



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 11, Issue, 12, pp. 52877-52884, December, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22838.12.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AValiação da Função Sexual em Mulheres com a Síndrome dos Ovários Policísticos com Diferentes Índices de Massa Corporal

Anna Klara Alves Da Silva*¹; Laiane Patrícia Soares Lopes² and Ione Maria Ribeiro Soares Lopes³

¹Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí, UFPI, Teresina, PI – Brasil; ²Medicina pela Faculdade CET- Centro de Educação Tecnológico de Teresina, Teresina, PI – Brasil; ³Professora Associada a Universidade Federal do Piauí, UFPI, Teresina, PI - Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 02nd September, 2021
Received in revised form
14th October, 2021
Accepted 11th November, 2021
Published online 30th December, 2021

Key Words:

Síndrome do Ovário Policístico.
Sexualidade. Qualidade de vida.
Obesidade.

ABSTRACT

O presente estudo buscou comparar as diferenças na função sexual entre mulheres com e sem Síndrome dos Ovários policísticos, com diferentes Índices de Massa Corporal. transversal controlado desenvolvido em mulheres de 18 a 40 anos que preencheram critérios de Rotherdam para o diagnóstico de SOP, foram comparadas com mulheres saudáveis. A amostragem foi não probabilística e composta por 200 participantes, recrutadas a partir de demanda espontânea no ambulatório de Reprodução Humana e Endocrinologia ginecológica de um hospital de ensino da cidade de Teresina-PI. Foram distribuídas em quatro grupos: IA(SOP com excesso de peso- $IMC \geq 25$); IB (SOP e peso normal – $IMC < 25$); IIA (mulheres saudáveis e excesso de peso - $IMC \geq 25$) e IIB (mulheres saudáveis com $IMC < 25$). Formulário estruturado, prontuário de atendimento e questionário IFSF (Funcionamento Sexual Feminino) foram utilizados como instrumentos de coleta de dados. Os dados foram analisados estatisticamente usando os testes de Kolmogorov-Smirnov; Mann-whitney e o de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$). A população estudada tinha idade média de 31,5 anos de mulheres com SOP, e 31,09 para mulheres sem SOP, em maioria casadas, autodeclaradas pardas e com nível de escolaridade até o Ensino Médio. Os hábitos de vida (atividade física, tabagismo e etilismo) quando comparados os dois grupos I e II, não houve diferença estatisticamente significante ($p > 0,05$). Baseado no total de escore do IFSF, a disfunção sexual esteve presente em 34% das mulheres com SOP quando comparadas ao controle, 32%. Em relação ao IMC, não foi verificado diferença estatisticamente significante entre as médias dos escores total do Índice da Função Sexual das mulheres com SOP e excesso de peso quando comparadas ao Grupo controle ($p = 0,479$), mas no Grupo SOP, as mulheres com peso normal tiveram menos “satisfação” sexual ($p = 0,008$) e “dores” na relação sexual ($p = 0,007$) do que as mulheres com excesso de peso. As pacientes com SOP tiveram escores significativamente maior no domínio “satisfação” quando comparada com mulheres do grupo controle ($p < 0,05$). A função sexual de mulheres com a Síndrome dos ovários policísticos obesas ou com sobrepeso não apresenta muitas diferenças em relação ao controle, exceto nos domínios “satisfação e dor”.

*Corresponding author:

Anna Klara Alves Da Silva

Copyright © 2022, Anna Klara Alves Da Silva and Ione Maria Ribeiro Soares Lopes. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Anna Klara Alves Da Silva; Laiane Patrícia Soares Lopes and Ione Maria Ribeiro Soares Lopes. “Avaliação da função sexual em mulheres com a síndrome dos ovários policísticos com diferentes índices de massa corporal”, *International Journal of Development Research*, 11, (12), 52877-52884.

INTRODUCTION

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum, com prevalência variando de 10 a 15% em mulheres na idade reprodutiva, dependendo do critério diagnóstico adotado (Andrade *et al.*, 2016; Azziz *et al.*, 2016; Pastoor *et al.*, 2018). Sua etiologia permanece desconhecida, mas acredita-se na origem multifatorial, que envolve alterações da pulsatilidade central do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) e do hormônio

luteinizante (LH), anormalidades intrínsecas na esteroidogênese ovariana, resistência insulínica e genéticos (pelo menos 16 loci no genoma estariam relacionados à SOP) (Azziz *et al.*, 2004; Dezegher & Ibáñez, 2006; March *et al.*, 2010). As principais características são, oligomenorreia ou amenorreia, hiperandrogenismo (bioquímico ou clínico) e morfologia policística ovariana. O diagnóstico de SOP é feito quando pelo menos duas dessas características estão presentes (Rotterdam, 2004; Guzick, 2004). Além das características específicas que definem a SOP, também é reconhecida por estar associada a um conjunto de fatores de risco para doença

cardiovascular (DCV), destacando-se dislipidemia (Soares, 2008), diabetes tipo 2 (Cibula et al., 2000), obesidade central (Castella et al., 2008) e síndrome metabólica (Diamanti-Kandarakis et al., 2007; Soares, 2008), com a participação da resistência à insulina (RI) como agente de integração dessas diversas anormalidades cardiometabólicas (Teede, 2006). Entre os fatores de risco cardiovascular comuns na SOP, a obesidade central tem merecido destacada atenção pela distribuição visceral de gordura, comumente relacionada com a RI (Huber-Buchholz, 1999; Puder et al., 2005; LOOD et al., 2006; Carmina, 2007; Castella, 2008). Tanto a obesidade quanto o sobrepeso estão aumentando em todo o mundo e têm influências em várias funções do corpo humano, incluindo a saúde reprodutiva. Mulheres obesas apresentam com frequência alterações do “eixo hipotálamo-hipófise-ovariano” e disfunção menstrual, resultando em anovulação e infertilidade (Silvestris et al., 2018). As pacientes com a SOP podem apresentar alterações biopsicossociais, com risco de depressão, ansiedade, baixa auto-estima, podendo comprometer a qualidade de vida e possibilidade de afetar a função sexual (Pastoor et al., 2018). As modificações na aparência, irregularidade ou ausência de menstruação, dificuldade para engravidar e possíveis alterações do comportamento sexual podem resultar em sofrimento psíquico e afetar a identidade feminina (Castella et al., 2008). Burri e Spactor (2011) conceituam disfunção sexual como uma dificuldade durante qualquer fase do ciclo de resposta sexual, que impede o indivíduo ou casal de experimentar satisfação na relação sexual, estando envolvidos fatores físicos, sociais e psicológicos. O desenvolvimento psicossocial, as atitudes psicológicas para com a sexualidade e as atitudes frente ao próprio parceiro estão diretamente relacionadas e afetam a fisiologia da resposta sexual humana (Fonseca, 2008). Dessa forma, os principais fatores de risco para as disfunções sexuais em mulheres podem ser divididos em físicos, psicológicos, psicossociais e sociodemográficos (Abdo, 2006; Tozo, 2009). Assim, as mulheres com a Síndrome dos ovários policísticos podem apresentar diversos fenótipos envolvendo a obesidade, infertilidade e hirsutismo, com possibilidade de ter profundo impacto na sexualidade e afetar vários aspectos da identidade sexual feminina (Elsenbruch et al., 2006; Pastoor et al., 2018). A função sexual é um complexo fenômeno biopsicossocial, como é a SOP. Em mulheres, a função sexual pode ser influenciada por muitos fatores como os níveis de androgênios, a infertilidade, imagem corporal, saúde mental, síndrome metabólica e a auto-estima (Pastoor et al., 2018), fatores também presentes na SOP, o que poderia contribuir para a ocorrência da disfunção sexual nessas mulheres. Mesmo considerando a importância epidemiológica da SOP, a literatura apresenta escassez de estudos com o intuito de se avaliar a qualidade de vida das mulheres com SOP, principalmente em relação às alterações das disfunções sexuais, em diferentes fenótipos de apresentação dessa síndrome, obesas/sobrepeso e não obesas, possibilitando aos profissionais mais informações que possam auxiliar no melhor acompanhamento e tratamento dessas mulheres. O presente estudo teve como objetivo avaliar a função sexual das mulheres com síndrome dos ovários policísticos, de diferentes Índices de Massa Corporal (IMC), além de estratificar as características sociodemográficas da população do estudo, buscando avaliar a influência dos hábitos de vida (atividade física, tabagismo e etilismo) das mulheres com e sem SOP, com diferentes IMC, sobre a função sexual e comparar as diferenças na função sexual entre mulheres com SOP e controles saudáveis, utilizando escores de função sexual (IFSF), por fim, avaliar a influência do sobrepeso/obesidade no desempenho da função sexual, utilizando escores de função sexual (IFSF), de mulheres com a síndrome dos ovários policísticos e controles saudáveis.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Estudo do tipo observacional, analítico e transversal.

