



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE DO CAMPUS ARARANGUÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

CAROLINA LAZZARIM DE CONTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

Araranguá

2020

CAROLINA LAZZARIM DE CONTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Reabilitação.
Orientador: Profa. Dra. Janeisa Franck Virtuoso
Coorientador: Profa. Dra. Núbia Carelli Pereira de Avelar

Araranguá

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

de Conto, Carolina Lazzarim
ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA /
Carolina Lazzarim de Conto ; orientadora, Janeisa Franck
Virtuoso, coorientadora, Núbia Carelli Pereira de Avelar,
2021.
84 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Ciências da Reabilitação.
3. Disfunção sexual feminina. 4. Comportamento sedentário.
5. Sintomas de ansiedade e depressão. I. Franck Virtuoso,
Janeisa . II. Carelli Pereira de Avelar, Núbia. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Ciências da Reabilitação. IV. Título.

CAROLINA LAZZARIM DE CONTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA.**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. ^a Dra. Ana Lúcia Danielewicz
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. ^a Dra. Inês Amanda Streit
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dra. Núbia Carelli Pereira de Avelar
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. ^a Dra. Thuane Huyer da Roza
Universidade do Estado de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciência da Reabilitação pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Dra. Janeisa Franck Virtuoso - Orientadora

Araranguá, 2020.

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que passaram pela minha vida, as voluntárias, as que auxiliaram neste estudo, minhas pacientes, e especialmente, a minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por nunca desistir de mim, mesmo eu sendo relapsa com Ele. Sempre achei isso clichê, mas Ele sempre me deu conforto e esperança quando mais precisava e pedia. Aos meus familiares por todo apoio e reconhecimento de que estou no caminho certo. À minha mãe Maria Eva pelas incontáveis orações feitas para que tudo saísse do jeito certo e pelo seu colo sempre disponível para me acalmar, ao meu pai Natal por incentivar os meus estudos e falar que conhecimento é a única coisa que ninguém retira da gente. E ao meu namorado Bruno por todo amor, apoio e conselhos que compartilhamos e por sempre me incentivar a estudar e ser melhor que ontem.

Agradeço à minha orientadora Janeisa, que desde a graduação foi a minha inspiração profissional com seu jeito doce e delicado, mas que é uma mulher inteligentíssima, forte e guerreira. E que em meio aos intemperes se mostra resiliente! À professora Núbia que caiu de paraquedas nesse trabalho e que aceitou sem hesitar a coorientação. Sou muito grata por todas as tuas considerações e ensinamentos, elas foram essenciais para que hoje apresente esta dissertação. Mesmo tendo pouco contato contigo foi muito enriquecedor te ter ao meu lado!

Aos amigos e membros do GEFISAM, vocês são seres maravilhosos. Obrigada por toda troca de conhecimento, desabafos em meio a uma pandemia e todas as risadas e choros que compartilhamos juntos! Em especial, a Maiara que me incentivou a fazer o processo seletivo. A Thaise, o Guilherme e a Izabela pelas conversas sobre o mestrado e sobre a vida. E a Amanda Roque pela parceria na coleta de dados desse estudo.

Aos meus amigos e amigas: do ensino médio (Amanda Dalmolin e Isabele Sartor), da faculdade e profissão (Daniele Medeiros, Maiara Gonçalves) e os amigos que cruzam nosso caminho por mil razões (Isabela Cadorin, Lucas Bolzan, Lucas Grigio, Felipe Galant, Gabriela Tavares, Laiz Maia, Rômulo Francisco).

A UFSC, por me formar como fisioterapeuta e ser pensante e crítico, desde muito cedo, afinal este ano completam 10 anos da minha entrada na graduação. E hoje comemoro com muita alegria a entrega deste estudo.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram com essa pesquisa, foi por amor à fisioterapia, amor pela saúde da mulher e para quebrar barreiras e tabus sobre a sexualidade feminina.

RESUMO

Introdução: A disfunção sexual feminina (DSF) refere-se à dificuldade sentida pela mulher durante qualquer estágio da atividade sexual e que pode estar associada a diversos fatores, dentre os quais destacam-se o baixo nível de atividade física, sintomas de ansiedade e depressão. Portanto, é indispensável que os profissionais da atenção básica mantenham em seus procedimentos clínicos a avaliação da função sexual (FS) e dos possíveis fatores associados, para prevenir e intervir precocemente nestas condições. Salientam-se que tais informações são necessárias para contribuir para uma melhor abordagem terapêutica pelos profissionais de saúde, tanto na prática clínica, quanto nas pesquisas científicas. **Objetivos:** Estimar a prevalência de DSF e verificar a associação entre o comportamento sedentário (CS), sintomas de ansiedade e depressão e a DSF. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal realizado com 212 mulheres, sendo 188 adultas (88,70%) e 24 idosas (11,30%) com autorrelato de serem sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Foram excluídas gestantes, mulheres com autorrelato de sintomas de infecção do trato urinário inferior e com histórico de câncer ginecológico. A FS foi avaliada por meio do *Female Sexual Function Index* que avalia todos os domínios da reposta sexual feminina (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e a presença de dor). As mulheres foram classificadas com DSF quando obtiveram pontuações < que 26,5. O CS foi avaliado pela seção 5 (Tempo sentado) do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) que se refere ao tempo dispendido na posição sentada em um dia de semana e em um dia do final de semana. Para calcular a média do tempo sentado foi utilizada a seguinte fórmula: (Tempo média em CS: [Tempo sentado dia de semana * 5 + Tempo sentado final de semana * 2]/7). As mulheres que dispenderam tempo ≥ 5 h/dia sentadas foram categorizadas com CS. Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e as mulheres com pontuações ≥ 7 e ≥ 6 foram categorizadas com sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente. Para examinar as associações entre CS e sintomas de ansiedade e depressão e DSF foram realizadas análises de Regressão Logística, estimando-se as razões de chances (OR) brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança. **Resultados:** Das 212 mulheres avaliadas, 93 (43,90%) apresentaram DSF, com predomínio das disfunções na excitação em 162 mulheres (76,40%) e disfunção orgástica em 147 (69,30%). Entre as participantes 78 (36,80%) apresentaram CS. Quanto aos sintomas psicológicos, os sintomas de ansiedade foram observados em 93 mulheres (43,90%) e os de depressão em 75 (35,40%). As mulheres com CS (OR: 1,98; IC95%: 1,03; 3,81), sintomas de ansiedade (OR: 3,30; IC95%: 1,63; 6,66) e sintomas depressivos (OR: 2,32; IC95%: 1,16; 4,65) tiveram maiores chances de apresentarem DSF quando comparadas as que não tinham as mesmas condições. **Conclusão:** A prevalência das DSF foi de 43,90%, com predomínio na diminuição da excitação e disfunção orgástica. O CS, sintomas de ansiedade e depressão foram fatores de risco para DSF.

