

ROSANE DO ROCIO CORDEIRO THIEL

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO
FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)
PARA LÍNGUA PORTUGUESA**

CAMPINAS

Unicamp

2008

ROSANE DO ROCIO CORDEIRO THIEL

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO
FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)
PARA LÍNGUA PORTUGUESA**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Cirurgia, área de concentração em
Pesquisa Experimental.

Orientador: PROF. DR. PAULO CÉSAR RODRIGUES PALMA

Co-Orientadora: PROF^a. DR^a. MIRIAM DAMBROS

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

T346t Thiel, Rosane do Rocio Cordeiro
Tradução, adaptação cultural e validação do “Female Sexual
Function Index (FSFI)” / Rosane do Rocio Cordeiro Thiel. Campinas,
SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Paulo César Rodrigues Palma, Miriam Dambros
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida . 2. Validação de método. 3.
Confiabilidade. I. Palma, Paulo César Rodrigues. II. Dambros ,
Miriam. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : Validation of “Female Sexual Function Index” into the
Portuguese**

Keywords: • Quality of life
• Method, Validation
• Reliability

Titulação: Doutor em Cirurgia
Área de concentração: Pesquisa Experimental

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Palma
Profa. Dra. Carmita Helena Najar Abdo
Prof. Dr. Sydney Glina
Profa. Dra. Viviane Hermann
Prof. Dr. Adriano Fregonese

Data da defesa: 25 - 06 - 2008

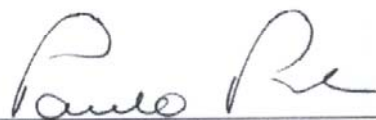
Banca examinadora da Tese de Doutorado

ROSANE DO ROCIO CORDEIRO THIEL

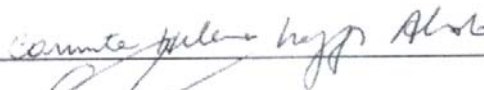
Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR RODRIGUES PALMA

Membros:

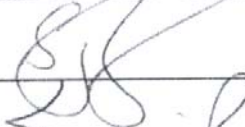
Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Palma



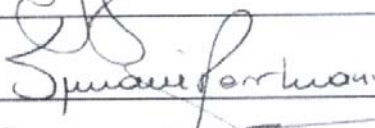
Profa. Dra. Carmita Helena Najar Abdo



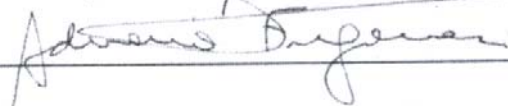
Prof. Dr. Sidney Glina



Profa. Dra. Viviane Herrmann Rodrigues



Prof. Dr. Adriano Fregonesi



Curso de Pós-Graduação em Cirurgia, da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/06/2008

DEDICATÓRIA

... ao meu marido Marcelo pelo incentivo e amor.

... a minha filhinha Ana Elisa, parte dessa etapa e novo sentido da vida.

Ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues Netto Júnior

Pela oportunidade de participar do grupo de pós-graduandos do Departamento de Cirurgia.

Ao Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Palma

Que aceitou orientar este trabalho me proporcionando a construtiva experiência da pesquisa.

A Prof^a. Dr^a. Miriam Dambros

Pela atenção dispensada na elaboração do projeto.

Ao Prof. Dr. Cássio Luís Zanettini Riccetto

Pelo apoio nas primeiras correções do artigo e orientações.

A todos os professores do Departamento de Cirurgia e da Disciplina de Urologia da Unicamp

Que colaboraram com o aprimoramento científico indispensável para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Eric Mitchell Sabinson

Pelo apoio na fase de tradução do questionário.

À Prof^a. Maria Lúcia Silva (*in memoriam*)

Pelas orientações na primeira tradução do questionário.

Aos funcionários da Câmara de Pesquisa

Pelo auxílio técnico em diferentes etapas desse trabalho.

Aos funcionários da Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Pelo auxílio na correção e editoração da tese.

Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de
Campinas

Que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

À Alice Adelaide de Andrade Garcia, secretária da Disciplina de Urologia

Pela disposição e auxílio.

À Vera Maria Barbosa, secretária da Subcomissão de Pós-graduação em
Cirurgia

Pela colaboração na solução de questões burocráticas.

Aos colegas da Pós-graduação

Que proporcionaram o crescimento científico através de discussões e troca de
experiências.

Às pacientes

Que falaram de sua intimidade.

Ao meu marido, Marcelo Thiel.

Exemplo de determinação e persistência.

A Deus

Pela vida, desenvolvimento de habilidades e possibilidade de sucesso.

A todos que acreditaram em mim

Minha gratidão.

PRONOMINAIS

Eis o que é o conhecimento

*É descobrir as coisas por si só,
Com dor, alegria,
Regozijo e trabalho,
Empenhando todos os
Momentos da nossa vida
Até que sejam nossos,
Pois só é nosso aquilo que tem
Suas raízes na estrutura
De nossas vidas*

(Thomas Wolfe / 1900 - 1938)

*Rir muito e com frequência,
Ganhar o respeito de pessoas inteligentes e
O afeto das crianças,
Merecer a consideração de críticos honestos,
Suportar a traição de falsos amigos,
Apreciar a beleza,
Encontrar o melhor nos outros,
Deixar o mundo um pouco melhor,
Seja por uma saudável criança,
Um canteiro de jardim ou
Uma remida condição,
Saber que ao menos uma vida respirou melhor
Porque nós vivemos,
Isso é ter obtido sucesso*

	PÁG.
RESUMO	<i>xi</i>
ABSTRACT	<i>xiii</i>
1- INTRODUÇÃO	15
1.1- Desenvolvimento de Medidas da Saúde	16
1.2- Avaliação da Qualidade de Vida	18
1.3- Tradução de Questionários	21
1.4- Avaliação da Resposta Sexual	23
1.5- Justificativa	26
2- OBJETIVO	28
3- ARTIGO	30
4- CONCLUSÃO	47
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
6- ANEXOS	57

LISTA ABREVIATURAS

APA	“AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION”
FDA	“FOOD AND DRUG ADMINISTRATION’S”
FSFI	“FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX”
MFSQ	“McCOY FEMALE SEXUALITY QUESTIONNAIRE”
NHSLS	“NATIONAL HEALTH AND SOCIAL LIFE SURVEY”
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
QoL	“QUALITY OF LIFE”
SF- 36	"THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY”
WHO	“WORLD HEALTH ORGANIZATION”

LISTA TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Dados demográficos.....	38
Tabela 2- Correlação entre os domínios do FSFI e o grau de escolaridade pelo teste Kruskal-Wallis.....	39
Tabela 3- Coeficientes de Cronbach – FSFI.....	40
Tabela 4- Coeficiente de correlação entre os dois instrumentos.....	41

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde e tornou-se uma ferramenta de mensuração desde que foi considerada medida válida e reprodutível. Uma das formas mais empregadas de avaliação são os questionários. A grande maioria dos instrumentos foi formulada na língua inglesa mas, em virtude do crescente número de ensaios clínicos multicêntricos, surgiu a necessidade de desenvolver medidas para utilização em outros idiomas. Também não basta que o instrumento seja simplesmente traduzido, é necessário realizar, além da tradução e da adaptação transcultural, a avaliação de suas propriedades de medida. Tendência atual propõe a utilização de instrumentos validados em oposição ao desenvolvimento de novas escalas. O crescente interesse pelo estudo da sexualidade encontra como obstáculo, além da dificuldade de avaliar os diferentes aspectos da resposta sexual, grande diversidade de métodos, o que dificulta a generalização de informações e compromete as propostas de tratamento. O intuito desse trabalho foi realizar a validação de um questionário para avaliar a resposta sexual feminina de mulheres e desse processo resultou um artigo científico. A escolha do instrumento considerou a literatura científica até junho de 2006 e até essa data não havia registro de instrumento específico e validado na Língua Portuguesa para avaliar a resposta sexual na mulher. O “Female Sexual Function Index (FSFI)” foi escolhido porque é questionário breve e multidimensional que avalia a resposta sexual feminina, considerando seus domínios. O questionário original foi traduzido para Língua Portuguesa por dois tradutores brasileiros, retrovertido por dois tradutores nativos na língua inglesa. As diferenças foram harmonizadas por profissionais da saúde bilíngües e a versão originada foi pré-testada. A versão final em português (do Brasil) foi aplicada em 100 mulheres, juntamente com um questionário de avaliação da qualidade de vida SF-36. A mediana de idade foi de 21 anos (variou de 19 a 69 anos). Foram testadas propriedades psicométricas: confiabilidade [consistência interna (Alfa de Cronbach), re-teste (Coeficiente de Correlação Intraclass)], validade de constructo (Coeficiente de Correlação de Pearson) e concorrente (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Após quatro semanas da primeira entrevista, foi realizado o re-teste (FSFI). O Alfa de Cronbach geral foi 0,96 e a confiabilidade foi 1,00. Dados finais mostraram que a versão do FSFI em Português é válida para avaliação da resposta sexual em mulheres brasileiras e está indicado para uso em pesquisas clínicas.

