Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Função sexual no menacme, climatério e menopausa

Sexual function during the reproductive years, climacteric, and menopause

Función sexual durante la edad reproductiva, el climaterio y la menopausia

Nayara Andrade Rodarte[1], Marina Leite Maciel[1], Maria Clara Silva Corrêa[1], Maria Eduarda Vieira Vasconcelos[1], Tomaz Aguiar Neto[1], Juliana Barroso Zimmermmann[1,2].

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desejo sexual feminino em diferentes fases do ciclo reprodutivo — menacme, climatério e menopausa — utilizando o Quociente Sexual Feminino (QS-F) como instrumento de medida. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e analítico com 263 mulheres de diferentes faixas etárias e fases hormonais. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado no Google Forms, contendo variáveis sociodemográficas, obstétricas e o QS-F. A análise estatística foi realizada com ANOVA de Welch e teste post hoc de Tukey, considerando significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A média etária foi de 36,8 ± 13,6 anos. A função sexual global apresentou escore médio de 66,7 ± 20, indicando desejo sexual geralmente preservado. Observou-se diferença significativa entre menacme e menopausa ($p = 0,012$), com declínio progressivo da função sexual conforme o avanço da idade reprodutiva. Os domínios mais afetados na menopausa foram lubrificação, dor e satisfação. **Conclusão:** O QS-F mostrou boa aplicabilidade para rastrear disfunção sexual em diferentes fases hormonais. As mulheres no menacme apresentaram melhor desempenho sexual global, enquanto climatéricas e menopausadas revelaram tendência a redução leve a moderada do desejo sexual.

Palavras-chave: Desejo sexual, Menopausa, Climatério, Função sexual feminina.

ABSTRACT

Objective: To evaluate female sexual desire in different reproductive phases — menacme, climacteric, and menopause — using the Female Sexual Quotient (QS-F) as a measurement instrument. **Methods:** Observational, cross-sectional, and analytical study involving 263 women of varying ages and hormonal stages. Data were collected through a structured questionnaire in Google Forms, including sociodemographic, obstetric, and QS-F variables. Statistical analysis was performed using Welch's ANOVA and Tukey's post hoc test, with significance set at $p < 0.05$. **Results:** The mean age was 36.8 ± 13.6 years. The overall sexual function showed a mean score of 66.7 ± 20, indicating generally preserved sexual desire. A significant difference was found between the menacme and menopause groups ($p = 0.012$), with a progressive but non-linear decline in sexual function across reproductive aging. The most affected domains in menopausal women were lubrication, pain, and satisfaction. **Conclusion:** The QS-F proved to be a valid tool for screening sexual dysfunction across hormonal phases. Women in menacme presented the best global sexual function, while those in climacteric and menopause showed mild to moderate reduction in desire.

Keywords: Sexual desire, Menopause, Climacteric, Female sexual function.

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. FUNJOBE. Barbacena - MG.
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora - MG.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el deseo sexual femenino en diferentes fases del ciclo reproductivo —menacmia, climaterio y menopausia— utilizando el Cuociente Sexual Femenino (QS-F) como instrumento de medición. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico con 263 mujeres de distintas edades y fases hormonales. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario estructurado en Google Forms, que incluía variables sociodemográficas, obstétricas y el QS-F. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA de Welch y prueba post hoc de Tukey, considerando significancia estadística para $p < 0,05$. **Resultados:** La edad media fue de 36,8 ± 13,6 años. La función sexual global presentó una puntuación media de 66,7 ± 20, lo que indica un deseo sexual generalmente conservado. Se observó una diferencia significativa entre el grupo en menacmia y el grupo en menopausia ($p = 0,012$), con un declive progresivo, aunque no lineal, de la función sexual con el avance de la edad reproductiva. Los dominios más afectados en la menopausia fueron la lubricación, el dolor y la satisfacción. **Conclusión:** El QS-F demostró ser una herramienta válida para detectar disfunción sexual en las distintas fases hormonales. Las mujeres en menacmia mostraron mejor desempeño sexual global, mientras que las del climaterio y la menopausia presentaron una reducción leve a moderada del deseo, destacando la influencia del hipoestrogenismo y de los factores psicosociales en la sexualidad femenina.

Palabras clave: Deseo sexual, Menopausia, Climaterio, Función sexual femenina.

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana ultrapassa o mero componente biológico, pois ela gera prazer e significado independentemente do ciclo reprodutivo, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais interdependentes. De acordo com o modelo tradicional, a resposta sexual humana (RSH) é compreendida como uma sequência linear de modificações fisiológicas após um estímulo sexual positivo, cujo objetivo final seria preparar os corpos dos parceiros para a união reprodutiva (MARQUES FZC, et al., 2008).

Contudo, essa concepção linear tem sido amplamente revisada. Modelos contemporâneos, como o modelo circular de Basson, destacam que a motivação sexual feminina pode ser desencadeada por fatores não exclusivamente sexuais — como intimidade, vínculo emocional, carinho e bem-estar —, iniciando muitas vezes a partir de um estado neutro de receptividade (FLEURY HJ e ABDO CHN, 2009; FLEURY HJ e ABDO CHN, 2015; BASSON R, et al., 2004). Nessa perspectiva, a sexualidade feminina é entendida como um fenômeno dinâmico e multifatorial, em que componentes fisiológicos, afetivos e contextuais interagem continuamente (THOMAS HN, 2018; LAAN ETM, et al., 2021; FEBRASGO, 2021).

