

ALESSANDRA PLÁCIDO LIMA LEITE¹

ELIANE DE ALBUQUERQUE MOURA²

ANA AURÉLIA SALLES CAMPOS²

ROSIANE MATTAR³

EDUARDO DE SOUZA⁴

LUIZ CAMANO⁵

Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras

Validation of the Female Sexual Function Index in Brazilian pregnant women

Artigos originais

Palavras-chaves

Gravidez
Gestantes
Disfunções sexuais psicogênicas/
diagnóstico
Questionários
Reprodutibilidade dos testes
Saúde da mulher

Keywords

Pregnancy
Pregnant women
Sexual dysfunctions, psychological
Diagnosis
Questionnaires
Reproducibility of results
Women's health

Resumo

OBJETIVO: traduzir e validar o Female Sexual Function Index (FSFI) para grávidas brasileiras. **MÉTODOS:** participaram da pesquisa 92 gestantes assistidas em ambulatório de pré-natal de baixo risco, com diagnóstico da gravidez confirmado por ultra-sonografia precoce. Inicialmente, traduzimos o questionário FSFI para a língua portuguesa (do Brasil), de acordo com os critérios internacionais. Foram realizadas adaptações culturais, conceituais e semânticas do FSFI, em função das diferenças da língua, para que as gestantes compreendessem as questões. Todas as pacientes responderam duas vezes ao FSFI, no mesmo dia, com dois entrevistadores diferentes, com intervalo de uma hora de uma entrevista para a outra. Em seguida, 7 a 14 dias depois, o questionário foi novamente aplicado numa segunda entrevista. Foram avaliadas a confiabilidade (consistência interna intra e interobservador) e a validade do construto (para demonstrar que o questionário avalia a função sexual). **RESULTADOS:** adaptações culturais foram necessárias para obtermos a versão final. A consistência interna intra-observador (alfa de Chronbach) dos diversos domínios oscilou de moderada a forte (0,791 a 0,911) e a consistência interobservador variou de 0,791 a 0,914. Na validação do construto, foram obtidas correlações de moderada a forte entre os escores finais (gerais) do FSFI e do Quociente Sexual Feminino (QS-F), que tem a capacidade de avaliar a função sexual feminina. **CONCLUSÕES:** o FSFI foi adaptado à língua portuguesa e à cultura brasileira, apresentando significativa confiabilidade e validade, podendo ser incluído e utilizado em futuros estudos da função sexual de grávidas brasileiras.

Abstract

PURPOSE: to translate and to validate the Female Sexual Function Index (FSFI) for Brazilian pregnant women. **METHODS:** ninety-two pregnant women attended at a low risk prenatal clinic, with diagnosis of the pregnancy confirmed by precocious ultrasonography, participated in the research. Initially, we translated the FSFI questionnaire for Portuguese language (of Brazil) in agreement with the international criteria. Cultural, conceptual and semantics adaptations of FSFI were accomplished, because of the differences of the language, so that the pregnant women understood the subjects. All the patients answered FSFI twice, in the same day, with two different interviewers, with an hour interval from one to other interview. After 7 to 14 days, the questionnaire was applied again in a second interview. Reliability (internal intra and interobserver consistence) and the validity of the constructo (to demonstrate that questionnaire measures the sexual function) were appraised. **RESULTS:** Cultural adaptations were necessary for us to obtain the final version. The internal intra-observer (alpha of Chronbach) consistence of the several domains oscillated from moderate to strong (0,791 to 0,911) and the interobserver consistence varied from 0,791 to 0,914. In the validation of the constructo, were obtained moderate correlations to fort among the final scores (general) of FSFI and of Female Sexual Quotient (QS-F) that has the capacity to evaluate the feminine sexual function. **CONCLUSIONS:** FSFI was adapted to the Portuguese language and to the Brazilian culture, presenting significant reliability and validity; it could be included and used in future studies of the Brazilian pregnant sexual function.

Correspondência:

Alessandra Plácido Lima Leite
Conjunto Carajás II, quadra C. N 45 – Serraioira
CEP 57046-700 – Maceió/AL
E-mail: apleite@oi.com.br

Recebido

01/06/2007

Aceito com modificações

07/08/2007

Trabalho realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas – UFAL – Maceió (AL), Brasil.

