



UNICAMP

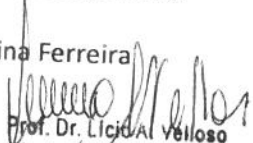
✓ **Silvia Regina Ferreira**

**“Qualidade de Vida e Função Sexual em Mulheres com  
Síndrome dos Ovários Policísticos”**

**“Quality of life and sexual function in women with polycystic  
ovary syndrome”**

Errata do nome da aluna:

Sílvia Regina Ferreira

  
Prof. Dr. Lício Al Velloso

Coordenador de Comissão de Pós-Graduação  
FCM/UNICAMP  
Matrícula 28314-8

Campinas  
2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

\* **Silvia Regina Ferreira**

“Qualidade de Vida e Função Sexual em Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos”

“Quality of life and sexual function in women with polycystic ovary syndrome”

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto  
Coorientadora: Profa. Dra. Daniela Angerame Yela Gomes

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do Título de Mestra em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica.

Thesis dissertation submitted to the Surgery Sciences Postgraduation Programme of the School of Medical Sciences of the University of Campinas to obtain the MSc grade in Medical Sciences

Este exemplar corresponde à versão final do Mestrado defendido pela aluna **Silvia Regina Ferreira** e orientada pela **Profa. Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto**

Assinatura da Orientadora \_\_\_\_\_

Campinas  
2013

Errata do nome da aluna:

Silvia Regina Ferreira

Prof. Dr. Lício A. Vélloso  
Coordenador de Comissão de Pós-Graduação  
FCM/UNICAMP  
Matricula 28314-8

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

F413q	<p>Ferreira, Sílvia Regina. Qualidade de vida e função sexual em mulheres com síndrome dos ovários policísticos / Sílvia Regina Ferreira. - Campinas, SP: [s.n.], 2013.</p> <p>Orientadora: Cristina Laguna Benetti Pinto. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Síndrome do ovário policístico. 2. Qualidade de vida. 3. Função sexual. 4. Obesidade. 5. Sexualidade. I.Pinto, Cristina Laguna Benetti, 1959-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.III. Título.</p>
-------	--

### **Informações para Biblioteca Digital**

**Título em inglês:** Quality of life and sexual function in women with polycystic ovary syndrome.

**Palavras-chave em inglês:**

Polycystic ovary syndrome

Quality of life

Sexual function

Obesity

Sexuality

**Área de Concentração:** Fisiopatologia Ginecológica

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Cristina Laguna Benetti Pinto [Orientadora]

Ilza Maria Urbano Monteiro

Jorge Nahas Neto

**Data da defesa:** 20/02/2013

**Programa de Pós-Graduação:** Tocoginecologia

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

Aluna: **Silvia Regina Ferreira** \*

Orientadora: **Profa. Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto**

Coorientadora: **Profa. Dra. Daniela Angerame Yela Gomes**

**Membros:**

1.

2.


3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 20/02/2013**

Errata do nome da aluna:

Silvia Regina Ferreira

  
Prof. Dr. Lício A. Yeloso  
Coordenador de Comissão de Pós-Graduação  
FCM/UNICAMP  
Matrícula 28314-8

## ***Dedico este trabalho...***

*À minha mãe, força, apoio e amor incondicional...*

*Aos meus irmãos Silvinho, Dan e Si, que estão sempre ao meu lado e cujo amor fraterno se faz imprescindível em minha vida.*

*Aos meus sobrinhos, Gabriel e Pedro, inspiração infinita...*

*Ao meu pai, que, de longe, é a luz que ilumina meus passos.*

# *Agradecimentos*

---

*À minha orientadora, Professora-Doutora Cristina Laguna, pela paciência, pelos ensinamentos, amizade e pelo grande incentivo na realização deste trabalho.*

*À Dra. Daniela A. Yela pela coorientação, pela delicadeza e dedicação em relação a este trabalho.*

*Aos meus super amigos, que me aguentaram neste período, trocaram plantões e que são extensão da minha família: Carlinhos, Cris Menabó, Thomaz, Mari Detoni, Eiji, Cris Mara, Tiago, Maíra, Nara, Ana Cris, Claudinha, Alessandra e Ana Flávia.*

*Aos meus professores do Departamento de Tocoginecologia da PUC-CAMPINAS, que são exemplos em minha vida, em especial aos doutores (as): Octavio de Oliveira Santos, Aristides Manoel Braghetto, Douglas Bernal Tiago, Márcia Bueno, Patricia Leme, Luiz Henrique, Diana Raskin, Elza M. Yamada, Francisco E. Prota e Julio César Narciso Gomes, Aurea Abe Cairo, Celina Sollero.*

*À minha coordenadora Juliana Ramos e à enfermeira Daniela, do Centro Obstétrico, pelo apoio e incentivo.*

*À Sirlei Siani Morais, pelas análises estatísticas e pela paciência e dedicação ao meu trabalho.*

*Aos melhores amigos, por fazerem parte da minha vida: Eliane Bleinroth, Éder, Érica, Mari Sá, Tânia, Lau, Paulão e Adriano .*

*Aos médicos residentes e alunos da PUC-CAMPINAS, que são especiais.*

*A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a finalização deste trabalho.*

*E, finalmente, a Deus que torna tudo possível!*

# Sumário

---

<b>Símbolos, Siglas e Abreviaturas .....</b>	<b>ix</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>x</b>
<b>Summary .....</b>	<b>xii</b>
<b>1.Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>25</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	25
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	25
<b>3. Publicação.....</b>	<b>26</b>
3.1. ARTIGO: A INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NA QUALIDADE DE VIDA E NA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS.....	26
<b>4. Conclusões.....</b>	<b>44</b>
<b>5. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>45</b>
<b>6. Anexos.....</b>	<b>52</b>
6.1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	52
6.2. TERMO DE CONSENTIMENTO (CASO).....	54
6.3. TERMO DE CONSENTIMENTO (CONTROLE).....	55
6.4. FORMULÁRIO ISFS.....	56
6.5. FORMULÁRIO WHOQOL-BREF.....	65



## *Símbolos, Siglas e Abreviaturas*

---

<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>DS</b>	Disfunção Sexual
<b>DSF</b>	Disfunção Sexual Feminina
<b>FSFI</b>	<i>Female Sexual Function Index</i>
<b>IFSF</b>	Índice de função sexual feminina
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>NIH</b>	<i>National Institutes of Health</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>SM</b>	Síndrome Metabólica
<b>SOP</b>	Síndrome dos Ovários Policísticos
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>WHOQOL group</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
<b>WHOQOL-bref</b>	<i>World Health Organization Quality of Life- short form</i>

## *Resumo*

---

**Introdução:** A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma desordem endócrina com alta prevalência que se caracteriza por oligomenorreia ou amenorreia, sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, ovários policísticos. Tem como principais manifestações a irregularidade menstrual, hirsutismo e infertilidade, além de relacionar-se à obesidade, síndrome metabólica, hipertensão e diabetes mellitus. Estes sintomas e repercussões a longo prazo podem impactar negativamente a qualidade de vida e sexualidade das mulheres.

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a sexualidade em mulheres com SOP, a influência da obesidade nestes aspectos. **Desenho do Estudo:** Estudo de coorte transversal.