A complexidade da sexualidade feminina vai além dos aspectos biológicos e inclui fatores emocionais e sociais que influenciam o desejo e a resposta sexual. A autoestima, o bem-estar psicológico e a qualidade do relacionamento interpessoal exercem papel fundamental na manutenção de uma vida sexual ativa e satisfatória (ABDO C, 2006; PERELMAN MA, 2025). Nesse contexto, o Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) — atualmente denominado *Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)* — é definido como a ausência ou redução persistente de interesse, pensamentos ou fantasias sexuais, associada à angústia pessoal ou dificuldade interpessoal (FLEURY HJ e ABDO CHN, 2009; KINGSBERG SA e REZAEE RL, 2013; KINSBERG AS, et al., 2017).

O TDSH pode afetar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional, sendo frequentemente acompanhado por frustração e insatisfação conjugal. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo causas biológicas — como alterações hormonais, doenças crônicas, distúrbios hipotálamo-hipofisários, diabetes, esclerose múltipla e hiperprolactinemia —, além de fatores psicológicos, relacionais e socioculturais (PEREZ-VEGA D, et al., 2024; FEBRASGO, 2021).

No climatério e pós-menopausa, o declínio dos níveis de androgênios e estrogênios está associado à redução da libido e ao aumento da prevalência de TDSH. Mulheres submetidas à ooforectomia, por exemplo,

apresentam níveis mais baixos de testosterona e maior prevalência de disfunção sexual em comparação àquelas com menopausa natural (KINGSBERG SA, et al., 2008). Além disso, sintomas geniturinários, como secura vaginal e dispareunia, frequentemente limitam a atividade sexual e favorecem a evasão do contato íntimo (HARTMANN U, et al., 2002; FEBRASGO, 2021).

A compreensão do desejo sexual feminino exige, portanto, uma abordagem biopsicossocial que considere as interações entre fatores hormonais, emocionais e relacionais. Em relacionamentos de longa duração, o desejo tende a não ser espontâneo, mas sim o resultado da busca por intimidade e conexão afetiva (BASSON R, et al., 2004; FEBRASGO, 2021; PARISH SJ, et al., 2016). Esse modelo circular reconhece que os estímulos emocionais e interpessoais são tão relevantes quanto os estímulos físicos na manutenção da resposta sexual feminina.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo avaliar a função sexual em mulheres no climatério e menopausa, comparando-as com mulheres em idade reprodutiva (20 a 35 anos), considerando tanto as dimensões biológicas quanto psicossociais e culturais da sexualidade feminina.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e analítico desenvolvido com mulheres a partir de 19 anos de idade, utilizando um questionário eletrônico estruturado na plataforma Google Forms. O cálculo amostral considerou a população feminina composta por estudantes e funcionárias da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME).

Estimou-se um total de 800 estudantes e 100 funcionárias, sendo aproximadamente 50% do sexo feminino, resultando em uma população-alvo de 450 mulheres. Para o cálculo da amostra mínima, adotaram-se os parâmetros de nível de confiança de 95% (Z = 1,96), erro amostral de 5% (E = 0,05) e proporção esperada p = 0,5, correspondente à máxima variabilidade. Adicionando-se 20% para perdas e recusas, obteve-se uma amostra ideal de aproximadamente 250 participantes. Durante a coleta, foram obtidas 277 respostas válidas, o que representou 110,8% da amostra mínima estimada, assegurando precisão adequada às análises propostas.

Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, sexualmente ativas e que consentiram voluntariamente em participar do estudo. Não foram incluídas mulheres com idade menor que a estabelecida e excluídas aquelas participantes que apesar de responderem o questionário proposto não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que responderam o questionário tendo idade menor a estabelecida previamente, o que totalizou 263 questionários válidos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionário eletrônico na plataforma Google Forms, que apresenta vantagens relevantes em estudos observacionais e transversais, como a distribuição rápida e gratuita, o alcance ampliado, a redução de custos logísticos e a exportação direta dos dados para planilhas eletrônicas, facilitando o processamento estatístico.

Entre as limitações metodológicas, destacam-se a dependência de acesso à internet, a exclusão de participantes com baixa familiaridade digital e o potencial viés de autopreenchimento, uma vez que as respostas não são supervisionadas (ZELEKE AA, et al., 2024). Ainda assim, o Google Forms tem se mostrado uma ferramenta válida e eficiente em pesquisas populacionais e institucionais, desde que os critérios de inclusão sejam claros e o anonimato garantido — condições atendidas neste estudo. Na primeira etapa, foram coletados dados epidemiológicos e ginecológicos, incluindo idade, número de gestações, partos e abortos, diagnóstico prévio de transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH), presença de libido, frequência de relações sexuais, existência de parceiro fixo, menopausa e dor durante a relação sexual.

Em seguida, aplicou-se o QSF (Quociente Sexual Feminino), desenvolvido e validado por Abdo CHN (2009), instrumento nacionalmente reconhecido para a avaliação da função sexual feminina. O questionário contém dez questões que exploram os domínios de desejo, excitação, lubrificação, dor, concentração, orgasmo e satisfação, com pontuação de 0 a 5, conforme escala de frequência: 0 = nunca, 1 = raramente, 2

= às vezes, 3 = aproximadamente 50% das vezes, 4 = a maioria das vezes e 5 = sempre. A soma dos escores foi multiplicada por 2, resultando em uma pontuação total de 0 a 100 pontos, interpretada conforme os parâmetros: 82 a 100 pontos — bom a excelente; 62 a 80 pontos — regular a bom; 42 a 60 pontos — desfavorável a regular; 22 a 40 pontos — ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos — nulo a ruim.