¹ Professora Assistente do Departamento de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL – Maceió (AL), Brasil; Pós-Graduanda da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Auxiliar do Departamento de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL – Maceió (AL), Brasil; Pós-graduanda da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Livre-Docente, Professora do Departamento de Obstetrícia. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Livre-Docente, Professora do Departamento de Obstetrícia e do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

A relação sexual na gravidez reveste-se de grande significância médica, por ser um período de mudanças físicas e psicológicas que, em conjunto com as influências culturais, sociais, religiosas e emocionais, podem afetar a sexualidade e ter considerável impacto sobre a atividade e o comportamento sexual da gestante¹.

Estudos mostram que 80 a 100% dos casais permanecem sexualmente ativos durante a gestação, e que existe a necessidade de os profissionais de saúde da assistência pré-natal fornecerem informações a respeito das modificações que os casais poderão esperar e as possíveis conseqüências prejudiciais ao relacionamento sexual neste período²⁻⁵.

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos⁶. A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com freqüente desgaste emocional⁷. Estudos demonstraram haver significativa associação entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como do bem-estar geral entre mulheres com desordens sexuais^{7,8}.

As dificuldades sexuais são comuns entre as mulheres⁹; estima-se que desordens sexuais afetem 20 a 50% delas. Em um estudo americano, concluiu-se que 43% das mulheres apresentaram disfunção sexual⁷. Em Portugal, observou-se prevalência de 40,4%¹⁰. No Brasil, 49% das mulheres relataram pelo menos uma disfunção sexual¹¹. A associação entre gravidez e disfunção sexual tem sido mostrada na literatura. Entretanto, a maioria dos estudos é de corte transversal ou retrospectivo, ao invés de estudos prospectivos¹. Os resultados dos vários estudos não podem ser comparados diretamente, porque diferentes métodos e definições foram usados para avaliar a função sexual na gestação. Isso também dificulta a avaliação da severidade dos sintomas⁴.

Para identificar disfunção sexual, devem ser aplicadas e adaptadas diretrizes apropriadas. Inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos para facilitar a coleta e a avaliação da história sexual⁸. Em uma breve revisão psicométrica¹², foram estudados cinco instrumentos usados para avaliar as desordens sexuais femininas: Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W); Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ); Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF); Female Sexual Function Index (FSFI) e Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Cada uma dessas ferramentas analisa

um número específico de domínios do funcionamento sexual. O BISF-W apresentou baixos coeficientes alfa na sua avaliação de consistência interna; os CSFQ, DISF e GRISS podem ser utilizados para avaliar homens e mulheres. Já o FSFI foi desenvolvido exclusivamente para mulheres. Dentre os questionários específicos para avaliar a função sexual feminina, destaca-se o FSFI, que tem apresentado validade estatística aceitável na literatura¹².

A respeito da sensibilidade dos questionários para detectar diferenças na função sexual entre amostras clínicas e não clínicas, o FSFI tem apresentado segurança discriminativa entre mulheres com e sem desordem de excitação sexual, desordem do desejo sexual hipoativo e desordem do orgasmo^{12,13}.

Como a gravidez tem grande influência sobre a atividade sexual feminina, um instrumento para medir quantitativamente a função sexual da gestante permitirá avaliar a dimensão desse impacto sobre a qualidade de vida da grávida, facilitará a comparação de estudos realizados em diversos locais, em populações semelhantes, e ajudará os profissionais da assistência pré-natal no manejo das questões sexuais nesse período. Por esse motivo, escolhemos o FSFI para ser traduzido e validado em nosso meio.

Destaca-se que a adaptação cultural das perguntas do questionário é obrigatória para a correta tradução, visto que é impossível a tradução exata de sentidos e idéias de uma língua para outra.

Em função da relevância do tema e da escassez de trabalhos na literatura nacional que avaliem a repercussão da gravidez sobre a função sexual feminina, sentimo-nos desafiados a realizar o presente estudo.

Métodos

Este trabalho refere-se a um estudo prospectivo com a finalidade de analisar o uso do FSFI em grávidas; foi realizado no ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, da Universidade Federal de Alagoas (HU/Ufal). Foram incluídas 92 pacientes, das quais 60 participaram da fase de adaptação cultural e 32 da fase de validação do instrumento (teste e reteste). Estar no curso de uma gestação normal e ter cursado pelo menos até a quinta série do ensino fundamental foram condições impostas para participar da pesquisa.

Todas as pacientes tiveram o diagnóstico da gravidez confirmado por ultra-sonografia precoce, sendo que 6,2% estavam no primeiro trimestre, 43,8% no segundo e 50% no trimestre final da gestação, no período em que o estudo foi iniciado.