ABSTRACT

The evaluation of the quality of life (QoL) has been increased in use in the Health area and has become a measurement tool since it was considered as a valuable and reproducible measure. One of the most used ways of evaluation is the questionnaire. The majority of the instruments were questioned in the English language but considering the multicentric clinical essays, it emerged the need of developing measures of usage in other languages. It is not enough that the instrument would be simply translated, it is necessary to adequate the evaluation of the properties of the measurement, besides the translation and the transcultural adaptations implied. The actual trend proposes the usage of instruments validated in contrast of the development of new scales. The increased interest in the study of sexuality is seen as an obstacle, not mentioning the difficulty in evaluate the different aspects of the sexual response, big diversity of methods that come as a complexity of the generalization of information and endangers the proposals of the treatment. The aim of this work is to achieve the validation of a questionnaire to evaluate the female sexual response of women and, from this process it comes out a scientific article. The choice of the instrument considered the scientific literature until June 2006 and, until this present date, there was no register of a specified instrument and validated in Portuguese language to evaluate the sexual response in women. The “Female Sexual Function Index (FSFI)” was chosen because it is a brief and multidimensional questionnaire that evaluates the female sexual response, considering its domains.

The original questionnaire was translated to Portuguese language by two Brazilian translators, retroverted by two English translators. Health bilingual professionals harmonized the differences and the original version was pre-tested. The final version in Portuguese (from Brazil) was applied in a hundred women, as well as the evaluation questionnaire of life quality SF-36. The age average was 21 years old (it varied from 19 to 69). It was also tested psychometrical properties: reliability [internal consistency (Alpha of Cronbach), re-test (Interclass Correlation Coefficient)], validation of constructo (Pearson Correlation Coefficient), and competence (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis). After four weeks of the first interview, the re-test was re-applied (FSFI). The general Alpha of Cronbach was 0,96 and the reliability was 1,00.

Final datas showed that the version of FSFI in Portuguese is valid for the evaluation of sexual response in Brazilian women and it is certainly indicated to the use in clinical researches.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Desenvolvimento de Medidas da Saúde

Algumas estratégias de medida já eram usadas no Egito e na Grécia antiga para indicar os problemas de saúde da sociedade, direcionar reformas políticas e monitorar as diretrizes da saúde pública. Com os mesmos objetivos, sociedades ocidentais colecionaram dados estatísticos de condições sociais comuns tais como: nascimento, educação, habitação, emprego, economia, morte e crimes (Mcdowell e Newell 1996).

A seleção e publicação de indicadores de saúde ainda direcionam reformas e refletem objetivos políticos e sociais (WHO 1980). Dada sua importância, a melhor forma de medir a saúde ainda pressupõe a coleta de índices, tanto populacionais quanto individuais mas, a melhor maneira de realizar essa avaliação, continua em debate porque ela esbarra na complexidade do conceito de saúde (Ware et al. 1981).

Com o aumento da expectativa de vida nos últimos cento e cinquenta anos, o conceito de saúde foi ampliado e passou a considerar muito mais do que a ausência de doença. Saúde passou a ser entendida como parte integrante da vida diária e dimensão essencial da qualidade de vida (WHO 1985). Compreende a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro da cultura, contexto e sistema de valores a que pertence, com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses. Essa visão incorpora uma maneira complexa e pessoal de avaliar o bem estar (físico e psicológico), o nível de independência e a satisfação do indivíduo com seus relacionamentos sociais (WHO 2002). Inicialmente criticado, esse conceito de saúde foi aceito após o desenvolvimento de técnicas de medida que se mostraram capazes de avaliar seus aspectos subjetivos (Goldsmith 1973).

Revisão de investigações para medir e definir saúde discutiu as implicações desta medida e sugere que um índice válido deve promover informação quanto ao status da saúde (Wilson 1981). No entanto, devido à diversidade de seus aspectos determinantes, ainda que possível e aceita, a avaliação da saúde continua indireta, complexa e requer estratégias que permitam sua análise multidimensional (Sem 2002).

Quanto à construção dos instrumentos, três correntes orientaram a elaboração das medidas disponíveis: o funcionalismo, que define indicadores individuais de capacidade de execução de atividades (um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade); a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos, aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno; e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro (Auquier et al. 1997).

Quanto ao campo de aplicação, as medidas podem ser genéricas ou específicas. Medidas genéricas usam questionários de base populacional sem especificar doenças e são mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Instrumentos genéricos comumente permitem a comparação entre categorias de doenças e são usados para a avaliação de manejo clínico, os também chamados indicadores de saúde “sócio-médicos”. Já os instrumentos específicos geralmente são desenhados para uma aplicação clínica e são sensíveis a alterações provocadas pelo tratamento (Kind e Care 1987). Tais instrumentos avaliam de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto estudado. Podem ser específicos para uma determinada função (capacidade física, sono, função sexual), para uma determinada população (idosos, jovens), para uma determinada alteração (dor) (Kirshner e Guyatt 1985).

Nas últimas décadas, vários instrumentos foram desenvolvidos para caracterizar o estado de saúde das populações, utilizando questões de fácil entendimento e cobrindo uma vasta gama de dimensões (Wilkins e Adams 1983).

Há muita variação entre as medidas de saúde porque este é um campo relativamente novo. Anteriormente, apenas escalas de dor eram bem desenvolvidas e esse era o campo das medidas econômicas e psicométricas, mas com o crescente interesse dispensado às medidas de saúde surgiu a necessidade de padronizá-las (Bowling 1994; Moreira 2004). Antes da padronização existiam escalas de doenças específicas e diferentes índices de saúde, sem haver um controle científico destes questionários, por esse motivo foram criados “guidelines” de medidas de saúde. Algumas disciplinas médicas, como a

Associação Americana de Psicologia (APA), publicaram medidas padrão com manuais de administração, a fim de evitar a construção de instrumentos de má qualidade (Choi 1992).

Segundo a APA, bons instrumentos devem apresentar manual com: descrição completa do objetivo do método, especificação da população para qual ele foi desenhado, relação da população em que foi testado e a intenção do que fazer com os dados obtidos. O manual deve descrever os procedimentos para desenvolver o instrumento. Precisa conter instruções claras para administração padrão do questionário e avaliação de seus escores. Questionários de auto-administração devem ser precisos na explicação de seu preenchimento. Além disso, o método utilizado na validação do questionário deve estar descrito e a validade do teste, tanto sua estrutura interna (consistência interna e fator de estrutura), quanto a sua relação com instrumentos de análise semelhante, devem ser realizados (Choi 1992).

1.2- Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde e tornou-se uma importante ferramenta de mensuração desde que foi considerada medida válida e reprodutível. Isso porque, com aumento da sobrevida dos pacientes e o aprimoramento de métodos diagnósticos e de tratamento, surgiu a necessidade de melhor avaliar as condições de vida das pessoas (Bowling e Brazier 1995; Ciconelli 2003).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é uma maneira de considerar todos os aspectos envolvidos na avaliação dos pacientes e que se tornou uma variável capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento sobre os indivíduos. Uma das formas mais empregadas para essa avaliação são os questionários que têm o objetivo de transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global ou específica (Mathias et al. 1994; Guillemin et al. 1995).

A utilização de questionários é uma estratégia recomendada na avaliação de pacientes porque, além de proporcionarem acesso à visão subjetiva dos indivíduos sobre sua condição, têm baixo custo na utilização e não são métodos invasivos. No entanto, ainda

não existe um índice perfeito e a escolha do instrumento deverá aproximar a proposta do questionário aos objetivos da investigação (Deyo et al. 1991).

Quanto às suas características os instrumentos devem apresentar-se em formato simples, com tempo de administração apropriado e serem de fácil aplicação e compreensão. Além disso, suas normas devem estar publicadas e os níveis de interpretação dos escores (por domínios e total) devem estar descritos (Guyatt et al. 1993; Bland e Altman 2002).

Bons instrumentos apresentam propriedades estabelecidas por princípios da psicometria (ciência que mede respostas de fenômenos que não são facilmente quantificáveis). São confiáveis, válidos (desenvolvidos e validados para o objetivo que se propõe investigar), são capazes de distinguir pacientes com e sem o problema e de mensurar mínimas alterações significativas devido a tratamento (Guyatt 1993; Bland e Altman 2002; Fletcher e Fletcher 2006). Para melhor compreensão dessas características vale considerar os conceitos: confiabilidade; validade e sensibilidade, relacionados a seguir:

- Confiabilidade (reprodutibilidade, ou precisão) é propriedade que demonstra a consistência da medida, ou seja, quanto repetidas aferições de um fenômeno em diferentes momentos têm resultados semelhantes. A confiabilidade de um instrumento é determinada por sua:

- estabilidade através do tempo (teste-reteste);
- homogeneidade dos itens dentro de um domínio (consistência interna);
- consistência entre os dados encontrados.

- Validade (ou acurácia) é o grau em que uma aferição mede o que deveria medir, ou seja, os dados de determinada avaliação correspondem ao estado verdadeiro do fenômeno que está sendo avaliado, baseados nos resultados dos testes ou outras formas de avaliação (Thunedborg 1993). Como a validade é comumente definida como a extensão que o teste pretende medir é comumente usada em epidemiologia para dar a sensação de sensibilidade - descrita abaixo - (Patrick 1990). No caso de observações clínicas que podem ser medidas por meios físicos, é relativamente fácil estabelecer a validade. Já nas

avaliações de dor, náusea, dispnéia, depressão e medo, por exemplo, que não são verificadas fisicamente, ou os dados são obtidos de maneira informal, pela história clínica, ou formalmente por meio de entrevistas e questionários padronizados. Questões individuais (itens) são desenvolvidas para medir fenômenos específicos (como sintomas, sensações, atitudes, conhecimento, crenças) também chamados de construtos e esses itens são agrupados para formar escalas. Para verificar a validade das aferições que não podem ser diretamente verificadas pelos sentidos físicos são utilizadas três estratégias: a validade de conteúdo, a validade de construto e a validade de critério (Fletcher e Fletcher 2006).