Tabela 1 – Escore do quociente sexual feminino (QSF), desenvolvido e validado por Abdo CH (2009).

Faixa de pontuação (0–100)	Classificação	Interpretação clínica
82 – 100	Muito boa/preservada	Satisfação e resposta sexual preservadas.
62 – 81	Boa/Leve redução	Função global satisfatória, com possíveis oscilações ocasionais.
42 – 61	Regular/redução moderada	Sugere alteração da função sexual; investigar fatores biopsicossociais.
22 – 41	Baixa	Sugere disfunção sexual significativa; recomenda-se avaliação clínica.
0 – 21	Muito baixa/ausente	Comprometimento importante da função sexual; requer avaliação abrangente.

Fonte: Rodarte NA, et al., 2026.

Os dados obtidos foram organizados em planilha no Microsoft Excel e exportados para o software Jamovi (versão atual). As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado e, quando aplicável, pelo teste de Kruskal-Wallis (Teste H). As variáveis numéricas foram avaliadas pelo teste ANOVA. Adotou-se nível de significância de $p < 0,05$ em todos os testes. Quando necessário, o teste de Tukey (*HSD – Honestly Significant Difference*) foi aplicado para descobrir onde exatamente estão as diferenças significativas entre os grupos, depois que a ANOVA detectou que existe pelo menos uma diferença global. O estudo foi conduzido conforme os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo anonimato, confidencialidade e participação voluntária das respondentes, sendo enviado através da Plataforma Brasil e aprovado sob o número CAAE 87450625.5.0000.8307.

RESULTADOS

Foram considerados 263 questionários válidos. A média da idade das pacientes foi de 36,8 ±13,6 anos, sendo que 53,6% eram nuligestas, 57,3% eram nulíparas e 12,2% tinham apresentado um aborto. A cesariana foi o parto mais frequente (30,6%). A **Tabela 2** mostra os dados obstétricos das mulheres estudadas.

Tabela 2 – Aspectos obstétricos e epidemiológicas das mulheres estudadas.

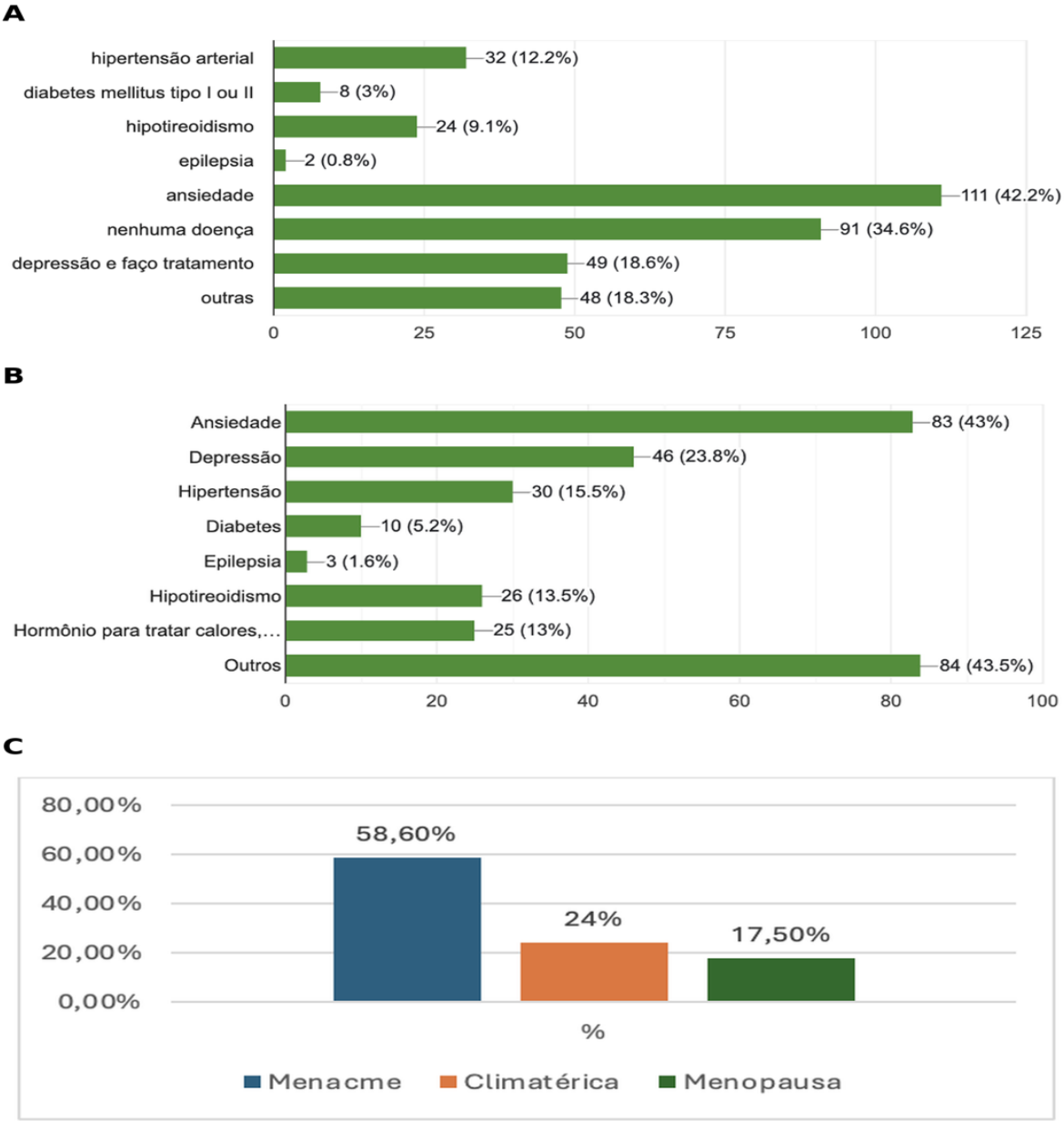
Idade	**Média** 36,8 ±13,6 anos									
Número de gestações, partos e abortos										
	0		1		2		3		>3	
Gestação	140	53,7%	50	19,2%	46	17,6%	18	6,9%	7	2,7
Partos	150	57,3%	47	17,9%	54	20,6%	9	3,4%	2	0,8%
Abortos	222	84,4%	32	12,2%	6	2,3%	2	0,8%	1	0,4%
Tipo de parto										
Parto	**Nenhum**		**Cesariana**		**Fórcipe**		**Vaginal**			
	146	54,2%	89	33,0%	4	1%	30		11,1%	