Palavras-chave: Disfunção sexual, sexualidade, comportamento sedentário, ansiedade e depressão.

ABSTRACT

Introduction: Female sexual dysfunction (FSD) refers to the difficulty experienced by women during any stage of sexual activity and which can be associated with several factors, among which stand out the low level of physical activity, symptoms of anxiety and depression. Therefore, it is essential that primary care professionals maintain in their clinical procedures the assessment of sexual function (SF) and the possible associated factors, in order to prevent and intervene early in these conditions. It is emphasized that such information is necessary to contribute to a better therapeutic approach by health professionals, both in clinical practice and in scientific research. **Objectives:** To estimate the prevalence of FSD and to verify the association between sedentary behavior (SB), symptoms of anxiety and depression and FSD. **Methods:** This was a cross-sectional study carried out with 212 women, of whom 188 were adults (88.70%) and 24 were elderly (11.30%) with a self-report of being sexually active in the last four weeks. Pregnant women, women with self-reported symptoms of lower urinary tract infection and a history of gynecological cancer were excluded. SF was assessed using the Female Sexual Function Index, which evaluates all domains of female sexual response (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and the presence of pain). Women were classified with FSD when they had scores <26.5 . The SB was assessed by section 5 (Sitting time) of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) which refers to the time spent sitting in a weekday and on a weekend day. To calculate the average sitting time, the following formula was used: (Average time in SB: [Sitting time on weekdays * 5 + Sitting time on weekends * 2] / 7). Women who spent time ≥ 5 h / day seated were categorized with SC. The symptoms of anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale and women with scores ≥ 7 and ≥ 6 were categorized with symptoms of anxiety and depression, respectively. In order to examine the associations between SB and symptoms of anxiety and depression and FSD, Logistic Regression analyzes were performed, estimating the crude and adjusted odds ratios (OR), with their respective confidence intervals. **Results:** Of the 212 women evaluated, 93 (43.90%) had FSD, with a predominance of dysfunctions in arousal in 162 women (76.40%) and orgasmic dysfunction in 147 (69.30%). Among the participants, 78 (36.80%) presented SB. As for psychological symptoms, anxiety symptoms were observed in 93 women (43.90%) and depression in 75 (35.40%). Women with SC (OR: 1.98; 95% CI: 1.03; 3.81), anxiety symptoms (OR: 3.30; 95% CI: 1.63; 6.66) and depressive symptoms (OR: 2.32; 95% CI: 1.16; 4.65) were more likely to have FSD when compared to those who did not have the same conditions. **Conclusion:** The prevalence of FSD was 43.90%, with a predominance of decreased arousal and orgasmic dysfunction. SB, symptoms of anxiety and depression were risk factors for FSD.

Keywords: Sexual dysfunction, sexuality, sedentary behavior, anxiety and depression.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo da resposta sexual feminina proposto por Basson.....	20
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Divisão dos distritos sanitários da Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das mulheres atendidas na atenção básica de saúde do município de Criciúma/SC pela presença de intestino preso, pelo IMC, pela atividade física categorizada pelo tempo gasto no trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer.....	38
Tabela 2 - Análise de regressão logística entre CS, sintomas de ansiedade e depressão e DSF.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH: Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos

CS: Comportamento sedentário

DAP: Disfunções do assoalho pélvico

DSF: Disfunção sexual feminina

DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª Edição.

FS: Função sexual

FSFI: *Female Sexual Function Index*

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HDL: Lipoproteína de alta densidade

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal

IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física

MET: *Metabolic Equivalent Task*

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

SC: Santa Catarina

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	17
1.1.1 Objetivo Geral	17
1.1.2 Objetivos Específicos e Hipóteses	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 RESPOSTA SEXUAL FEMININA	18
2.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	19
2.3 PREVALÊNCIA DAS DSF	20
2.4 FATORES ASSOCIADOS AS DSF	21
2.5 COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO (CS)	21
2.6 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO	25
3.3 PARTICIPANTES.....	26
3.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO.....	26
3.4.1 Ficha de Identificação	26
3.4.2 <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i>	26
3.4.3 Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	27
3.4.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	28
3.4.5 Variáveis de ajuste	28
3.5 Procedimento de coleta dos dados.....	29
3.6 Análise estatística	29

3.7	Aspectos éticos	29
4	RESULTADOS	31
4.1	ARTIGO 1: ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA ...	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	64
	ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPSH) DA UFSC	66
	ANEXO B - INSTRUMENTO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI).....	69
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ). 75	
	ANEXO D – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS).....	80

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação contempla o modelo alternativo para a elaboração de dissertações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde do Campus Araranguá, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme Norma 04/PPGCR/2018.

A dissertação foi organizada em quatro principais partes: 1^a) Introdução contendo o problema e a justificativa da pesquisa; 2^a) Referencial teórico; 3^a) Métodos contendo a descrição dos procedimentos do estudo; 4^a) Resultados com a apresentação do artigo científico e 5^a) Considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é fundamental para as relações humanas, tanto nos aspectos físicos quanto emocionais e pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos (LARA; ABDO, 2014). Nesse contexto, pode-se descrever a função sexual (FS) feminina como uma complexa interação entre fatores fisiológicos, emocionais e sociais, sendo composta pela resposta sexual que é constituída de quatro fases principais: desejo, excitação, orgasmo e resolução (HAYLEN et al., 2010; SANTOS et al., 2017; JOHNSON, 2011). As disfunções sexuais femininas (DSF) caracterizam-se pelo desconforto e/ou dor e alterações na expressão e no desenvolvimento da resposta sexual, que afeta uma ou mais fases deste ciclo (ABDO; FLEURY, 2006).

A DSF é um fenômeno frequente na vida das mulheres (TRINDADE; LUZES, 2017), que influencia na relação do casal e leva a prejuízos na satisfação sexual e desordens psicológicas (MCCABE et al, 2016). Na população geral, a prevalência de DSF é estimada em torno de 30 a 50% (MCCOOL- MYERS et al., 2018; VERBEEK; HAYWARD, 2019). No Brasil, uma revisão sistemática desenvolvida por Wolpe et al. (2017) registram que a prevalência das DSF varia entre 13,3% a 79,3%. As queixas mais comuns incluem desejo sexual hipotivo (11 – 68,2%), baixa excitação sexual (8 – 68,2%), dificuldades em atingir o orgasmo (18 – 55,4%) e dispareunia (13 – 56,1%) (WOLPE et al., 2017).

Dentre os fatores associados ao desenvolvimento da DSF destacam-se o uso de anti-hipertensivos, psicotrópicos e anticoncepcionais (ROGERS et al., 2018), disfunções do assoalho pélvico (FELIPPE et al., 2017; BORTOLAMI et al., 2015) obesidade, estresse, aborto, menopausa, abuso sexual e baixo nível de atividade física (MCCOOLS-MYERS et al., 2018; CABRAL et al., 2014).