A validade de conteúdo é o grau em que os conteúdos incluídos na escala estão adequados àquilo que se pretende medir; todas as dimensões do construto (fenômeno) a ser medido. Por exemplo, uma escala para medir dor teria validade de conteúdo se incluísse questões sobre dor, pulsação, queimação e ardência, mas não sobre pressão, prurido e náusea (Fletcher e Fletcher 2006).

A validade de construto surgiu com as dificuldades na obtenção de dados convincentes para verificar validade de certos tipos de medidas, particularmente aquelas que avaliam variáveis da personalidade (Haynes et al. 1995). Está presente se a aferição estiver relacionada de forma coerente com outras medidas que fazem avaliação do mesmo fenômeno. Assim, é possível ter mais confiança na validade de construto de uma escala para depressão se ela estiver relacionada à fadiga e à cefaléia – construtos considerados diferentes, mas relacionados com a depressão (Fletcher e Fletcher 2006).

E a validade de critério se apóia na possibilidade de obtenção de índices alternativos da variável que se pretende medir e no exame de associação estatística entre os resultados da escala e dos valores desse índice. Está presente quando as mensurações predizem um fenômeno diretamente observável. É possível, por exemplo, mostrar que as respostas a uma escala de dor estão relacionadas com outras manifestações observáveis da intensidade da dor como sudorese, gemidos e tremedeira (Fletcher e Fletcher 2006).

Sensibilidade é a capacidade que um instrumento possui de diferenciar indivíduos com e sem o problema e mudanças induzidas pelo tratamento. A sensibilidade do teste refere propriedades da pessoa com a doença e que são corretamente classificadas

como doentes, enquanto a especificidade se refere à propriedade de classificar pessoas sem a doença no grupo das não doentes (Fletcher e Fletcher 2006). Análises de sensibilidade e especificidade necessitam de escores que dividam em duas categorias os presumivelmente doentes daqueles não doentes. O escore que divide estas duas categorias é o chamado escore de corte. A mudança no escore de corte altera a proporção de pessoas doentes e saudáveis e há um aumento na sensibilidade e um decréscimo na especificidade. Testes de especificidade podem comparar escores de pessoas com dada doença, com outras de que têm outro tipo de doença e também com pessoas sem doença. O teste ideal é aquele que é aplicado em todas as pessoas de uma população selecionada e tem a possibilidade de pegar amostras daquelas com e sem a doença (Cronbach 1990).

A validade não é uma propriedade de medida, mas é o lugar da interpretação dos resultados (Messick 1980). A validade de uma escala não está presente ou ausente, mas pode-se argumentar a favor ou contra ela, considerando tanto as estratégias propostas para analisá-la quanto às condições em que foi utilizada. Devem ser feitas análises da validade do teste, tanto de sua estrutura interna (consistência interna e fator de estrutura), quanto da sua relação com instrumentos de análise semelhantes. Processos estatísticos são usados para acessar a validade da medida e verificar os critérios de validade (Cronbach 1990).

Os instrumentos de maior sucesso são aqueles em que os autores têm a responsabilidade e compromisso de melhorarem o refinamento do método. Recomenda-se que todo método de medida seja testado por outras pessoas, além dos autores, para provar que se pode chegar a resultados consistentes. Isso porque é quase uma lei das medidas de saúde que os autores originais alcancem figuras de validação mais altas do que os outros usuários (Schwager 1991).

1.2- Tradução de Questionários

Prática muito freqüente no caso de questionários e uma das razões para o atraso em áreas de investigação científica, o acúmulo de resultados se torna uma dificuldade ainda maior para a ciência pelo uso de grande diversidade de instrumentos de medida. Muitos

investigadores preferem desenvolver as suas próprias medidas, em vez de utilizar instrumentos propostos por outros autores. Muitas vezes, isso acontece devido à discordância entre os pesquisadores sobre o conceito ou definição do fenômeno em estudo, mas também ocorre pelo desejo de protagonizar, por obstinação, ou ainda pela falta de conhecimento sobre o trabalho dos outros (Task 1991).

Há uma tendência de desenvolver o mesmo método de avaliação ao invés de criar novas escalas. A utilização de instrumentos já desenvolvidos proporciona, além da concentração de esforços, que contribui para melhoria da qualidade das versões futuras, a possibilidade de comparação direta dos resultados obtidos em diferentes amostras, facilitando o acúmulo de conhecimento que caracteriza o avanço científico (Mcgraw e Wong 1992).

A grande maioria dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi formulada na língua inglesa e, por isso, direcionada para ser utilizada na população que fala este idioma. Em virtude do crescente número de ensaios clínicos multicêntricos, surgiu a necessidade de desenvolver medidas delineadas especificamente para utilização em países, cujo idioma não seja o inglês, como também para serem usadas por populações de imigrantes que adotam a língua inglesa, já que nestas duas situações diferenças culturais importantes podem estar presentes. Isso pode ser feito de duas maneiras: desenvolvendo uma nova medida ou modificando e adaptando uma medida previamente validada em outra língua, baseando-se em um processo de adaptação cultural (Guillemin 1995).

Na primeira opção, é importante avaliar a real necessidade de se criar um novo instrumento, caso já exista um anterior com a mesma proposta e de boa qualidade. Isso porque a criação de um novo instrumento requer uma quantidade maior de tempo e empenho tanto pessoal quanto financeiro. Na segunda opção, entretanto, também não basta que o instrumento seja simplesmente traduzido, é necessário fazer uma avaliação rigorosa de sua tradução e adaptação cultural, além da análise de suas propriedades de medida no contexto cultural específico em que será utilizado (Guyatt 1997; Ciconelli 2003).

Revisão sistemática da literatura, que analisou trabalhos de 1966 até 1992, propôs um conjunto de instruções para realizar adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida, medida que favorece o rigor científico deste tipo de investigação

(Guillemin et al. 1993). Posteriormente essa padronização foi revista e simplificada por Falcão (2003).

O primeiro passo é o pedido de autorização ao autor, etapa que constitui norma ética fortemente recomendável, além do compromisso do utilizador de cumprir exigências específicas do instrumento. Na sequência, é realizada a tradução propriamente dita, cujo objetivo é conseguir a transposição literal do maior número de itens do instrumento e, se necessário, podem ser feitas alterações que garantam o sentido das questões. Depois, realiza-se a retrotradução, ou seja, a partir da versão traduzida, procura-se reconstituir a original. Também é necessário que os tradutores confrontem todas as versões, discutam as divergências e cheguem a uma solução consensual. Mas, é indispensável a preservação do sentido dos itens originais na versão traduzida e obtenção de itens com características adequadas. Além disso, são indicadas aplicações-piloto para confirmar as adequações (Van de Vijver 1996).

O desenvolvimento e a validação de instrumentos para avaliação da qualidade de vida e seus componentes específicos tornou-se importante área de pesquisa. No entanto, para demonstrar suas propriedades de medida, estes instrumentos devem ser avaliados e reavaliados em diferentes situações, em diversos centros de pesquisa e por diferentes pesquisadores em populações variadas (Van de Vijver 1996).

1.4- Avaliação da Resposta Sexual

A resposta sexual é uma condição multifatorial com componentes anatômicos, fisiológicos, médicos, psicológicos e sociais (Berman et al. 2003).

Recentemente, consenso internacional e multidisciplinar de especialistas padronizou as definições relacionadas à função sexual feminina e discutiu a melhor maneira de realizar sua avaliação, tendo em vista o conceito de disfunção (Basson 2000). A proposta atual define disfunção sexual como a incapacidade persistente ou recorrente de participar de uma relação sexual como o indivíduo desejaria e que causa angústia pessoal (Berman e Alexander 2004).

Dados do “National Health and Social Life Survey” (NHSLs) referem que entre 30 e 50% das mulheres americanas sofrem com essa condição (Salonia et al. 2004). Na população brasileira, estudo avaliou pessoas de 13 estados. Do total, 30% das mulheres apresentaram alguma dificuldade sexual e apenas 5% havia feito algum tratamento para resolver a queixa. Segundo as entrevistadas as áreas da vida mais afetadas pela queixa sexual foram: amor-próprio ou auto-estima, 39%, relacionamento geral com o parceiro, 39%, trabalho, 13%, lazer, 6%, relacionamento com filhos, 6% e relacionamento social, 5%. Quanto às disfunções apresentadas: 27% de dificuldade de excitação, 26% de dificuldade de atingir orgasmo, 18% de dispareunia, 8% de inibição do desejo e 8% de aversão sexual (Abdo 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a disfunção sexual é importante problema de saúde pública e, devido às perdas que causa à qualidade de vida, deve ser investigada (WHOQOL Group 1994).

Condições físicas adversas (doença somática, trauma físico ou cirúrgico) têm uma relação complexa com o comportamento e podem prejudicar a base orgânica da resposta sexual. Além disso, a interação entre a incapacidade física e a reação psicológica à mesma, pode causar ou acentuar disfunções sexuais comprometendo a qualidade de vida (Lieberman 2001).