Nota: Total de 263 pacientes. **Fonte:** Rodarte NA, et al., 2026.

Em relação à doença de base, verificou-se que a ansiedade (n=111, 42%), a depressão (n=49; 18,6%) e hipertensão arterial (n=32; 12,2%) foram as mais citadas e 34,6% (n=91) afirmaram não apresentar qualquer tipo de doença (**Figura 1 - A**). A avaliação de tratamento para doença de base está descrita na **Figura 1 - B**. Observa-se que tratamento para ansiedade, depressão e doenças metabólicas crônicas foram os mais prevalentes. O tratamento dos sintomas climatéricos sistêmicos foi descrito apenas em 13% dos casos (n=25).

Quando se avaliou a fase, verificou-se que 17,5% foram classificadas como menopausadas (n=46), 24,0% foram consideradas climatéricas (n=63) e 58,6% (n=154) estavam no menacme (**Figura 1-C**). As pacientes foram avaliadas sobre a existência de parceiro fixo e observou-se que 81,0% (n=213) têm parceiro fixo e 8,7% (n=23) fazem uso de TRH vaginal para a menopausa.

Figura 1 – Caracterização clínica, terapêutica e reprodutiva das participantes: Distribuição das doenças de base (A); Tratamentos utilizados para doenças e sintomas (B); Distribuição das mulheres segundo menacme, climatério e menopausa (C).



Fonte: Rodarte NA, et al., 2026.

A média para cada resposta do QSF está apresentado na **Tabela 3,** enumerando as questões de 1 a 10. Assim, a média de pontos do escore foi de 66,1± 20, sendo que 35 % das participantes apresentaram escores na faixa de 70 e 100 o que caracteriza a função sexual preservada, 45% situaram-se entre 42 e 69 o que caracteriza a leve ou moderada redução do desejo sexual e 20 % apresentam escores < 42, sugestivos de disfunção sexual importante/rastreamento positivo para TDSH. O declínio foi progressivo com o avanço da idade reprodutiva, mas não linear.

Tabela 3 – Questões e média de pontos para cada resposta do QSF aplicado nas mulheres do estudo.

Questões	Elaboração da questão	Média geral	Média da fase			Valor de p
			Menacme	Climatério	Menopausa	
1	Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	2,8 ±1,2	2,90±1,1	2,75±1,1	2,52 ±1,3	0,2
2	O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	3,4 ± 1,4	3,6±1,3	3,2±1,4	3,2±1,4	0,1
3	As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	4,0 ± 1,3	4,1±1,1	3,9±1,3	3,7±1,5	0,1
4	Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	3,7 ± 1,3	3,9±1,1	3,6±1,3	3,1±1,6	0,006
5	Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	3,8 ± 1,3	4,0±1,1	3,4±1,5	3,5±1,4	0,016
6	Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	3,8 ± 1,3	4,0 ±1 ,2	3,6 ± 1,3	3,6 ± 1,6	0,103
7	Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	1,4 ± 1,3	1,3 ± 1,2	1,9 ± 1,4	1,4 ± 1,5	0,031
8	Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	3,2 ± 1,2	3,2 ± 1,2	3,3 ± 1,1	3,1 ± 1,4	0,8
9	Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	3,1 ±1 ,4	3,0 ± 1,4	3,2 ± 1,2	3,2 ± 1,5	0,6
10	O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	3,4 ± 1,4	3,6 ± 1,3	3,3 ± 1,5	3,0 ± 1,4	0,03

Fonte: Rodarte NA, et al., 2026.

Na **Tabela 4** mostra-se a média e a classificação predominante para as 3 fases avaliadas (menacme, climatério e menopausa). Além disso, buscou-se avaliar a diferença entre os 3 grupos (menacme, climatério e menopausa) de forma que se utilizou o teste de Tukey HSD. Assim, observou-se que a diferença

estatisticamente significativa ocorreu apenas entre menacme e menopausa, com escore médio mais elevado em mulheres em idade reprodutiva. No climatério, houve tendência intermediária, sem diferença relevante.

Tabela 4 – Apresentação dos escores médios do questionário aplicado (QSF), classificação predominante para as 3 fases avaliadas (menacme, climatério e menopausa) e comparação pós-hoc de Tukey.