**Material e Métodos:** Foram avaliadas 150 mulheres com 18 a 40 anos, com diagnóstico de SOP, atendidas no período de janeiro a novembro de 2011 no Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sendo que 56 preencheram os critérios de inclusão. O grupo de controle foi composto por 102 mulheres com ciclos menstruais regulares, sem sinais de hiperandrogenismo clínico. Todas responderam a questionários para avaliação da função sexual (Índice de Função Sexual Feminina- *IFSF*) e da qualidade de vida (*WHOQOL- bref*). **Análise Estatística:** Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição normal. Como os dados não

apresentassem distribuição normal foi utilizado o teste de Mann-Whitney para a comparação entre os grupos. Foi adotado o nível de significância de 5% e o software utilizado para análise o SAS versão 9.2. **Resultados:** As mulheres com SOP e controles tinham média de idade de  $26,98 \pm 4,9$  e  $35,6 \pm 7,3$  anos, respectivamente ( $p < 0,0001$ ). O IMC médio era de  $31,9 \pm 8,5$  e  $28,5 \pm 5,4$   $\text{kg/m}^2$  respectivamente ( $p < 0,02$ ). Na avaliação de qualidade de vida, verificou-se que as mulheres com SOP apresentaram pior escore no domínio em que avaliavam sua condição de saúde ( $p = 0,01$ ) e no escore total do *WHOQOL-bref* ( $p = 0,02$ ) do que as mulheres do grupo de controle. Com relação à função sexual, os grupos não diferiram para desejo sexual e orgasmo, porém excitação ( $p = 0,03$ ), lubrificação ( $p = 0,04$ ), satisfação ( $p < 0,001$ ), dor ( $p = 0,01$ ) e o escore total do IFSF ( $p = 0,005$ ) foram piores na presença de SOP do que nas mulheres do grupo de controle. No grupo com SOP, a presença de obesidade piora significativamente os domínios físico, psicológico, meio ambiente, saúde e o escore total de qualidade de vida, assim como reduz os domínios orgasmo e o índice de função sexual feminina. **Conclusões:** Mulheres com SOP apresentaram piora na qualidade de vida e na função sexual em relação a mulheres com função gonadal normal. O peso acima do normal é um fator de piora destes aspectos

**Palavras- chave:** síndrome dos ovários policísticos, qualidade de vida, função sexual, obesidade, sexualidade

## *Summary*

---

**Introduction:** Polycystic ovary syndrome (POS) is an endocrine disorder with a high prevalence rate, characterized by oligomenorrhea or amenorrhea, clinical and/or biochemical signs of hyperandrogenism and polycystic ovaries. The main manifestations of the disorder are irregular menses, signs of hirsutism and infertility, in addition to its relationship with obesity, metabolic syndrome, hypertension and diabetes mellitus. Over the long term, these symptoms and repercussions may negatively impact quality of life and sexuality in affected women. **Objective:** To assess quality of life and sexuality in women with POS, as well as the influence of obesity on these aspects. **Study Design:** A cross-sectional design was conducted. **Material and Methods:** One hundred and fifty women aged 18 to 40 years, diagnosed with POS were assessed. These women had been seen from January to November 2011 in the Gynecological Endocrinology Outpatient Facility at the Department of Obstetrics and Gynecology in the *Universidade Estadual de Campinas* (UNICAMP) School of Medicine. Of the total number of women, fifty-six patients fulfilled the inclusion criteria. The control group was composed of 102 women with regular menstrual cycles, with no signs of clinical hyperandrogenism. All responded to questionnaires evaluating sexual function (Female Sexual Function Index-*FSFI*) and quality of life (WHOQOL- bref). **Statistical analysis:** The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess normal

distribution. Since data did not show a normal distribution, the Mann-Whitney test was used to compare the scores between both groups. A significance level of 5% was adopted and the software used for analysis was SAS version 9.2. **Results:** The mean age of patients with POS was  $26.98 \pm 4.9$  and  $35.6 \pm 7.3$  years, respectively ( $p < 0.0001$ ). The mean BMI was  $31.9 \pm 8.5$  and  $28.5 \pm 5.4$  kg/m<sup>2</sup>, respectively ( $p < 0.02$ ). In the quality of life assessment, it was observed that women with POS had worse scores in the domain evaluating their health status ( $p = 0.01$ ) and total WHOQOL-brefs core ( $p = 0.02$ ) than women in the control group. Regarding sexual function, the groups did not differ in terms of sexual desire and orgasm, although arousal ( $p = 0.03$ ), lubrication ( $p = 0.04$ ), satisfaction ( $p < 0.001$ ), pain ( $p = 0.01$ ) and total FSFI score ( $p = 0.005$ ) were worse in the POS group, when compared to women from the control group. In the POS group, the presence of obesity significantly worsened the domains of physical health, psychological, environment, health status and total quality of life scores, as well as lowered the domain scores of orgasm and female sexual function index. A comparison between both groups of women with BMI indicating overweight or obesity, showed no difference in quality of life or sexual function. **Conclusions:** Women with POS had a worse quality of life and sexual functioning, in comparison to women with normal gonadal function. Weight above normal is a factor that worsens these aspects.

**Keywords:** polycystic ovary syndrome, quality of life, sexual function, obesity, sexuality

# *1.Introdução*

---

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) foi inicialmente descrita em 1935 por Stein e Leventhal em mulheres com alterações menstruais, hirsutismo e ovários aumentados. Com o passar do tempo e com a evolução da medicina, novos critérios foram estabelecidos, sendo necessários dois de três fatores para sua confirmação: oligomenorreia ou amenorreia, sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, ovários policísticos caracterizados pelo exame ultrassonográfico padronizado, ou seja, presença de pelo menos um dos seguintes achados: 12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado ( $> 10\text{cm}^3$ ). Devem ser excluídas outras doenças como disfunção tireoidiana, hiperplasia adrenal congênita, síndrome de Cushing, tumores produtores de andrógenos, hiperprolactinemia (1,2,3).

É uma doença heterogênea, com alta prevalência, referida como de 5% a 10% em mulheres na menacme (4), na qual múltiplos fatores ambientais e genéticos estão envolvidos (5).

As mulheres com SOP, de acordo com a combinação das características que apresentem, podem ser divididas em subgrupos, porém estudos que avaliam as diferenças entre eles ainda são muito divergentes, alguns

referindo diferenças no índice de massa corporal e nos níveis de insulina enquanto outros não conseguiram demonstrar tais diferenças. Ainda assim, a definição dos subconjuntos de SOP é muito oportuna, pois pesquisas genéticas e clínicas têm apontado para uma relação entre tais subgrupos e consequências em longo prazo da SOP, como, por exemplo, a infertilidade ou doença cardiovascular (6,7).

Embora considerada uma “entidade diagnóstica”, hoje se discute a possibilidade de representar uma adaptação a alterações que ocorrem ao longo da vida das mulheres. Estilo de vida sedentário, com alimentação hipercalórica e resultante sobrepeso, obesidade, hiperinsulinismo e resistência à insulina estariam associadas a um aumento na incidência de SOP (8).

Essas mulheres apresentam manifestações clínicas e reprodutivas como hirsutismo, infertilidade e complicações gravídicas, manifestações metabólicas como resistência insulínica, intolerância a glicose, diabetes mellitus, obesidade, síndrome metabólica e doença cardiovascular, além de manifestações menos evidentes, como diminuição da qualidade de vida, baixa autoestima, depressão e ansiedade (9,10).

Embora na prática clínica o tratamento de mulheres com SOP muitas vezes esteja focado principalmente nas consequências físicas da síndrome, tem sido ressaltada a necessidade da abordagem das manifestações negativas relacionadas a distúrbios psicológicos, perda da autoestima e piora na qualidade de vida (QV) (11).

Existe uma associação entre a saúde mental de mulheres com SOP com idade, índice de massa corpórea (IMC), escolaridade, atividade física e infertilidade. Alguns autores mostraram que mulheres com SOP têm uma imagem negativa de seu corpo e de sua aparência e isto é um importante fator de risco para depressão, ansiedade e piora da QV. Há ainda associação direta entre hirsutismo e ansiedade, sintomas psicóticos e frustração (12,13,14,15,16,17).

A SOP cursa com ciclos anovulatórios, comumente associados com obesidade. Os ciclos anovulatórios são uma das principais causas de infertilidade nas mulheres. Recentemente, um estudo mostrou que a infertilidade afeta um em cada seis casais durante suas vidas e isso é mais frequente entre obesas. Tanto a infertilidade como a obesidade são importantes fatores de risco para distúrbios psicológicos e piora da QV (12).

Sabe-se que um número expressivo de mulheres portadoras de SOP apresentam sintomas de depressão e ansiedade. É muito difícil diferenciar ou atribuir se os transtornos psíquicos das mulheres com SOP são consequentes a uma ação primária dos esteroides sexuais cronicamente aumentados (androgênios) em nível cerebral alterando a neurotransmissão ou se ocorrem devido a processo reacional às manifestações sintomáticas da doença (hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade e obesidade). Em relação aos efeitos primários cerebrais dos esteroides sexuais, pesquisadores têm admitido que os hormônios alteram a forma e/ ou o número dos receptores de neurotransmissores, influenciando na sensibilidade para condições endógenas e exógenas, causando distúrbios na esfera do humor (18).