A etapa inicial do estudo dedicou-se à fase de adaptação cultural, com a tradução do questionário, segundo os critérios internacionais¹⁴. Dois professores de inglês, brasileiros e independentes, conhecedores do objetivo da pesquisa, providenciaram as traduções 1 e 2 do FSFI. Uma reunião foi realizada entre os dois tradutores e a autora, para se chegar a um consenso da versão 1. Essa versão foi avaliada pelos demais pesquisadores e as divergências ainda existentes foram sanadas, obtendo-se a versão 2.

O FSFI é um questionário formado por 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual.

A versão 2 foi aplicada a 20 gestantes, com idade entre 12 e 41 anos, que apresentavam gestações normais. A esta versão foi acrescentada uma opção “não entendo”, com o objetivo de identificar questões não compreendidas, as quais foram consideradas culturalmente inadequadas. As perguntas que apresentaram índice de “não entendo” maior que 15%, nesse grupo de pacientes, foram substituídas por outras do mesmo conceito, criando-se a versão 3 do questionário.

Essa nova versão foi aplicada a outras 20 grávidas e ainda foram encontradas algumas poucas alterações conceituais. As questões que tiveram mais de 15% de “não entendo” foram modificadas, originando a versão 4. Esta foi oferecida a mais 20 mulheres gestantes e, como não apresentou mais de 15% de resposta “não entendo” em nenhuma das perguntas, transformou-se na versão final, o que nos permitiu passar à fase de validação do FSFI.

Trinta e duas grávidas foram entrevistadas em dois momentos, no mesmo dia (com intervalo de uma hora), por dois entrevistadores distintos (observadores 1 e 2) e, após um período de 7 a 14 dias da primeira entrevista, uma segunda entrevista foi feita pelo entrevistador 1 (autora do estudo). O tempo para aplicação do questionário foi de 15 a 30 minutos.

A validação final do FSFI foi realizada por meio da avaliação de confiabilidade e validade. Para medir a confiabilidade, foram usados a consistência interna, o teste-reteste e a reprodutibilidade.

Para determinar a validade do construto, demonstrou-se a consistência das mensurações do FSFI com outra medida da função sexual, o Quociente Sexual Feminino (QS-F)¹⁵, questionário desenvolvido no Brasil, que leva em conta os vários domínios da função

sexual feminina. Para aferições clínicas, como a função sexual, não existe padrão físico de validade. Na prática, as informações, muitas vezes, são obtidas por meio de questionários, ou seja, um conjunto de perguntas individuais que são delineadas para aferir fenômenos específicos chamados construtos¹⁶, que, no caso dessa pesquisa, é a função sexual.

A análise estatística descritiva utilizou média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana para as variáveis idade e idade gestacional, e porcentagem, para a escolaridade. Para medida da confiabilidade, foram utilizados a consistência interna, por meio do alfa de Chronbach, o teste-reteste, avaliado pelo coeficiente de correlação de Pearson, que também foi empregado para avaliar a reprodutibilidade, e a correlação entre os domínios do QS-F e os domínios do FSFI (validade do construto). Foram utilizados os programas Epi-Info 6.04d e Stata 7.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - UFAL e Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Resultados

As 32 gestantes incluídas na fase de avaliação tinham média de idade de 26,8 anos (desvio padrão=6,0) e mediana de 26,5 anos (variando de 15 a 37 anos). A média de idade gestacional, igual à mediana, foi de 26,5 semanas (variando de 10 a 39 semanas). A maioria (66%) tinha como escolaridade o ensino fundamental (dados não apresentados em Tabela).

A Tabela 1 mostra a consistência interna. O valor de alfa de Chronbach, nas três amostras, foi maior que 0,79 em todas as respostas dadas de cada domínio do FSFI, para o mesmo observador e também para os dois observadores em momentos diferentes. Esses resultados demonstram haver forte correlação entre as respostas fornecidas, comprovando a confiabilidade e a consistência interna do questionário.

Observa-se, na Tabela 2, a confiabilidade segundo a reprodutibilidade, avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson, que obteve correlações significativas ($p < 0,001$) para todos os domínios do FSFI nas avaliações entre observadores (inter) e para o mesmo observador em dois momentos no tempo (intra). Demonstra-se que o observador repete o questionário para a paciente e obtém escores semelhantes, e mais, que observadores diferentes aplicam o questionário às gestantes e também obtêm escores semelhantes. Existe reprodução adequada da mensuração dos diversos domínios intra e interobservador.

Ao analisarmos comparativamente os escores obtidos pelo QS-F e pelo FSFI nas gestantes, ob-

servamos que os domínios do QS-F apresentaram correlação de moderada a forte com os do FSFI, exceto o domínio conforto/dor, que revelou forte correlação apenas com o domínio dor do FSFI, o que denota semelhança nas avaliações da função sexual por ambos os instrumentos (Tabela 3).