A associação entre as DSF e baixo nível de atividade física já é conhecido na literatura (CABRAL et al., 2014), contudo a relação com o comportamento sedentário (CS) ainda é pouco explorada. Ademais, é fundamental destacar que se tratam de constructos diferentes (ALLEN; DESILE, 2017), uma vez que o CS pode ser observado até mesmo em indivíduos ativos fisicamente (ASHE, 2012; OMOROU et al., 2015).

O CS é descrito como qualquer atividade na posição sentada, reclinada ou deitada durante o tempo acordado que dispenda baixos níveis energéticos. (assistir televisão, utilizar o computador e/ou smartphone), ou ainda, o tempo dispendido na posição sentada no trabalho ou

nos meios de transporte (PATE et al., 2008). Ademais, o CS é caracterizado como atividades que apresentem um consumo energético entre 1,0 e 1,5 METs (PATE et al., 2008). Alguns estudos tem verificado a associação entre o CS à diversas complicações de saúde, como a obesidade, infertilidade, alterações no colesterol e até maiores taxas de mortalidade (LEVINE, 2005; THORP et al., 2010; PATEL et al., 2010; PROPER et al., 2006).

Apesar da associação do CS com diversos desfechos em saúde, a relação entre DSF e o CS ainda é pouco descrita (ALLEN; DESILE, 2017). Allen e Desile (2017) demonstraram que o CS (avaliados pelo tempo dispendido assistindo televisão) geram prejuízos para a sexualidade (reduções no desejo sexual, na atividade sexual, insatisfação sexual e disfunção sexual) (ALLEN; DESILE, 2017). No entanto, salienta-se que o estudo foi realizado somente em idosas que tendem a ter uma baixa atividade sexual, muitas vezes pela ausência do parceiro sexual e devido as alterações advindas com o envelhecimento, tais como alterações hormonais que afetam a libido, bem como a diminuição da lubrificação vaginal (VALADARES et al., 2014; AMBLER et al., 2012). Ademais, destaca-se que a proporção de mulheres adultas em CS (tempo dispendido na posição sentada > 270 minutos) foi superior a proporção de idosas em CS (MIELKE et al., 2014).

Além dos aspectos físicos, os sintomas psicológicos, tais como ansiedade e depressão também estão associados à DSF (NASCIMENTO et al., 2015). Pesquisas sugerem que a depressão e ansiedade exercem forte influência na FS, principalmente em mulheres, provavelmente associadas as alterações hormonais femininas, como o ciclo menstrual e a menopausa (LAURENT; SIMONS, 2009; TIEFER, 2002). Tanto a ansiedade quanto a depressão são fatores de risco para as DSF, pois essas condições e o uso de medicamentos para o seu tratamento interrompem os processos fisiológicos de vasocongestão vaginal e clitoriano (LUTFEY et al., 2009; MITCHELL et al., 2013). No entanto, apesar do conhecimento sobre essa associação, vale destacar a necessidade do conhecimento das prevalências dessas condições em mulheres de diferentes idades e usuárias da atenção básica para estabelecimento de ações preventivas e de intervenção precoce.

No território brasileiro as mulheres são a maioria da população (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde, deste modo em 2004 o Ministério da Saúde, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” com um enfoque de gênero, integralidade, promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004). Dentre os aspectos expostos nestas diretrizes encontra-se a saúde sexual e reprodutiva, que direciona aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas (BRASIL, 2004). Todavia sabe-se que devido à alta demanda

da atenção básica e a tendência de os profissionais de saúde abordarem as mulheres somente no âmbito da reprodução, questões como a educação sexual ficam prejudicadas (PINHEIRO; COUTO, 2013).

Portanto, é indispensável que os profissionais da atenção básica mantenham em seus procedimentos clínicos a avaliação da FS feminina e de seus fatores associados para prevenir e intervir precocemente nestas condições (GOTT et al., 2013; MACDOWALL et al., 2010), uma vez que se tratam de avaliações rápidas e de fácil aplicação (ROSEN et al., 2000; OMS, 2005; ZIGMOND; SNAITH, 1983). Além disso, enfatiza-se a baixo conhecimento sobre a associação entre CS, sintomas de ansiedade e depressão e as DSF dificultam o estabelecimento de uma melhor abordagem terapêutica pelos profissionais de saúde (NASCIMENTO et al., 2015; BASSON; GILKS, 2018; HOFFMAN et al., 2009; CABRAL et al., 2014). que podem conduzir no estabelecimento de programas de incentivo a prevenção de condições associadas à saúde mental e física e também promover o debate sobre a sexualidade feminina na atenção primária de saúde (GOTT et al., 2013; MACDOWALL et al., 2010).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre o CS, sintomas de ansiedade e depressão e DSF.

1.1.2 Objetivos Específicos e Hipóteses

Estimar a prevalência da DSF em mulheres.

Hipótese: Acredita-se que a prevalência da DSF será similar ao observado na literatura (entre 30-50%)

Verificar a associação entre o CS, sintomas de ansiedade e depressão e DSF.

Hipótese: Espera-se que o CS, sintomas de ansiedade e depressão estejam associados a DSF.

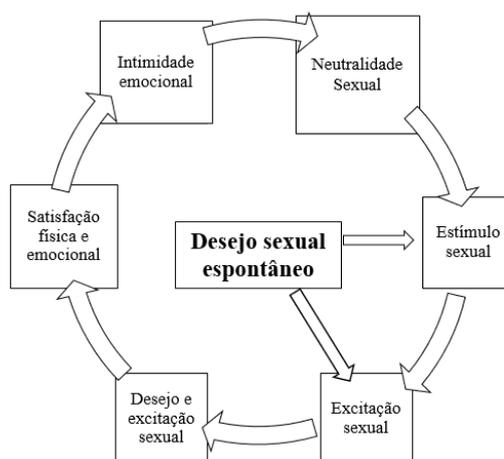
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 RESPOSTA SEXUAL FEMININA

A função sexual (FS) pode ser determinada usando diversos padrões dificultando sua definição (KAPLAN; LIEF, 1977). Muitos modelos foram desenvolvidos para descrever a FS saudável. Durante duas décadas, Masters e Johnson analisaram o comportamento sexual de mulheres e homens em laboratório, observando e registrando, perto de 14.000 relações sexuais, abordando numerosas variáveis do comportamento sexual sob as mais diferentes condições (KAPLAN; LIEF, 1977). Masters e Johnson (1966) sugeriram um modelo linear de resposta sexual, que consistia em quatro etapas: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Mais tarde, Kaplan e Lief (1977) modificaram esse modelo para incluir o conceito de desejo como um aspecto essencial da resposta sexual. Basson (2000) introduziu um modelo circular baseado na intimidade para ajudar a explicar a natureza multifatorial da resposta sexual das mulheres e que o desejo sexual é responsivo, assim como espontâneo, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Ciclo da resposta sexual feminina proposto por Basson (2002).



