ou mesmo fundamental, enquanto no homem este valor sobe para 85,6%³⁰. Estes valores realçam a importância do médico estar atento às disfunções sexuais do casal, em especial no âmbito da infertilidade, algo que parece não acontecer com frequência no nosso País já que apenas 27,5% dos homens declarou já ter sido questionado pelo médico sobre a vida sexual³⁰.

Embora os resultados demonstrem o impacto do diagnóstico de infertilidade nos casais Portugueses, bem como alguns fatores de risco importantes, é preciso alguma cautela na extrapolação destes resultados para a população Portuguesa. De referir o fato de não se tratar de um estudo longitudinal e de estarmos perante uma amostra que pode não ser representativa da população geral. Ainda neste campo, é de mencionar que os *cut-offs* utilizados nos domínios FSFI e IIEF (excluindo o domínio FE) não se encontram validados para a população Portuguesa e, deste modo, os resultados revestem-se de natureza exploratória, podendo não corresponder à verdadeira realidade nacional.

Outros estudos, utilizando grupos de controlo de casais férteis e incidindo sobre outro tipo de variáveis sociodemográficas (duração da relação, duração e tipo de tratamentos efetuados, entre outros), utilizando outras escalas ou avaliando o impacto na qualidade de vida, necessitam ser efetuados para corroborar os dados aqui expostos ou demonstrar outras associações importantes.

No entanto, espera-se que o presente estudo possa constituir uma ferramenta útil na análise do impacto da infertilidade na vida sexual e na identificação de eventuais fatores de risco para disfunção sexual em casais inférteis.

V. Conclusão

Os dados deste estudo sugerem que a infertilidade possa ter mais impacto sobre os domínios do desejo e excitação na mulher e nos domínios do desejo e satisfação com a relação sexual no homem. A idade, o rendimento familiar, a causa e duração da infertilidade e a DE do parceiro podem constituir eventuais fatores de risco para uma maior disfunção sexual no casal. Contudo, estes dados são apenas exploratórios e mais estudos são necessários neste campo.

VI. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization: Recent Advances in Medically Assisted Conception. World Health Organization Publ 1992;vol 820.
2. World Health Organization: Progress Report in Reproductive Health Research. World Health Organization Publ 2003;vol 23.
3. SILVA-CARVALHO JL, SANTOS A: Estudo AFRODITE. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade. [s.n.] 2009;9-73.
4. ESHRE: The European IVF-monitoring programme (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe 2000.
5. SCHMID J, KIRCHENGAST S, VYTISKA-BINSTORFER E, HUBER J: Infertility caused by PCOS—Health related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. Hum Reprod 2004;19:2251–7.
6. MONGA M, ALEXANDRESCU B, KATZ SE, STEIN M, GANIATS T: Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004;63:126–30.
7. LENZI A, LOMBARDO F, SALACONE P, GANDINI L AND JANNINI EA: Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. J Endocrinol Invest 2003;26:72.
8. SHINDEL AW, NELSON CJ, NAUGHTON CK, OHEBSHALOM M, MULHALL JP: Sexual Function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. J Urol 2008;179:1056–9.
9. ANDREWS FM, ABBEY A, AND HALMAN LJ: Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril 1992;57:1247–1253.
10. HARDY E, MAKUCH MY: Gender, infertility and ART. In E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (Eds.), Current practices and controversies in Assisted Reproduction. Geneva: World Health Organization 2002;272-80.
11. QUIRK FH, HEIMAN JR, ROSEN RC, LAAN E, SMITH MD, BOOLELL M: Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. JWomens Health Gend Based Med 2002;11:277–89.
12. ROSEN RC, RILEY A, WAGNER G, OSTERLOH IH, KIRKPATRICK J, MISHRA A: The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997;49:822–30.