A utilização de diferentes definições da resposta sexual limitou o desenvolvimento de pesquisas nessa área. Muitas investigações foram embasadas num modelo linear de resposta, com seqüência definida e constituída de fases comuns para ambos os sexos (Tiefer 2002). Propostas atuais contestam o modelo anterior e sugerem que a resposta sexual não é linear e tão pouco tem uma seqüência definida, além de ser diferente em homens e mulheres devido à importância que o aspecto subjetivo desempenha na resposta sexual feminina (Basson et al. 2004). Além disso, na mulher, ao contrário do que acontece nos homens, a resposta sexual subjetiva não está diretamente relacionada com a resposta objetiva. Na mulher, se o estímulo é entendido como positivo, a estimulação cumpre seu papel. Mas, se é percebido de forma negativa, desencadeia sensações de culpa, vergonha, embaraço ou medo que inviabilizam a experiência sexual satisfatória (Althof 2005). Por esse motivo, o uso de instrumentos de qualidade de vida específicos e

objetivos, mais sensíveis a aspectos vinculares, emocionais e psicossociais tem sido indicado na avaliação da resposta sexual feminina (Basson et al. 2002; Basson 2002; Althof et al. 2005).

O crescente interesse pelo estudo da sexualidade encontra como obstáculo, além da dificuldade de avaliar os diferentes aspectos da resposta sexual (Bernhard 2002; Bean 2002), a grande diversidade de métodos que dificulta a generalização de informações e compromete as propostas de tratamento (Bernhard 2002; Bean 2002; Pasqualotto et al. 2005).

Anteriormente medidas das alterações fisiológicas ocupavam papel importante na avaliação da resposta sexual, mas com o refinamento da classificação diagnóstica das disfunções sexuais femininas (Basson 2004), os métodos diretos de medida perderam sua capacidade prática e se tornaram incapazes de avaliar as questões subjetivas envolvidas na resposta (Daker-White 2002; Pasqualotto et al. 2005).

Na prática clínica, até pouco tempo atrás, entrevistas e inventários eram os melhores recursos de avaliação dos domínios da resposta sexual (Rodrigues Jr. 1999). No entanto, outros autores sugerem que a melhor forma de avaliar a resposta feminina depende da utilização de medidas elaboradas especificamente para avaliação de domínios da resposta sexual (Rosen et al. 2000).

Atualmente, grande variedade de questionários tem sido desenvolvida para avaliar aspectos da sexualidade de homens e mulheres (Taylor et al. 1994; Rosen 2000; Quirk et al. 2002; Wiegel 2005; Rellini e Meston 2006). Para esses autores, questionários de auto-aplicação são instrumentos mais adequados porque além de avaliar aspectos subjetivos da resposta sexual, apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Além disso, esses instrumentos são sensíveis a alterações relativas a intervenções (Rosen 2002).

Revisão sistemática, publicada em 2002, identificou quatorze questionários auto-administráveis e validados para avaliação da resposta sexual de homens e mulheres. Entretanto, apenas dois, entre os encontrados, são considerados de alto padrão e foram

recomendados para uso geral: “the McCoy Female Sexuality Questionnaire” (MFSQ) e o “Female Sexual Function Index” (FSFI) (Daker-White 2002; Barber 2007).

O FSFI é um instrumento desenvolvido para ser de auto-relato breve e multidimensional para avaliar as dimensões-chave da função sexual na mulher. É composto por 19 questões que informam sobre 5 domínios da resposta sexual: desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio. Os coeficientes de confiabilidade de teste-reteste foram elevados para cada um dos domínios individuais ($r = 0,79$ a $0,86$), inclusive com grande consistência interna (valores do alfa de Cronbach de $0,82$ ou $>$) na versão original. O sistema de escore das respostas permite avaliar os diferentes domínios da função sexual e estabelecer comparação entre populações ou em indivíduos em diferentes fases de vida ou tratamento. O questionário mostrou importantes diferenças entre a função sexual feminina e a masculina. É psicometricamente válido, fácil de aplicar e é capaz de discriminar entre populações clínicas e não clínicas. Foi desenhado e validado para a avaliação da função sexual feminina e qualidade de vida em protocolos clínicos ou epidemiológicos. (Rosen et al. 2000).

Alguns autores também sugerem que o FSFI pode ser usado como ferramenta de triagem porque nenhum outro questionário possui ponto de corte desenvolvido ou validado (Wiegel et al. 2005). Além disso, poucos questionários foram validados em amostras de múltiplas disfunções: disfunção do desejo e disfunção do orgasmo (Meston 2003), dispareunia (Masheb 2004), dor pélvica crônica (Verit e Verit 2007).

1.5- Justificativa

A revisão do termo saúde e a indicação da análise da qualidade de vida sugerida para os protocolos redefiniram as pesquisas clínicas. Assim, aspectos da vida dos pacientes que anteriormente eram negligenciados, como é o caso da resposta sexual, passaram a ser

investigados com a utilização de instrumentos validados. Sabe-se que condições médicas crônicas, com tempo de sofrimento prolongado, afetam o humor e a auto-estima e podem alterar o ciclo de resposta sexual. Como a satisfação sexual é importante fator de qualidade de vida, entende-se que é necessário investigar a resposta sexual de pacientes atendidas em serviços de saúde para compreender suas dificuldades e implementar recursos terapêuticos. O presente estudo surgiu da necessidade de validar na língua portuguesa um instrumento que possibilitasse a avaliação objetiva da resposta sexual em mulheres brasileiras e favorecesse a elaboração de trabalhos científicos compatíveis com a literatura internacional.

2- OBJETIVO

- Traduzir, adaptar culturalmente e validar para a língua portuguesa (do Brasil) o FSFI, questionário de avaliação da resposta sexual de mulheres.

3- ARTIGO

ARTIGO SUBMETIDO

COVER LETTER

To: **Neurourology and Urodynamics Editor-in-Chief, Dr. Christopher Chapple**

Dear Sir

I am sending herewith a copy of the manuscript, which I would like to submit to
Neurourology & Urodynamics .

The paper is entitled:

TRANSLATION INTO PORTUGUESE, VALIDATION AND RELIABILITY OF THE
FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Corresponding Author:

Rosane Thiel

Rua Germânia, 270 apto 23

Campinas, SP

13070-770

Brazil

Phone: *55 19 3385--8050

e-mail: rosanethiel@uol.com.br

I hereby certify that this paper consists of original, unpublished work which is not under
consideration for publication elsewhere.

I hope your favorable consideration for publication to Neurourology & Urodynamics.

Sincerely,

Rosane Thiel

ABSTRACT

Objective: Translate and adapt into Portuguese the Female Sexual Function Index (FSFI).

Method: Two Brazilian translators, aware of the research purpose, prepared two Portuguese versions of the FSFI, which were back-translated into English by two other English translators. The differences were harmonized and pretested in a pilot study. The final version of the FSFI and the SF-36, which had already been translated and validated into Portuguese were simultaneously administered to 100 patients. The psychometric properties of the FSFI such as reliability (internal consistency and test-retest) and construct validity were tested. The retest was performed within four weeks from the first interview.

Results: The cultural adjustment process did not result in changes in the FSFI Portuguese version, except in its way of administration to patients with low education level – instead of a self evaluation questionnaire, this was read by the researcher. The Cronbach's alpha value of the standardized FSFI was 0.96, and when assessed by its domains ranged from 0.31 to 0.97. The reliability measured by using the intraclass correlation (ICC) was considered strong and identical (1.0). The Pearson's correlation coefficient between the FSFI and the SF-36 was positive, although weak in most related domains, ranging from 0.017 to 0.036.

Conclusion: The FSFI Portuguese version was translated and adjusted for Brazilian women. It is an important tool for assessment of female sexual function.

Keywords: Quality of life, sexual function, Female Sexual Function Index, reliability and validation.

INTRODUCTION

Although the adequate sexual function is an important factor in determining satisfaction and general quality of life, female sexual dysfunction is still highly prevalent¹.

The “National Health and Social Life Survey” (NHSLs) data refer that between 30 and 50% of American women present some type of sexual dysfunction². Among Brazilian women, 30% present some sexual difficulty and only 5% seek treatment³.

The World Health Organization (WHO) considers sexual dysfunction as a public health problem, encouraging its investigation, since this problem lead to important alterations in quality of life (QoL)^{4,5}.

Female sexual function results from the interaction of different factors and the subjective aspects make more complex its investigation⁶. The increasing interest for sexuality study favored advances in this field; however, reliable data are still lacking⁷.

The use of validated questionnaires may be an international facilitator for the advance of researches and support to multicentric works⁸.

Among the generic health evaluation questionnaires, the most used is “The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)”⁹.

Generic QoL instruments developed to investigate health and general welfare are insufficient to evaluate sexual dysfunction and do not provide the necessary information to establish therapeutic proposals. Instruments of sexual function evaluation could evaluate aspects of specific disorders, in addition to the individual’s opinion about the impact of the problem on their quality of life¹⁰.

The SF-36 doesn’t evaluate the sexual domains as the FSFI, but to validate a questionnaire is necessary another with features at least seemed⁹. As there isn’t one with sexual evaluation in Portuguese, the SF-36 can be the referential, even having different aims⁹.

In addition, contrary to what occurs with male response, female subjective sexual response is not directly related to objective response. Because of that, specific quality of life instruments are indicated to evaluate subjective aspects¹¹.

Currently, authors discuss the need for using specific and objective instruments to evaluate female sexual function, by the fact of being more sensible to emotional and psychosocial aspects, such as the “Female Sexual Function Index” (FSFI)¹².

Brazilian researches also need specific evaluation instrument validated in Portuguese, which would facilitate the comparison of clinical data and favor the inclusion in multicentric protocols^{13, 14}.

After consulting MEDLINE and LILACS database, from January 2003 to May 2006, we could not localize questionnaires validated into Portuguese to evaluate female sexual response; this is because condition-specific evaluation instruments are rare in the national literature.

The FSFI is a specific and multidimensional questionnaire built and validated into English language to evaluate female sexual response, accessing its domains¹⁵. The instrument was localized after database consults, for being largely used in clinical researches and having validated psychometric properties.