Basson (2002) sugere que a fisiologia da resposta sexual feminina contém uma estrutura de retroalimentação no sistema límbico, dependente dos aspectos genitais, emotivos e cognitivos, caracterizados pela ação da “mente e do corpo” (BASSON, 2002). A mulher pode experimentar um desejo espontâneo numa primeira fase, porém a maioria das mulheres em relacionamentos de longa duração, partem de um estado de neutralidade sexual e a motivação sexual depende da intimidade (BASSON, 2002). Um exemplo disso são quando fatores

psicológicos, como o estresse, alteram a produção de hormônios, desencadeando mudanças na resposta sexual (BASSON, 2002).

Após o desejo sexual, inicia-se a fase da excitação, caracterizada por dois aspectos: a vasocongestão – caracterizada pelo acúmulo de sangue em algumas regiões do corpo e a miotonia – que são contrações musculares, generalizadas ou localizadas. Estas manifestações da fase da excitação podem ser genitais ou extragenitais (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2006). Se o estímulo sexual é mantido, ocorre a lubrificação vaginal e endurecimento do clitóris, essas mudanças são devidas ao plexo vascular da vagina que se torna dilatado e ingurgitado, caracterizando uma vasocongestão (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2006).

A fase do orgasmo é caracterizada pela excitação máxima, com aumento da vasocongestão e a miotonia é percebida pelo aumento das contrações de forma rítmica dos músculos do assoalho pélvico (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2006). É seguida de intensa sensação de prazer e da fase de resolução onde ocorre o relaxamento e a involução de todas as mudanças supracitadas (CAVALCANTI e CAVALCANTI, 2006).

Para compreender a resposta sexual humana, estudiosos de anatomia mostraram seus primeiros relatos da anatomia do clitóris no século XIX (STRINGER et al., 2010). Histologicamente, o corpo do clitóris é análogo ao pênis, entretanto, possui mais de oito mil terminações nervosas, o dobro da glândula do pênis. Os nervos estão na superfície externa do corpo e os corpos do clitóris também são cercados por ramos nervosos, sendo que a maior concentração de pequenos nervos está dentro da glândula do clitóris (MAZLOOMDOOST et al., 2015). Os estudos mais recentes sobre a representação do clitóris são utilizando imagens de ressonância magnética, onde observa-se todas as estruturas como glândula do clitóris, corpo do clitóris e bulbo do vestíbulo (O'CONNELL et al., 2005).

2.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Quando acontecem dificuldades em uma das fases da resposta sexual em mulheres, tem-se as disfunções sexuais femininas (DSF). As DSF são classificadas em quatro categorias: disfunções de desejo (desejo sexual hipotivo, desejo sexual hiperativo e aversão sexual); disfunções de excitação (alterações relacionadas à excitação e à lubrificação); disfunções orgásticas (anorgasmia) e as disfunções sexuais relacionadas à dor (dispareunia e vaginismo) (BASSON et al., 2010; HAYLEN et al., 2010; RAINA et al., 2007)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) descreve as DSF em transtornos do desejo e excitação sexual, transtorno de orgasmo e transtorno de dor gênito-pélvica/ penetração (DSM-5, 2014). Os transtornos de desejo e excitação sexual são caracterizados pela ausência ou redução significativa do interesse ou da excitação sexual, manifestada por um período mínimo de aproximadamente seis meses que causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher. Em casos mais grave a DSF não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento, levando a violência do parceiro, por exemplo (DSM-5, 2014).

De acordo com o DSM-5 um transtorno de orgasmo é caracterizado pelo retardo acentuado, infreqüência acentuada ou ausência de orgasmo que persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses. A dor gênito-pélvica/penetração é a dificuldade persistente ou recorrente de penetração vaginal durante a relação sexual, dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração e também o medo e a ansiedade da penetração ou dor durante a relação sexual (DSM-5, 2014).

As disfunções podem ser primárias (quando ocorrem desde o início) ou secundárias (surgidas após um período de funcionamento sexual normal); transitórias ou permanentes; situacionais (quando ocorrem somente em determinadas situações) ou gerais (quando ocorrem em qualquer situação) (RAINA et al., 2007).

2.3 PREVALÊNCIA DAS DSF

Alterações no comportamento sexual são frequentes e mais de 40% das mulheres terão problemas sexuais ao longo de sua vida (ROGERS et al., 2018). Uma queixa sexual preenche os critérios para um diagnóstico quando resulta em sofrimento pessoal ou dificuldades interpessoais (ROGERS et al., 2018). De acordo com Thomas e Thurston (2016), a DSF é estimada entre 22 - 43% em todo o mundo. Já na América Latina um estudo epidemiológico estimou que a prevalência de DSF é 58% (BLUMEL et al., 2009), 37,9% em Portugal (PEIXOTO; NOBRE, 2015), 27,3 -77% no Irã (ARASTEH et al., 2014; BAGHERZADEH et al., 2010; TEHRANI et al., 2014) e na China as DSF têm a prevalência de 37,6% a 63,3% (LOU et al., 2017; MA et al., 2014).

No Brasil, a prevalência dessas queixas sexuais varia entre 13,3% a 79,3% (WOLPE et al., 2017), sendo as mais comuns: o desejo sexual hipotivo (11 – 68,2%), a baixa excitação sexual (8 – 68,2%), dificuldades em atingir o orgasmo (18 – 55,4%) e a dispareunia (13 –

56,1%) (WOLPE et al., 2017). Anteriormente, Abdo et al., (2004) apresentou uma prevalência nacional de DSF de 49%.

2.4 FATORES ASSOCIADOS AS DSF

Na última década tem se observado progressos na investigação e tratamento das DSF (GELMAN; ATRIO, 2017), principalmente pela associação entre saúde sexual e a qualidade de vida (PELLINO et al., 2017). As DSF estão associadas à diversas condições predisponentes como idade avançada, gestação e disfunções do assoalho pélvico (ROGERS et al., 2018; DAUD et al., 2019; FELIPPE et al., 2017; BORTOLAMI et al., 2015). Estudos demonstraram associação significativa entre DSF e sentimentos de insatisfação física e emocional, redução do bem estar geral nessas mulheres (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009). Assim, a DSF pode determinar efeitos danosos sobre a saúde, autoestima e seus relacionamentos (FERREIRA et al., 2015).