A obesidade na SOP tem sido relatada como o principal fator de risco para doenças mentais, ansiedade e isolamento social. Ela interfere na autopercepção, diminui a autoestima e interfere no relacionamento sexual. Já a infertilidade pode causar desavenças e tensões familiares e gerar problemas no trabalho, especialmente referido nas mulheres que nunca engravidaram (19,20).

A obesidade e os distúrbios metabólicos presentes na SOP podem estar associados com complicações clínicas de maior gravidade, cursando como síndrome metabólica. A prevalência da síndrome metabólica (SM) na SOP é de 33% a 43%, quase duas vezes maior que em mulheres da população geral, ajustadas para idade e IMC, o que eleva em sete vezes o risco de doença cardiovascular (21,22).

Em mulheres com SOP, a SM é diagnosticada em geral a partir da terceira década de vida (23% das mulheres com menos de 19 anos, 45% entre 20 e 29 anos e 53% entre 30 e 39 anos, contra 0%, 6% e 15% das mulheres-controle, respectivamente), com prevalência que se aproxima daquela em mulheres da população geral entre 50 e 60 anos de idade (22,23,24,25).

Estes dados são particularmente importantes ao se ressaltar que mulheres com doenças crônicas, incluindo diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, câncer, endometriose, apresentam piora na qualidade de vida, em seus vários aspectos que englobam os aspectos físicos, ambientais, sociais e psicológicos (26,27).

Outras manifestações psicológicas têm sido relatadas. Observou-se que mulheres com SOP têm maior tendência a se suicidar e fazem mais uso de antidepressivos e ansiolíticos (28). Há estudos ainda controversos que mostram que quando estas mulheres usam anticoncepcionais orais têm diminuição dos sintomas de depressão (29,30). Em estudo com 226 mulheres com SOP e 85 controles, a depressão foi diagnosticada em 28% das com SOP e em 4,7% das do grupo de controle, sendo maior o risco de depressão nas obesas (31).

Em uma metanálise que avaliou 12 estudos de mulheres com depressão (910 com SOP e 1347 mulheres controle) e seis estudos de mulheres com ansiedade (208 com SOP e 169 controles) mostrou-se um risco 17 vezes maior de depressão e cinco vezes maior de apresentar ansiedade naquelas com SOP (32). Resultados semelhantes foram demonstrados por outra metanálise de 28 estudos (2384 mulheres com SOP e 2705 controles), evidenciando risco maior de depressão (nove vezes) e ansiedade (sete vezes) e bulimia nas mulheres com diagnóstico de SOP (33,34).

De um modo geral, os sintomas normalmente associados com a SOP, hirsutismo, acne, obesidade, infertilidade, podem levar à redução na qualidade de vida; no entanto é o aumento de peso que parece exercer maior influência negativa (35). A QV na SOP está fortemente associada ao peso (sobrepeso/obesidade), mostrando-se inversamente proporcional ao IMC, além de associar-se ao hirsutismo, embora a infertilidade também seja um fator importante (36). É importante enfatizar que a piora na QV no âmbito físico das mulheres com SOP é

semelhante às alterações observadas nas pessoas com asma, epilepsia, diabetes, e dor nas costas, enquanto que no aspecto psicológico é 20% maior (37).

QV tem sido objeto de interesse de diversas áreas, destacando-se, dentre elas, a filosofia, economia, psicologia, pedagogia, medicina e enfermagem. Entretanto, há um desacordo em relação à definição do conceito devido à ênfase que cada uma dessas áreas dá ao que seria responsável pela QV. Costumam se ressaltar aspectos econômicos, culturais, éticos, entre outros. Contudo, ao definir QV, há um ponto em que todas estas áreas se unem, na preocupação com um bom nível de saúde e desenvolvimento humano (38).

Qualidade de vida é um termo de difícil definição, pois inclui uma variedade potencial de condições que a afetam, a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas (39).

O grupo de Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (the WHOQOL Group, 1994). Há várias definições de qualidade de vida; entretanto, uma análise dessas definições sugere que a qualidade de vida é um construto subjetivo, contemplando aspectos da existência e experiência individual (40).

Os aspectos subjetivos dizem respeito à própria vida, de que forma a pessoa percebe os aspectos objetivos como fatores qualitativos de sua vida. Quão

satisfeitas as pessoas estão com suas vidas reflete diretamente em como elas percebem sua QV (40).

Na formação deste constructo também é importante a consideração de sua multidimensionalidade, incluindo as dimensões física, psicológica e social, sempre na direção da subjetividade, possuindo dimensões positivas e negativas, o que lhe confere o caráter de bipolaridade (40).

Por isso, questionários que avaliam a qualidade de vida foram elaborados com a finalidade de produzir dados objetivos para realidades subjetivas. O grupo de qualidade de vida da OMS criou um instrumento de avaliação da QV (WHOQOL-100), dividido em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidades pessoais. Mas a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que esse grupo desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Esta ferramenta foi desenvolvida devido à necessidade de haver um instrumento de avaliação de qualidade de vida que pudesse ter uma perspectiva internacional de utilização, já que o conceito de QV é diferente em ambientes culturais diferentes (40,41).

No Brasil, o WHOQOL-bref foi validado por Fleck e colaboradores (2000) e está disponível, desde dezembro de 1999, no *site* do grupo do Rio Grande do Sul (42).

A SOP também apresenta impacto negativo na vida sexual das mulheres. A disfunção sexual provavelmente pode estar associada à ansiedade gerada pelos sintomas presentes e pela manifestação estética de alguns deles (43). Assim, alguns autores têm relacionado a menor satisfação sexual ao maior grau de hirsutismo, obesidade e infertilidade (43,44).

De maneira geral, a disfunção sexual (DS) pode ser definida como uma perturbação nos processos que formam o ciclo de resposta sexual, bem como por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual saudável, o que afeta uma ou mais das fases deste (desejo, excitação, orgasmo e resolução), e pode ocorrer devido a fatores psicológicos e/ou fatores combinados (45).

Para alguns autores, a função sexual feminina está fortemente relacionada a aspectos subjetivos, o que dificulta sua avaliação. Para que os diversos aspectos a ela relacionados sejam avaliados, têm sido desenvolvidos instrumentos aplicados de formas diversas. Tem-se considerado mais adequados os autoaplicados, que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade (45). O *The Female Sexual Function Index* (FSFI) é um questionário já validado em amostra brasileira e aqui chamado Índice de Função Sexual (IFSF). Este questionário permite avaliar seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (46,47).

De acordo com tais domínios, a Associação Psiquiátrica Americana classifica as disfunções sexuais femininas em: transtornos do desejo sexual

(desejo sexual hipoativo ou aversão sexual); transtornos da excitação sexual; transtornos do orgasmo; transtornos sexuais dolorosos (dispareunia, vaginismo) (48).

A disfunção sexual também pode ser atribuída aos efeitos diretos de uma condição médica geral ou ainda induzida por substâncias, quando plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos causados, por exemplo, por droga de abuso, medicamento ou exposição à toxina (49). Quando a disfunção sexual não satisfaz os critérios acima, classifica-se como disfunção sexual sem outra especificação (50).

As causas de disfunção nas mulheres são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e por vezes de causa desconhecida. Idade acima de 44 anos, déficit de estrogênio devido à pós-menopausa, cirurgias vaginais, disfunções sexuais do parceiro, crença religiosa, desemprego e baixa percepção de qualidade de vida são as principais causas de DS feminina (51,52).

As questões fisiológicas e psicológicas da DS feminina e sua relação com as diversas patologias e disfunções que se manifestam no organismo feminino, incluindo a SOP, merecem maiores estudos (30,53).

Especificamente, pode-se dizer que a sexualidade de mulheres com SOP é pobremente estudada. Os resultados dos poucos estudos da literatura mostram que elas estão menos satisfeitas com sua vida sexual que as mulheres sem SOP e que também pensam que seus parceiros são menos satisfeitos (30,53).