Local e período de coleta de dados: O protocolo do estudo foi realizado no ambulatório de reprodução humana e endocrinologia ginecológica do Hospital Getúlio Vargas de Teresina-PI, no período de fevereiro a agosto de 2018. O local do estudo aparece no cenário

estadual como instituição universitária e referência em tratamentos ginecológicos.

População e amostra: A população do estudo consistiu de 200 mulheres em idade reprodutiva, que realizaram acompanhamento no ambulatório de reprodução humana e endocrinologia ginecológica do Hospital Getúlio Vargas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foram entrevistadas 100 mulheres com a síndrome dos ovários policísticos e 100 mulheres saudáveis, que procuraram o setor para a realização da cirurgia para reversão da laqueadura tubária (controle).

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Faixa etária entre 18 anos a 40 anos;
- Sexualmente ativa;
- Não estar grávida ou amamentando;
- Aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Para o grupo de mulheres com SOP, ainda foi necessário ter diagnóstico confirmado da Síndrome de Ovários Policísticos baseado nos critérios de Rotterdam (2004), com irregularidade menstrual, hirsutismo e/ou hiperandrogenemia e ovários policísticos na ultrassonografia (pelo menos dois dos três critérios);
- Para o grupo controle a ausência de diagnóstico prévio ou atual de SOP.

Foram excluídas da pesquisa, mulheres:

- Sexualmente inativas há pelo menos 5 semanas anterior à entrevista;
- Com doenças psiquiátricas, disfunção de tireoide, diabetes melitus, disfunção renal, disfunção hepática, deficiência imunológica, uso de medicação com potencial para afetar a função reprodutiva ou metabólica, tais como contraceptivos orais, drogas antiandrogênicas, antilipêmicas, hipoglicemiantes orais, estatinas ou terapia com glicocorticoides, até 60 dias antes de ingressarem no estudo.

As pacientes foram divididas em quatro grupos: Grupo IA – 50 mulheres com SOP e excesso de peso (sobrepeso/obesas, $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$); Grupo IB – 50 mulheres com SOP e com índice corporal normal ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$); Grupo IIA – 50 Mulheres saudáveis e excesso de peso (controle, com sobrepeso/obesas, $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$); Grupo IIB – 50 Mulheres saudáveis e índice corporal normal (controle, $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$). O IMC foi a medida de referência utilizada para a formação dos grupos, considerando peso normal (de 18,5 a 24,9 kg/m^2), sobrepeso (≥ 25 e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A amostragem foi não probabilística, do tipo intencional, a partir de demanda espontânea das pacientes no setor e coletada no período de fevereiro a agosto de 2018.

Variáveis do estudo: Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário que congregava características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, cor/“raça”); dados antropométricos (IMC e circunferência abdominal), estilo de vida (etilismo, tabagismo, prática de atividade física), aspectos clínicos (doenças pessoais e familiares pregressas, características do ciclo menstrual, pressão arterial e hirsutismo). As medições antropométricas das pacientes foram obtidas a partir de balança antropométrica mecânica 300kg Welmy®. As escalas psicométricas preenchem uma importante lacuna na facilitação do processo de diagnóstico. Além disso, por serem instrumentos padronizados, válidos e com boa fidedignidade, permitem comparação de dados entre diferentes populações, viabilizando o estabelecimento de normas para o público-alvo (Lima, Silva, Postigo, Aoki, 2010). O *Female Sexual Function Index* (FSFI), foi o questionário de avaliação para a função sexual escolhido de acordo com Pereira et al. (2011), entre os vários instrumentos existentes, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino-IFSF, traduzido e validado para utilização na língua portuguesa fluente no Brasil, destaca-se por se tratar de um questionário que congrega as características de ser prático para aplicação em estudos

de campo, com capacidade para avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis. Tem ainda uma importante característica de ser um instrumento de avaliação em estudos epidemiológicos dessa natureza. Largamente utilizado em estudos realizados em diferentes regiões do mundo e permite que os dados obtidos sejam comparados entre diferentes culturas. Segundo Costa (2015), o FSFI apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Cada questão recebe uma pontuação que varia de 0 a 5 pontos e o resultado final é a soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator de correção, que homogeneiza a influência de cada domínio. O escore total ≤ 26 indica disfunção sexual (Costa, 2015). Esse questionário é validado para avaliação da função sexual (Hentschel *et al.*, 2007), em diversas populações, como mulheres grávidas (Leite *et al.*, 2007), jovens e idosas (Polizer e Alves, 2009) (Tabela 1).

classificado pela tabela proposta por Ferriman e Gallway (1961), modificada por Hatch *et al.* (1981), que graduaram os pelos de 0 a 4 em 9 regiões do corpo e consideraram hirsutismo quando o total foi maior ou igual a 8 (Figura 1). As informações de interesse à pesquisa foram obtidas com as participantes durante a consulta médica, por meio de anamnese, exame físico completo, avaliação de exames complementares e acesso ao prontuário médico. Foram garantidos o sigilo e a privacidade da participante durante o preenchimento do formulário, a fim de minimizar os possíveis desconfortos quanto às perguntas sobre a função sexual, ou outra questão possível de causar constrangimento, considerando ainda que a pesquisadora responsável pela coleta usou de linguagem de fácil acesso a fim de propiciar conforto completo a paciente. O risco psicológico, pelo constrangimento em expor sua intimidade, foi contornado pelo devido treinamento antecipado da mestranda, além da garantia do sigilo sobre a identidade das participantes da pesquisa.

