

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA EM MULHERES QUE BUSCAM ATENDIMENTO GINECOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CASCAVEL/PR

PANDOLFO, Isabella Ávila¹
LAVRATTI, Vinícius Belaver²
FONTANA JUNIOR, Flavio³
COSTANZO, Gabriela Smarczewski⁴
POSSOBON, Adriano Luiz⁵

RESUMO

Com base no questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) e utilizando uma amostra de 69 mulheres, este estudo apresenta as prevalências de disfunção sexual feminina e analisa a relação dessa com a presença de múltiplos fatores como uso de método anticoncepcional, relacionamento estável há mais de 6 meses, parto há menos de 6 meses e tabagismo. Nossos resultados estimam a prevalência de disfunção sexual feminina em 22% das mulheres. As maiores prevalências se concentram em mulheres que usam como meio de anticoncepção o dispositivo intrauterino de progesterona, laqueadura e o implante hormonal, mulheres em relacionamentos estáveis há mais de 6 meses e tabagistas. A identificação da amplitude desse problema parte do conhecimento das prevalências das mulheres afetadas.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção sexual feminina. Ginecologia. Epidemiologia.

PREVALENCE OF FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WHO SEEK GYNECOLOGIC CARE IN A HEALTH UNIT OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

This study presents the prevalence of female sexual dysfunction and analyzes its relationship with multiple variables. Based on the questionnaire 'Sexual Quotient - Female Version (QS-F)' and utilizing a sample of 69 subjects, the results estimate the prevalence of female sexual dysfunction in 22% of the analyzed women. The subjects were women arranged into four different groups and labeled as: 'used contraceptive methods', 'had a stable relationship for more than six months', 'gave birth in the past six months', and 'makes use of tobacco'. The study found that the highest prevalence is in women who had the intrauterine progesterone device, women who were sterilized and used hormonal implants, women in stable relationships for more than 6 months and women who are smokers. The identification of the extent of this problem is based on the knowledge of the prevalence of the women affected.

KEYWORDS: Female sexual dysfunction. Gynecology. Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais, em conformidade com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (2008), dizem respeito às diferentes manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele

¹ Acadêmica do Curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil E-mail: bella.panda@hotmail.com

² Acadêmico do Curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil E-mail: viniciuslavratti@gmail.com

³ Acadêmico do Curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil E-mail: flaviofjunior1@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil E-mail: gabicostanzo@uol.com.br

⁵ Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde, ginecologista com residência médica pela Universidade Federal de Pelotas e Docente no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil. E-mail: possobon@msn.com

ou ela desejaria. Para Sadock *et al* apud DSM-5 (2017) estas podem ter sua gravidade mensurada pela anotação sobre o sofrimento do paciente, podendo ser leve, moderado ou grave. Em estudo realizado por Shifren *et al* (2008), constatou-se que a prevalência de problemas sexuais era de aproximadamente 40% nas mulheres estudadas e em 12% delas existiu algum problema sexual que cause angústia.

A disfunção sexual feminina, como citado por Basson *et al* (2000), é geralmente de etiologia multifatorial e multidimensional, combinando determinantes biológicas, psicológicas e interpessoais. Cerejo (2006) fala sobre as múltiplas causas que transitam desde o estado fisiológico da mulher (gravidez, amamentação e menopausa), comorbidades (diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, simpatectomia, depressão, esclerose múltipla e endometriose), uso de substâncias (álcool, cocaína, tabaco e outras drogas) e de certos fármacos (anti-hipertensivos, anticoncepcionais orais, benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos) e até uma relação problemática entre a mulher e seu parceiro.