Fase	A – Comparação global entre as fases				
	N	Média (score final)	Classificação predominante	Tendência clínica	p/ F
Menacme (mc)	154	**68,8**	Desejo sexual bom	Função sexual globalmente preservada, pequenas oscilações por fatores psicossociais.	p=0,014; F= 4,31
Climatério (cl)	63	**64,1**	Desejo sexual bom / limítrofe	Redução leve associada à flutuação hormonal e sintomas vasomotores.	
Menopausa (meno)	46	**60,7**	Desejo sexual regular	Disfunção leve a moderada associada a hipoestrogenismo e secura vaginal.	
Total (263)	263	**66,7**	Desejo sexual bom, com tendência à redução leve	Mantém média global de função sexual satisfatória, porém com dispersão alta e variabilidade entre grupos etários.	
Grupos	**B – Comparações pós-hoc de Tukey**				
	Diferença entre as médias		**p-valor**		
Menacme x Menopausa	+ 8,1		0,012		
Menacme x Climatério	+ 4,7		0,18		
Climatério x Menopausa	+ 3,4		0,42		

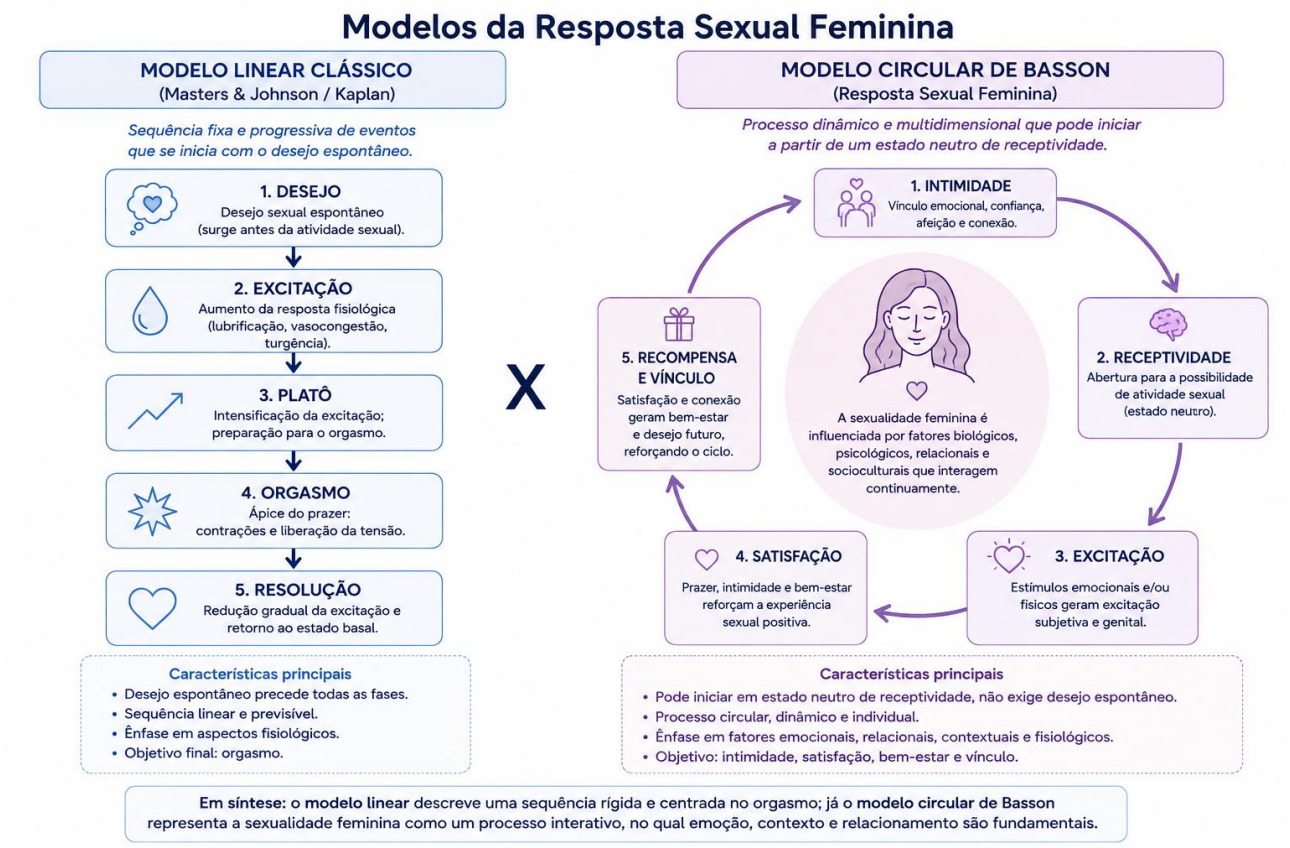
Fonte: Rodarte NA, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A evolução dos estudos sobre a libido e a função sexual feminina na menopausa, a partir de 2008 demonstrou uma importante mudança de paradigma, consolidando a disfunção sexual feminina como uma condição clínica multifatorial, resultante da interação entre fatores hormonais, neurobiológicos, geniturinários, psicológicos e relacionais. Estudos importantes, como PRESIDE (2008), APHRODITE (2008), SWAN (2009), REVIVE (2013) e publicações recentes contribuíram para estabelecer a importância do sofrimento clínico associado à disfunção sexual, do declínio hormonal relacionado à menopausa, da síndrome geniturinária e da abordagem biopsicossocial da saúde sexual feminina (SHIFREN JL, et al., 2008; DAVIS SR, et al., 2008; AVIS NE, et al., 2009; KINGSBERG AS, et al., 2013; DAVIS SR, 2024; JAHANGIRIFAR M, et al., 2026).