Tabela 1. Escore de avaliação do Female Sexual Function Index

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

FONTE: THIEL *et al.*,
*Questões 14 varia de 0-5. Questões 15 e 16 variam 1-5.

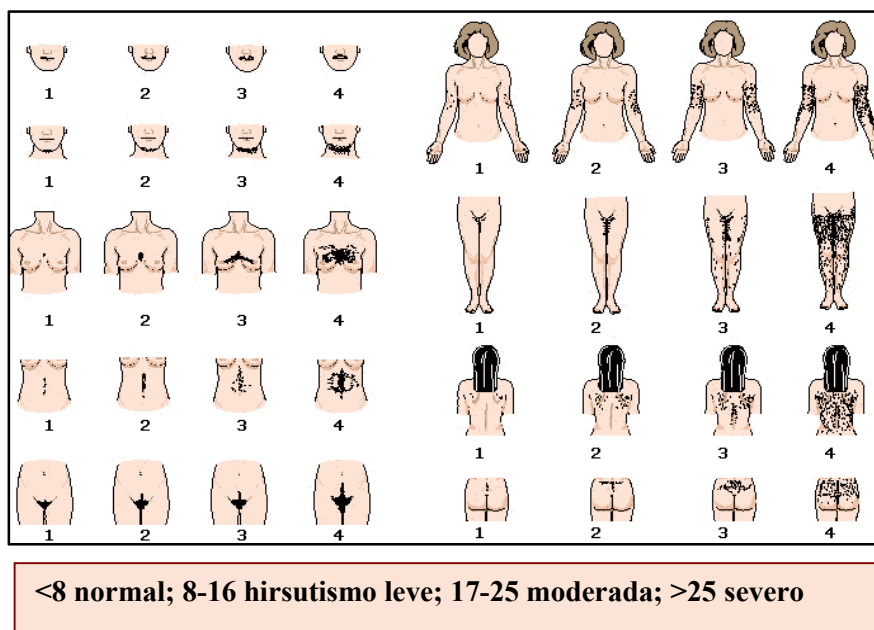


Figura 1. Escala de Ferriman-Gallway

Os métodos subjetivos vêm demonstrando elevado grau de credibilidade e validade, baseiam-se em questionários, agenda diária ou registro de eventos sexuais. Entretanto, os questionários parecem ser mais suscetíveis a capturar os aspectos subjetivos e complexos da função sexual feminina, por sua habilidade em avaliar múltiplos componentes da resposta sexual (Pereira *et al.*, 2011). Instrumentos autoaplicáveis constituem uma grande ferramenta na identificação de problemas sexuais e facilitam a introdução do tema no cenário terapêutico (Lima *et al.*, 2010).

Coleta de dados: Foram aplicados questionários específicos já validados na literatura (Apêndice A) para as pacientes em acompanhamento no ambulatório de Ginecologia do Hospital Getúlio Vargas de Teresina-PI, setor de Reprodução Humana e Endocrinologia Ginecológica, no período de fevereiro a agosto de 2018. Todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE. No exame físico e ginecológico, foram realçados o grau de hirsutismo

Análise dos dados: Os achados foram digitados, tabulados e analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. A análise foi feita a partir da estatística descritiva, apresentando frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão. Foram aplicados ainda os testes estatísticos para análises inferenciais. O teste Qui-quadrado e a razão de Verossimilhança foram utilizados para verificação de associação entre variáveis categóricas. Além disso, a normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov; sendo utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis para a comparação de médias de variáveis não normais entre 2 categorias ou 3 ou mais categorias, respectivamente. O valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos e legais da pesquisa: O estudo cumpriu todas as diretrizes da Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, sob o parecer nº 2.527.861. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Estratificação das características sociodemográficas da população do estudo:

A Tabela 2 expõe a caracterização sociodemográfica, em relação a faixa etária, estado civil, escolaridade e cor/raça. A maioria das mulheres desse estudo eram casadas ou em união estável (79,0%). A faixa etária concentrou-se de 26 a 35 anos, 109 (54,5%) nos dois grupos: de mulheres com SOP (grupo I) e de mulheres sem SOP (Grupo II). Em relação à cor/raça auto referida foram encontrados os seguintes percentuais: preta, 11(5,5%); parda, 148(76,5%); branca 33(16,5%) e amarela, 8(4%). Resultados correspondentes para os grupos, onde a corparda foi de 72% para o grupo IA (SOP e excesso de peso) e IIB (saúdáveis e IMC normal). Quanto à escolaridade, em todos os grupos da pesquisa, a maioria das mulheres referiram ter o ensino médio, 127(66,5%) sendo que as maiores proporções desse nível de escolaridade foram no grupo IB, 41(82%) e IIB, 35(70%).

A Tabela 3 mostra os dados do perfil clínico, em relação a número de gestações, paridade e abortos. O grupo SOP apresentou menor número de gestações (≤ 2) do que o grupo controle (> 2). Todas as pacientes com SOP apresentavam algum grau de hirsutismo, com escore de *Ferriman-Gallwey* maior ou igual a 8 (POMPEI *et al.*, 2017) e atendendo aos critérios de inclusão nenhuma das mulheres do grupo controle apresentava hirsutismo, motivos de não ter sido inserido na tabela.

Influência dos hábitos de vida (atividade física, tabagismo e etilismo) das mulheres com e sem SOP, com diferentes IMC, sobre a função sexual (IFSF): Na análise do questionário IFSF (19 questões) é importante o conhecimento de que cada domínio apresenta escores e as opções de respostas são pontuadas de 0 a 5, com exceção das questões de nº 15 e 16, que podem variar de 1 a 5, de forma crescente em relação à ocorrência da função questionada.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e clínicas de mulheres com SOP e Controle, com excesso de peso e peso normal. Teresina-PI, 2018

| Variáveis | | Grupos | | | | | | | | Total | |
|--------------|----------------------|--------|-------|-----|------|----|------|-----|------|-------|------|
| | | IA | | IIA | | IB | | IIB | | N | % |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Faixa etária | 16 a 25 anos | 15 | 30,0 | 06 | 12,0 | 06 | 12,0 | 14 | 28,0 | 41 | 20,5 |
| | 26 a 35 anos | 32 | 64,0 | 30 | 60,0 | 23 | 46,0 | 24 | 48,0 | 109 | 54,5 |
| | > 36 anos | 03 | 6,0 | 14 | 28,0 | 21 | 42,0 | 12 | 24,0 | 50 | 25,0 |
| Estado civil | Casada/União estável | 50 | 100,0 | 39 | 78,0 | 46 | 92,0 | 23 | 46,0 | 158 | 79,0 |
| | Solteira | - | - | 10 | 20,0 | 04 | 8,0 | 26 | 52,0 | 40 | 20,0 |
| | Divorciada | - | - | 01 | 2,0 | - | - | 01 | 2,0 | 02 | 1,0 |
| Escolaridade | E. Fundamental | 20 | 40,0 | 19 | 38,0 | 05 | 10,0 | 12 | 24,0 | 56 | 28,0 |
| | E. médio | 29 | 58,0 | 22 | 44,0 | 41 | 82,0 | 35 | 70,0 | 127 | 63,5 |
| | E. Superior | 01 | 2,0 | 09 | 18,0 | 04 | 8,0 | 03 | 6,0 | 17 | 8,5 |
| Cor | Branca | 09 | 18,0 | 11 | 22,0 | 04 | 8,0 | 09 | 18,0 | 33 | 16,5 |
| | Parda | 36 | 72,0 | 35 | 70,0 | 41 | 82,0 | 36 | 72,0 | 148 | 74,0 |
| | Preta | - | - | 02 | 4,0 | 05 | 10,0 | 04 | 8,0 | 11 | 5,5 |
| | Amarela | 05 | 10,0 | 02 | 4,0 | - | - | 01 | 2,0 | 08 | 4,0 |

Fonte: Pesquisa direta (2018)

Legenda: SOP- síndrome dos ovários policísticos; Grupo IA – SOP e excesso de peso; Grupo IIA – Sem SOP e excesso de peso; Grupo IB – SOP e peso normal; Grupo IIB – Sem SOP e peso normal.