2.5 COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO (CS)

O comportamento sedentário (CS) é descrito como qualquer atividade na posição sentada, reclinada ou deitada durante o tempo acordado que dispenda baixos níveis energéticos (assistir televisão, utilizar o computador e/ou smartphone), ou ainda, o tempo gasto sentado no trabalho ou nos meios de transporte (PATE et al., 2008). Ademais, o comportamento sedentário é caracterizado como atividades que apresentem um consumo energético entre 1,0 e 1,5 METs (PATE et al., 2008). Salienta-se que o CS difere dos conceitos de atividade física (ASHE, 2012; OMOROU et al., 2015), pois uma pessoa pode atingir as recomendações indicadas para serem consideradas ativas, mas mesmo assim, permanecerem grande parte do seu dia em CS (ASHE, 2012; OMOROU et al., 2015).

O Colégio Americano de Medicina do Esporte define a inatividade física como a prática de atividade física leve inferior a 150 minutos por semana ou aquele indivíduo que não realiza nenhuma atividade, de acordo com as recomendações atuais, para a população entre 18 e 60 anos (HASKELL et al., 2007). No Brasil, a taxa de indivíduos insuficientemente ativos é de 47%, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, sendo considerado um problema de saúde pública. (IBGE, 2013).

Referente a associação entre atividade física e DSF, um estudo brasileiro desenvolvido por Cabral e colegas (2014) demonstraram que mulheres insuficientemente ativas apresentaram prevalência de 78,90% de DSF quando comparadas às mulheres ativas (CABRAL et al., 2014). Informações semelhantes foram obtidas em mulheres polonesas sedentárias que apresentaram alterações no desejo e excitação sexual, orgasmo, lubrificação, satisfação sexual e dispareunia quando comparadas às mulheres ativas (DABROWSKA et al., 2010). Contudo, reforça-se que não foram avaliados o CS nas voluntárias avaliadas e na mensuração dos níveis de atividade física pode-se encontrar indivíduos com perfis de comportamentos coexistentes, por exemplo, um indivíduo pode apresentar CS e ser fisicamente ativo (ASHE, 2012; OMOROU et al., 2015). Todavia, a atividade física pode postergar, mas não compensar, os efeitos deletérios advindos do CS (BISWAS et al., 2015).

As condições de saúde associadas ao CS são obesidade, infertilidade, alterações no colesterol e até maiores taxas de mortalidade (LEVINE, 2005; THORP et al., 2010; PATEL et al., 2010; PROPER et al., 2006). Levine e colaboradores (2005), indicaram que as pessoas obesas apresentam uma maior predisposição a ficarem sentadas do que as magras (LEVINE et al., 2005). THORP et al., 2010 demonstraram associação entre o CS em adultos com marcadores de risco cardiometabólico (elevação da pressão arterial e o colesterol HDL em mulheres) (THORP et al., 2010). Essa associação foi mantida, mesmo após ajuste para atividade física e medida de adiposidade central, confirmando que as implicações do CS para a saúde (THORP et al., 2010).

Uma pesquisa longitudinal americana investigou os efeitos do CS e da atividade física nas taxas de mortalidade de adultos (PATEL et al., 2010). Os achados mostraram que o CS (≥ 6 horas) esteve associado com uma maior taxa de mortalidade nas mulheres (OR=1,34; IC95% 1,24-1,44), mesmo depois do ajuste para os níveis de atividade física. (PATEL et al., 2010).

No contexto da saúde da mulher, estudos tem demonstrado a associação entre CS e infertilidade (Foucaut et al., (2019) e sexualidade (ALLEN; DESILE, 2017). Foucaut et al., (2019) associaram o CS (OR 3,61; IC95%, 1,58, 8,24), gordura corporal elevada (OR 3,16; IC95%, 1,36, 7,37) e baixa massa magra (OR 2,65; IC95%, 1,10, 6,37) com taxas de infertilidade. Já para as DSF, ALLEN e DESILE (2017), demonstraram que idosos com CS (avaliados pelo tempo dispendido assistindo televisão) geram prejuízos para a sexualidade (alterações autorreferidas no desejo sexual, atividade sexual, insatisfação sexual e disfunção sexual) (ALLEN; DESILE, 2017). Os resultados mostram níveis mais baixos de CS foram associados a um maior desejo sexual ($\beta=-0,07$, $b=-0,00$ (0,00)), mais atividade sexual ($\beta=-0,06$, $b=-0,00$ (0,00)) e níveis mais baixos de DSF ($\beta=-0,06$, $b=-0,00$ (0,00)) (ALLEN; DESILE, 2017). No entanto, salienta-se que o estudo foi realizado somente em idosas que tendem a ter uma

baixa atividade sexual, muitas vezes pela ausência do parceiro sexual e devido as alterações advindas com o envelhecimento, tais como alterações hormonais que afetam a libido, bem como a diminuição da lubrificação vaginal (VALADARES et al., 2014; AMBLER et al., 2012). Ademais, destaca-se que a proporção de mulheres adultas em CS (tempo dispendido na posição sentada > 270 minutos) foi superior a proporção de idosas em CS (MIELKE et al., 2014).

Assim, uma vez que aumento do CS na população global é evidente (LEVINE, 2005; THORP et al., 2010; PATEL et al., 2010; PROPER et al., 2006; ALLEN; DESILE, 2017; MIELKE et al., 2014), e promove diversas alterações tanto na saúde da população em geral, quando na saúde da mulher, faz-se necessário estudos que verifiquem a associação entre o CS e a DSF para estabelecimento de medidas preventivas e de intervenção precoce nas DSF.

2.6 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Os sintomas de ansiedade são caracterizados por um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, seguido por tensão ou desconforto por causa da antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho (DSM-V, 2014). A ansiedade pode ser descrita como “traço”, quando é uma característica frequente da personalidade do indivíduo, ou como “estado”, quando se aparece de caráter transitório, devido a determinadas vivências do indivíduo (TRAJANO et al., 2016).

No ano de 2013, Baxter *et al.* verificaram taxas mundiais de sintomas psiquiátricos, demonstrando prevalência de 4,8%-10,9% dos transtornos de ansiedade (BAXTER et al., 2013). No Brasil, as mulheres exibiram maior prevalência de ansiedade quando comparadas aos homens (21,3%) (COSTA et al., 2019). Ademais, os transtornos ansiosos estiveram associados às condições socioeconômicas e substâncias lícitas (COSTAS et al., 2019).

Os sintomas de depressão podem aparecer em diversos quadros clínicos como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e entre outras (DSM-V, 2014). Além disso, ocorre como resposta a momentos estressantes, aspectos sociais e econômicos. Como síndrome, a depressão apresenta mudanças do humor (tristeza, irritabilidade, falta de prazer, apatia) e mudanças cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite) (FLECK, 2005; DSM-V, 2014).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, existem aproximadamente 360 milhões de indivíduos no mundo com depressão, incluindo homens e mulheres de todas as

faixas etárias e classes sociais (ONU, 2017). A incidência do transtorno depressivo maior é de aproximadamente 7% ao ano, porém existem diferenças relacionadas a idade, uma vez que adultos jovens (18-29 anos) apresentam uma prevalência três vezes maior que idosos (≥ 60 anos) (CHAND; GIVON, 2017). Semelhante a ansiedade, as mulheres tem suas taxas 1,5 a 3 vezes maiores do que os homens, analisando os maiores números de admissões hospitalares, tentativas de suicídios e o uso de antidepressivos (CHAND; GIVON, 2017).