13. HENTSHCEL H, ALBERTON D, CAPP E, GOLDIM J, PASSOS E. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para o uso em Língua Portuguesa. Rev. HCPA 2007;27:10-14.
14. QUINTA GOMES AL, NOBRE PJ: The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric Properties of the Portuguese Version. J Sex Med 2012;9:180-7.
15. ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, D'AGOSTINO R Jr: The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26:191-208.
16. ter KUILE MM, BRAUER M, LAAN E: The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometric properties within a Dutch population. J Sex Marital Ther 2006; 32:289-304.
17. SHINDEL AW, FERGUSON GG, NELSON CJ, BRANDES SB: The sexual lives of medical students: a single institution survey. J Sex Med 2008; 5:796-803.
18. JIANN BP, SU CC, YU CC, WU TT, HUANG JK (2009): Risk factors for individual domains of female sexual function. J Sex Med 2009; 6:3364-75.
19. WIEGEL M, MESTON C, ROSEN R: The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and Development of Clinical Cutoff Scores. J Sex Marital Ther 2005; 31:1-20.
20. MESTON CM: Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. J Sex Marital Ther 2003; 29:39-46.
21. SINGH JC, THARYAN P, KEKRE NS, SINGH G, GOPALAKRISHNAN G: Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. J Postgrad Med 2009 ; 55:113-20.
22. KHADEMI A, ALLEYASSIN A, AMINI M, GHAEMI M: Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. J Sex Med 2007; 5:1402-10.
23. VENDEIRA P, PEREIRA NM, SERRANO F, CARVALHEIRA AA: Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais femininas em Portugal. Isex Cadernos de Sexologia 2011; 4:07-14.
24. FILIPE J, PINHEIRO M: Um estudo sobre a relação conjugal e a satisfação sexual em casais inférteis: Que relação com o factor causal da infertilidade e a fase do processo de tratamento?. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde 2004; Lisboa: Edições ISPA.
25. VARÃO AC, BAPTISTA A: Satisfação sexual e conjugal em casais inférteis. Isex Cadernos de Sexologia 2011; 4:35-44.

26. MILLHEISER LS, HELMER AE, QUINTERO RB, WESTPHAL LM, MILKI AA, LATHI RB: Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril* 2010; 94:2022-5.
27. HENTSCHEL H, ALBERTON DL, SAWDY RJ, CAPP E, GOLDIM JR, PASSOS EP: Sexual function in women from infertile couples and in women seeking surgical sterilization. *J Sex Marital Ther* 2008; 34:107-14.
28. SIEBEL MM, TAYMOR ML: Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982; 37: 137-145.
29. DENNERSTEIN L, MORSE C: Psychological issues in IVF. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 12:835-846.
30. VENDEIRA P, PEREIRA N, TOMADA N, CARVALHO J: Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Isex Cadernos De Sexologia* 2011; 4:15-22.
31. RAMEZANZADEH F, AGHSSA MM, ZAYERI F: Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril* 2006;85:139-43.
32. O'BRIEN JH, LAZAROU S, DEANE L, JARVI K, ZINI A: Erectile dysfunction and andropause symptoms in infertile men. *J Urol* 2005;174:1932-4.
33. LEWIS RW, FUGL-MEYER KS, BOSCH R, FUGL-MEYER AR, LAUMANN EO, LIZZA E, MARTIN-MORALES A: Epidemiologic/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1:35-9.
34. SHINDEL AW, NELSON CJ, NAUGHTON CK, OHEBSHALOM M, MULHALL JP: Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J Urol* 2008;179:1056-9.
35. HAYES R, DENNERSTEIN L: The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med* 2005; 2:317-30.
36. PRADO DS, MOTA V, LIMA T: Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obste* 2010; 32:139-143.
37. CONNOLLY KJ, EDELMANN RJ, COOKE ID, ROBSON J: The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res* 1992;36:459-68.
38. BERG BJ, WILSON JF: Psychological functioning cross stages of treatment in infertility. *J Behav Med* 1991;14:11-26.
39. DROSDZOL A, SKRZYPULEC V: Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *J Sex Med* 2009;6:3335-46.

ANEXOS

Anexo A

Documento informativo para o casal e consentimento informado

Informação para o utente

É convidado a participar voluntariamente num estudo transversal intitulado “Avaliação do Impacto da Infertilidade sobre a Função Sexual em Casais Portugueses”, realizado no âmbito da disciplina Dissertação/ Projeto/ Relatório de estágio do Mestrado Integrado em Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Este estudo será realizado na Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar do Porto por João Miguel Ferreira Perestrelo, aluno do 6º ano do referido curso e supervisionado pelo médico orientador Dr. Nuno Louro. A sua participação neste estudo baseia-se na resposta a dois questionários que irão avaliar aspetos sócio-económicos e relacionados com o diagnóstico de infertilidade e função sexual. O principal objetivo da sua participação neste estudo é ajudar a responder às seguintes perguntas de investigação:

- Determinar a prevalência da disfunção sexual em casais inférteis baseada na pontuação de dois questionários - o FSFI (*Female Sexual Function Index*) e o IIEF (*International Index of Erectil Function*).