Tabela 3. Perfil clínico de mulheres com e sem SOP, com excesso de peso e peso normal. Teresina – PI, 2018

| Variáveis | Grupos | | | | Total |
|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| | IA | IIA | IB | IIB | |
| | Média ± DP | Média ± DP | Média ± DP | Média ± DP | |
| Gestações | 1,43 ± 0,7 | 2,7 ± 0,9 | 2,0 ± 0,8 | 2,3 ± 1,2 | 2,1 ± 1,0 |
| Partos | 1,4 ± 0,5 | 1,7 ± 0,8 | 2,0 ± 0,8 | 2,0 ± 0,8 | 1,8 ± 0,8 |
| Abortos | 1,00 | 1,6 ± 0,7 | - | 1,8 ± 0,7 | 1,5 ± 0,7 |

Fonte: Pesquisa direta (2018)

Legenda: Grupo IA – SOP e excesso de peso; Grupo IIA – Sem SOP e excesso de peso; Grupo IB – SOP e peso normal; Grupo IIB – Sem SOP e peso normal.

Tabela 4. Comparação de médias do Escore IFSF entre as características de hábitos de vida de mulheres com SOP e Controle, com excesso peso e peso normal. Teresina – PI, 2018

| Variáveis | Escore IFSF | | | | | | | |
|------------------|-------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | IA | | IIA | | IB | | IIB | |
| | X ± DP* | p | X ± DP* | p | X ± DP* | p | X ± DP* | p |
| Atividade física | | 0,833 | | 0,210 | | 0,236 | | 0,194 |
| Sim | 28,47±4,04 | | 27,25±3,49 | | 27,74±4,91 | | 25,52±4,62 | |
| Não | 28,39±3,67 | | 28,27±4,10 | | 26,82±3,47 | | 26,55±7,29 | |
| Tabagismo | | - | | 0,848 | | - | | 0,120 |
| Sim | - | | 28,13±0,68 | | - | | 33,0 | |
| Não | 28,41±3,72 | | 27,89±4,01 | | 27,28 | | 26,25±6,91 | |
| Etilismo | | 0,070 | | 0,520 | | 0,759 | | 0,641 |
| Sim | 31,65±0,27 | | 31,1 | | 27,28±3,25 | | 22,12±12,9 | |
| Não | 27,97±3,76 | | 27,84±3,90 | | 27,06±4,62 | | 26,75±6,24 | |

Fonte: Pesquisa direta (2018)

X ± DP: média ± desvio-padrão.

** Teste de Mann-Whitney.

Legenda: SOP- síndrome dos ovários policísticos; Grupo IA – SOP e excesso de peso;

Grupo IIA – Controle e excesso de peso; Grupo IB – SOP e peso normal; Grupo IIB – Controle e peso normal.

Quanto menor o escore final, pior a função sexual daquele domínio analisado. A Tabela 4 compara as médias dos Escores IFSF dos hábitos de vida das mulheres pesquisadas, quanto a prática de atividade física, tabagismo e etilismo, que quando comparados os grupos I e II não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), demonstrando que os hábitos de vida não tiveram influências sobre a média do escore total da função sexual das mulheres com SOP e das mulheres controles, com diferentes IMC.

Desempenho da função sexual de mulheres com SOP e controles saudáveis, utilizando o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF): O escore total do IFSF foi avaliado conforme o grupo de investigação (Tabela 5). As diferenças entre os grupos SOP (IFSF=27,85) e controles (IFSF=27,14), para os escores totais do IFSF não foram estatisticamente significantes ($p = 0,594$), mesmo quando os grupos foram estratificados para diferentes IMC, mostrando na avaliação geral uma média de bom desempenho da função sexual nos grupos estudados.

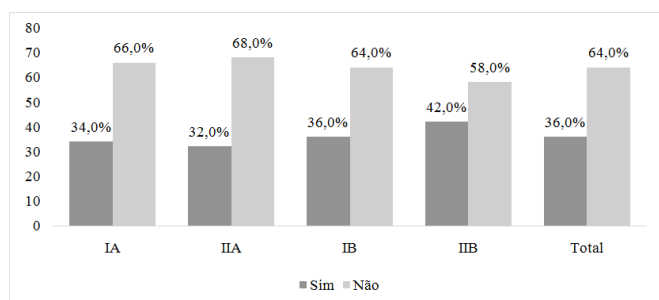
Tabela 5. Comparação das médias de IFSF total entre os grupos SOP e sem SOP, com diferentes IMC. Teresina – PI, 2018

| Grupo | (N) | Função sexual (IFSF) | p-valor* |
|---------------------------|-----|----------------------|----------|
| | | Média ± DP | |
| SOP | 100 | 27,85 ± 4,01 | 0,594 |
| Controle | 100 | 27,14 ± 5,6 | |
| Controle -Excesso de peso | 50 | 28,16 ± 3,80 | 0,191 |
| Controle -Peso Normal | 50 | 26,83 ± 5,71 | |
| SOP - Peso normal | 50 | 27,28 ± 4,23 | 0,437 |
| Controle - Peso normal | 50 | 26,38 ± 6,90 | |
| SOP - Excesso de peso | 50 | 28,41 ± 3,72 | 0,158 |
| SOP - Peso normal | 50 | 27,28 ± 4,23 | |

Fonte: Pesquisa direta (2018)

*Teste de Mann-Whitney.

Na avaliação da função sexual geral dos dois grupos (SOP e Controle), a maioria das mulheres (64%) não apresentou disfunção sexual (Gráfico 1). Todavia, na comparação entre mulheres com SOP e Controle, as mulheres com SOP tiveram mais disfunção sexual (34%) do que as Controles (32%), mas sem significância estatística ($p=0,768$) (Gráfico 2). Quando realizada a estratificação por grupos, as mulheres com SOP e excesso de peso (grupo IA) apresentou mais disfunção sexual (34%) do que as controles com excesso de peso (32%, grupo IIA), mas sem significância estatística ($p = 0,749$) (Gráfico 1).



Fonte: Pesquisa direta (2018).