Freitas *et al* (2011) aponta que o diagnóstico é realizado através da anamnese, avaliando a queixa sexual e há quanto tempo que esse quadro está presente, investigando como se deu o desenvolvimento sexual da paciente, qual foi a educação sexual recebida, antecedentes sexuais, além de influências religiosas e culturais. Refere ser importante questionar também sobre o atual relacionamento, como é a comunicação do casal, quais são as práticas e preferências sexuais e interrogar sobre o uso de contraceptivos. O exame físico e exames laboratoriais devem ser usados para que sejam afastadas causas orgânicas e possíveis diagnósticos diferenciais. Além disso, deve ser levado em consideração o uso de drogas e medicamentos capazes de afetar alguma das fases da resposta sexual.

A disfunção sexual feminina traz consigo um grande prejuízo para as mulheres pois, conforme Sadock *et al* (2017) elucida, a atração sexual, assim como o amor e a paixão por outra pessoa são sentimentos muito atrelados à felicidade íntima do ser. Para Freitas *et al* (2011), é capaz de afetar muito a qualidade de vida da mulher pelo fato da sexualidade e da reprodução consumirem boa parcela da energia vital e ocuparem boa parte da vida de cada indivíduo. Ademais, Goldmeier *et al* (2004) em um estudo realizado na Inglaterra demonstrou que o tratamento para essa condição, além de desafiador, acarreta altos custos ao sistema de saúde público inglês.

Tendo em vista a relevância da realização de estudos nessa área tão importante para a felicidade e satisfação sexual feminina, o objetivo da pesquisa foi analisar o perfil de pacientes ginecológicas de uma unidade de saúde pública da cidade de Cascavel, oeste do Paraná, região Sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz, de acordo com o Parecer 3.551.539 e CAAE 18306019.0.0000.5219. Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal com aplicação de questionário estruturado e previamente validado (Anexo A) com intuito de levantar dados epidemiológicos quantitativos. Também foi realizada uma análise de artigos acerca do tema, tendo como base científica artigos do banco de dados do *DynaMed*, *Schoolar Google* e *SciELO*.

O estudo decorreu entre setembro e novembro de 2019, na Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, em Cascavel, Paraná. A população do estudo foi composta por 69 mulheres que aceitaram participar da pesquisa com idade maior que 18 anos, grau de instrução mínima equivalente à alfabetização em língua portuguesa e falantes de língua portuguesa. Foram excluídas do estudo mulheres analfabetas e analfabetas funcionais, menores de 18 anos e não falantes de língua portuguesa.

Os dados coletados incluem: método contraceptivo em uso (dispositivo intrauterino de cobre, anticoncepcional oral, preservativo, implante hormonal, dispositivo intrauterino Mirena® ou outros), presença de menopausa, parto há menos de 6 meses, tabagismo, relacionamento estável há mais de 6 meses, seguido do questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (Anexo A). O questionário de autopreenchimento foi respondido anonimamente em local reservado e foram entregues em envelopes para que pudessem ser devolvidos fechados, evitando assim possíveis constrangimentos das pacientes no preenchimento desse.

O QS-F aplicado às mulheres avalia a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher. Essa ferramenta abrange todas as fases do ciclo de resposta sexual, além de englobar outros domínios. As questões compreendem as seguintes temáticas: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8), preliminares (questão 3), excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Logo, Abdo (2009) explica que o QS-F também é um instrumento capaz de indicar onde está situada a dificuldade de cada paciente. Quanto maior o resultado da soma de pontos do QS-F, melhor o desempenho/satisfação sexual. Além disso, estabeleceu-se um ponto de corte de 60 como forma de rastreamento para disfunção sexual feminina.

3. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

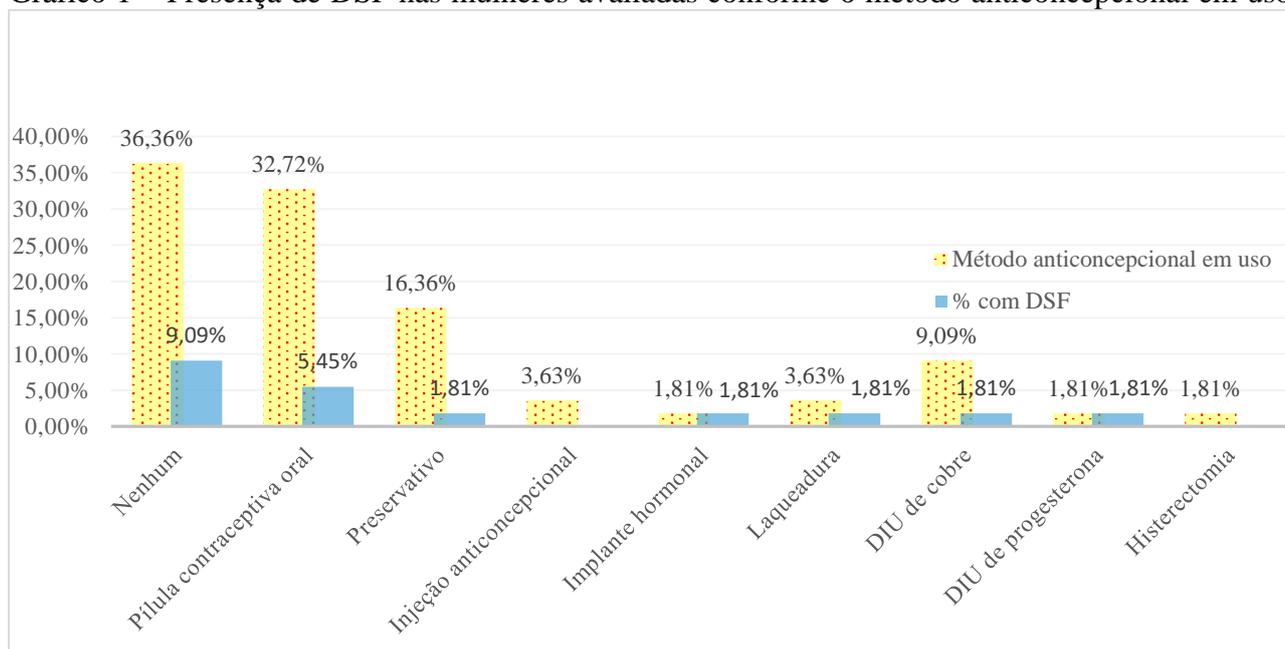
3.1 RESULTADOS

Entre setembro e novembro de 2019, foram analisadas 69 pacientes. Contudo, houve erro de preenchimento em 20,28% (n=14) dos questionários e esses foram desconsiderados na caracterização geral da amostra. A prevalência geral da DSF no estudo é de 22% (95% IC =0,11-0,33). A idade média das pacientes é de 38±11 anos. O valor médio do QS-F das pacientes é de 69,85±21,02, com um valor máximo de 100 e mínimo de 10.

Quando questionadas sobre o uso de métodos anticoncepcionais, 36,36% das pacientes (n=20) relataram não usarem método algum, 32,72% (n=18) usam de pílula contraceptiva oral, 16,36% (n=9) usam preservativo, 3,63% (n=2) têm laqueadura, 1,81% (n=1) tem implante hormonal, 3,63% (n=2) usam injeção anticoncepcional, 9,09% (n=5) possuem dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, 1,81% (n=1) possui DIU de progesterona e 1,81% (n=1) havia sido submetida ao procedimento de histerectomia. O somatório dos valores difere do número total de pacientes avaliadas pelo fato de algumas pacientes usarem concomitante de mais de um método.

Quando avaliadas sobre a disfunção sexual e analisadas em relação ao grupo de pacientes que utilizam o mesmo método contraceptivo, foi constatada a presença de disfunção sexual feminina (DSF) em 25% (n=5) das que não usavam métodos contraceptivos, 16,66% (n=3) das que usam de pílula contraceptiva oral, 11,11% (n=1) de quem utiliza preservativo, 100% (n=1) das que possuem implante hormonal, 50% (n=1) das que têm laqueadura, 20% (n=1) das que usam DIU de cobre e em 100% (n=1) das que usam DIU de progesterona. O Gráfico 1 esclarece quais os métodos utilizados pelas pacientes e os valores da DSF de acordo com estes.