Os resultados do presente estudo demonstraram que o desejo sexual feminino apresenta variações importantes ao longo das fases reprodutivas, com declínio progressivo, porém não linear, entre o menacme, o climatério e a menopausa. Essa tendência está alinhada com literatura consolidada sobre a sexualidade feminina, que reconhece a interação contínua entre fatores biológicos, psicológicos e contextuais como determinantes centrais da resposta sexual (MARQUES FZC, et al., 2008; BASSON R, et al., 2004). O modelo circular proposto por Basson destaca que, diferentemente da visão linear tradicional, a motivação e a resposta sexual feminina frequentemente se iniciam a partir de um estado neutro, sendo moduladas por intimidade, vínculo emocional e bem-estar — elementos que podem se alterar ao longo do ciclo de vida (BASSON R, 2000; FLEURY HJ e ABDO CHN, 2009). A **Figura 2** exemplifica o modelo circular da resposta sexual feminina e sua comparação com o modelo linear.

Figura 2 – Modelo circular de Basson e modelo linear clássico. Identifica-se vários fatores que atuam na sexualidade feminina, de forma que ela não é um modelo linear, mas sim, um modelo circular, com vários fatores de interferência.



Fonte: Rodarte NA, et al., 2026. Figura construída com auxílio de IA e revisada criticamente pelos autores.

No presente estudo, 20% das participantes apresentaram pontuação < 42, indicativa de transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH), valor compatível com prevalências internacionais. Pesquisas epidemiológicas apontam que entre 10% e 40% das mulheres relatam redução significativa do desejo sexual, dependendo da faixa etária, condição hormonal e fatores psicossociais associados (TETIK S e YALÇINKAYA ALKAR Ö, 2023; PYKE RE, 2021). A prevalência mais elevada entre mulheres climatéricas e menopausadas observada nesta amostra é coerente com os achados clássicos de Kingsberg AS, et al., 2008, que relacionaram o declínio dos estrogênios e androgênios ao aumento da incidência de TDSH e à maior vulnerabilidade a alterações vaginais, como secura e dispareunia.

A análise do QSF permitiu identificar de forma mais granular os domínios específicos mais afetados. Entre os achados com significância estatística, destacam-se a menor lubrificação ($p = 0,006$) e o aumento da dor durante a relação sexual ($p = 0,031$) na menopausa, reforçando o papel do hipoestrogenismo como causa central de disfunção sexual. Esses resultados corroboram evidências que associam a queda estrogênica à atrofia urogenital, redução da elasticidade vaginal, diminuição do fluxo sanguíneo e limiar aumentado para excitação. A maior prevalência de dispareunia no climatério e pós-menopausa impacta negativamente não apenas o desejo, mas também o ciclo completo da resposta sexual (HARTMANN U, et al., 2002).

Apesar disso, a média global da amostra (66,7 pontos) situa-se na faixa de “desejo bom”, indicando que a maioria das mulheres mantém função sexual satisfatória, embora com oscilações. Houve diferença significativa entre menacme e menopausa ($p = 0,012$), enquanto o climatério apresentou comportamento intermediário, sem distinção estatística relevante em relação aos demais grupos. Observa-se que, mesmo entre as mulheres climatéricas, a redução da pontuação foi apenas moderada, sugerindo que fatores emocionais, relacionais e comportamentais podem atuar como elementos de proteção, preservando a

intimidade e o interesse sexual em muitas participantes. Isso reforça também a natureza gradual da perda hormonal e a heterogeneidade da experiência climatérica, embora muitas mulheres relatem alterações no desejo durante essa fase, nem todas evoluem para disfunção clínica. Essa interpretação é consistente com o modelo biopsicossocial contemporâneo da sexualidade, segundo o qual o desejo sexual feminino é fortemente influenciado por qualidade do relacionamento, autoestima e saúde emocional (ABDO C, 2006; PERELMAN MA, 2025). Estudos recentes destacaram que a percepção subjetiva de bem-estar, o tratamento de sintomas vasomotores e intervenções sobre estilo de vida (sono, atividade física, manejo do estresse) contribuem para a manutenção da função sexual ao longo dessa transição (PEREZ-VEGA D, et al., 2024).

Outro achado relevante foi a alta prevalência de ansiedade (42%) e depressão (18,6%) na amostra, condições amplamente reconhecidas como moduladoras negativas do desejo sexual. Fatores emocionais, como preocupações e fadiga mental, reduzem a responsividade sexual e interferem tanto na excitação quanto na satisfação (THOMAS HN, et al., 2018). A literatura destaca que queixas de desejo reduzido em mulheres jovens — como observado em parte das nuligestas deste estudo — geralmente têm maior relação com fatores emocionais e relacionais do que com causas hormonais (FEBRASGO, 2021). Acredita-se que 6% a 16% das mulheres com ansiedade podem ter repercussões sexuais, inibindo de forma significativa o desejo sexual. Assim, a queixa de baixa libido em mulheres jovens deve ser interpretada com cautela, evitando-se a medicalização precoce e a atribuição simplista a causas hormonais, pois os estudos reforçam que, em mulheres jovens, o transtorno do desejo sexual hipoativo frequentemente reflete uma disfunção predominantemente psicossocial, diferindo do padrão observado no climatério e na menopausa, nos quais fatores hormonais assumem maior protagonismo. Essa distinção é fundamental para a prática clínica, pois direciona a abordagem terapêutica (PYKE RE, 2020).