A validação do construto do FSFI foi demonstrada com a utilização do coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 3), obtendo-se correlação de moderada a forte entre os domínios do FSFI e os do QS-F, que têm a capacidade de avaliar as fases do ciclo de resposta sexual. O domínio libido do FSFI teve fraca correlação com os do QS-F. Entretanto, foi obtida forte correlação (0,741) entre os escores finais (gerais) do FSFI e do QS-F, reafirmando a validade do instrumento pesquisado. Destaca-se a forte correlação entre o domínio dor do FSFI e o domínio conforto/dor do QS-F (0,660).

Discussão

Nesta pesquisa, a tarefa de fazer a adaptação cultural não foi fácil, mesmo com uma amostra de mulheres alfabetizadas. Foram necessárias várias substituições de palavras, com o mesmo sentido, para que as gestantes pudessem entender as perguntas. Uma das maiores dificuldades foi encontrar uma palavra para explicar facilmente o “orgasmo”, que foi substituída, inicialmente, por “prazer máximo” e, ainda assim, para algumas pacientes, persistia a falta de entendimento, que foi sanada ao usarmos, verbalmente, a palavra “gozar”.

Algumas questões revestiram-se de especial dificuldade, pois continham expressões que as mulheres simplesmente não compreendiam, tais como “habilidade de atingir o orgasmo”. Diante desse obstáculo, surgiu a necessidade de elaborarmos as questões acrescidas de explicações verbais e de exemplos da vida conjugal para obtermos respostas adequadas.

Essa situação é, provavelmente, conseqüência não só da baixa escolaridade das nossas pacientes, mas também da má qualidade do ensino fornecido no Estado de Alagoas, um dos Estados com maior índice de analfabetismo do Brasil, inclusive o funcional, que pode ter sido o grande responsável pela dificuldade de entendimento, já que todas as pacientes cursaram, pelo menos, até a quinta série do ensino fundamental. Não devemos esquecer, ainda, que existem diferenças entre a linguagem escrita dos estudiosos e intelectuais e a falada pelas classes culturalmente desfavorecidas. Existiu, portanto, significativa preocupação de traduzir cada palavra, preservando o mesmo sentido, de maneira clara, objetiva e uniforme.

Com tudo isso, embora tenha sido elaborado, originalmente, para ser um questionário auto-respondido da função sexual, fez-se necessário lançarmos mão da entrevista com o objetivo de evitarmos erros metodológicos. Além disso, muitas pacientes optaram, de pronto, pela entrevista, como ocorreu com mais da metade das participantes do trabalho de Weinberger et al.¹⁷, que preferiram que o SF-36, questionário de qualidade de vida, fosse aplicado na forma de entrevista. Podemos ainda citar outros instrumentos de análise da função sexual que se apóiam em entrevistas, como o CSFQ e o DISF¹².

Tabela 1 - Consistência interna segundo os valores do Chronbach para cada domínio do FSFI, nas amostras 1 a 3 (n=32).

Domínios do FSFI	Amostra#		
	1	2	3
Libido	0,887	0,902	0,911
Excitação	0,791	0,816	0,831
Lubrificação	0,811	0,832	0,829
Orgasmo	0,801	0,822	0,844
Satisfação	0,797	0,832	0,838
Dor	0,878	0,914	0,904

*Amostra 1: com interferência do observador 1, primeira etapa; Amostra 2: com interferência do observador 2, segunda etapa; Amostra 3: com interferência do observador 1, 7 a 14 dias após primeira etapa.

Tabela 2 - Confiabilidade segundo a reprodutibilidade avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson e correspondente valor de p para os domínios do FSFI, nas avaliações inter e intra-observador (n=32).

Domínios do FSFI	Interobservador		Intra-observador	
	r	p	r	p
Libido	0,761	<0,001	0,693	<0,001
Excitação	0,878	<0,001	0,940	<0,001
Lubrificação	0,897	<0,001	0,874	<0,001
Orgasmo	0,745	<0,001	0,948	<0,001
Satisfação	0,876	<0,001	0,809	<0,001
Dor	0,821	<0,001	0,858	<0,001
Escore geral	0,918	<0,001	0,951	<0,001

Tabela 3 - Coeficiente de correlação de Pearson para domínios do FSFI segundo domínios do QS-F (n=32).