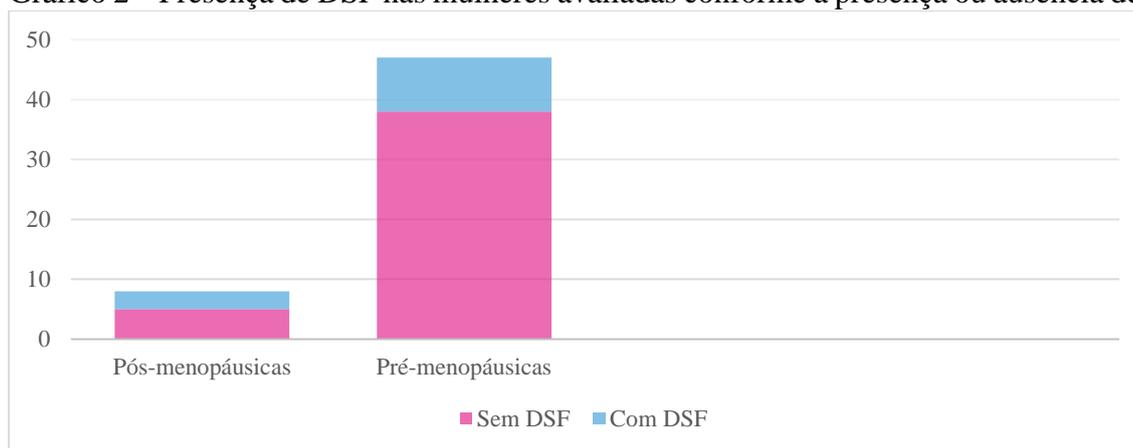
Gráfico 1 – Presença de DSF nas mulheres avaliadas conforme o método anticoncepcional em uso.



Fonte: Dados coletados pela pesquisa

Quanto a terem ou não já passado pela menopausa, 85,45% (n=47) das pacientes relataram ainda não terem passado, enquanto 14,54% (n=8) relataram já terem passado desse período. Das pacientes pós-menopáusicas, 37,5% (n=3) se encaixaram no grupo possuidor de DSF, conforme ilustrado no Gráfico 2.

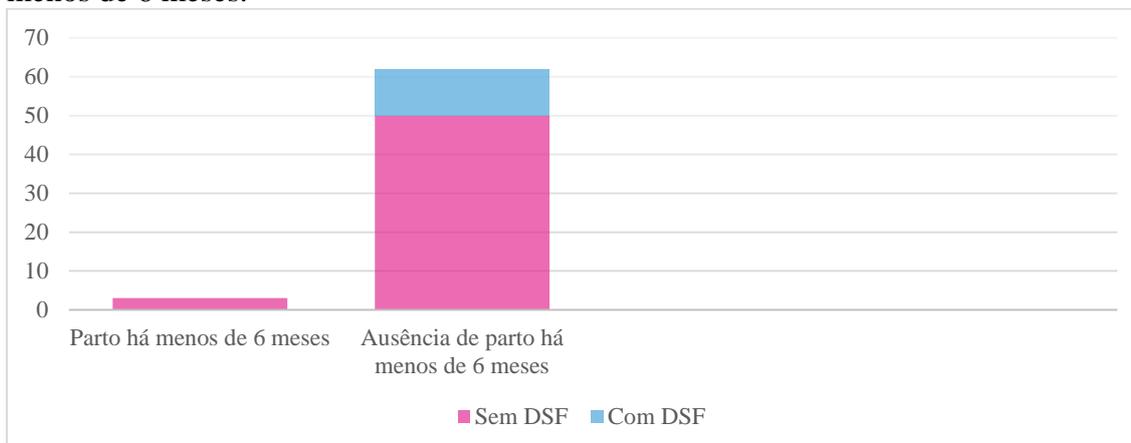
Gráfico 2 – Presença de DSF nas mulheres avaliadas conforme a presença ou ausência de menopausa.