- Se a pontuação dos questionários é influenciada por fatores como idade, rendimento familiar, nível educacional, duração da infertilidade, tipo de infertilidade e tratamentos prévios para o problema.

- Se existe correlação entre a disfunção erétil masculina e a pontuação do questionário FSFI pela mulher.

- Descrever os subgrupos de casais inférteis em risco de disfunção sexual.

Após o preenchimento dos questionários, os mesmos devem ser selados em envelope A5 e depositados numa caixa existente no consultório para recolha dos mesmos. Todos os dados são absolutamente confidenciais e não incluem nome, morada, número de utente, ou outros dados que o possam identificar. A sua informação clínica pessoal e respostas aos questionários serão mantidas confidenciais pelo médico orientador do estudo e pelo aluno responsável. A sua informação pessoal será recolhida, processada e utilizada de acordo com a “Lei de Proteção de Dados Pessoais” (lei 67/98). Ao concordar em participar neste estudo, a sua informação clínica pessoal e resposta aos questionários irão ser utilizadas e reveladas da seguinte forma:

-O médico orientador do estudo e o aluno irão utilizar os dados clínicos e a informação criada ou recolhida durante o estudo para a condução do mesmo.

-Os responsáveis pelo estudo irão usar os dados com um propósito investigacional para suportar os objetivos descritos no consentimento informado.

-Os seus dados do estudo poderão ser partilhados com Autoridades Reguladoras deste país ou de outros países, e com a Comissão de Ética que supervisiona este estudo.

-Dados do estudo que não o identificam poderão ser publicados em jornais médicos ou partilhados em discussões científicas.

Consentimento Informado

Página de Assinaturas

Para participar neste estudo transversal intitulado “Avaliação do Impacto da Infertilidade sobre a Função Sexual em Casais Portugueses”, realizado por João Miguel Ferreira Perestrelo, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina e supervisionado pelo médico orientador Dr. Nuno Louro, e para autorizar a utilização e revelação da sua informação clínica pessoal, você ou o seu representante legal, tem de assinar e datar esta página.

Ao assinar esta página, está a confirmar o seguinte:

- leu todas as informações deste Documento de Informação e Consentimento;
- teve tempo para pensar;
- todas as suas perguntas lhe foram respondidas satisfatoriamente;
- concorda participar voluntariamente neste ensaio clínico;
- concorda em seguir os procedimentos do estudo e proporcionar as informações necessárias ao médico orientador do estudo e ao aluno que realiza o estudo em questão;
- sabe que pode decidir livremente terminar a sua participação no estudo em qualquer altura;
- concorda que o médico orientador e o aluno que realiza o estudo utilizem a sua informação clínica pessoal, de acordo com o descrito neste documento;
- recebeu uma cópia deste documento de Informação e Consentimento.

Utente(s):		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nome	Assinatura	Data

Aluno Investigador:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nome	Assinatura	Data

Anexo B

Questionários FSFI e IIEF e respetivas pontuações

FSFI

(Rosen et al, 2000; tradução e adaptação de P. Nobre, 2001)

INSTRUÇÕES:

Estas questões perguntam sobre os seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas. Por favor responda às seguintes questões. As suas respostas serão mantidas completamente confidenciais. Ao responder a estas questões as seguintes definições aplicam-se:

Atividade sexual pode incluir carícias, preliminares, masturbação e relação sexual.

Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pénis na vagina.

Estimulação sexual inclui situações como preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação), ou fantasia sexual.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se recetiva à iniciativa sexual de um parceiro, e pensar ou fantasiar acerca de ter sexo.

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspetos físicos e mentais. Pode incluir sentimentos de calor ou comichão nos genitais, lubrificação (“ficar molhada”), ou contrações musculares.

ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA POR QUESTÃO

1. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa ou nenhuma

6. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual a **difficuldade** que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, com que **frequência** atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, qual a **difficuldade** que teve em atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor **durante** a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor **após** a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

Não tentei ter relações sexuais

Muito elevado

Elevado

Moderado

Baixo

Muito baixo ou nenhum

Pontuação:

Quadro B.1 – Pontuação do questionário FSFI

Domínios	Questões	Intervalo de valores	Fator	Score mínimo	Score máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1)-5	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6

Fonte: ROSEN et al., 2000

IIEF

(Rosen et al., 1997, traduzido e adaptado por P. Nobre, 2001)

Estas perguntas são acerca do efeito que os seus problemas de ereção provocaram na sua vida sexual **nas últimas 4 semanas**. Responda às questões da forma mais clara e sincera possível. Responda a cada questão, assinalando apenas uma das opções com uma cruz [X]. Se não tiver a certeza sobre como responder, escolha a resposta que lhe parecer mais próxima da sua realidade.

Na resposta a estas questões recorde as seguintes definições aplicáveis:

*** Relação sexual**

É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

**** Atividade sexual**

Inclui relações sexuais, carícias, preliminares e masturbação.

***** Ejaculação**

É definida como a expulsão de sémen do pénis (ou sensação de expulsão).

****** Estimulação sexual**

Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

1. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes conseguiu ter uma ereção durante a atividade sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

2. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve ereções com a ajuda de estimulação sexual***, quantas vezes é que essas ereções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

As 3 perguntas que se seguem são acerca das ereções que poderá ter tido durante a relação sexual*.

3. **Nas últimas 4 semanas**, quando tentou ter relações sexuais*, quantas vezes conseguiu penetrar (entrar) a sua companheira?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais
- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

4. **Nas últimas 4 semanas**, durante as relações sexuais* **quantas vezes** conseguiu manter a sua ereção depois de ter penetrado (entrado) a sua companheira?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais
- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

5. **Nas últimas 4 semanas**, durante as relações sexuais* **que dificuldade teve** em manter a ereção até ao fim da relação sexual?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais
- Tive imensa dificuldade
- Tive muita dificuldade
- Tive dificuldade
- Tive alguma dificuldade
- Não tive dificuldade

6. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes tentou ter relações sexuais*?
Assinale apenas uma opção.

- Não fiz nenhuma tentativa
- 1-2 tentativas
- 3-4 tentativas
- 5-6 tentativas
- 7-10 tentativas
- 11+ tentativas

7. **Nas últimas 4 semanas**, quando tentou ter relações sexuais*, quantas vezes é que foi satisfatório para **si**?
Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais
- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

8. **Nas últimas 4 semanas**, quanto prazer é que obteve nas suas relações sexuais*?
Assinale apenas uma opção.

- Não tive relações sexuais
- MUITÍSSIMO prazer
- Muito prazer
- Bastante prazer
- Pouco prazer
- Não tive qualquer prazer

9. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve estimulações sexuais**** **ou** relações sexuais*, quantas vezes teve ejaculação***?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive estimulações ou relações sexuais
- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

10. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve estimulações sexuais**** **ou** relações sexuais*, com que frequência sentiu um orgasmo com ou sem ejaculação***?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive estimulações ou relações sexuais
- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

As 2 perguntas que se seguem são acerca do desejo sexual. Vamos definir desejo sexual como uma sensação que pode incluir o ter vontade de ter uma experiência sexual (por exemplo masturbação ou relações sexuais*), pensar em sexo, ou o sentimento de frustração devido à falta de sexo.

11. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes sentiu **desejo sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Sempre ou quase sempre
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

12. **Nas últimas 4 semanas**, como classificaria o nível do seu **desejo sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

13. **Nas últimas 4 semanas**, qual o seu grau de satisfação com a sua **vida sexual** em geral?

Assinale apenas uma opção.

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Igualmente satisfeito e insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

14. **Nas últimas 4 semanas**, qual o seu grau de satisfação com o **relacionamento sexual** que mantém com a sua companheira?

Assinale apenas uma opção.

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Iguamente satisfeito e insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

15. **Nas últimas 4 semanas**, como avalia a sua **confiança** de conseguir obter e manter uma ereção?

Assinale apenas uma opção.

- Muito elevada
- Elevada
- Moderada
- Baixa
- Muito baixa

Pontuação:

Quadro B.2 – Pontuação do questionário IIEF

Domínios	Disfunção severa	Disfunção moderada	Disfunção moderada a ligeira	Disfunção ligeira	Sem disfunção
Função erétil	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30
Função orgásmica	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Desejo	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Satisfação relação sexual	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15
Satisfação geral	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10

Fonte: ROSEN et al., 1997