Domínios do FSFI	Domínios do QS-F#				
	1	2	3	4	5
Libido	0,105	0,136	0,109	0,025	0,257
Excitação	0,481*	0,661*	0,652*	0,250	0,747*
Lubrificação	0,389*	0,681*	0,723*	0,208	0,669*
Orgasmo	0,330	0,490*	0,615*	0,304	0,679*
Satisfação	0,490*	0,655*	0,611*	0,273	0,689*
Dor	0,505*	0,396*	0,529*	0,660*	0,450*

Coeficiente de correlação dos escores gerais do FSFI e QS-F: 0,741; #Domínios do QS-F: 1="desejo e interesse sexual"; 2="preliminares"; 3="excitação pessoal e sintonia com o parceiro"; 4="conforto/dor"; 5="orgasmo e satisfação sexual"; *p<0,01, *p<0,05.

A confiabilidade determinada pela consistência interna por meio do alfa de Chronbach variou de 0,79 a 0,91 para os domínios do FSFI. Esses achados são compatíveis com os de Blümel et al.¹⁸ na validação do FSFI para espanhol, cujo alfa de Chronbach variou de 0,71 a 0,85 para todos os domínios, e com os da versão turca, que apresentou resultados semelhantes com variações de 0,75 a 0,95¹⁹. Embora essas pesquisas não tenham sido realizadas com mulheres grávidas, utilizaram metodologia e análise estatística semelhantes ao do nosso estudo. Vale ressaltar que, na literatura, não foram encontrados trabalhos de validação do FSFI em gestantes.

Para demonstrar a validade do construto, foram comparados os escores finais do FSFI e do QS-F; foi obtida uma forte e significativa correlação (0,74). Isso reafirmou a validade do instrumento, visto que foi demonstrada a habilidade do FSFI de avaliar a função sexual das gestantes, pois, ao ser comparado com um instrumento genuinamente brasileiro, obteve escores e avaliações funcionais semelhantes. O desejo foi o único domínio do FSFI a ter fraca correlação com os domínios do QS-F. Provavelmente, este domínio, em particular, tenha sido afetado pela idade gestacional, uma vez que metade das grávidas estavam no curso do terceiro trimestre, momento em que a literatura mostra uma queda acentuada da libido¹.

O instrumento mostrou quais fatores afetam a função sexual das gestantes. Assim, o domínio conforto/dor do QS-F apresentou forte correlação, exclusiva com o

domínio dor do FSFI. Dessa forma, quanto maior a dor, pior é a função sexual da gestante. Por outro lado, os domínios “excitação”, “lubrificação”, “orgasmo” e “satisfação” do FSFI apresentaram fortes correlações com os domínios do QS-F, exceto com o conforto/dor, como já era esperado.

Em virtude da grande importância da satisfação sexual na manutenção da auto-estima e dos relacionamentos interpessoais da grávida, o obstetra deve avaliar, atentamente, o impacto da gestação sobre a função sexual feminina. Para isso, deve preferir questionários específicos para o assunto em questão, que lhe permitam analisar com segurança e praticidade a mulher no período gestacional. Assim, esse instrumento deve ser utilizado para avaliar a função sexual nas pesquisas clínicas envolvendo gestantes brasileiras, pois tem a capacidade de mensurar o resultado das intervenções terapêuticas, além de oferecer insigne modo de iniciar o diálogo entre a paciente e o profissional da assistência pré-natal a respeito das questões sexuais.

Ainda sob o ponto de vista da qualidade da função sexual, poderemos comparar os resultados de diferentes estudos, desde que em gestantes e utilizando o FSFI como avaliador principal.

Conclui-se, portanto, que o FSFI foi adaptado à língua portuguesa e para a cultura brasileira, apresentando significativa confiabilidade e validade, podendo ser incluído e utilizado em futuros estudos da função sexual de grávidas brasileiras.

Referências

1. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
2. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107(8):964-8.
3. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103.
4. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-7.
5. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(10):934-8.
6. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behav.* 2004;33(3):189-95.
7. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
9. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33.
10. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther.* 2006;32(2):173-82.
11. Abdo CH, Oliveira WN Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6.
12. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(1):155-64.
13. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):39-46.

14. 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(12):1417-32.
15. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *RBM Rev Bras Med.* 2006;63(9):477-82.
16. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 3a ed. Porto Alegre: Roca; 1996.
17. Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol.* 1996;49(2):135-40.
18. Blümel JE, Binfa L, Caltado P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
19. Oksuz E, Malhan S. Reliability and validity of the Female Sexual Function Index in Turkish population. *Sendrom.* 2005; 17(7):54-60.