Fonte: Dados coletados pela pesquisa

As pacientes também foram questionadas a respeito de terem tido parto há menos de 6 meses. 94,54% (n=52) das pacientes não tinham parido neste período e 5,45% (n=3) tinham. Nenhuma das pacientes que pariram há menos de 6 meses apresentaram DSF. O Gráfico 3 elucida estes dados.

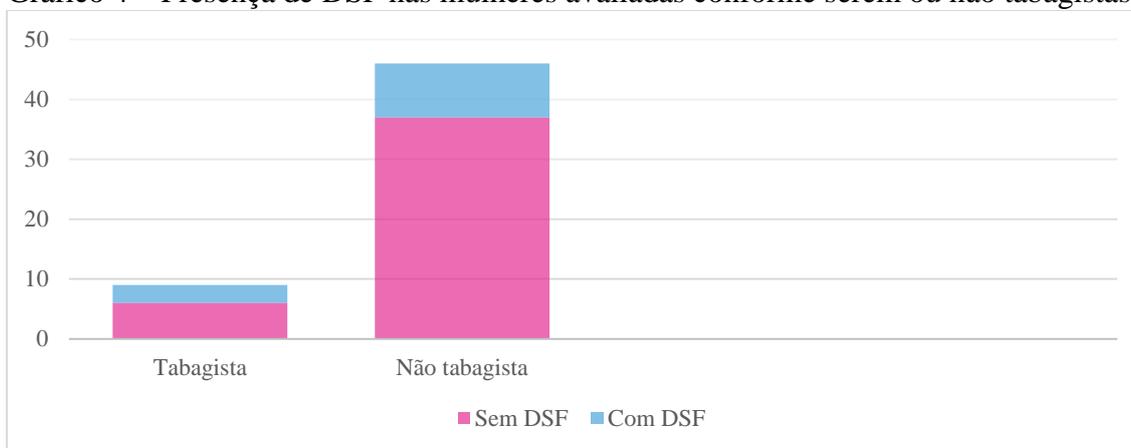
Gráfico 3 – Presença de DSF nas mulheres avaliadas conforme a presença ou ausência de parto há menos de 6 meses.



Fonte: Dados coletados pela pesquisa

Às pacientes participantes da pesquisa foi questionado sobre tabagismo. No Gráfico 4, estão expostos os resultados que 83,63% (n=46) das pacientes negaram serem tabagistas, enquanto 16,36% (n=9) são. 33,33% das pacientes tabagistas (n=3) têm DSF.

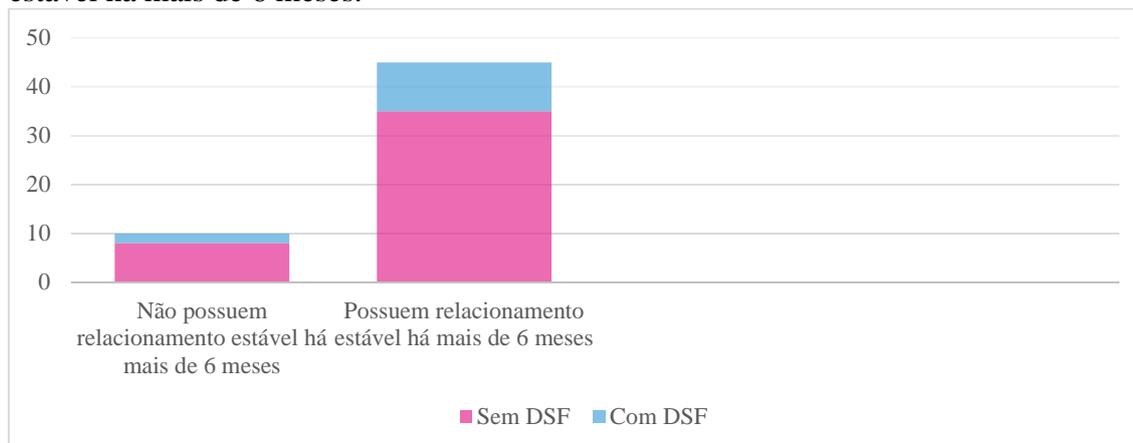
Gráfico 4 – Presença de DSF nas mulheres avaliadas conforme serem ou não tabagistas.