Adicionalmente, é importante destacar que o presente estudo não avaliou o uso de antidepressivos ou ansiolíticos pelas participantes, dose, tempo de uso, o que constitui uma limitação relevante. Sabe-se que essas medicações, especialmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, estão frequentemente associadas à redução do desejo sexual, atraso do orgasmo e diminuição da satisfação, podendo atuar como fator independente ou potencializador da disfunção sexual (TAYLOR MJ, et al., 2022).

A elevada proporção de mulheres com parceiro fixo (81%) sugere um contexto relacional estável, o que pode contribuir para a manutenção do desejo em muitas participantes. Estudos qualitativos indicam que, em relacionamentos duradouros, o desejo frequentemente deixa de ser espontâneo e torna-se responsivo, emergindo da busca por conexão emocional e intimidade — achado que dialoga com o modelo de Basson e com a interpretação clínica dos nossos resultados (BASSON R, et al., 2004).

Embora, nos últimos anos, tenha havido maior atenção à saúde sexual e ao desenvolvimento de opções terapêuticas para disfunções, ainda persistem lacunas significativas no manejo dessas condições dentro de uma abordagem centrada na paciente. A avaliação da função sexual feminina envolve a obtenção de uma anamnese clínica abrangente, bem como a realização de exame físico detalhado do assoalho pélvico e da anatomia vulvovaginal. As causas da disfunção sexual incluem fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais. Uma abordagem individualizada, baseada em evidências e alinhada aos objetivos pessoais da paciente, é fundamental para otimizar os desfechos relacionados à saúde sexual feminina.

O uso de terapia hormonal vaginal em apenas 8,7% das participantes menopausadas e em 13% das pacientes sintomáticas por via sistêmica, reforça um ponto crítico observado, já que subutilização de tratamentos eficazes para sintomas geniturinários e disfunção sexual é uma realidade. A literatura é consistente ao demonstrar que a terapia estrogênica local melhora lubrificação, reduz dor e restaura parâmetros fisiológicos essenciais ao ciclo de resposta sexual, contribuindo para melhora significativa da qualidade de vida (FEBRASGO, 2021; ROYTMAN MV, et al., 2025). A baixa adesão pode refletir desinformação, receios infundados sobre riscos hormonais e barreiras culturais. Considerando que muitas mulheres hesitam em procurar ajuda para esses sintomas, uma abordagem proativa por parte dos profissionais de saúde, com a abertura de diálogo sobre o desconforto vulvovaginal, pode melhorar significativamente o diagnóstico e o tratamento (PARISH SJ, et al., 2013; MARTINS AM e COUTINHO LSB, 2025).

Outro dado importante é o uso da testosterona para o TDSH que deve ser considerado desde que haja diagnóstico adequado e presença de sofrimento associado. Embora grande parte das evidências concentre-se em mulheres na pós-menopausa e perimenopausa, a fisiologia do desejo sexual feminino — fortemente modulada por andrógenos — sustenta sua indicação também em mulheres mais jovens, desde que criteriosamente avaliadas, especialmente naquelas submetidas à ooforectomia ou naquelas com outras causas de insuficiência androgênica por distúrbio endócrino. Nesses casos, a reposição deve ser realizada em doses fisiológicas, com monitorização clínica e laboratorial, sempre inserida em uma abordagem biopsicossocial.

Nas mulheres menopausadas, a terapia com testosterona não deve ser utilizada de forma isolada quando há sintomas relacionados ao hipoestrogenismo. A associação com terapia estrogênica, especialmente por via vaginal ou sistêmica conforme indicação clínica, é fundamental para o adequado manejo da síndrome geniturinária da menopausa. Dessa forma, a abordagem combinada tende a promover melhores resultados, ao atuar simultaneamente sobre os componentes hormonais, periféricos e centrais da resposta sexual feminina (PARISH SJ, et al., 2021; DAVIS SR, et al., 2019; FEBRASGO, 2021). Neste estudo, nenhuma paciente relatou uso da testosterona para o TDSH.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos achados. A primeira delas refere-se ao desenho observacional transversal, que impede estabelecer relações de causalidade entre as fases reprodutivas, fatores psicossociais e o desejo sexual feminino. Embora os resultados indiquem associação entre idade reprodutiva, climatério e redução do escore sexual, não é possível determinar se tais mudanças são consequência direta das alterações hormonais, de fatores emocionais ou de elementos relacionais presentes no momento da coleta.

Outra limitação foi o uso de questionário eletrônico (Google Forms) como instrumento de coleta. Apesar das vantagens logísticas, esse método pode introduzir vieses de autopreenchimento, como respostas idealizadas ou subestimadas, especialmente em temas sensíveis como sexualidade. Outro ponto relevante é que o estudo utilizou um único instrumento padronizado (QS-F) para avaliar a função sexual, entretanto, não se pode ignorar que este questionário é validado e amplamente utilizado na literatura específica. Além disso, o dado referente ao uso de terapia hormonal foi autorreferido, sem confirmação clínica ou detalhamento sobre tipo, dose, via e tempo de uso, o que pode interferir na interpretação dos resultados envolvendo climatério e menopausa.