Um componente importante na influência da função psíquica são os hormônios sexuais, que parecem exercer um papel em desequilibrar o humor em diversas fases do ciclo de vida da mulher (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002). Todavia encontra-se evidências que apresentem propriedade terapêutica dos hormônios (especialmente o estrogênio) e tem sido relacionado com a melhora dos sintomas depressivos (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002).

Um dos motivos da elevada prevalência nas mulheres pode ser consequência da sociedade moderna ou por alterações hormonais, uma vez que a depressão desencadeia mais nos períodos de instabilidade ou alteração hormonal fisiológica das mulheres, que acontece na fase pré-menstrual, parto, pós-parto e perimenopausa (SOARES; PROUTY; POITRAS, 2002; STUDD; PANAY, 2004; TOFFOL *et al.*, 2011; KEYES *et al.*, 2013).

Tanto ansiedade quanto depressão são um fatores de risco para as DSF, pois essas condições e o uso de medicamentos para o seu tratamento interrompem os processos fisiológicos de vasocongestão vaginal e clitoriano (LUTFEY *et al.*, 2009; MITCHELL *et al.*, 2013). Estudos epidemiológicos confirmam que os transtornos de ansiedade são fatores de risco para diminuição do desejo e excitação sexual (BRADFORD; MESTON, 2006; VAN MINNEN; KAMPMAN, 2000) e pesquisas mais recentes relacionando aspectos da ansiedade com dificuldades orgásticas (LEENERS *et al.*, 2014) e com dor sexual (KHANDKER *et al.*, 2011).

Tendo em mente o ciclo da resposta sexual, é compreensível que preocupações sexuais e não sexuais possam ser potentes distraidores de mulheres com transtornos de ansiedade durante o intercurso sexual, limitando sua excitação, frequência de orgasmo e probabilidade de desencadear o desejo (NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2006).

Uma pesquisa recente britânica com 6669 mulheres utilizando itens de medidas do DSM-V encontrou que o estado de depressão atual aumenta o risco de DSF (OR:4,11 IC: 3,36–5,04) (MITCHELL *et al.*, 2013). Mesmo na ausência de uma depressão clínica, os sintomas de humores depressivos têm influenciado a função sexual (HARTMANN *et al.*, 2004), enquanto as experiências sexuais positivas ou negativas podem modular o humor no dia seguinte do estímulo sexual (KALMBACH *et al.*, 2014; KALMBCAH; PILLAI, 2014).

Apesar da associação dos sintomas de ansiedade e depressão com a DSF serem bem

definidos pela literatura (LUTFEY et al., 2009; MITCHELL et al., 2013), uma vez que o Brasil apresenta as maiores taxas de ansiedade (9,3%) e depressão (5,8%) do mundo (OMS, 2017) e a saúde sexual é um direito humano fundamental (OMS, 2015), é benéfico a atualização frequente dos estudos nesta temática, tanto em amostras amplas de mulheres, como nas usuárias da atenção básica.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional transversal e de caráter quantitativo realizado com mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde no município de Criciúma/SC.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

As voluntárias do estudo foram mulheres residentes no município de Criciúma/SC. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2020 foi de 217.311 habitantes, sendo composta por 50,8% mulheres (IBGE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,788, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IBGE, 2010).

Essa pesquisa foi desenvolvida na Atenção Básica de Saúde do referido município, cuja cobertura é de 85,07% (BRASIL, 2018) e divide-se em cinco Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário do Centro foi selecionado por apresentar maior população adscrita e com maior número de unidades (n=12), conforme observa-se no Quadro 2. (Secretária Municipal de Saúde, 2017).

Quadro 1. Divisão dos distritos sanitários da Atenção Básica do município de Criciúma/SC.

Distritos Sanitários				
Rio Maina	Santa Luzia	Boa Vista	Centro	Próspera
Colonial	Mineira Nova	Pinheirinho	Maria Céu	Ana Maria
Laranjinha	Mineira Velha	Paraíso	Milanese	Argentina
Metropol	Mãe Luzia	Santo Antônio	Mina do Mato	C.S.U
Rio Maina	Mina União	Santa Augusta	Mina do Toco	Cristo Redentor
São Marcos	Nova	Sangão	Morro Estevão	Linha Batista
Vila Francesa	Esperança	São Roque	Primeira Linha	Nossa Senhora da
Vila Zuleima	Santa Luzia	Verdinho	Quarta Linha	Salette
Wosocris	São Defende		São Luiz	Renascer

	São Sebastião Vila Belmiro Vila Manaus	Ambulatório do 24hs Boa Vista	Santa Bárbara São Simão Centro Operária Nova	Vila Rica/Imigrantes Ambulatório do 24hs Próspera Brasília
--	--	-------------------------------------	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

3.3 PARTICIPANTES

A amostra do estudo foi composta por mulheres, com 18 anos ou mais e com autorrelato de serem sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Foram excluídas gestantes, mulheres com sintomas autorrelatados de infecção do trato urinário inferior (ardência, dor e coceira) ou que tivessem realizado tratamento prévio para câncer uroginecológico.

3.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

3.4.1 Ficha de Identificação

Para caracterização da amostra, foi aplicada uma ficha de identificação produzida pelos autores, contendo os seguintes itens: dados sociodemográficos (idade), obstétricos (gestações: sim/não, episiotomia: sim/não, laceração: sim/não), antropométricos (peso corporal, altura e Índice de Massa Corporal - IMC), comportamentais (intestino preso: sim/não, prática de atividade física: sim/não, comportamento sedentário: sim/não) clínicos (uso de anti-hipertensivo: sim/não; uso de psicotrópicos: sim/não; uso de anticoncepcional: sim/não), sintomas psicológicos (sintomas de ansiedade: sim/não, sintomas de depressão: sim/não). (APÊNDICE A). A massa corporal foi determinada por meio de uma balança digital Glass 200 G-Tech, e a estatura pelo estadiômetro portátil Caprice Sanny. O IMC foi calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da altura (m²) (OMS, 2000).