Fonte: Dados coletados pela pesquisa

Por fim, questionou-se sobre estarem em um relacionamento estável há mais de 6 meses. A maioria das pacientes estava em um relacionamento estável há mais de 6 meses, correspondendo a 81,81% (n=45), contra 18,18% (n=10) que não se encaixavam nesse perfil de relacionamento. O Gráfico 5 retrata que, das pacientes que não estavam em um relacionamento estável há mais de 6 meses, 20% (n=2) tinham DSF; enquanto 22,22% (n=10) das pacientes que possuíam um relacionamento estável há mais de 6 meses tinham DSF.

Gráfico 5 – Presença de DSF nas mulheres avaliadas conforme estarem ou não em um relacionamento estável há mais de 6 meses.



Fonte: Dados coletados pela pesquisa

3.2 DISCUSSÃO

Embora a problemática acerca da disfunção sexual feminina seja indiscutivelmente relevante quando se trata da saúde física e psíquica das pacientes, fica evidente a dificuldade para que se obtenha dados fidedignos sobre a presença ou ausência dessa condição nas pacientes. A investigação dessa é um desafio, tendo em vista a falta de estratégias apropriadas para se abordar um assunto tão íntimo e delicado.

A principal causa que sustenta essa dificuldade é a falta de preparo profissional para lidar com tal condição. Ocorrendo tanto por não questionarem sobre a vida sexual das pacientes, conforme corrobora Nusbaum *et al* (2004) em estudo que apenas 17% dos médicos questionam sobre a vida sexual das suas pacientes, quanto pela falta de estímulo para educação sexual na maioria das mulheres, tornando o assunto “sexo” constrangedor. A técnica de aplicação de questionário em envelope lacrado utilizada nesse estudo, assim como a boa relação médico-paciente colaboram para a obtenção de dados confiáveis sobre a prevalência desse evento em uma amostra representativa da população brasileira.

Nossos resultados indicam que a prevalência de DSF na população geral é de 22%. As maiores prevalências estão concentradas em mulheres que usam como método para anticoncepção o implante hormonal, o DIU de progesterona e a laqueadura e as que não utilizam MAC algum, além de mulheres pós-menopáusicas, tabagistas, que estão em um relacionamento estável há mais de 6 meses e que não tiveram parto há menos de 6 meses.

A literatura demonstra que os fatores acima citados estão associados ao aumento da prevalência de DSF. A menopausa, conforme descrito por Freitas *et al* (2011), traz consigo um aumento de disfunções sexuais. Avis *et al* apud Çayan *et al* (2004) encontrou dados que correlacionam a

menopausa a menor desejo sexual e maior disfunções sexuais, mas acaba concluindo que tem um impacto menos relevante quando comparada à saúde e a outros fatores. A prevalência da DSF em mulheres menopausadas – quando se compara a população geral – é 1,7 vezes maior, o que corrobora com dados da literatura.

Quando é analisado o tabagismo, não se encontram na literatura estudos que chegam à uma conclusão sobre os efeitos imediato do tabaco e da nicotina na resposta sexual feminina. Entretanto, um estudo de Harte e Meston (2008) conclui que a nicotina é capaz de atenuar significativamente e excitação sexual fisiológica de mulheres não fumantes, mas se observou que não tem efeito significativo nas avaliações contínuas de auto relato sobre excitação sexual. Mesmo sem estudos que tenham qualificado o tabagismo como uma variável que aumenta a suscetibilidade a DSF, encontrou-se maior prevalência de DSF em fumantes que em não fumantes, sendo 33,33% em fumantes contra 19,57% em não fumantes.