Estas mulheres referem sentir-se menos atraentes dos pontos de vista pessoal e do parceiro, e acreditam que o hirsutismo pode influenciar negativamente a sexualidade, além de dificultar o contato social (54). Embora mulheres com SOP mostrem-se menos satisfeitas com sua vida sexual, elas não mostraram diferença na frequência de relações sexuais em comparação com os controles. Na mesma direção, relatam que, apesar de sentirem diminuição dos atrativos sexuais e do desejo sexual, o número de parceiros, a frequência de relações sexuais e os desejos e fantasias sexuais mantêm-se iguais aos de mulheres controle, sem SOP (54). Em adolescentes, população ainda menos estudada, observou-se que garotas com SOP eram menos ativas sexualmente que as saudáveis (55).

Para mulheres com SOP, existe uma relação entre sexualidade e qualidade de vida, de forma que o impacto negativo na QV está associado à vida sexual e emocional, já que as mulheres estudadas relataram “não se sentir sexy” em consequência do crescimento excessivo de pelos ou do peso que apresentam. O hirsutismo e a obesidade afetam parâmetros psicossociais causando constrangimento e alterações emocionais, com sensação de frustração e fracasso (56).

Estudos comparativos entre SOP e mulheres com função gonadal normal mostrou que a aparência, particularmente relacionada à obesidade, e o hirsutismo reduzem a satisfação sexual e interferem na qualidade de vida devido ao comprometimento do aspecto físico (35,56).

De modo geral, acredita-se que mulheres com SOP têm uma piora na QV e na atividade sexual, o que coexiste com sintomas de ansiedade, depressão e obsessivos compulsivos (28,35,55).

Em um país como o Brasil, em que a aparência física e a estética são extremamente valorizadas pela sociedade e pela mídia, que as inovações dermatológicas invadem a vida de mulheres em todas as faixas etárias, que a sexualidade é apresentada com naturalidade e como fator de bem viver, torna-se fundamental estudar o impacto da SOP, considerada a endocrinopatia mais comum em mulheres na idade reprodutiva, de acordo com os critérios do National Institute of Health (NIH, 1990), valorizando seus aspectos clínicos e laboratoriais para um tratamento multidisciplinar e multifatorial, diagnosticando o impacto e oferecendo a essas mulheres, se necessário, orientações em sua vida sexual e para melhoria da qualidade de vida.

Em recente reunião de Consenso sobre a saúde de mulheres com SOP (3), concluiu-se que há evidências de aumento da prevalência de desordens psicológicas que afetam a qualidade de vida desta população, porém o nível de evidência da correção com as manifestações clínicas da SOP ainda não é alto. Com base (nestas conclusões, há indicação para novos estudos que proporcionem aos profissionais da saúde melhor percepção das intercorrências advindas da presença da SOP, oferecendo aconselhamento e intervenção apropriados.



## ***2. Objetivos***

---

### ***2.1. Objetivo geral***

Avaliar a qualidade de vida, a sexualidade em mulheres portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos e a influência da obesidade sobre estes aspectos.

### ***2.2. Objetivo específico***

- Avaliar a qualidade de vida em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos em relação a mulheres com função gonadal normal.
- Avaliar a função sexual de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos em relação a mulheres com função gonadal normal.
- Avaliar a influência da obesidade na qualidade de vida e na função sexual de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos, com índice de massa corporal normal, comparativamente às com sobrepeso ou obesidade.

## 3. *Publicação*

---

### 3.1. Artigo : A influência da obesidade na qualidade de vida e na função sexual de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos

- The influence of obesity on quality of life and sexual function in women with Polycystic Ovary Syndrome
- Qualidade de vida e função sexual na síndrome dos ovários policísticos

Silvia Regina Ferreira<sup>1</sup>, Daniela Angerame Yela<sup>2</sup>, Cristina Laguna Benetti-Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Aluna de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

<sup>2</sup>. Professora Doutora do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

#### ***Endereço para Correspondência:***

#### ***Cristina Laguna Benetti-Pinto***

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Rua Alexander Fleming nº101

CEP:13083-970, Campinas, SP, Brasil

Fone e fax: 55-19-3521-9306

e-mail: [laguna.unicamp@gmail.com](mailto:laguna.unicamp@gmail.com)

**Resumo:**

**Objetivo:** Avaliar qualidade de vida (QV) e função sexual (FS) de mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP). **Material e Métodos:** Estudo de corte transversal com avaliação de 56 mulheres com SOP e 102 mulheres com ciclos menstruais regulares, sem hiperandrogenismo clínico, todas responderam aos questionários Índice de Função Sexual Feminina (*IFSF*) e qualidade de vida (*WHOQOL- bref*). **Resultados:** Mulheres com SOP apresentaram pior avaliação da condição de saúde e escore total de QV do que as de controle. Embora sem diferença para desejo sexual e orgasmo, verificou-se piora nos domínios excitação, lubrificação, satisfação, dor e no escore total do IFSF na presença de SOP. A obesidade/sobrepeso piorou significativamente os domínios físico, psicológico, meio ambiente, saúde e escore total de QV, assim como os domínios orgasmo e índice de função sexual feminina nas mulheres com SOP. **Conclusões:** A SOP piora a QV e função sexual dessas mulheres. O peso acima do normal é um fator de piora destes aspectos.

Palavras-chave: síndrome dos ovários policísticos, qualidade de vida, função sexual, obesidade.

**Abstract:**

**Objective:** To assess quality of life (QOL) and sexual function (SF) in women with polycystic ovary syndrome (POS). **Material and Methods:** A cross-sectional study conducted to assess 56 women with POS and 102 women with regular menstrual cycles, without clinical hyperandrogenism, who responded to questions in the Female Sexual Function Index (*FSFI*) and quality of life (WHOQOL-bref) questionnaires. **Results:** Women with POS had a worse evaluation concerning health status and total QOL score than controls. Although there was no difference in sexual desire and orgasm, worsening in the domains arousal, lubrication, satisfaction, pain and total FSFI score was observed in the presence of POS. Being obese/overweight significantly worsened the following domains: physical health, psychological, environment, health and total QOL scores, as well as the domains of orgasm and female sexual function index in women with POS. **Conclusions:** Women with POS have a worse QOL and sexual function, in comparison to women with normal gonadal function. Weight above normal is a factor that worsens these aspects.

**Keywords:** polycystic ovary syndrome, quality of life, sexual function, obesity.

## **Introdução**

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a uma desordem endócrina com alta prevalência, sendo diagnosticada em 5% a 10% das mulheres no menacme, na qual múltiplos fatores ambientais e genéticos estão envolvidos.<sup>1,2,3</sup>

Frequentemente a abordagem desta síndrome é direcionada para tratar os sintomas clínicos irregularidade menstrual, hirsutismo e infertilidade. Tem recebido menor atenção o impacto destes sintomas sobre distúrbios psicológicos e sexuais, interferindo na autoimagem, na dinâmica familiar e profissional.<sup>4,5,6</sup>

Estudos têm referido que os sintomas normalmente associados com a SOP podem levar a redução na qualidade de vida (QV), sendo o aumento de peso o que parece exercer maior influência negativa na QV e na vida sexual destas mulheres<sup>7,8,9</sup>, porém estes aspectos não estão bem avaliados na população brasileira.

Dessa forma, esse estudo tem como objetivo avaliar sexualidade e qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de SOP, trazendo conhecimento que possa gerar aos profissionais da saúde melhor percepção de outros aspectos desta síndrome, com ênfase no papel da obesidade sobre tais parâmetros, qualificando a abordagem, intervenção e aconselhamento oferecido a estas mulheres.

## **Sujeitos e Métodos**

Realizou-se um estudo de corte transversal no ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com avaliação de 150 mulheres com idade entre 18 e 40 anos apresentando diagnóstico de SOP segundo os critérios de Rotterdam<sup>1</sup> atendidas no período de janeiro a novembro de 2011. Destas, foram incluídas no estudo 56 mulheres que preencheram os critérios de inclusão, compondo o grupo de estudo. As demais foram excluídas por não apresentarem atividade sexual ou por apresentarem algum dos critérios de exclusão descritos abaixo.

O grupo de controle foi composto por 102 mulheres com ciclos menstruais regulares, sem sinais de hiperandrogenismo clínico, atendidas no ambulatório de planejamento familiar da mesma instituição.

Os critérios de inclusão necessitavam que todas as mulheres de ambos os grupos apresentassem ao menos uma relação sexual no mês que precedia a admissão ao estudo.