3.4.2 *Female Sexual Function Index (FSFI)*

O questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi utilizado a fim de analisar a FS. O FSFI foi proposto por Rosen *et al.* no ano de 2000 nos Estados Unidos e validado por Meston, (2003) e Wiegel, Meston e Rosen (2005). No Brasil, foi validado e traduzido por Thiel *et al.*, (2008) com um alfa de Cronbach padronizado de 0,96. O FSFI é um questionário breve, que pode ser auto aplicado e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios:

desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, apresenta 19 questões que avaliam a FS nas últimas quatro semanas.

Para cada questão, existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio (Desejo= 0,6, Excitação= 0,3, Lubrificação= 0,3, Orgasmo= 0,4, Satisfação= 0,4 e Dor= 0,4 (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009). (ANEXO B).

Os valores do FSFI e seus domínios também podem ser analisados de forma categorizada, conforme proposto por Jamali *et al.* (2016). O autor propôs que valores inferiores a 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo e 5,0 para satisfação, 5,5 para dor indicam a presença de DSF nos referidos componentes. Em relação ao escore total, escores menores do que 26,5 indicam presença de DSF (JAMALI *et al.*, 2016).

3.4.3 Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Para investigar o CS foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que foi desenvolvido em 1998 pela Organização Mundial da Saúde e foi validado no Brasil por Matsudo *et al.*, (2001). Trata-se de um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada (IPAQ, 2005).

A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. (ANEXO C).

O tempo despendido na posição sentada do IPAQ é uma variável indicadora adicional e não é incluída como parte de qualquer pontuação resumida da atividade física. O tempo é apresentado em minutos e existe a possibilidade de realizar um cálculo que demonstra o valor para refletir o tempo gasto sentado ao invés de MET-minutos, o que sugere uma estimativa das

despesas energéticas (IPAQ, 2005). A seção é composta por duas perguntas sobre o tempo sentado em um dia de semana e em um dia do final de semana (IPAQ, 2005). Para obter a média do tempo dispendido na posição sentada foi utilizada a seguinte fórmula: Média do tempo dispendido na posição sentada: $([\text{Tempo sentado dia de semana} * 5 + \text{Tempo sentado final de semana} * 2] / 7)$. A unidade de medidas apresentada é em minutos e pode ser convertido em horas (IPAQ, 2005).

Estudos que empregaram essa seção para categorizar o CS sugerem que essas questões têm mostrado validade aceitável em comparação ao acelerômetro (coeficientes que variam entre 0,33 a 0,34) (ROSENBERG et al., 2008). As mulheres com tempo sentado $\geq 5\text{h}/\text{dia}$ foram categorizadas com CS (FOUCAUT et al., 2019). Esse valor corresponde ao tempo médio dispendido na posição sentada na população adulta brasileira (MIELKE et al., 2014).

3.4.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Para investigar os sintomas de ansiedade e depressão foi utilizado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que possui 14 itens, entre os quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade e sete para a depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Esta escala pode ser utilizada desde a atenção básica de saúde até em ambientes hospitalares (CASTRO et al., 2006; PORTUGAL et al., 2014; ARAGÃO et al., 2018). O instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por Botega *et al.* (1995) e as subescalas apresentam consistência interna de 0,68 e 0,77, respectivamente. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Faro (2015) propôs mudanças para os parâmetros diagnósticos da ansiedade (≥ 7 pontos) e depressão (≥ 6 pontos) (ANEXO D).

3.4.5 Variáveis de ajuste

Foram utilizadas como variáveis de ajuste: faixa etária (adultas: 18 – 59 anos; idosa: ≥ 60 anos) (OMS, 2002; VALADARES et al., 2014), presença de gestação prévia, laceração e episiotomia (sim e não) (BOCARDI et al., 2018; HALLOCK e HANDA, 2016), uso das seguintes medicações (anti-hipertensivos, psicotrópicos e hormônios sintéticos) (ROGERS et al., 2018), presença de intestino preso (sim e não) (MILLER; BARALDI, 2012; BO et al., 2017, IMC (normal entre 18,5 e 24,9 Kg/m^2 e acima do peso $\geq 25 \text{Kg}/\text{m}^2$)(OMS, 2000) atividade física categorizada pelo tempo gasto no trabalho, transporte, atividades domésticas e nível de atividade física, sendo os indivíduos ativos aqueles que realizaram >150 minutos e inativo aqueles com < 150 minutos (OMS, 2005), também foi ajustada pela prática de atividade física

(sim e não).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de abril a agosto de 2019. Os dados foram coletados por duas fisioterapeutas especializadas na área da saúde da mulher previamente treinadas. O treinamento ocorreu no Grupo de Estudos em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEFISAM - UFSC), no qual as pesquisadoras aplicaram os questionários em integrantes do grupo para realizar as perguntas de forma padronizada. As unidades foram divididas entre as duas pesquisadoras, sendo assim, cada pesquisadora coletou em seis unidades de saúde. As coletas ocorreram simultaneamente dois dias da semana no período da manhã. As mulheres foram abordadas por conveniência nas unidades básicas de saúde, para apresentação dos objetivos da pesquisa, dos instrumentos utilizados e o convite para participar do estudo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deu-se início à coleta de dados. A aplicação dos questionários foi realizada no mesmo dia, na seguinte ordem: questões para caracterização da amostra, avaliação do comportamento sedentário, dos sintomas de ansiedade e depressão e da função sexual, o tempo médio de resposta dos questionários foi de 20 minutos.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 20.0), adotando um nível de significância de 5%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para testar as associações entre as variáveis preditoras e dependentes foram realizadas análises de Regressão Logística, estimando-se as razões de chances (OR) brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram cumpridos de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora sob a visão do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência

e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob parecer número 3.168.884 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1: ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Revista sugerida para publicação: Disability and Rehabilitation

Qualis: A2

Fator de impacto: 2.222

Autores: **Carolina Lazzarim de Conto¹, Núbia Carelli Pereira de Avelar², Amanda Roque¹, Janeisa Franck Virtuoso^{1,2}.**

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina (PPGCR-UFSC) – Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde Campus Araranguá, Araranguá, SC, Brasil.

² Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde Campus Araranguá, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência das disfunções sexuais femininas (DSF) e verificar a sua associação com comportamento sedentário (CS), sintomas de ansiedade e depressão **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal realizado com 212 mulheres sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. A DSF foi categorizada com pontuações < 26,5 na *Female Sexual Function Index*. O CS foi definido com tempo dispendido na posição sentada ≥ 5 h/dia pelo Questionário Internacional de Atividade Física. Foram categorizadas com sintomas de ansiedade e depressão, pontuações ≥ 7 pontos e ≥ 6 pontos, respectivamente na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. As associações entre as variáveis foram realizadas com análises de Regressão Logística **Resultados:** A prevalência das DSF, CS e sintomas de ansiedade e depressão foram 43,90%, 36,80%, 43,90% e 35,40%, respectivamente. Referente as DSF, as disfunções na excitação (76,40%) e disfunção orgástica (69,30%) foram as mais prevalentes. As mulheres com CS (OR: 1,98; IC95%: 1,03; 3,81), sintomas de ansiedade (OR: 3,30; IC95%: 1,63; 6,66) e depressão (OR: 2,32; IC95%: 1,16; 4,65) tiveram maiores chances de apresentarem DSF **Conclusão:** A prevalência das DSF foi de 43,90%, com predomínio na diminuição da excitação e disfunção orgástica. CS, sintomas de ansiedade e depressão foram fatores de risco para DSF.