A duração do relacionamento é tachada por Klusmann (2002) como uma das grandes responsáveis por afetar a satisfação sexual, demonstrando que o nível de atividade e satisfação sexual diminui conforme avança a duração do relacionamento, diminuindo o desejo sexual apenas nas mulheres. Ao se pensar sobre estar em um relacionamento estável há mais de 6 meses, pode-se inferir que há maior predomínio de DSF em mulheres em longos relacionamentos. A relação de DSF em mulheres em relacionamentos estáveis mais longos do que 6 meses de duração é de 10 para 9 quando comparada com a de mulheres fora de relacionamentos ou em relacionamentos mais curtos do que 6 meses.

Em mulheres com histórico de parto há menos de 6 meses foi encontrada uma prevalência igual a 0 de DSF, tal dado não está de acordo com dados de literatura. Freitas *et al* (2011) menciona que 80% das mulheres referem ter problemas sexuais no período de 3 meses após o parto e 64% após 6 meses. A prevalência igual a 0 pode ser por uma possível abstinência sexual dessas mulheres após o parto ou simplesmente pela amostra de pacientes estudadas estarem todas dentro da porcentagem sem disfunção sexual.

Ao pesquisar sobre os métodos anticoncepcionais (MAC), foram encontrados dados acima do percentual de DSF da população geral em pacientes que usam como MAC o implante hormonal, o DIU de progesterona e a laqueadura e pacientes que não usam MAC algum. Burrows *et al* (2012) salienta existirem efeitos mistos dos anticoncepcionais sobre a libido, com uma porcentagem pequena das mulheres tendo uma diminuição ou um aumento, enquanto a maioria se mantém sem alterações. Tais dados são compatíveis aos encontrados pela pesquisa, uma vez que os valores da prevalência de DSF em pacientes usuárias de pílula anticoncepcional oral, preservativo e DIU de cobre apresentam valores menores que o percentual de 22% de DSF encontrado no total da população.

Uma limitação importante foi a aplicação do questionário apenas às mulheres que estavam aguardando consulta com o ginecologista, sendo razão para uma provável seleção da população participante da pesquisa para uma população que busca atendimento médico e, conseqüentemente, mais preocupada com seu estado de saúde. Outra limitação a ser mencionada, assinala a não aplicação do questionário para pacientes menores de 18 anos por essas irem às consultas muitas vezes sozinhas, impossibilitando a assinatura dos termos de consentimento dos responsáveis.

Os resultados apontam para a necessidade de elaboração de mais materiais – como questionários de fácil aplicação, fluxogramas e possíveis diretrizes – para assistir os profissionais de saúde nas tomadas de decisões terapêuticas. Esses materiais devem ser fundamentados em evidências com base em estudos e amplamente divulgados, tornando-se mais acessíveis aos profissionais e com atualização periódica. Aos profissionais de saúde, sugere-se a adoção de medidas para estabelecimento de uma relação médico-paciente de maior qualidade e confiança para que seja facilitada a comunicação entre ambos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção científica corrobora que a disfunção sexual feminina, apesar de ser um fator difícil de ser abordado, pode ser prevenida e tratada. Os dados aqui apresentados revelam uma prevalência de DSF de 22% para a população em questão. Sendo esse dado menor do que o esperado na literatura, o qual é de 40%. Estes dados reiteram a maior predisposição à DSF em mulheres em relacionamentos estáveis longos – maior de 6 meses –, tabagistas, pós-menopáusicas e em uso de métodos anticoncepcionais hormonais.