The objective of this study is to translate into Portuguese and evaluate the measurement properties of the FSFI.

MATERIALS AND METHODS

1. Subjects

Subjects included 100 women obtained from Urology’s ambulatory of Universitary Hospital of Bragança Paulista from June to December 2006, because the goal was to validate the FSFI to evaluate women from Urology Clinics, since these were the subjects attended.

The sample size was determined, admitting a minimal correlation of 30% between the domains of the two instruments (FSFI and SF-36), establishing a type I error of 5% and a type II error of 10%. Pregnant women or women who were breastfeeding and under 18 years of age were excluded. All patients agreed to participate in the study and signed the free and clarified consent term. This study was approved for the ethic committee.

2. Clinical variables and instruments

First, sociodemographic information were collected (age; civil status; family income; education degree; profession; number of gestations, parturitions and previous surgeries) as well as clinical ones: hypertension, diabetes, menopause, medicines in use, hormonal therapy reposition, routine physical activity, in addition to frequency of sexual activity. During the same interview, the final versions of the FSFI and the SF-36 validated into Portuguese³ were administered, aiming to evaluate the correlations among the similar domains of the two questionnaires.

The FSFI is a short and multidimensional instrument which evaluates female sexual function. It consists of 19 questions about six domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. Individual punctuations are obtained by adding the items that include each domain (common score), which are multiplied by the factor of this domain and provide the pondered score. The final punctuation (total score: a minimum of 2 and a maximum of 36) is obtained by adding the pondered scores of each domain¹⁵. The FSFI is a self-administrated questionnaire, but in Brazil some people who are just alphabetized haven't got the ability to understand what they read simultaneously. For this reason, in some cases, the questionnaire was read for the patient.

The SF-36 - Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey is a multidimensional questionnaire constituted by 36 items joined into two great physical and mental components. The measures different than FSFI but partially related construct.

3. Procedures

Translation and cultural adaptation

The process of translation and cultural adaptation followed the published rules and technical orientations referred by the questionnaires' authors¹⁶.

The translation of the original FSFI was performed by two Brazilian professors of English, aware of the research objectives and fluent in the English language. The two translations were compared, obtaining a consensual translation "T1". This last translation

was converted into English by two England citizens living in Brazil, who are fluent in both English and Portuguese languages. The two versions originated from this phase were also compared and harmonized into a retrotranslation final version “V1”, which appeared to be grammatically and semantically equivalent to the original instrument. Therefore, until this phase, “T1” was accepted as the FSFI Portuguese translation. The idiomatic and cultural equivalences of “T1” were analyzed by a committee of ten bilingual judges, who were also health professionals. After reviewing the judges’ considerations, the translation “T2” was obtained and pretested in a pilot study involving 10 patients. Taking into account that the “T2” questions presented an appropriate comprehension, the translation was applied to the population sample. In cases of low education degree, the instrument items were read for the patient during the interview. In the other cases, the FSFI was self-administered.

Reliability and Validity

Internal Consistency

The FSFI internal consistence was calculated using as basis the final scores obtained from the questionnaires filled up during the first interview of the 100 patients.

Test-retest

The FSFI reproducibility evaluation of the same 100 patients was performed after four weeks.

Concurrent and construct validity

The construct validity was evaluated by the correlation between the results obtained in the FSFI and SF-36 domains, which were applied during the first interview to the 100 patients. The concurrent validity was evaluated by the association of the FSFI domains with some clinical variables: age; civil status; family income; education degree; routine physical activity.

Data analysis

The descriptive statistical analysis used frequency, mean ($\pm$ standard deviation) and median (interval). Both, internal consistency and test-retest testing are the measures of reliability. The reliability was measured using the standardized Cronbach’s coefficient

(minimal value of 0.70). This instrument evaluates the homogeneity of a question to the others included in the questionnaire. The test-retest (minimal value of 0.90) calculates the intraclass correlation coefficient (ICC) and confirms if the tool studied is reliable or not.

The concurrent validity was analyzed as part of the construct validity. The construct validity was analyzed using the Pearson's linear correlation coefficient and the concurrent validity was analyzed using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. The Mann-Whitney test was used to compare continuous or ordinal variables between two independent groups. The Kruskal-Wallis test was used for three or more groups. The significance level adopted was of 5%.

RESULTS

One-hundred women with mean age of 27.3 years (SD – 9), average of 21 years (19-69 years) were interviewed. Most of them (75%) were single. Respecting the income, the mean was of 1.8 (0-11 minimum incomes). All patients performed some type of activity, such as work or study. Regarding the education degree, 11% finished fundamental education, 31% finished intermediary education, 33% had incomplete higher education, and 25% completed higher education (table 1).

The both forms of interview, as much self-administrated as read to the patient, didn't modify the results.

Concerning the FSFI items analysis, “age” presents moderate negative correlation (-0.36, $p < 0.001$) with the domain “satisfaction” and weak with the domain “desire” (0.020, $p = 0.046$), and with the FSFI general score (-0.20, $p = 0.044$). In addition, there was weak positive correlation (0.021, $p = 0.038$) between “age” and “physical aspects” (table 2). The Kruskal-Wallis test indicated that there are significant differences between the education levels for some domains (consider equivalent results for not cited pairs – table 2).

Table 1 – Demographic dates

	N=100
Age	
Mean	27,25
Range (min-max)	19 - 69
Standard deviation	8,97
Marital Status	
Single	75
Married	21
Divorced	4
Education	
Fundamental	11
Intermediate	31
Incomplete higher education	33
Complete higher education	25
Profession	
Students	33
Home workers	4
Professionals	63
N: absolute number (total subjects)	

Table 2 – Correlation between the domains of FSFI and education degree with the Kruskal-Wallis’ test

Domain	p	Groups according to education
FSFI		
Excitation	0.038	fundamental – intermediate
		fundamental – incomplete higher education
Lubrication	0.036	fundamental – intermediate
Orgasm	0.009	fundamental – intermediate
		fundamental – complete higher education
Satisfaction	0.019	fundamental – intermediate
		fundamental – incomplete higher education
		fundamental – complete higher education
General score	0.038	fundamental – intermediate

p: significance level

test: Kruskal-Wallis

FSFI: Female Sexual Function Index

It was verified, for example, that patients with intermediary education presented pain score lower than those with incomplete higher education. Concerning the FSFI, patients with fundamental education presented excitation score (subjective aspect) lower than those with intermediary education and incomplete higher education. The education level also affected the domains: “lubrication”, “orgasm”, “satisfaction” and “general score”.

The Mann-Whitney test indicated a significant difference between women who practiced physical activity or not in the in the domain “satisfaction” ($p=0.014$) in the FSFI.

Internal consistency

The general Cronbach’s alpha coefficient of the FSFI was high (0.96), demonstrating the questionnaire homogeneity (table 3).

Table 3– Cronbach’s Coefficients – Female Sexual Function Index

Domain	Questions	Cronbach’s Alpha Coefficient
Desire	1,21 1,2	0.88
Excitation	3, 4, 5 and 6	0.94
Lubrication	7, 8, 9 and 10	0.97
Orgasm	11, 12 and 13	0.94
Satisfaction	14, 15 and 16	0.31
Pain	17, 18 and 19	0.96
General	All	0.96

Test: Cronbach’s Alpha Coefficient

Considering the domains individually, the score varied between 0.31 (satisfaction) and 0.97 (lubrication). The domain “satisfaction”, which included the questions 14,15 and 16, presented a lower internal consistency. This is because the question 14 showed correlation close to zero (0.03) with the questions 15 and 16; however, a strong positive correlation with the other questions of the instrument (Cronback’s alpha of 0.77). Therefore, the patients’ answers for the questions 15 and 16 were not in agreement with the others.

Reliability

The intraclass correlation coefficient (ICC) was applied to measure the test-retest reliability, which resulted identical in the two instruments (1.00).

Construct validity

The Pearson’s correlation coefficient verified the correlation among domains of the SF-36 and the FSFI. Table 4 presents the correlated domains ($p < 0.05$) and their respective coefficients.

Table 4 – Correlation coefficients between the two instruments

SF – 36 FSFI FSFI	Functional Capacity	Pain	General Health	Social Aspects	Emotional Aspects	Mental Health
Lubrication	0,26 p=0.009					0,20 p=0.041
Orgasm	0,25 p=0.011			0,21 P=0.033		0,27 p=0.006
Satisfaction	0,33 p<0.001	0,22 p=0.025	0,22 p=0.026	0,29 p=0.003	0,31 P=0. p=0.002	0,27 p=0.006
General score	0,20 p=0.036					0,23 p=0.017

p: significance level

test: Pearson's Correlation Coefficient

SF-36: The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey

FSFI: Female Sexual Function Index

The domains: lubrication, orgasm, satisfaction and the FSFI general score obtained had positive correlation with the functional capacity of the SF-36. The domain “satisfaction” (FSFI) presented correlation with the majority of items related to the SF-36.

There was a modest correlation between SF-36 and FSFI, what established the divergent validity.

DISCUSSION

The FSFI is the first instrument validated in Portuguese for evaluating female sexual dysfunction. This study has a limitation of not having a control group because there wasn't another instrument already validated to use in brazilian women (written in Portuguese), capable to diagnose women with sexual dysfunction and splitting them from a

control group. Thus, the only way to follow the international validation protocol was to compare the FSFI with the general questionnaire of quality of life and it was chosen the SF-36 because it is widely used.