Os critérios de exclusão foram: deficiência cognitiva que impossibilitasse a compressão dos instrumentos do estudo, estar grávida, apresentar doenças crônicas tais como: hipertensão arterial, diabetes tipo I ou II, doença autoimune, neoplasia, uso de medicações com ação sobre sexualidade (exemplo: antidepressivos).

As mulheres de ambos os grupos foram entrevistadas individualmente por uma médica ginecologista, sendo aplicados os questionários para avaliação da função sexual e da qualidade de vida.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob o número 044/2010. Todas as mulheres assinaram um termo de consentimento informado antes de serem incluídas no estudo.

## **Avaliação da Função Sexual**

Para avaliação da função sexual utilizou-se o questionário “The Female Sexual Functional Index”<sup>10</sup>, validado para a língua portuguesa e para a população feminina e no Brasil chamado Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)<sup>11</sup>. O instrumento possui dezenove questões agrupadas em seis domínios que medem desejo (itens 1 e 2), excitação (itens 3-6), lubrificação (itens 7-10), orgasmo (itens 11-13), satisfação (itens 14-16) e dor ou desconforto (itens 17-19). Cada domínio recebe uma pontuação na escala de zero a seis com pontuações mais altas indicando melhor funcionamento. A pontuação zero em um domínio indicaria que a mulher não referiu atividade sexual no último mês, o que não aconteceu neste estudo, pois estas mulheres não foram incluídas. A pontuação total obtida a partir da nota de cada domínio pode indicar a presença de disfunção sexual, de acordo com a literatura, quando o escore for menor ou igual a 26,55 pontos.<sup>10</sup>

## **Avaliação de Qualidade de Vida**

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o *WHOQOL-bref*, desenvolvido por *The WHOQOL Group* (1998) e validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000). Contém 26 questões, sendo duas gerais em que a mulher responde sobre sua impressão de sua qualidade de vida e saúde, e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (*WHOQOL-100*), e abordam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, que são

transformados em escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida, e 100 a uma melhor qualidade de vida.<sup>12,13</sup>

### **Análise Estatística**

Os escores dos questionários foram avaliados quanto a distribuição normal através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados não apresentassem distribuição normal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para a comparação entre os grupos. A correlação entre o Índice de massa corporal (IMC) e os escores dos questionários foi realizada através da Correlação de Spearman.

Foi adotado o nível de significância de 5% e o software utilizado para análise o SAS versão 9.2.

### **Resultados**

As mulheres com SOP e controles sem SOP tinham média de idade de 26,9±4,9 e 35,6±7,3 anos, respectivamente ( $p<0,0001$ ). O IMC médio era de 31,9±8,5 e 28,5±5,4 kg/m<sup>2</sup> respectivamente ( $p<0,02$ ).

A média do índice de Ferriman (IF) foi de 10,4±4,5 para o grupo SOP, sendo que 85,7% apresentavam hirsutismo, caracterizado como  $IF>6$ <sup>14</sup>. A infertilidade esteve presente em 30,4% das mulheres com SOP e em apenas 8,9% das mulheres do grupo-controle ( $p=0,008$ ).

Na avaliação de qualidade de vida, verificou-se que as mulheres com SOP apresentaram pior escore no domínio que representa uma auto avaliação da condição de saúde ( $p=0,01$ ) e no escore total do *WHOQOL-bref* ( $p=0,02$ ) do que as mulheres do grupo de controle (Tabela 1).



Com relação à função sexual, os grupos não diferiram para desejo sexual e orgasmo, porém excitação ( $p=0,03$ ), lubrificação ( $p=0,04$ ), satisfação ( $p<0,001$ ), dor ( $p=0,01$ ) e o escore total do IFSF ( $p=0,005$ ) foram piores na presença de SOP do que nas mulheres do grupo de controle (Tabela 1).

No grupo com SOP, comparamos as mulheres com IMC normal (18 a  $<25$ ) e as com sobrepeso/obesidade ( $IMC \geq 25$ ). Verificamos que a presença de obesidade piora de forma significativa os domínios físico, psicológico, meio ambiente, saúde e o escore total de qualidade de vida, assim como reduz os domínios orgasmo e o índice de função sexual feminina (Tabela 2).

A obesidade na SOP apresentou correlação negativa com os domínios físico, psicológico, meio ambiente, autoavaliação de qualidade de vida e saúde e com o escore total de QV, mostrando impacto negativo sobre todos estes aspectos (Tabela 3).

## **Discussão**

Mulheres com SOP apresentaram pior avaliação de sua condição de saúde, além de piora na qualidade de vida e na função sexual do que mulheres com função gonadal normal. A obesidade, uma manifestação clínica frequentemente associada a SOP, piorou significativamente os domínios físico, psicológico, meio ambiente, saúde e escore total de QV, assim como a capacidade orgástica e o índice de função sexual feminina destas mulheres.

Estes resultados apontam na mesma direção que estudos da literatura que referem que os sintomas tipicamente associados com a SOP, hirsutismo, obesidade<sup>15, 16, 17</sup>, doenças

metabólicas<sup>18</sup> e infertilidade, podem levar a redução na qualidade de vida, atribuindo-se ao aumento de peso a maior influência negativa.<sup>7,19,20,21,22.</sup>

Qualidade de vida tem sido objeto de interesse de diferentes áreas. Há um ponto comum de interesse entre todas as áreas de atuação sobre a QV, a preocupação com um bom nível de saúde e desenvolvimento humano. Esta preocupação tem norteado ações de saúde.

A partir da relação direta de QV e saúde, a percepção da mulher em relação a esta situação tem relevada importância. Em nosso estudo, observamos que a presença da SOP faz com que as mulheres tenham pior escore na avaliação global dos aspectos da QV, sendo a auto percepção de saúde o único domínio com comprometimento em relação às do grupo controle. Este resultado, levando-se em conta que estudamos mulheres jovens com média de idade em torno de 26 anos, deve alertar para a importância de um correto diagnóstico da SOP e para o atendimento a elas oferecido.

A obesidade tem sido fortemente associada a piora na qualidade de vida. Encontramos correlação inversa entre a obesidade e quase todos os aspectos da QV, de forma que o aumento do IMC correlaciona-se a piora nos domínios físico, psicológico, meio ambiente, na auto avaliação de saúde e no escore total de qualidade de vida. Estes resultados também são os mesmos da literatura que mostram que os aspectos, físicos, psicológicos e emocionais da QV também podem ser comprometidos e fortemente associados ao sobrepeso/obesidade e ao grau de hirsutismo em mulheres com SOP<sup>22</sup>. Há relatos de que a limitação do aspecto físico sobre a QV na SOP é similar ao observado em mulheres com asma, epilepsia, diabetes, e lombalgia<sup>17</sup>.

O atendimento a mulheres com SOP deve ser direcionado a todas as manifestações da síndrome e a obesidade deve receber atenção multiprofissional pela dificuldade na sua abordagem. Além do impacto em manifestações como resistência insulínica, risco aumentado para síndrome metabólica, hipertensão, doença cardiovascular, nossos resultados mostram que a obesidade deve ser tratada com o intuito de melhorar a QV, uma vez que o índice de massa corporal correlaciona-se negativamente com praticamente todos os aspectos da QV, mostrando que a medida que o IMC aumenta, estes aspectos são mais comprometidos, com piora da QV.

Um estudo de revisão de SOP publicado recentemente confirma que a associação entre obesidade, infertilidade e distúrbios psicológicos promove grande impacto na qualidade de vida e na função sexual das mulheres.<sup>7</sup>

A sexualidade em mulheres com SOP tem recebido pouca atenção durante a abordagem terapêutica da síndrome. Estudos mostram que mulheres com SOP estão menos satisfeitas com sua sexualidade do que mulheres com função gonadal normal por sentirem-se menos atraentes, referindo que sua aparência pode dificultar a vida sexual.<sup>23, 24</sup>

Ao compararmos as portadoras da SOP às mulheres de controle, observamos que quase todos os aspectos da FS estiveram comprometidos, com piora da excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, além de maior referência a dor durante o ato sexual. Embora não tenhamos observado diferença para desejo sexual, ambos os grupos apresentavam baixo escore para este domínio. Na avaliação global da função sexual, o escore total no grupo de estudo revelou-se significativamente menor, apesar das mulheres deste grupo serem quase dez anos mais jovens que o grupo de controle. Teoricamente, ser

mais jovem seria um ponto favorável à FS, mostrando que este impacto negativo ocorre precocemente.