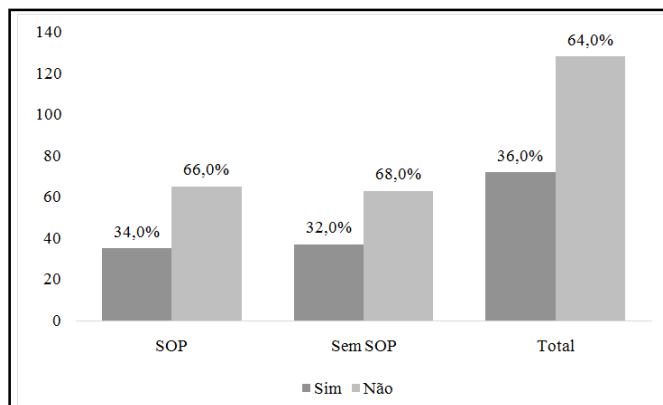
* Teste Qui-quadrado.

Legenda: SOP- síndrome dos ovários policísticos; IMC- índice de massa corporal; Grupo IA – SOP e excesso de peso; Grupo IIA – Controle e excesso de peso; Grupo IB – SOP e peso normal; Grupo IIB – Controle e peso normal.

Gráfico 1. Comparação do percentual das disfunções sexuais gerais de mulheres com SOP e controle, com diferentes IMC. Teresina – PI, 2018

Influência do sobrepeso/obesidade no desempenho da função sexual, utilizando escores de função sexual (IFSF), de mulheres com a síndrome dos ovários policísticos comparando com controles saudáveis: A tabela 6 compara os domínios da função sexual do IFSF entre os dois grupos de mulheres portadoras de SOP, com peso corporal normal (IB) e as com excesso de peso (IA). Em relação aos domínios “Satisfação” e “Dor” houve diferença estatisticamente

significante entre os grupos, de forma que o grupo IB foi o ponto de menor escore. As mulheres com SOP e peso normal tiveram menos “satisfação” sexual ($p=0,008$) e “dores” na relação sexual ($p=0,007$) do que as mulheres com SOP e excesso de peso.



Fonte: SILVA, 2018.

* Teste Qui-quadrado.

Gráfico 2. Avaliação da disfunção sexual de mulheres com SOP e Controle. Teresina – PI, 2018

Tabela 6. Comparação dos escores médios dos domínios do IFSF entre mulheres com SOP com excesso de peso e com peso normal. Teresina – PI, 2018

| Domínios | IA | IB | p-valor |
|--------------|--------------------|------------------|---------|
| | Escores médios –DP | Escore médio –DP | |
| Desejo | 4,05 ± 0,88 | 4,11 ± 0,82 | 0,724 |
| Excitação | 4,30 ± 0,76 | 4,45 ± 0,95 | 0,492 |
| Lubrificação | 4,42 ± 0,78 | 4,16 ± 0,70 | 0,100 |
| Orgasmo | 4,68 ± 1,03 | 4,58 ± 1,14 | 0,810 |
| Satisfação | 5,68 ± 0,48 | 5,15 ± 1,08 | 0,008* |
| Dor | 5,22 ± 1,12 | 4,80 ± 1,00 | 0,007* |

Fonte: Pesquisa direta (2018).

Teste de Mann-Whitney.

Legenda: Grupo IA – SOP e excesso de peso; Grupo IB – SOP e peso normal.

*Valor estatisticamente significativo

IFSF: Índice de Funcionamento Sexual Feminino (escore dos domínios – 0 a 6)

Entre as mulheres com excesso de peso, sejam elas com SOP ou sem SOP (Tabela 7), a disfunção que mais aparece é no domínio “desejo” apenas os domínios “lubrificação” e “satisfação” foram estatisticamente significantes mais comprometidos nas mulheres saudáveis com excesso de peso (Controle) quando comparadas ao grupo SOP.

Tabela 7. Comparação dos escores médios dos domínios do IFSF entre mulheres com SOP com excesso de peso e Controle com excesso de peso. Teresina – PI, 2018

| Domínios | IA | IIA | p-valor* |
|--------------|------------------|------------------|----------|
| | Escore médio –DP | Escore médio –DP | |
| Desejo | 4,05 ± 0,88 | 3,91 ± 0,85 | 0,397 |
| Excitação | 4,35 ± 0,76 | 4,59 ± 0,76 | 0,181 |
| Lubrificação | 4,42 ± 0,78 | 4,03 ± 0,67 | 0,011 |
| Orgasmo | 4,68 ± 1,03 | 5,03 ± 1,06 | 0,090 |
| Satisfação | 5,68 ± 0,48 | 5,12 ± 1,19 | 0,036 |
| Dor | 5,22 ± 1,12 | 5,20 ± 0,79 | 0,280 |

Fonte: Pesquisa Direta (2018).

*Teste de Mann-Whitney.

Legenda: Grupo IA – SOP e excesso de peso; Grupo IIA – Controle e excesso de peso.

DISCUSSÃO

Tem sido relatado que mulheres com SOP tem diminuição da satisfação sexual. Nesse estudo analisou-se a resposta sexual, e as

alterações nas funções sexuais de mulheres com SOP e sem SOP, e com IMC normal (peso normal) e IMC alterado (sobrepeso/obesa). A função sexual foi medida através de questionário validado, o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). As disfunções sexuais femininas apresentam natureza multifatorial e está sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares. Poucos estudos foram realizados para avaliar a prevalência no Brasil, mas a literatura demonstra que o aumento está mais relacionado à idade avançada e várias características sociodemográficas (RIBEIRO; MAGALHÃES; MOTA, 2013; FERREIRA, SOUZA, AMORIM, 2007). As avaliações do comportamento de pacientes com SOP são importantes do ponto de vista acadêmico para melhor compreensão do papel dos andrógenos no funcionamento sexual feminino e os impactos das suas alterações na qualidade de vida dessas mulheres, como a obesidade e o risco metabólico (PASTOOR *et al.*, 2018). De acordo com as características sociodemográficas e hábitos de vida, os grupos mostraram características homogêneas para faixa etária, estado civil, cor, escolaridade, atividade física, tabagismo e etilismo. A pesquisa comparou grupos, onde a faixa etária se concentrou entre 26 e 35 anos, que contribuiu para o índice da qualidade de vida sexual ter sido positivo para a maioria das mulheres do estudo, visto que, de acordo com West, Vinikoor e Zolnoun (2001) há maior frequência de disfunção sexual com a idade avançada. A prevalência de uma melhor função sexual na maioria das mulheres neste estudo pode ser também justificada pela faixa etária das participantes. Como são mulheres jovens, a disfunção sexual é menos prevalente e a condição da SOP poderia não estar influenciando a maioria dessas pacientes.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, a maior parte da população do estudo foi composta de mulheres casadas, com Ensino Médio completo e de cor autodeclarada como pardas, o que está de acordo com a maioria dos estudos nessa temática (DASHIT, *et al.*, 2016). De acordo com os resultados de Dashit *et al.* (2016), existe uma prevalência de disfunção sexual entre pacientes com SOP, associados a menores níveis de escolaridade, e hirsutismo. Corroborando isso, nesse estudo a escolaridade se manteve a nível de Ensino Médio em todos os grupos pesquisados, o que pode também ter influenciado na avaliação geral do total dos escores do IFSF, dentro da normalidade. Apesar da importância da sexualidade e atividade física para a qualidade de vida e saúde das mulheres, os estudos que abordam a relação entre atividade física e função sexual em mulheres no menacme ainda são escassos (CORREIRA *et al.*, 2016). Nesse estudo, quando comparados os grupos I e II não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), demonstrando que os hábitos de vida não tiveram influência sobre a média do escore total IFSF das mulheres com SOP quando comparadas com as mulheres controles, onde a grande maioria das participantes praticava atividade física, não consumiam álcool e eram não fumantes. Acredita-se que a atividade física aumenta a transmissão sináptica de monoaminas, que supostamente funciona da mesma maneira que os antidepressivos. A literatura também mostra que a atividade física provoca a liberação de opióides endógenos, que têm efeito calmante e melhoram o humor pós-exercício. Em estudo que comparou os efeitos de tipos de treinamentos aeróbicos sobre a função sexual e humor de mulheres com SOP, constatou que os treinamentos melhoraram a função sexual e reduziram a ansiedade e a depressão dessas mulheres, além de melhorarem os escores dos domínios do IFSF (LOPES *et al.*, 2018).