Considerando os efeitos negativos importantes na qualidade de vida das mulheres, compor um sistema que proporcione educação sexual clara e de qualidade, estimulando mulheres a conhecerem seus próprios corpos e terem autonomia sobre eles, seria uma ação de grande potencial preventivo. Para aquelas cujas ações preventivas não puderam alcançar, urge a estruturação de serviços capazes de acolher suas necessidades e manejar a disfunção sexual feminina. Um tratamento base é proposto por Phillips (2000), o qual consiste em fornecer educação sexual além de auxiliar o casal sobre como melhorar o relacionamento sexual. Nesse sugere-se uso de materiais eróticos, masturbação, uso de vibradores, maior comunicação do casal durante a atividade sexual e encorajar a atos que não sejam exclusivamente o coito. Phillips ainda expõe ser importante minimizar a dispareunia com uso de lidocaína tópica, banhos quentes antes da relação sexual, uso de lubrificantes, mudança de posição durante o ato sexual ou até o uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Freitas *et al* (2011) relata que

a terapia tópica via vaginal com estrogênio tem sido recomendada e se mostrado resolutiva para pacientes pós-menopáusicas com secura vaginal e dispareunia.

O desenvolvimento de estratégias de prevenção e de protocolos de tratamento eficientes que atendam as múltiplas necessidade e perfis das mulheres com disfunção sexual feminina partem do conhecimento das prevalências e do perfil da população estudada. Deixamos como contribuição, além do estudo realizado, a sugestão para a realização de estudos epidemiológicos que explorem mais a fundo a relação entre os métodos de anticoncepção, bem como o período após o parto e a disfunção sexual feminina.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 89–1, 2009.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; *et al* REPORT OF THE INTERNATIONAL CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: DEFINITIONS AND CLASSIFICATIONS ROSEMARY. **The Journal of Urology**, v. 163, n. March, p. 888–893, 2000.

BURROWS, L. J.; BASHA, M.; GOLDSTEIN, A. T. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 9, p. 2213–2223, 2012. Elsevier Masson SAS. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x>>. .

ÇAYAN, S.; AKBAY, E.; BOZLU, M.; *et al* The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. **Urologia Internationalis**, v. 72, n. 1, p. 52–57, 2004.

CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina Prevalência e factores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, p. 701–20, 2006.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P.; COLABORADORES, E. **Rotinas em Ginecologia**. 6 edição ed. São Paulo, SP: Artmed Editora S.A., 2011.

GOLDMEIER, D.; MALIK, F.; PHILLIPS, R.; GREEN, J. Cost implications of sexual dysfunction: The female picture. **International Journal of Impotence Research**, v. 16, n. 2, p. 130–134, 2004.

HARTE, C. B.; MESTON, C. M. The Inhibitory Effects of Nicotine on Physiological Sexual Arousal in Nonsmoking Women: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. **International Society for Sexual Medicine**, p. 1184–1197, 2008.

KLUSMANN, D. Sexual Motivation and the Duration of Partnership. **Archieve of Sexual Behavior**, v. 31, n. 3, p. 275–287, 2002.

NUSBAUM, M. R. H.; HELTON, M. R.; RAY, N. The changing nature of women's sexual health

concerns through the midlife years. **Maturitas**, v. 49, n. 4, p. 283–291, 2004.

PHILLIPS, N. A. Female Sexual Dysfunction : Evaluation and Treatment. **American Family Physician**, 2000.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 2017.

SHIFREN, J. L.; MONZ, B. U.; RUSSO, P. A.; SEGRETI, A.; JOHANNES, C. B. Sexual problems and distress in united states women: Prevalence and correlates. **Obstetrics and Gynecology**, v. 112, n. 5, p. 970–978, 2008.

ANEXO A – Quociente Sexual Feminino (QS-F)

O QS-F é um questionário com 10 questões, autorresponsivo e de linguagem acessível. Foi elaborado e validado para ser aplicável à população brasileira. Cada questão é respondida numa escala gradual de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”.

Responda este questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = na maioria das vezes

5 = sempre

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

Para o cálculo do escore final, a questão 7 deverá ser transformada, pois está no sentido reverso. A transformação deverá ser feita por meio da seguinte fórmula: $5 - Q7$.

O escore final deverá ser calculado da seguinte maneira:

1. Soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + (5 – escore assinalado para a questão 7).
2. Multiplicar o resultado dessa soma por 2. Quanto menor o valor do escore da questão 7 e maior os valores dos escores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher.

Resultado:

Padrão de desempenho sexual

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