Resultados semelhantes foram relatados por Han e colaboradores<sup>25</sup> que, apesar de utilizarem metodologia diferente, também encontraram grupos que não diferiram para desejo sexual e para dor. Estes autores relatam que apesar do comprometimento de vários aspectos da função sexual, as mulheres com SOP não apresentavam redução na frequência de intercursos sexuais em relação aos controles. Comparativamente, observamos que a frequência de intercurso sexual foi maior nas mulheres com SOP (dados não apresentados).

O comprometimento dos diversos aspectos da função sexual tem sido pobremente estudado e valorizado, sendo tal fato atribuído à obesidade e ao hirsutismo, responsáveis pela baixa autoestima destas mulheres.

Nas mulheres com SOP deste estudo, o sobrepeso/obesidade comprometeu negativamente e de forma significativa a capacidade orgástica e a avaliação global da função sexual, sem interferir nos demais domínios.

Concluindo, mulheres com SOP apresentaram piora na QV e função sexual em relação a mulheres com função gonadal normal. Entre as mulheres com SOP, sobrepeso/obesidade são fatores que atuam negativamente sobre tais funções. Desta forma, nossos resultados reforçam a necessidade de que os médicos encorajam, orientem e atuem para que as mulheres controlem o peso, não apenas objetivando melhora da sintomatologia evidente da SOP, mas também como forma de melhora da qualidade de vida e da função sexual.

## **Bibliografia**

1. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertil Steril* 2004; 81(1): 19-25.
2. Salley KE, Wickham EP, Cheang KI, Essah PA, Karjane NW, Nestler JE. Glucose intolerance in polycystic ovary syndrome--a position statement of the Androgen Excess Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(12):4546-5.
3. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2012; 97(1)0015-0282.
4. Jedel E, Kowalski J, Victorin ES. Assessment of health-related quality of life: swedish version of polycystic ovary syndrome questionnaire. *Acta Obst Gynecol* 2008; 87(12):1329-35.
5. Niet JE, Koning CM, Pastoor H, Duivevvoorden HJ, Valkenburg O, Ramakers MJ, et al. Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reprod* 2010; 25(6):1497-1503.
6. McCook, Reame NE, Thatcher SS. Helath related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1):12-20.

7. Kocelak P, Chudek J, Naworska B, Sosnowska K, Kotlarz B, Glinianowicz MO. Psychological disturbances and quality of life in obese and infertile women and men. *Int J Endocrinol* 2012; (5):1-14.
8. Aysha MA, Matthew DR, Jane S. The suitability of Polycystic Ovary Syndrome-Specific Questionnaires for measuring the impact of PCOS on Quality of life in Clinical Trials.
9. Thomson RL, Buckey JD, Lim SS, Noakes M, Clifton PM, Norman RJ, Brinkworth GD. Lifestyle management improves quality of life and depression in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2010; 94(5):1812-6.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (*FSFI*): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
11. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2002; 28(s):155-64.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Publica* 2000; 34(2):178-83.
13. Orley J, Kuyken W. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-69.

14. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab* 1961; 21(5):1440-7.
15. Kaneshiro B, Kessel B. Obesity and sexuality: is there a connection? *Fem Patiet* 2009; 34(4):38-40.
16. Pasquali R, Gambineri A, Pagotto A. The impact of obesity on reproduction in women with polycystic ovary syndrome. *BJOG* 2006; 113(2):1148-59.
17. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. *Obstet Gynecol* 2008; 112(2):586-92.
18. Cinar N, Kizilarslanoglu MC, Harmanci A, Aksoy DY, Bozdog G, Demir B, Yildiz BO. Depression, anxiety and cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome. *Human Reprod* 2011; 26(12):3339-45.
19. Azziz R, Carmina E, Sawaya ME. Idiopathic hirsutism. *Endocr Rev* 2000; 21 (4):347-62.
20. Rasgon NL, Rao RC, Hwang et al. Depression um women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord* 2003; 74(3):299-304.
21. Barnard L, Ferriday D, Guenther N, Strauss B, Balen AH, Dye L. Quality of life and psychological well-being in polycystic ovary syndrome. *Human Reprod* 2007; 22(8):2279-86.
22. Paulson JD, Haarmann BS, Salerno RL, Asmar P. An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertil Steril* 1988; 49(2):258-62.

23. Tan S, Hahn S, Benson S, Janssen OE, Dietz T, Kimmig R, et al. Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reprod* 2008; 23(9):2064-71.
  
24. Elsebruch S, Hahn S, KowalskyD, Offner H, Schedlowski M, Mann K, Janssen OE. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clinical Endocrinol Metabol* 2003; 88 (12):5801-7.
  
25. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, Kimmig R, Benson S, et al. Clinical and psychological correlates of quality –of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005; 153(3):853-60.



**Tabela 1. Análise comparativa da qualidade de vida e da função sexual em mulheres com SOP (n=56) e mulheres do grupo de controle, com função gonadal normal (n=102)**

	<b>SOP</b>	<b>CONTROLE</b>	
	<b>Media ± dp</b>	<b>Media ± dp</b>	<b>p</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>			
WHOQOL – FÍSICO	72,9±18,4	73,1±15,3	0,7667
WHOQOL – PSICOLÓGICO	62,4±19,2	66,6±16,7	0,1852
WHOQOL – SOCIAL	69,5±20,5	69,5±16,1	0,6024
WHOQOL - MEIO AMBIENTE	61,1±13,3	59,9±13,3	0,7011
WHOQOL - QUALIDADE DE VIDA	69,6±17,0	72,3±17,9	0,2367
WHOQOL - SAÚDE	53,6±25,9	63,7±23,5	0,0151
WHOQOL - TOTAL	13,9±3,0	14,9±2,6	0,0282
<b>FUNÇÃO SEXUAL</b>			
IFSF - DESEJO	3,4±1,2	3,6±1,2	0,4347
IFSF - EXCITAÇÃO	3,9±1,1	4,2±1,1	0,0304
IFSF - LUBRIFICAÇÃO	4,7±0,6	5,7±8,5	0,0440
IFSF - ORGASMO	4,5±0,7	5,4±7,6	0,1309
IFSF - SATISFAÇÃO	2,8±1,2	4,1±1,6	<0,0001
IFSF - DOR	5,8±1,4	5,3±1,2	0,0171
<b>IFSF - TOTAL</b>	<b>25,0±3,3</b>	<b>28,2±16,1</b>	<b>0,005</b>

*dp - desvio-padrão, teste de Mann-Whitney*

**Tabela 2. Comparação da qualidade de vida e da função sexual no grupo de estudo de mulheres com SOP com IMC normal ou com sobrepeso/obesidade**

	SOP- IMC<25	SOP – IMC> 25	p
	N=8	N=48	
	Media ± dp	Media ± dp	
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>			
WHOQOL – FÍSICO	90,6 ±5,0	69,9±18,2	0,0008
WHOQOL – PSICOLÓGICO	72,9 ± 19,9	60,7±18,7	0,0428
WHOQOL – SOCIAL	65,6± 23,8	70,1±20,1	0,5633
WHOQOL - MEIO AMBIENTE	69,1±14,0	59,8±12,9	0,0449
WHOQOL - QUALIDADE DE VIDA	75,0±13,4	68,8±17,5	0,3682
WHOQOL - SAÚDE	68,8±29,1	51,0±24,7	0,0472
WHOQOL - TOTAL	15,5±2,6	13,6±3,0	0,0489
<b>FUNÇÃO SEXUAL</b>			
IFSF - DESEJO	4,0±1,2	3,3±1,2	0,1530
IFSF - EXCITAÇÃO	4,3±1,0	3,8±1,1	0,1960
IFSF - LUBRIFICAÇÃO	4,8±0,4	4,7±0,6	0,7626
IFSF - ORGASMO	4,9±0,6	4,4±0,7	0,0485
IFSF - SATISFAÇÃO	3,1±1,2	2,7±1,2	0,3228
IFSF - DOR	6,1±1,5	5,7±1,4	0,5325
<b>IFSF - TOTAL</b>	27,1±3,3	24,6±3,3	0,0375