The FSFI appeared to be an instrument of easy application, comprehension and, although its application time may vary, it is adequate. The instrument proposal is clear, its components are specific, allowing defining the studied population, and its measurements meet the proposed delineation. The enumerated aspects are considered indispensable to choose the adequate instrument for each objective¹⁷.

The FSFI internal consistency was satisfactory confirming the discussions about the divergence between subjective and objective aspects of female sexual response. The reliability showed that the validated FSFI is very reliable.

The question 14 of domain satisfaction evaluates the satisfaction degree in the emotional involvement between the woman and her partner. This question is related to the others included in the questionnaire, and the scores confirm previous studies that emphasize the importance of emotional and relational aspects for such female sexual response. A recent proposal on female sexual response cycle defends that initially without awareness of their desire; however, having other reasons and incentives to agree with the sexual activity, women depend on external factors as well, which may potentially arouse or dash their desire during the experience¹⁸.

An American study comprising 987 women concluded that the most important predictors of sexual problems, reduction in female desire and satisfaction are: emotional welfare and feeling of close proximity to their partner during intercourse¹⁹.

The question 15 evaluates the satisfaction degree during sexual intercourse and the question 16, the satisfaction degree with the sexual life in general. They had the lowest correlation with other questions, probably, differently to what happened in the remaining questionnaire, the women considered mainly objective aspects as lubrication and pain rather than emotional involvement with the partner when answered these questions.

The importance of the subjective experience for female sexual function has been referred in psychophysiological studies during the last 25 years. Currently, it is commented about the frequent lack of correlation between subjective and objective aspects of female sexual response. This lack of correlation is already known and referred in definitions reviewed of subtypes of female sexual disorders²⁰.

For example, when the woman refers her dissatisfaction regarding the sexual intercourse with her partner, the score value of this question may be inferior to the others and the answer may appear incoherent. However, she may have referred to dissatisfaction with the intercourse with a partner who, although she admires, desires or loves, he presents some sexual dysfunction, and therefore, does not provide the necessary conditions for satisfactory response²¹. The lack of data about the partner's condition limits the evaluation of this questionnaire. Psychological and relationship factors are also not adequately addressed. Additionally, the scale is not designed to assess potential interactions among domains or to differentiate primary from secondary or situational causes of sexual dysfunction in women¹⁵. These factors compromise the satisfaction.

Another difficulty may be the overlap among the sexual fantasies and the accomplishment of them. The family and religious aspects are determinants of sexual choices and behaviors. Thus, when they answer about satisfaction with their sexual life, they referred difficulty in reaching satisfaction probably don't have time enough to get intimacy and satisfactory intercourses (75% single women). In addition, even subject to personal or social "taboos", the woman may live in conflict with socially established patterns concerning the "rules" in a relationship. The original article, that development the FSFI in English, more controls than female sexual dysfunction group were unmarried (34% vs 19%)¹⁵.

Other data in this study also meet literature findings. Women who practice physical activity presented better score in the domain "satisfaction" of the FSFI. Women with higher education level presented higher pain score, confirming that more instructed women recognize the sexual satisfaction as a right, while those with less information about their own body and sexual function believe that pain during intercourse is something natural.

CONCLUSION

The FSFI Portuguese version is valid for evaluation of sexual response of Brazilian women. The FSFI is an instrument which helps in the investigation of female sexual function, being indicated for use in clinical researches.

ACKNOWLEDGMENTS

To Luciana Maria Guerra and Fabiano Marcelo Fabris, students at the Faculty of Medicine of the University of São Francisco, Bragança Paulista – state of São Paulo, for helping us to collect and organize data.

REFERENCES

1. Bancroft J, Loftus J and Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behavior*, 2003;32:192-208.
2. Salonia A, Munarriz RM, Naspo R, Nappi RE, Briganti A, Chionna R. et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU International*, 2004; 93(8):1156-64.
3. Abdo CHN, Oliveira JR WN, Moreira ED, Fitipaldi JAS. Perfil Sexual da População Brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Med*, 2003; 57(11):1329-35.
4. World Health Organization [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2002. World Health Organization draft working definition; 2002 Oct; [about 4 screens]. Available from: www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html
5. United States Department of Health & Human Services [Internet]. Washington DC: United States Department of Health & Human Services; 2001. General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior. 2001 June; [about 4 screens]. Available from: www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.pdf
6. Bernhard LA.
Ssexuality and Sexual Health Care for Women. *Clin Obstet Gynecol*, 2002; 45(4):1089-1098.
7. Bean JL. Expressions of Female Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002; 28:29-38.
8. Pasqualato EB, Pasqualato FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female Sexual Dysfunction: The Important Points to Remember. *Cinics*, 2005; 60(1):51-60.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo / USP, São Paulo, 1997.
10. Symonds T, Boolell M and Quirk F. Development of a Questionnaire on Sexual Quality of life in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005; 31:385-397.

11. Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, Corty E, Quirk F and Symonds T. Outcome Measurement in Female Sexual Dysfunction Clinical Trials: Review and Recommendations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005; 31:153-166.
12. Bechara AJ. Disfunção Sexual Feminina. *ABEIS Hoje*, 2001; 25: 04-06.
13. Guillemin F. Mensuring helth, status across cultures. *Rheum Eur*, 1995; 2:102-03.
14. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol*, 1995; 24: 61-3.
15. Rosen, R; Brown, C; Heiman, J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Mar Ther*, 2000; 26: 191-208.
16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:1417-32.
17. Sportscience [Internet]. Internet Society for Sport Science, 2000. A new view of statistics; 2007 Aug; [about 4 screens]. Available from <http://www.sportsci.org/resource/stats/crrrl.html>
18. Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life and utility in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*, 1990;33:591-601.
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 2005; 10:172(10).
20. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*, 2004; 11:726-740.
21. Basson R, Leiblum SL, Brotto, L. et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003; 24: 221-29.

4- CONCLUSÃO

- A versão do FSFI em português é válida para avaliação da resposta sexual em mulheres brasileiras, é instrumento auxiliar na investigação da função sexual feminina e está indicado para uso em pesquisas clínicas.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO CHN. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb)**. São Paulo : Editora Bregantini ; 2004.

ALTHOF SE, ROSEN RC, DEROGATIS L, CORTY E, QUIRK F, SYMONDS T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. J Sex Marital Ther 2005; 31:153-66.

AUQUIER PO, SIMEONI MC, MENDIZABAL H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Revue Prevenir 1997; 33:77-86.

BARBER M. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. Int Urogynecol J 2007; 18(4): 461-465.

BASSON R. Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definitions of orgasmic disorders too narrow. J Sex Marital Ther 2002; 28:289-300.

BASSON R, BERMAN J, BURNETT A, DEROGATIS L, FERGUSON D, FOURCROY J et al. Report of International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. J Urol 2000; 163(3): 888-97.

BASSON R, MCINNES R, SMITH MD, HODGSON G, KOPPIKER N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. J Womens Health Gend Based Med 2002; 11:367-77.

BASSON R, LEIBLUM S, BROTT L, DEROGATIS L, FOURCROY J, FUGL-MEYER K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med 2004; 1:40.

BEAN JL. Expressions of Female Sexuality. J Sex Marital Ther 2002; 28 (s):29-38.

BECHARA AJ. Disfunção Sexual Feminina. ABEIS Hoje 2001; 25: 04-06

BERMAN JR, BERMAN LA e KANALY KA. Female Sexual Dysfunction: New Perspectives on Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. EAU Update Series 2003; 1(3): 166-77.

BERMAN JR e ALEXANDER JL. The Relationship between Female Urology and Sexual Medicine: What Urologists Need to Know About Menopause, Lower Urinary Tract and Sexual Function Complaints in Women. Instructional and Postgraduate AM and PM Course Handouts. AUA /04, São Francisco / USA. Annual Meeting. 8 -13 May 2004.

BERNHARD LA. Sexuality and Sexual Health Care for Women. Clin Obstet Gynecol 2002; 45(4):1089-1098.

BLAND JM, ALTMAN DG. Validating scales and indexes. BMJ 2002; 324:606.

BOWLING A. **La medida de la salud. Revision de las escalas de medida de la calidad de vida.** Barcelona: Masson; 1994.

BOWLING A; BRAZIER J. Quality of Life in Social Science and Medicine. Soc Sci Méd 1995; 41: 1337-1338.

BLAND JM, ALTMAN DG. Validating scales and indexes. BMJ 2002; 324:606.

CHOI BCK. Sensitivity and specificity of a single diagnostic test in the presence of work-up bias. J Clin Epidemiol 1992; 45: 581-86.

CICONELLI RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. (Tese – Doutorado) São Paulo (SP): Universidade de São Paulo / USP; 1997.

CICONELLI, RM. Medidas de Avaliação de Qualidade de Vida. Rev Bras Reumatol 2003; 43(2): IX-XIII.

CRONBACH LJ and MEEHL PE. Constructo validity in psychological tests. Psychological Bulletin 1990; 52:281-302.

DAKER-WHITE G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic review. Arch Sex Behav 2002; 31:197-209.

DEYO RA; DIEHR P; PATRICK DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures: Statistics and strategies for evaluations. Controlled Clin Trials 1991; 12: 34.

FALCÃO DM, CICONELLI RM, FERRAZ MB. Translation and Cultural adaptation of Quality of Life Questionnaires. An Evaluation of Methodology. J Rheumatol 2003; 30: 379-385.

FLETCHER RH; FLETCHER SW. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais.** 4^a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006, 388 p.

GOLDSMITH SB. A reevaluation of health status indicators. Health Serv Rep 1976; 88: 937-41.

GUILLEMIN F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol 1995; 24: 61-63.

GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993; 46: 1417-1432.