Esse estudo procurou investigar se as mulheres com SOP, pelo fato de serem androgênicas, poderia ter influências positivas sobre o desempenho sexual quando comparadas às mulheres sem a síndrome (controles), como também a repercussão da obesidade sobre a função sexual dessas pacientes. Quando foi avaliado o desempenho da função sexual de mulheres com SOP e controles saudáveis, não foi encontrada diferença entre os grupos para os escores totais do IFSF (27,85 e 27,14 respectivamente, $p = 0,594$), mesmo quando os grupos foram estratificados para diferentes IMC, demonstrando pela avaliação global do total dos escores, um bom desempenho da função sexual na maioria dos grupos estudados. Sobre esse resultado, pode-se verificar um estudo realizado por Dashti *et al.* (2016) na Malásia em que foi investigada a função sexual de pacientes com SOP em relação à idade, IMC, menstruação, grau de hirsutismo (Escore de Ferriman e

Gallwey) e histórico obstétrico. A Idade média dos pacientes foi de 33,44 anos, variando de 28 a 48 anos e a pontuação média do IFSF foi de $25,98 \pm 2,77$ (IC 95%), considerando a pontuação de 26,55 como o valor de corte para o diagnóstico de disfunção sexual, corroborando com os resultados do nosso estudo, que teve pontuação de FSFI = 27,4. No que diz respeito a função sexual da população do estudo (SOP e Controle), 36% das participantes apresentou alteração na disfunção sexual, mas quando estratificada por subgrupos, as mulheres do grupo IA com SOP e excesso de peso (sobrepeso/obesas), apresentou mais disfunção sexual (34%) do que as controles com excesso de peso (32%, grupo IIA) e o grupo IIB (controle e peso normal) foi o que apresentou maior proporção de disfunção sexual (42,0%), mas sem significância estatística ($p = 0,749$). Nessa discussão, a literatura mostra resultados limitados e contraditórios do funcionamento sexual em mulheres com SOP. Resultados semelhantes a esse estudo foram evidenciados por Stovall *et al.* (2013) em uma pesquisa da função sexual de mulheres com SOP e controles, utilizando escores do questionário CSFQ (questionário de mudanças no comportamento sexual), a disfunção sexual esteve presente em 27,2% dos casos e 24,4% dos controles (não significante). Outros estudos mostraram que mulheres com SOP são menos satisfeitas com a sua vida sexual por pensarem que eram menos atraentes sexualmente (HAHN, *et al.*, 2005). Quando avaliados os grupos separadamente, a análise das disfunções sexuais nas mulheres com SOP e com excesso de peso, mostrou o escore total do IFSF com média de 28,41, que caracteriza boa função sexual, mas quando estratificado os domínios, observa-se que o domínio de pior avaliação foi o Desejo (escore de 4,05), seguido do domínio Excitação (escore de 4,35). O grupo controle, nas mesmas condições (com excesso de peso), o domínio de pior desempenho também foi o "Desejo" (escore de 3,91), seguido do domínio "lubrificação" (escore de 4,03). Resultados semelhantes foram evidenciada no estudo populacional francês realizado com 4.635 homens e 5.535 mulheres que encontrou o IMC associado a disfunção sexual apenas para o sexo masculino, concluindo que no sexo feminino não houve aumento das disfunções sexuais entre as mulheres obesas e que essas parecem minimizar a importância da sexualidade para o seu bem-estar (BAJOS *et al.*, 2010). Nesse sentido outro estudo populacional sobre a associação entre obesidade e insatisfação sexual, concluiu que entre mulheres obesas esta relação não foi consistente (ADOLFSSON *et al.*, 2004).

Na comparação entre as mulheres com SOP e excesso de peso (sobrepeso/obesas) com as de SOP e peso normal, o estudo mostrou que as participantes com SOP e peso normal tiveram menos "satisfação" sexual ($p = 0,008$) e "dores" (dispareunia) ($p = 0,007$) do que as mulheres com SOP e excesso de peso. Uma explicação para essa discrepância pode ser que a dispareunia seja altamente prevalente em mulheres sem essas condições médicas (MITCHEL *et al.*, 2017). A dispareunia não está associada com a resposta subjetiva da genitália, mas parece estar relacionada ao hábito de priorizar o prazer do parceiro em relação ao próprio, resultando em iniciar as relações sexuais antes de ser totalmente estimulada (ELMERSTIG, *et al.*, 2013). Por outro lado, a comparação entre as mulheres com excesso de peso, sejam elas com SOP ou controle (tabela 7), a disfunção que mais aparece é no domínio "desejo" para os dois grupos, mas quando comparados os dois grupos, o grupo controle apresentou maior comprometimento nos domínios da "lubrificação" ($p = 0,01$) e "satisfação" ($p = 0,036$) em relação ao grupo SOP. Nessa discussão, resultados diferentes foram encontrados no estudo desenvolvido por Kadioglu *et al.* (2010) que comparou 64 mulheres obesas (grau I, II e III), com e sem comorbidades, com um grupo controle de 27 mulheres de peso normal. As disfunções sexuais foram diagnosticadas em 50% das mulheres obesas e 41% do grupo controle, mas com viés metodológico (KADIOGLU *et al.*, 2010).

Claramente, o impacto potencial de qualquer variável independente única no funcionamento sexual não é susceptível de produzir um efeito sobre todos os aspectos da função sexual (Stovall *et al.*, 2012). Nessa perspectiva é oportuno chamar a atenção de que a resposta sexual resulta de interação de fatores neurobiológicos, somáticos, psicológicos e socioculturais. Estímulos que acessam o sistema

nervoso central e periférico para desencadear a resposta sexual envolvem uma interação complexa de neurotransmissores, hormônios e substâncias vasoativas (Goldstein *et al.*, 2017; Rufino e Madeiro, 2018), o que poderia explicar as alterações da fase do desejo, encontradas nesse estudo para os dois grupos com excesso de peso: SOP e Controle. No nosso estudo a incidência da disfunção sexual geral nas mulheres pesquisadas foi de 36,0%, com algum grau de disfunção nos domínios da dor, orgasmo, excitação, lubrificação e desejo. Em geral a diferença na observação da disfunção sexual pode ser devido à avaliação de diferentes ferramentas e características demográficas dos sujeitos, incluindo idade, IMC e o tratamento instituído. Estudos anteriores relataram “satisfação” menor em pacientes com SOP do que mulheres controles (Elsenbruch *et al.*, 2006, 2003), diferindo dos nossos resultados que os menores desempenhos foi no domínio “desejo”, o que pode ser explicado pelas participantes desse estudo já estarem em tratamento no ambulatório de ginecologia, realizando atividade física, orientação nutricional, a correção das consequências do hiperandrogenismo presente nessas mulheres e resultando na melhora da autoestima, podendo portanto ter refletido nos resultados positivos na qualidade de vida sexual dessas mulheres. Em ambos os sexos, os androgênios mediam a função sexual através de processos cognitivos como as fantasias sexuais (Bancroft, 2003). Nessa perspectiva, Rellini *et al.*, (2013), mostraram que o nível de androgênios não afetou o desejo sexual em 85 pacientes com SOP, demonstrando que esse não é o único fator essencial na qualidade de vida sexual de mulheres na idade reprodutiva.