*dp - desvio-padrão, teste de Mann-Whitney*

Tabela 3. Correlação entre índice de massa corporal e a qualidade de vida e função sexual em mulheres com SOP (N=48)

<b>MEDIDA</b>	<b>R</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Qualidade de Vida</b>		
WHOQOL - FÍSICO	-0,583	<0,0001
WHOQOL - PSICOLÓGICO	-0,385	0,0034
WHOQOL - SOCIAL	0,152	0,2648
WHOQOL - MEIO AMBIENTE	-0,328	0,0136
WHOQOL - QUALIDADE DE VIDA	-0,400	0,0023
WHOQOL - SAÚDE	-0,403	0,0021
WHOQOL - TOTAL	-0,464	0,0003
<b>Função Sexual</b>		
IFSF - DESEJO	-0,036	0,7929
IFSF - EXCITAÇÃO	-0,137	0,3142
IFSF - LUBRIFICAÇÃO	0,052	0,7038
IFSF - ORGASMO	-0,264	0,0497
IFSF - SATISFAÇÃO	-0,086	0,5273
IFSF - DOR	-0,049	0,7205
IFSF - TOTAL	-0,124	0,3642

## *4. Conclusões*

---

- Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos avaliam pior sua condição de saúde e apresentam pior escore de qualidade de vida do que mulheres com função gonadal normal.
- Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos apresentam pior índice de função sexual com redução da excitação, lubrificação e satisfação sexual, além de mais dor no ato sexual do que mulheres com função gonadal normal.
- O peso corporal acima dos limites da normalidade afeta negativamente os domínios físico, psicológico, meio ambiente, saúde e o escore total de qualidade de vida, assim como reduz os domínios orgasmo e o índice de função sexual feminina das mulheres com síndrome dos ovários policísticos.

## 5. Referências Bibliográficas

---

1. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertil Steril* 2004; 81(1):19-25.
2. Salley KE, Wickham EP, Cheang KI, Essah PA, Karjane NW, Nestler JE. Glucose intolerance in polycystic ovary syndrome--a position statement of the Androgen Excess Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(12):4546-5.
3. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2012; 97(1):015-282.
4. Aysha MA, Matthew DR, Jane S. The suitability of Polycystic Ovary Syndrome-Specific Questionnaires for measuring the impact of PCOS on Quality of life in Clinical Trials.
5. Welt CK, Gudmundsson JA, Arason G, Adams J, Palsdottir H, Gudlaugsdottir G et al. Characterizing discrete subsets of polycystic ovary syndrome as defined by the Rotterdam criteria: The impact of weight on phenotype and metabolic features. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91 (12):4842-8.
6. Welt CK, Arason G, Gudmundsson JA, Adams J, Palsdóttir H, Gudlaugsdóttir G et al. Defining constant *versus* variable phenotypic features of women with

- polycystic ovary Syndrome using different ethnic groups and populations. *J Clin Endocrinol Metab*; 91(11):4361-8.
7. Govind A, Obhrai MS, Clayton RN. Polycystic ovaries are inherited as an autosomal dominant trait: analysis of 29 polycystic ovary syndrome and 10 control families. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(1):38-43.
  8. Jedel E, Kowalski J, Victorin ES. Assessment of health-related quality of life:swedish version of polycystic ovary syndrome questionnaire. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(12):1329-35.
  9. Thomson RL, Buckey JD, Lim SS, Noakes M, Clifton PM, Norman RJ et al. Lifestyle management improves quality of life and depression in over weight and obese women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2010; 94(5):1812-6.
  10. Tan S, Hahn S, Benson S, Janssen OE, Dietz T, Kimmig R et al. Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2008; 23(9):2064-71.
  11. Niet JE, Koning CM, Pastoor H, Duivevoorden HJ, Valkenburg O, Ramakers MJ et al. Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2010; 25(6):1497-503.
  12. Kocelak P, Chudek J, Naworska B, Ba M, Sosnowska K, Kotlarz B et al. Psychological disturbances and quality of life in obese and infertile women and men. *Int J Endocrinol*. 2012; (3):1-14.
  13. Elsebruch 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.

14. Hatch R, Rosenfiels RL, Kim MH, Tredway D. Hirsutism: implications, etiology, and management. *Am J Obstet Gynecol.* 1981; 140(7):815-30.
15. Azziz R, Carmina E, Sawaya ME. Idiopathic hirsutism. *Endocr Ver.* 2000; 21(4):347-62.
16. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1961; 21:1440-7.
17. Deplewski D, Rosenfield RL. Role of hormones in pilo sebaceous unit development. *Endocr Rev.* 2000; 21(4):363-92.
18. Weiner Cindy, Primeau M, Ehrmann DA. Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med.* 2004; 66(1):356-62.
19. Rasgon NL, Rao RC, Hwang S, Altshuler LL, Elman S, Zuckerbrow-Miller J et al. Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord.* 2003; 74(3)299-304.
20. McCook, Reame NE, Thatcher SS. Health related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(1):12-20.
21. Apridonidze T, Essah PA, Luorno MJ, Nestler JE. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(4):1929-35.
22. Vryonidou A, Papatheodorou A, Tavridou A, Terzi T, Loi V, Vatalas IA et al. Association of hyperandrogenemic and metabolic phenotype with carotid intima-media thickness in young women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(5):2740-6.

23. Ehrmann DA, Liljenquist DR, Kasza K, Azziz R, Legro RS, Ghazzi MN. Prevalence and predictors of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91(1):48-53.
24. Ching HL, Burke V, Stuckey GA. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clin Endocrinol*. 2007; 66(3):373-9.
25. Pasquali R, Gambineri A, Pagotto A. The impact of obesity on reproduction in women with polycystic ovary syndrome. *BJOG*. 2006;113(2):1148-59.
26. Norman RJ, Davies MJ, Lord J, Moran LJ. The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. *Endocrinol Metab*, 2002;13(6):251-7.
27. Benetti-Pinto CL, Almeida DMB, Makuch MY. Quality of life with premature ovarian failure. *Gynecol Endocrinol*. 2011; 27(9):645-9.
28. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-Related quality of life measurement in women with common benign gynecologic condition: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):501-11.
29. Hedden SL, Davidson S, Smith CB. Cause and effect: the relationship between acne and self-esteem in the adolescent years. *J Nurse Pract*. 2008; 4(8):595-9.
30. Elsebruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner H, Schedlowski M, Mann K et al.. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 88(12):5801-7.
31. Cinar N, Kizilarlanoglu MC, Harmanci A, AksoyDY, Bozdog G, Demir B et al. Depression, anxiety and cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*, 2011; 26(12):3339-45.



32. Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2011; 26(9):2442-51.
33. Jedel E, Waern M, Gustafson D, Landen M, Eriksson E, Holm G et al.. Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Hum Reprod.* 2010; 25(2):450-6.
34. Dokras A, Clifton S, Futterweit, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2012; 97(1):225-30.
35. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger WL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2008; 14(1):15-25.
36. Sonino N, Fava GA, Mani E, Belluardo P, Boscaro M. Quality of life of hirsute women. *Postg Medical J.* 1993; 69(809):186-9.
37. Himelein JM, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2006; 61(11):723-32.
38. Amaral VMG. A importância da soja como alimento funcional para a qualidade de vida e saúde. [Dissertação-mestrado]. Campinas (SP):Universidade Estadual de Campinas; 2003.
39. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2004; 20 (2):580-8.
40. Orley J, Kuyken W. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of*

life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-69.

41. Viana HB. Influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas, [Dissertação- Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
42. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.
43. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. Obstet Gynecol 2008; 112(2):586-92.
44. Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274(1):297-302.
45. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Rev Psiq Clin. 2006; 33(3):162-7.
46. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: the important points to remember. Clinics. 2005; 60(1):51-60.
47. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (*FSFI*): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26:191-208.
48. American Psychiatric Association. DSM IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2002.

49. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence e predictors. JAMA. 1999; 281(2):537-54.
50. Artiles Perez V, Gutierrez Sigler MD, San Genoves J. Female sexual function and related factors. Aten Prim. 2006; 38(6):339-44.
51. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004. 202p.
52. Bruce-Jones W, Zolese G, White P. Polycystic ovary syndrome and psychiatric morbidity. J Psychosom Obstet Gynaecol .1993;14(2):111-6.
53. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M et al. Clinical and psychological correlates of quality –of-life in polycystic ovary syndrome. Europ J Endocrinol. 2005; 153:853-60.
54. Trent ME, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Fertility Concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. J Pediat Adolesc Gynecol. 2003;16(1):33-7.
55. Kaneshiro B, Kessel B. Obesity and sexuality: is there a connection? Fem Patiet. 2009; 34(2):38-40.

## 6. Anexos

### 6.1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP: 23/11/10  
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 1141/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
CAAE: 0815.0.146.000-10

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

PROJETO: "SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS".  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sílvia Regina Ferreira  
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP  
APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/11/2010  
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/10/11 (O formulário encontra-se no site acima).

**II - OBJETIVOS**

Avaliar sexualidade e qualidade de vida de mulheres com diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos.

**III - SUMÁRIO**

Serão avaliadas dez mulheres com SOP atendidas no Ambulatório de Ginecologia endócrina do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pareadas uma a uma a dez mulheres com função gonadal normal por idade em anos (+2) e IMC no mesmo grupo (baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade). Após será feito o cálculo do tamanho amostral, com complementação da amostra. As mulheres dos dois grupos (SOP e função gonadal normal) serão entrevistadas, após concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no momento da consulta e responderão a dois questionários WHOQOL-bref para qualidade de vida e Índice de função sexual feminina para sexualidade. Os escores obtidos nos questionários serão comparados entre os grupos utilizando teste X<sup>2</sup>. Os escores totais e dos domínios serão também analisados em relação às variáveis: IMC, hirsutismo, infertilidade e acne através da análise de correlação ou Teste T de Student.

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O projeto apresenta-se bem redigido e com metodologia adequada para os objetivos apresentados. Os critérios de inclusão, exclusão e descontinuação dos sujeitos estão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística estão detalhadamente descritos e bem embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado e adequado para o tipo de estudo a ser desenvolvido, não será solicitado financiamento já que o pesquisador vai assumir os custos.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-887 - Campinas - SP

FGSE: (019) 3521-8035  
FAX: (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -

#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de novembro de 2010.

  
**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP

## 6.2. Termo de Consentimento (Caso)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### CASO

Nome do estudo: **Qualidade de vida e sexualidade em pacientes portadoras da Síndrome dos ovários policísticos.**

Pesquisadora responsável: Dra. Sílvia Regina Ferreira

Orientadora: Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Fui convidada para participar deste estudo, denominado Qualidade de vida e sexualidade em pacientes portadoras da Síndrome dos ovários policísticos, que tem como objetivo avaliar através de dois questionários, a qualidade de vida e o grau de satisfação sexual nestas mulheres.

Minha participação nesta pesquisa será responder algumas perguntas sobre minha vida pessoal e responder a dois questionários.

Fui informada que algumas mulheres com essas condições médicas apresentam alterações físicas e emocionais e a pesquisadora está buscando compreender se há também alguma alteração da função sexual e da qualidade de vida nesta fase.

O questionário será aplicado pela pesquisadora em uma sala reservada do ambulatório de Ginecologia, com duração de aproximadamente quarenta minutos e no mesmo dia da consulta já agendada, sem prejuízo no horário de atendimento. Sei que não terei nenhum benefício ou ressarcimento financeiro, uma vez que não terei gastos adicionais por participar do estudo e aceitando participar, não terei privilégios adicionais no atendimento.

Minha participação é voluntária e poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo sem prejuízo no meu atendimento nesta instituição. Tenho o direito de fazer perguntas durante a entrevista e recusar-me a responder alguma questão.

As informações levantadas nessa pesquisa poderão ajudar no futuro outras mulheres, mas não trará nenhum benefício imediato para mim e caso seja identificado alguma patologia sexual, recebi a informação que poderei ser encaminhada, se desejar, para o ambulatório de Sexualidade ou de Psicologia.

As informações coletadas pela entrevista serão utilizadas para publicação ou artigos científicos e minha identificação será mantida em sigilo. Dessa forma, a identificação não será mostrada para garantir minha privacidade.

Caso tenha alguma dúvida posso ligar para a pesquisadora, no ambulatório de Ginecologia do CAISM das 7 h às 17 h, no telefone (19) 3521-9347, as Segundas e Sextas, no período da manhã e falar com a pesquisadora responsável ou para o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) telefone (19) 3521-8936.

Li, entendi e aceito participar voluntariamente do estudo.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

Campinas \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

### 6.3. Termo de Consentimento (Controle)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### CONTROLE

Nome do estudo: **Qualidade de vida e sexualidade em pacientes portadoras da Síndrome dos ovários policísticos.**

Pesquisadora responsável: Dra. Sílvia Regina Ferreira

Orientadora: Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Fui convidada para participar deste estudo, denominado Qualidade de vida e sexualidade em pacientes portadoras da Síndrome dos ovários policísticos, que tem como objetivo avaliar através de dois questionários, a qualidade de vida e o grau de satisfação sexual nestas mulheres.

Minha participação nesta pesquisa será responder algumas perguntas sobre minha vida pessoal e responder a dois questionários.

Fui informada que algumas mulheres com essas condições médicas apresentam alterações físicas e emocionais e a pesquisadora está buscando compreender se há também alguma alteração da função sexual e da qualidade de vida nesta fase.

O questionário será aplicado pela pesquisadora em uma sala reservada do ambulatório de Ginecologia, com duração de aproximadamente quarenta minutos e no mesmo dia da consulta já agendada, sem prejuízo no horário de atendimento. Sei que não terei nenhum benefício ou ressarcimento financeiro, uma vez que não terei gastos adicionais por participar do estudo e aceitando participar, não terei privilégios adicionais no atendimento.

Minha participação é voluntária e poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo sem prejuízo no meu atendimento nesta instituição. Tenho o direito de fazer perguntas durante a entrevista e recusar-me a responder alguma questão.

As informações levantadas nessa pesquisa poderão ajudar no futuro outras mulheres, mas não trará nenhum benefício imediato para mim e caso seja identificado alguma patologia sexual, recebi a informação que poderei ser encaminhada, se desejar, para o ambulatório de Sexualidade ou de Psicologia.

As informações coletadas pela entrevista serão utilizadas para publicação ou artigos científicos e minha identificação será mantida em sigilo. Dessa forma, a identificação não será mostrada para garantir minha privacidade.

Caso tenha alguma dúvida posso ligar para a pesquisadora, no ambulatório de Ginecologia do CAISM das 7 h às 17 h, no telefone (19) 3521-9347, as Segundas e Sextas, no período da manhã e falar com a pesquisadora responsável ou para o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) telefone (19) 3521-8936.

Li, entendi e aceito participar voluntariamente do estudo.

Sei e fui esclarecida que não tenho esta doença e que minha participação no estudo será no sentido de contribuir para o melhor entendimento das repercussões da doença sobre a vida das mulheres"

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável  
Campinas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## 6.4. Formulário ISFS

### Índice de Função Sexual Feminina

*O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.*

**INSTRUÇÕES:** Essas questões são sobre seus sentimentos sobre sua resposta sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda as questões da forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão guardadas em completo sigilo.

Para responder essas questões use as seguintes definições:

*Atividade sexual pode incluir toques carinhosos, estimulação sexual, masturbação e intercurso sexual.*

*O intercurso sexual é definido como a penetração (entrada) do pênis na vagina.*

*A estimulação sexual inclui situações como troca de carinhos com um parceiro, uma auto-estimulação (masturbação), ou uma fantasia sexual.*

**PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA:**

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

- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

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

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

*A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.*



3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes ( metade das vezes)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

Sem atividade sexual

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Altíssima confiança
- Alta confiança
- Moderada confiança
- Baixa confiança
- Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco difícil
- Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, , na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

**13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

**14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?**

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

**15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?**

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

**16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?**

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

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

- Não houve tentativa de penetração
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Não houve tentativa de penetração
- Altíssimo
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Baixíssimo ou nenhum

## 6.5. Formulário WHOQOL-bref

### WHOQOL-bref

#### **Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	boa	muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5