GUYATT GH, FEENEY DH, PATRICK DL: Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993; 118: 622-629.

GUYATT GH, NAYLOR D, JUNIPER E, HEYLAND DK, JAESCHKE R, COOK DJ: Users guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. JAMA 1997; 277: 1232-36.

HAYNES SN, RICHARD DCS, KUBANY ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. Psychological Assessment 1995; 7: 238-47. .

KIND P, CARR-HILL R. The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists? Soc Sci Med 1987; 25: 905-10.

KIRSHNER B, GUYATT G. A methodologic framework for assessing health indices. J chronic Dis 1985; 38: 27-36.

LIBERMAN JN, HUNT TL, STEWART WF, WEIN A, ZHOU Z, HERZOG AR et al. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based survey. Urology 2001; 57(6):1044-50.

MASHEB RM, LOZANO-BLANCO C, KOHORN EI, MINKIN MJ AND KERNS RD. Assessing Sexual Function and Dysfunction with FSFI in women with Vulvodynia. J Sex Marital Ther 2004; 30: 315-24.

MESTON CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. J Sex Marital Ther 2003; 29(1):39-46.

MATHIAS SD, FIFER SK, PATRICK DL. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. Qual Life Res 1994; 3: 403-412.

MCDOWELL I, NEWELL C. The Evolution of Health Indicators. In: **Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires**. Second edition. New York. Oxford University Press; 1996: 11-46.

McGRAW KO, WONG SP. A common language effect size statistic. Psychological Bulletin 1992; 111: 361-65.

MESSICK S. Test validity and the ethics of assessment. American Psychologist 1980; 35: 1.012-27.

MESTON C. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. J Sex Marital Ther 2003; 29:39-46.

MOREIRA JM. **Questionários: teoria e Prática**. Livraria Almedina. Coimbra; 2004. 566 p.

PASQUALATO EB, PASQUALATO FF, SOBREIRO BP, LUCON AM. Female Sexual Dysfunction: The Important Points to Remember. Clinics 2005; 60(1):51-60.

PATRICK DL; BERGNER M. Measurement of health status in the 1990s. Annu Rev Public Health 1990; 11: 165-83.

QUIRK FH, HEIMAN J, ROSEN R, LAANE E, SMITH M, BOOLELL M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. J Womens Health Gend Based Med 2002; 11:331-3.

RELLINI A, MESTON C. The sensitivity of event logs, self-administered questionnaires and photoplethysmography to detect treatment-induced changes in female sexual arousal disorder (FSAD) diagnosis. J Sex Med 2006; 3:283-91.

RODRIGUES JR. OM. Inventários de sexualidade – uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. Terapia Sexual 1999; 1:77-84.

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 Mar Ther 2000; 26: 191-208.

ROSEN RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validates methods. Fertil Steril 2002; 77:S89-93.

ROSSER R. A history of health related quality of life in 10½ paragraphs. JR Soc Méd, 1993; 86:315-18.

SALONIAA, MUNARRIZ RM, NASPO R, NAPPI RE, BRIGANTI A, CHIONNA R et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU International, 2004; 93(8): 1156-64.

SEM A. Health perception versus observation. BMJ, 2002;13;324(7342):860.

SYMONDS T, BOOLELL M AND QUIRK F. Development of a Questionnaire on Sexual Quality of life in Women. J Sex Mar Ther 31:385-397, 2005.

SCHWAGER KW. The representational theory of measurement: An assessment. Psychological Bulletin 1991; 110: 618-26.

TASK F. Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. Standards for tests and measurements in physical therapy. Phys Ther, 1991; 71: 589-622.

TAYLOR JE, ROSEN RC, LEIBLUM SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W). Arch Sex Behav 1994; 23:627-43.

TIEFER L, HALL M, TAVRIS C. BEYOND dysfunction: a new view of women's sexual problems. J Sex Marital Ther 2002; 28:225-32.

THUNEDBORG K; ALLERUP P; BECH P. et al. Development of the repertory grid for measurement of individual quality of life in clinical trials. Int J Methods Psychiatr Res 1993; 3: 45-56.

WARE JE; BROOK RH; DAVIS AR. et al. Choosing measuring of health status for individuals in general populations. Am J Public Health 1981; 71: 620-25.

WIEGEL M, MESTON C, ROSEN R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. J Sex Marital Ther 2005; 31:1-20.

WILKINS R; ADAMS OB. Health expectancy in Canada, late 1970: demographic, regional and social dimensions. Am J Public Health 1983; 73: 1.073- 1.080.

WILSON RW. Do health indicators indicate health? Am J Public Health 1981; 71: 461-63.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization. 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark: WHO; 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (WHOQOL GROUP). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J; Kuyken, W. Editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg, Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active Ageing: a policy framework. Second United World Assembly on Ageing. Madrid, Spain: WHO; 2002.

VAN DE VIJVER FJR & HAMBLETON RK. Translating tests: Some practical guidelines. European Psychologist, 1996; 1: 89-99.

VERIT FF, VERIT A. Validation of the female sexual function index in women with chronic pelvic pain. J Sex Med 2007, 4(6):1635-41.

_____ Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. Standards for Tests and Measurements in Physical Therapy. Phys Ther 1991.71: 589-622.

ANEXOS

ANEXO 1

Autorização do Autor (cópia do e-mail)

Yes, you have my permission.

Best wishes,

Dr. Ray Rosen

Raymond C. Rosen, Ph.D
Professor of Psychiatry and Medicine
Robert Wood Johnson Medical School
671 Hoes Lane
Piscataway, NJ 08854
Phone: 732-235-4485
Fax: 732-235-5818
Email: rosen@umdnj.edu

-----Original Message-----

From: Miriam Dambros [<mailto:miriamdambros@yahoo.com.br>]

Sent: Friday, September 23, 2005 10:30 AM

To: rosen@umdnj.edu

Subject: FSFI in Portuguese

Dear Prof. Rosen,

I would like to ask you about the possibility to get your permission to translate the Female Sexual Function Index into Portuguese.

Thank you so much for your attention and reply.

Miriam Dambros

Prof. Urology

State University of Campinas, Brazil

Novo Yahoo! Messenger com voz: ligações, Yahoo! Avatars, novos emoticons e muito mais. [Instale agora!](#)

ANEXO 2

Instrumento Original

FSFI - Female Sexual Function Index

Instructions: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please, answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?

- ☐ almost always or always
- ☐ most times (more than half the time)
- ☐ sometimes (about half the time)
- ☐ a few times (less than half the time)
- ☐ almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

- ☐ very high
- ☐ high
- ☐ moderate
- ☐ low
- ☐ very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused (“turned on”) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the time)
- almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal (“turn on”) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- very high
- high
- moderate
- low
- very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- very high confidence
- high confidence
- moderate confidence
- low confidence
- very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the time)
- almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated (“wet”) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the time)
- almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated (“wet”) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- extremely difficult or impossible
- very difficult
- difficult
- slightly difficult
- not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication (“wetness”) until completion of sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- almost always or always
- most times (more than half the times)
- sometimes (about half the times)
- a few times (less than half the time)
- almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication (“wetness”) until completion of sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- extremely difficult or impossible
- very difficult
- difficult
- slightly difficult
- not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?

- no sexual activity
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the time)
- almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?

- no sexual activity
- extremely difficult or impossible
- very difficult
- difficult
- slightly difficult
- not difficult

13. Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- no sexual activity
- very satisfied
- moderately satisfied
- about equally satisfied and dissatisfied
- moderately dissatisfied
- very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- no sexual activity
- very satisfied
- moderately satisfied
- about equally satisfied and dissatisfied
- moderately dissatisfied
- very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- very satisfied
- moderately satisfied
- about equally satisfied and dissatisfied
- moderately dissatisfied
- very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?

- very satisfied
- moderately satisfied
- about equally satisfied and dissatisfied
- moderately dissatisfied
- very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- did not attempt intercourse
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the times)
- almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- did not attempt intercourse
- almost always or always
- most times (more than half the time)
- sometimes (about half the time)
- a few times (less than half the times)
- almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during of following vaginal penetration?

- did not attempt intercourse
- very high
- high
- moderate
- low
- very low or none at all

ANEXO 3

Escore das respostas para cada questão do instrumento – documento original FSFI - Female Sexual Function Index / Scoring Appendix

Question Response Options

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?

- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

- 5 = Very high
- 4 = High
- 3 = Moderate
- 2 = Low
- 1 = Very low or none at all

3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very high
- 4 = High
- 3 = Moderate
- 2 = Low
- 1 = Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very high confidence
- 4 = High confidence
- 3 = Moderate confidence
- 2 = Low confidence
- 1 = Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal excitement) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?

5 = Very satisfied

4 = Moderately satisfied

3 = About equally satisfied and dissatisfied

2 = Moderately dissatisfied

1 = Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Almost always or always

2 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

4 = A few times (less than half the time)

5 = Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Almost always or always

2 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

4 = A few times (less than half the time)

5 = Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Very high

2 = High

3 = Moderate

4 = Low

5 = Very low or none at all

ANEXO 4

Escore de cada domínio e da escala total do instrumento

FSFI - Female Sexual Function Index - Domain Scores and Full Scale Score)

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1,2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3,4,5,6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7,8,9,10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11,12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0(or1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0	
Full Scale						
Score Range				2.0	36.0	

ANEXO 5

Instrumento Traduzido para a Língua Portuguesa do Brasil

IFSF – Índice da Função Sexual Feminina

Instruções: Estas perguntas são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às seguintes perguntas da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. As definições (explicações) que seguem são aplicadas para responder o questionário:

Atividade sexual: pode incluir carícias, estimulação sexual preliminar, masturbação e coito vaginal.