Os dados da literatura não são claros se o que influencia na função sexual, são os níveis de androgênios de mulheres com e sem SOP. Em vários estudos os níveis normais de androgênios em mulheres com SOP não encontraram relacionamento dos níveis ao desejo sexual (Conaglen & Conaglen, 2003; Caruso *et al.*, 2009). Isso pode sugerir que os níveis androgênicos são irrelevantes para a função sexual de mulheres com SOP ou talvez um balance ótimo de níveis de hormônios sexuais sejam necessários para influenciar a função sexual ou ainda níveis críticos de outros hormônios, como o estradiol e a progesterona são também requeridos para o funcionamento sexual normal. Finalmente, pode haver um intervalo hormonal normal entre o qual as mulheres apresentam uma função sexual normal (Pastoor *et al.*, 2018). Mulheres com SOP podem muito bem exceder essa faixa. No estudo desenvolvido com 226 mulheres no Irã, os baixos níveis séricos e de testosterona total e livre, não mostrou evidência de associações entre baixos escores para qualquer um dos domínios sexuais avaliados, mas a baixa alfabetização e alopecia contribuíram para a baixa função sexual em mulheres com SOP (Nasiri *et al.*, 2018). É de suma importância a atuação da equipe interdisciplinar na abordagem da sexualidade.

Vários autores descrevem sua importância, Piatto (2002) relata como os profissionais da ginecologia podem beneficiar as mulheres que apresentam disfunções sexuais. Etienne & Waitman, (2006) reforçam que a psicologia pode atuar junto ao relacionamento do casal. A criação de questionários validados para a língua portuguesa tem contribuído para proporcionar uma maior detecção de sintomas desta síndrome que tanto afeta a qualidade de vida das mulheres no mundo inteiro. Kolotkin *et al.* (2012) recomendaram o uso de instrumentos que preenchessem o diagnóstico de disfunção sexual, incluindo conceitos adicionais, tais como a satisfação e interesse sexual. Incluindo além de diagnósticos de pacientes com disfunção sexual, a classificação dessas disfunções de acordo com a fase do ciclo da resposta prejudicada. A partir destes resultados, é possível observar que vários fatores concorrem para a crescente relevância de estudos sobre os transtornos da sexualidade feminina: mudanças nas expectativas sexuais das próprias mulheres, maior liberação sexual feminina e informações constantemente veiculadas pela mídia sobre o tema. No entanto uma vida sexual satisfatória é tão importante para as mulheres com SOP quanto para as mulheres sem SOP. Os achados implicam que a função sexual e funcionamento psicossocial precisa ser parte da avaliação clínica de todas as mulheres com a síndrome dos ovários policísticos.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados é possível concluir que:

- A população estudada no setor de reprodução humana e endocrinologia ginecológica foi formada por mulheres em maioria casadas, autodeclaradas pardas, não fumantes, que realizavam atividades físicas e com nível de escolaridade até o Ensino Médio.
- Os hábitos de vida (atividade física, tabagismo e etilismo) parecem não influenciar sobre a boa função sexual das mulheres com SOP e das mulheres controles, com diferentes IMC.
- As mulheres com SOP têm mais disfunção sexual do que as mulheres controle, embora sem significância estatística.
- As mulheres com SOP e peso normal têm escore de funcionamento sexual similar comparadas às mulheres com SOP obesas ou com sobrepeso, exceto em relação a “satisfação” sexual e “dores”.
- As mulheres obesas ou com sobrepesos, sejam com SOP ou controle, apresentam disfunção na parte inicial da resposta sexual evidenciadas pela alteração no domínio do “desejo”.
- As mulheres com SOP obesas ou com sobrepesos tem melhor desempenho sexual nos domínios da “lubrificação” e “satisfação” quando comparadas às mulheres controles obesas ou sobrepeso.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. Sexualidade humana e seus transtornos. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- Abdo, C. H. N. Sexualidade humana e seus transtornos. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- Abdo, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Abril de 2017.
- Abdo, C.H.N. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. Rev. Bras Med, v. 63, n.9, p.477-482, 2006.
- Adolfsson B., Elofsson, S., Rossner, S., Undén, A.L., Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. Obes Res. V. 12, n. 10, pag. 1702-1708, 2004.
- Andrade, V. H. L., MATA, A. O. F., Borges, R.S., SILVA, D.R.C., Martins, L.M., Ferreira, P.M.P, Nunes, L.C.C.Silva, B.B. Current aspects of polycystic ovary syndrome: A literature review. Rev Assoc Med Bras 2016;n.62,v.9, pag.867-871, 2016.
- Azziz, R.; Woods, K.S.; Reyna, R.; Key, T.J.; Knochenhauer, E.S.; Yildiz, B.O. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. J Clin Endocrinol Metab. v. 89, n.6, p. 2004;89(6):2745-49, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2003-032046>.
- Azziz, R., Carmina, E., Chen, Z., Dunaif, A., Laven, J.S., Legro, R.S., Lizneva, D., Natterson-Horowitz, B., Teede, H.J., YILDIZ, B.O. Polycystic ovary syndrome. Nat Rev Dis Primers; 2: 16057, 2016.
- Bajos, N., Welling, K., Laborde, C., Moreau, C. Sexuality and Obesity, a gender perspective; results from Trench National Randon probability survey of sexual behaviours, BMJ, 340, c.2573, 2010.
- Burri, A., Spector, T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. J Sex Med. 2011 Sep; 8(9):2420-30, 2011.
- Carmina, E.; Bucchieri, S.; Esposito, A.; Del Puente, A.; Mansueto, P.; Orio, F., *et al.* Abdominal fat quantity and distribution in women with polycystic ovary syndrome and extent of its relation to insulin resistance. J Clin Endocrinol Metab. v. 92, n. 7, p. 2500-2505, 2007. Disponível em:

- <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17405838>>. Acesso em: 15 de Maio de 2018.
- Caruso, S., Rugolo, S., Agnello, C., Romano, M., Cianci, A. Quality of sexual life in hyperandrogenic women treated with an oral contraceptive containing chlormadinone acetate. *J Sex Med*; 6:3376–3384, 2009
- Cheung, Anthony P.; Mracog; Chang, R.; Jeffrey M. D. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol: 33, Issue 3, p. 655-657, 1990.
- Cibula, D.; Cifková, F.; Fanta, M.; Poledne, R.; Zivny, J.; Skibová, J. Increased risk of non-insulin dependent diabetes mellitus, arterial hypertension and coronary artery disease in perimenopausal women with a history of the polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. v.15, n.4, p.785-789, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739820>>. Acesso em: 18 de Agosto de 2018.
- Conaglen, H.M; Clonaglen, J.V. Sexual desire in women presenting for antiandrogen therapy. *J Sex Marital Ther.*;29: 255–267, 2003.
- Costa, E.C.; Soares, E.M.M.; Lemos, T.M.A.M.; Maranhão, T.M.O.; Azevedo, G.D. Índices de obesidade central e fatores de risco cardiovascular na síndrome dos ovários policísticos. *Arq Bras Cardiol*. v. 94, n. 5, p. 633-638, 2010.
- Costa, T. F. et al. Prevalência de disfunção sexual entre pacientes acompanhadas na coorte Brasileira de artrite reumatoide inicial. *Rev. Bras. Reumatol*. São Paulo, v. 55, n. 2, p. 123-132, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbr/v55n2/0482-5004-rbr-55-02-0123.pdf>. Acesso em: 10 de Outubro de 2018.
- DE Zegher F., Ibáñez L. Prenatal growth restraint followed by catchup of weight: a hyperinsulinemic pathway to polycystic ovary syndrome. *FertilSteril*. 86 (Suppl 1): S4-5, 2006.
- Diamanti-Kandarakis, E.; Papavassiliou, A.G.; Kandarakis, S.A.; Chrousos GP. Pathophysiology and types of dyslipidemia in PCOS. *Trends EndocrinolMetab*. V.18, n.7, p.280-285, 2007.
- Elmerstig, E, Wijma, B., Swahnberg, K. Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 34:82–89, 2013.
- Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, et al. Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2006; 21(4):1092–9.
- Ferreira, A.L.C.G., Souza, A.I., Amorim, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras SaudeMatern Infant*. 2007;abr- jun; 7(2):143-50, 2007.
- ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J ClinEndocrinolMetab*. 21(11):1440-7, 1961.
- Fonseca, M.F.S.M., Beresin, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. *O mundo da Saúde São Paulo*. v. 32, n.4, p.430-436. 2008.
- Goldstein, I.; Kim, N.N.; Clayton, A.H. et al., Hypoactive Sexual Desire Disorder; International Society for the study of women's Sexual Health. Expert Consensus Panel Review. *MayoClinProc*; 92(1):114-128, 2017.
- Guzick, D.S. Polycysticovary syndrome. *Obstet Gynecol*. v. 103, n. 1, p. 181-193, 2004.
- Hentschel, H.; Alberton, D. L.; Capp, E.; Goldim, J. R.; Passos, E. P. Validação do Female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev. HCPA*.v. 27, n.1, 2007.
- Huber-Buchholz, M.M.; Carey, D.G.; Norman, R.J. Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: role of insulin sensitivity and luteinizing hormone. *J Clin Endocrinol Metab*. v. 84, n. 4, p. 1470-1474, 1999.
- Leite, A.P.L.; Moura, E.A.; Campos, A.A.S. Mattar, R.; Souza, E.; Camano, L. Validação do Índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. v.29, n.8, p. 414-419, 2007.
- LIMA, S.M.R.R.; SILVA, H.F.S.S.; POSTIGO, S.; AOKI, T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa.São Paulo*. 55(1): 1-6. 2010. Disponível em: <http://www.fmcscsp.edu.br/files/01_AO1.pdf>. Acesso em: 17 de Outubro de 2017.
- G.A.; Soares Júnior, J.M.; Alves DA Motta, E.L.; ABI Haidar, M.; DE LIMA, G.R.; BARACAT, E.C. Nonobese women with polycysticovarysyndromerespondbetterthano bese women to treatment withmet form in. *FertilSteril*. 2004; 81(2):355-60.
- March, W.A.; Moore, V.M.; Wilson, K.J.; Phillips, D.I.; Norman, R.J.; Davies, M.J. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Hum Reprod*. v. 25, n. 2, p. 544-51, 2010.
- Moura, H.H.G., Costa, D.L.M., Bagatín, E., Sodre, C.T., Azulay, M.M. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. *AnBrasDermatol*. 2011;86(1):111-9, 2011.
- Museu DO Sexo. Conceito de Sexualidade. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.museudosexo.com.br>>. Acesso em: 01 de Dezembro de 2017.
- Pastoor, H; Timman, R; DE Klerk, C. Bramer, W.M. Laan, E. T. M.; Laven, J. S. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *RBMO*. Vol. 37, ISSUE 6, 2018.
- Polizer, A.A.; ALVES, T. M. B. Perfil da Satisfação e Função Sexual de Mulheres Idosas. *Fisioter Mov*. v. 22, n.2, abr/jun, p. 151-158, 2009.
- Pompei, L.M.; Fernandes, C.E.; DE Melo, M.R. Síndrome de Anovulação crônica. In GIRÃO, M.J.B.C; BARACAT, E.C; DE LIMA, G.R. *Tratado de Ginecologia*, 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. Cap 66, p. 945-53, 2017.
- Puder, J.J.; Varga, S.; Kraenzlin, M.; DE Geyter, C.; Keller, U.; Müller, B. Central fat excess in polycystic ovary syndrome: relation with low-grade inflammation and insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab*. 90(11):6014-21, 2005.
- Ribeiro, B. Magalhães, A. T. MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med GeralFam* v. 29, pag.16-24, 2013.
- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus 3. Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *FertilSteril*. v. 81, n.1, p.19-25, 2004.
- Rufino, A. C. & Madeiro, A. P. Resposta Sexual Humana In *Tratado de Ginecologia-FEBRASGO*. Elsevier Editora LTDA. p. 85-93, 2018.
- Silvestris, E., Pergola, G. Rosania, R. Loverro, G. Obesity as disruptor of the female fertility. *Silvestris et al. Reproductive Biology and Endocrinology*. 16:22, 2018.
- Soares, E.M.; Azevedo, G.D.; Gadelha, R.G.; Lemos, T.M.; Maranhão, T.M. Prevalence of the metabolic syndrome and its components in Brazilian women with polycystic ovary syndrome. *FertilSteril*. v.89, n.3, p.649-655, 2008.
- Stovall, D.W., Scriver, J.L., Clamaceyton, A.H., Williams, C.D., Pastore, L.M. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med*: 2012; 9: 224-230, 2012.
- Teede, H.J.; Hutchison, S.; Zoungas, S.; Meyer, C. Insulin resistance, the metabolic syndrome, diabetes, and cardiovascular disease risk in women with PCOS. *Endocrine*. v. 30, n. 1, p.45-53, 2006.
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus 3. Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *FertilSteril*. v. 81, n.1, p.19-25, 2004.
- Thiel, R.R.C., Dambros, M., Palma, P.C.R., Thiel, M., Ricetto, C.L.Z., Ramos, M.F. Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. out;30(10):504-10, 2008.
- TOZO MI, MORAES JC, LIMA SMR, GONÇALVES N, AUGE APF. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *RevBrasGinecol Obstet*. 31(10), 503-507. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/06.pdf>>. Acesso em: 20 de Março de 2017.