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta fortalezas consideráveis. A amostra final superou em 110,8% o número mínimo calculado, aumentando o poder estatístico da análise e permitindo identificar diferenças significativas entre o menacme e a menopausa. A aplicação de instrumento validado nacionalmente confere confiabilidade aos dados e viabiliza comparações com outras populações. A coleta anônima favorece respostas sinceras, fundamentais quando o tema envolve intimidade e possíveis constrangimentos. Além disso, a inclusão concomitante de mulheres no menacme, climatério e pós-menopausa permitiu observar padrões de transição da sexualidade feminina raramente documentados em estudos nacionais, reforçando a relevância clínica dos achados para o manejo de queixas de TDSH e para a abordagem biopsicossocial da saúde sexual.

CONCLUSÃO

O QS-F mostrou-se uma ferramenta útil para avaliar a função sexual feminina nas diferentes fases hormonais. Os achados evidenciaram melhor desempenho sexual global entre mulheres no menacme e redução progressiva, porém não linear, entre climatério e menopausa, com maior impacto nos domínios de lubrificação, dor e satisfação. Embora parte das participantes tenha apresentado escores sugestivos de disfunção sexual importante, os resultados devem ser interpretados como rastreamento e não como diagnóstico definitivo de TDSH. Recomenda-se abordagem clínica individualizada, considerando fatores hormonais, emocionais, relacionais e terapêuticos, além de maior atenção dos profissionais de saúde aos sintomas sexuais frequentemente subtratados.

REFERÊNCIAS

1- AVIS NE, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. Menopause, 2009; 16(3): 442-52.
2- BASSON R, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med., 2004; 1(1): 40-8.
3- CARDELLINO RA e SIEWERDT F. Utilização correta e incorreta dos testes de comparação de médias. Rev. Soc. Bras. Zoot., 1992; 21(6): 985-95.
4- CREMA IL, et al. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura. Psicol., Ciênc. Prof., 2017; 37(3): 753-69.
5- DAVIS SR. Sexual Dysfunction in Women. N Engl J Med, 2024; 22; 391(8): 736-745.
6- DAVIS SR, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab., 2019; 104(10): 4660-4666.
7- FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Manejo do transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres no ambiente ginecológico. Position Statement. 2021. Disponível em < https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---N5---Maio-2021---portugues_v2.pdf> Acessado em 30 de março de 2026.
8- FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Uso de androgênios nas diferentes fases da vida: período reprodutivo. FEBRASGO Position Statement, 2021; 11: 1-5.
9- FLEURY HJ e ABDO CHN. Desejo sexual feminino. Diagnóstico e tratamento, 2009; 14(1): 47-5.
10- FLEURY HJ e ABDO CHN. Sexualidade da mulher idosa. Diagnóstico e Tratamento, 2015; 20(3): 117-120.
11- HARTMANN U, et al. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. World J Urol., 2002; 20(2): 79-88.
12- JAHANGIRIFAR M, et al. Sexual difficulties, distress and dysfunction among women with refugee background in Australia. Climacteric., 2026; 29(1): 75-84.
13- KINGSBERG SA, et al. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey. J Sex Med., 2013; 10(7): 1790-9
14- KINGSBERG SA, et al. Female sexual dysfunction-medical and psychological treatments, Committee 14. J Sex Med., 2017; 14(12): 1463-91.
15- KINGSBERG SA e REZAEE RL. Hypoactive sexual desire in women. Menopause. 2013; 20(12): 1284-300.
16- LAAN ETM et al. In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. International Journal of Sexual Health, 2021; 33(4): 516–536.
17- MARTINS AM e COUTINHO LSB. Prevalência do transtorno do desejo sexual hipoativo durante a menacme e fatores relacionados. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 2025; 135: 1-9.
18- MARQUES FZC, et al. A resposta sexual humana. 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/541590/755-1534-1-sm.pdf. Acessado em: 30 de março de 2026.
19- PARISH SJ, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. Int J Womens Health. 2013; 29(5): 437-47.
20- PARISH SJ, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med., 2021; 18(5): 849–67.
21- PARISH SJ e HAHN SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. Sex Med Rev., 2016; 4(2): 103-120.
22- PERELMAN MA, et al. How has the biopsychosocial model fared in sexual medicine and sex therapy? Sex Med Rev., 2025; 13(4): 663-73.
23- PÉREZ-VEGA D, et al. Psychological and sociodemographic factors associated with hypoactive sexual desire in Ecuadorian women. Front. Sociol., 2024; 25: 1-8.
24- PYKE RE. FDA Decisions on Measures of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A History, With Grounds to Consider Clinical Judgment. Sex Med Rev., 2021; 9(2): 186-193.
25- ROYTMAN MV, et al. Female Sexual Function and Dysfunction. Obstetrics & Gynecology, 2025; 146(5): 645-59.
26- TAYLOR MJ, et al. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022; (4): CD003382.
27- TETIK S e YALÇINKAYA ALKAR Ö. Incidence and Predictors of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sex Marital Ther, 2023; 49(7): 842-865.
28- THOMAS HN, et al. Body Image, Attractiveness, and Sexual Satisfaction Among Midlife Women: A Qualitative Study. J Womens Health (Larchmt), 2019; 28(1): 100-106.
29- ZELEKE AA, et al. Data Quality and Cost-effectiveness Analyses of Electronic and Paper-Based Interviewer-Administered Public Health Surveys: Systematic Review. J Med Internet Res., 2021; 23(1): 1-24.