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

Estimulação sexual: inclui estimulação sexual preliminar com o parceiro, auto-erotismo (masturbação) ou fantasia sexual.

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

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.

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)
- ☐ À 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)
- ☐ Àlgumas 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)
- ☐ Àlgumas 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)
- ☐ Àlgumas 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 freqüência 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 freqüência 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

Agradecemos sua participação em nossa pesquisa

ANEXO 6

Instrumento de Qualidade de Vida validado em português

SF 36 - “THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36 - ITEM SHORT FORM HEALTH Y SURVEY”

Iniciais do paciente _____

Ficha nº _____

- **VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA-SF-36**

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o que melhor puder.

1 - Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - **Comparada há um ano atrás**, como você classifica sua saúde em geral agora?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

Iniciais do paciente _____

Ficha nº _____

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante a **última semana**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular como consequência de sua **saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra?)	1	2

Iniciais do paciente _____

Ficha nº _____

5 - Durante a **última semana**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como **consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso?)

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez quaisquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6 – Durante a **última semana**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta **dor no corpo** você teve durante a **última semana**?

(circule uma)

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante a **última semana**, quando a **dor** interferiu com seu trabalho normal

(incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Iniciais do paciente _____

Ficha nº _____

9 - Estas questões são sobre como **você se sente** e como tudo tem acontecido com você durante a **última semana**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação à última semana.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

Iniciais do Paciente _____

Ficha nº _____

10 – Durante a **última semana**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas **atividades sociais** (como visitar amigos, parentes, etc)?

(circule uma)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule uma)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 7

Tabela de informações sócio-demográficas:

Tipo de informação	
Idade	
Média	27,25
Amplitude (min-max)	19 - 69
Desvio Padrão	8,97
Estado Civil	
Solteira	75
Casada	21
Separada	4
Salário	
Média	1,83
Amplitude (min-max)	0-11
Desvio Padrão	2,79
Grau de escolaridade	
Fundamental	11
Médio	31
Superior incompleto	33
Superior completo	25
Profissão	
Auxiliar Administrativo	4
Dona de Casa / Do Lar	4
Empregada Doméstica	4
Enfermeira	18
Estudante	33
Psicóloga	4
Vendedora	15
Outros	18

Continuação da tabela anterior

Número de gestações	
Média	0,5
Amplitude (min-max)	0 - 5
Desvio Padrão	1,2
Número de partos – vaginais	
Média	0,3
Amplitude (min-max)	0 - 4
Desvio Padrão	0,8
Número de partos – cesariana	
Média	0,1
Amplitude (min-max)	0 - 3
Desvio Padrão	0,5
Tipo de informação	
Cirurgias Prévias	
Abdômem / Pelve	1
Abdômen	3
Pelve	7
Períneo	3
Nenhuma	86
Hipertensão	
Sim	6
Não	94
Diabetes	
Sim	2
Não	98
Menopausa	
Sim	5
Não	95

Continuação da tabela anterior

Medicamentos em uso	
Uso Contínuo - hipertensivo	9
Nenhum	91
Usa TRH (reposição hormonal)	
Sim	1
Não	99
Atividade Física	
Sim	29
Não	26
Esporadicamente	45

ANEXO 8

Tabela da análise descritiva e comparativa das escalas entre as variáveis de caracterização sócio-demográficas com Coeficientes de Correlação de Pearson:

	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral/Saúde	Vitalidade
Idade	-0.47882	-0.10548	-0.29278	0.19250	-0.06547
p	<.0001	0.2963	0.0031	0.0550	0.5175
Salário	0.04941	0.20836	0.00860	0.10106	0.07808
p	0.6254	0.0375	0.9324	0.3171	0.4400

	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental	Desejo	Excitação
Idade	-0.11362	-0.07801	-0.17081	-0.20018	-0.17744
p	0.2603	0.4404	0.0893	0.0458	0.0774
Salário	0.08085	0.06436	0.02905	-0.00992	0.04841
p	0.4239	0.5247	0.7742	0.9219	0.6325

	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore geral
Idade	-0.19881	-0.18338	-0.36334	-0.01493	-0.20162
p	0.0474	0.0678	0.0002	0.8828	0.0443
Salário	0.04994	0.03680	0.11299	0.02641	0.04911
p	0.6217	0.7162	0.2630	0.7943	0.6275

ANEXO 9

Tabela dos valores de P para variável escolaridade pelo teste de Kruskal-Wallis:

Domínio	p	Grupos diferentes
1. SF – 36		
Dor	0,017	ensino médio - superior incompleto
Estado Geral Saúde	< 0,001	ensino médio - superior incompleto ensino médio - superior completo
Aspectos Sociais	< 0,001	ensino médio - superior incompleto ensino médio - superior completo
Aspectos emocionais	0,014	sup. incompleto - sup. completo
2. FSFI		
Excitação	0,038	fundamental - ensino médio fundamental - sup. incompleto
Lubrificação	0,036	fundamental - ensino médio
Orgasmo	0,009	fundamental - ensino médio fundamental - sup. completo
Satisfação	0,019	Fundamental - ensino médio fundamental - sup. incompleto fundamental - sup. completo
Escore geral	0,038	fundamental – ensino médio

Legenda

Sup: superior

ANEXO 10

Tabela do Coeficientes de Cronbach para os domínios e escore geral do FSFI –“**Female Sexual Function Index**”:

Domínio	Questões	Coeficiente α de Cronbach
Desejo	1,2	0,88
Excitação	3, 4, 5 e 6	0,94
Lubrificação	7, 8, 9 e 10	0,97
Orgasmo	11, 12 e 13	0,94
Satisfação	14, 15 e 16	0,31
Dor	17, 18 e 19	0,96
Geral	todas	0,96

ANEXO 11

Tabela do valor de p para Coeficientes de Correlação entre os dois instrumentos:

SF-36	Capacidade								
FSFI	Funcional	Dor	Saúde	Geral	Aspectos	Sociais	Aspectos	Emocionais	Saúde
Lubrificação	0,009	-	-		-		-		0,041
Orgasmo	0,011	-	-		0,033		-		0,006
Satisfação	<0,001	0,025	0,026		0,003		0,002		0,006
Escore Geral	0,036	-	-		-		-		0,017

ANEXO 12

Tabela dos valores dos escores obtidos: Média (desvio padrão) e Mediana (intervalo) para cada domínio do SF-36 (escore varia de 0 a 100):

SF- 36					
Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	88,00	16,65	95,00	15,00	100,00
Aspectos físicos	78,25	30,50	100,00	0,00	100,00
Dor	72,24	24,07	74,00	10,00	100,00
Estado Geral de Saúde	74,79	19,46	77,00	17,00	100,00
Vitalidade	56,90	21,46	60,00	15,00	95,00
Aspectos sociais	72,63	19,11	75,00	37,50	100,00
Aspectos emocionais	71,00	32,36	83,33	0,00	100,00
Saúde Mental	64,56	19,40	68,00	28,00	100,00

ANEXO 13

Tabela dos valores dos escores obtidos: Média (desvio padrão) e Mediana (intervalo) para cada domínio do FSFI - domínios (0-6) e escore geral (2-36).

FSFI					
Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Desejo	3,64	1,30	3,60	1,20	6,00
Excitação	3,72	1,97	4,50	0,00	6,00
Lubrificação	4,02	2,27	5,25	0,00	6,00
Orgasmo	3,87	2,17	4,60	0,00	6,00
Satisfação	4,20	1,15	4,80	1,20	5,20
Dor	3,98	2,26	4,80	0,00	6,00
Escore Geral	23,42	9,49	27,75	3,40	34,60

ANEXO 14

Carta ao editor da revista “Neurourology and Urodynamics”:

COVER LETTER

To: Neurourology and Urodynamics Editor-in-Chief, Dr. Christopher Chapple

Dear Sir

I am sending herewith a copy of the manuscript, which I would like to submit to
Neurourology & Urodynamics .

The paper is entitled:

TRANSLATION INTO PORTUGUESE, VALIDATION AND RELIABILITY OF THE
FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Corresponding Author:

Rosane Thiel

Rua Germânia, 270 apto 23

Campinas, SP

13070-770

Brazil

Phone: *55 19 3385--8050

e-mail: rosanethiel@uol.com.br

I hereby certify that this paper consists of original, unpublished work which is not under
consideration for publication elsewhere.

I hope your favorable consideration for publication to Neurourology & Urodynamics.

Sincerely,

Rosane Thiel

ANEXO 15

Comprovante da submissão do artigo

Preview

From: neurol@btconnect.com

To: thiel7@uol.com.br

Cc:

Subject: Neurourology and Urodynamics - NAU-08-0030

Body: 29-Jan-2008

Neurourology and Urodynamics online - <http://mc.manuscriptcentral.com/neurol>

NAU-08-0030 - TRANSLATION INTO PORTUGUESE, VALIDATION AND RELIABILITY OF THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Dear Dr. Thiel:

Your manuscript has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Neurourology and Urodynamics.

Your manuscript # is NAU-08-0030 - please mention this in all future correspondence regarding this submission.

You can view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging into: <http://mc.manuscriptcentral.com/neurol>.

If you have difficulty using this site, please contact our Support Desk at: edsupport@wiley.com.

Thank you for submitting your manuscript to Neurourology and Urodynamics.

With kind regards,

Neurourology and Urodynamics Editorial Office

Date Sent: 29-Jan-2008