Palavras-chave: Disfunção sexual, sexualidade, comportamento sedentário, ansiedade e depressão.

INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) refere-se à dificuldade sentida pela mulher durante qualquer estágio da atividade sexual, incluindo desejo, excitação ou orgasmo (ROGERS et al. 2018). Essa condição apresenta alta prevalência mundialmente, sendo 40% nos Estados Unidos (ROGERS et al. 2018), 58% na América Latina (BLUMEL et al., 2009), 37,9% em Portugal (PEIXOTO; NOBRE, 2015), 27,3 -77% no Irã (ARASTEH et al., 2014; BAGHERZADEH et al., 2010; TEHRANI et al., 2014) e de 13,3% a 79,3% no Brasil (WOLPE et al. 2017). No entanto, acredita-se que esses dados são subestimados, pois a função sexual não é abordada rotineiramente na atenção básica, resultando em oportunidades perdidas de prevenção e intervenção precoce (LORENZ e MESTON, 2012; CABRAL et al., 2014).

As DSF estão associadas à diversas condições predisponentes, dentre as quais destacam a idade avançada, gestação e as disfunções do assoalho pélvico (ROGERS et al., 2018; DAUD et al., 2019; FELIPPE et al., 2017; BORTOLAMI et al., 2015). Além disso, as DSF se associam com condições comportamentais (nível de atividade física, etilismo, constipação, sobrepeso) e fatores psicológicos (sintomas de ansiedade e depressão) (CABRAL et al., 2014; ESPOSITO et al., 2007; NASCIMENTO et al., 2015; ROGERS et al., 2018).

Referente a condições comportamentais, as DSF estão associadas à inatividade física (DABROWSKA et al., 2010; CABRAL et al., 2014). Contudo, a associação das DSF com o comportamento sedentário (CS) ainda é pouco descrita (ALLEN; DESILE, 2017). Allen e Desile (2017) demonstraram que o CS (avaliados pelo tempo dispendido assistindo televisão) geram prejuízos para a sexualidade (reduções no desejo sexual, na atividade sexual, insatisfação sexual e disfunção sexual) (ALLEN; DESILE, 2017). No entanto, salienta-se que o estudo foi realizado somente em idosas que tendem a ter uma baixa atividade sexual, muitas vezes pela ausência do parceiro sexual e devido as alterações advindas com o envelhecimento, tais como alterações hormonais que afetam a libido, bem como a diminuição da lubrificação vaginal (VALADARES et al., 2014; AMBLER et al., 2012). Ademais, destaca-se que o CS (tempo dispendido na posição sentada > 270 minutos) em mulheres adultas brasileiras foi superior ao CS em idosas (MIELKE et al., 2014). Cabe destacar que o conceito de CS difere-se de inatividade física, pois pode-se observar perfis de comportamentos coexistentes, já que um indivíduo pode apresentar CS e ser fisicamente ativo (ASHE, 2012; OMOROU et al., 2015). Todavia, a atividade física pode postergar, mas não compensar, os efeitos deletérios advindos do CS (BISWAS et al., 2015).

Tratando-se dos componentes psicológicos, já é sabido que ansiedade e depressão são fatores de risco para o desenvolvimento das DSF, pois essas condições, como o seu tratamento farmacológico interrompem os processos fisiológicos de vasocongestão vaginal e clitoriano da

resposta sexual (NASCIMENTO et al., 2015; LUTFEY et al., 2009; MITCHELL et al., 2013). Apesar da associação dos sintomas de ansiedade e depressão com a DSF serem bem definidos pela literatura (LUTFEY et al., 2009; MITCHELL et al., 2013), uma vez que o Brasil apresenta as maiores taxas de ansiedade (9,3%) e depressão (5,8%) do mundo (OMS, 2017) e a saúde sexual é um direito humano fundamental (OMS, 2015), é benéfico a atualização frequente dos estudos nesta temática, tanto em amostras amplas de mulheres, como nas usuárias da atenção básica.

O conhecimento da associação entre as condições predisponentes modificáveis, como CS e sintomas de ansiedade e depressão e DSF torna-se importante, pois são condições passíveis de mudanças e que se inseridas nas condutas clínicas da avaliação das DSF e de seus fatores associados poderá prevenir e intervir precocemente nestas condições (MACDOWALL et al., 2010). Assim, os objetivos do estudo foram estimar a prevalência da DSF e verificar a associação entre o CS, os sintomas de ansiedade e depressão e DSF. Acredita-se que a prevalência da DSF será similar ao observado na literatura entre 30-50% (MCCOOL- MYERS et al., 2018; VERBEEK; HAYWARD, 2019) e que CS, sintomas de ansiedade e depressão estejam associados a DSF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo:

Tratou-se de um estudo observacional transversal e de caráter quantitativo realizado com mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde no município de Criciúma/SC.

Participantes:

A amostra do estudo foi composta por mulheres com idade superior a 18 anos e autorrelato de serem sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Foram excluídas gestantes, mulheres com sintomas autorrelatados de infecção do trato urinário inferior ou que tivessem realizado tratamento prévio para câncer uroginecológico.

Procedimento de coleta dos dados:

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de abril a agosto de 2019. Os dados foram coletados por duas fisioterapeutas especializadas na área da saúde da mulher previamente

treinadas. As voluntárias foram abordadas por conveniência nas unidades básicas de saúde, para apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação foi realizada no mesmo dia, na seguinte ordem: questões para caracterização da amostra, avaliação do CS, dos sintomas de ansiedade e depressão e das DSF. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob parecer número 3.168.884.

Variável dependente:

A DSF foi avaliada pelo questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), que é um instrumento validado e traduzido para a população brasileira (THIEL et al., 2008). Este instrumento é composto por 19 questões, cada uma com pontuação variando de 0 a 5, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor. O coeficiente de confiabilidade para o instrumento brasileiro é de 0,96 (THIEL et al., 2008).

Os valores do FSFI e seus domínios também podem ser analisados de forma categorizada (PACAGNELLA et al., 2009; WIEGEL M et al., 2005; JAMALI et al., 2016), sendo que pontuações inferiores a 26,5 indicam presença de DSF (WIEGEL et al., 2005; JAMALI et al., 2016). Para a análise por domínio, Jamali *et al.* (2016) propuseram que valores inferiores a 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo e 5,0 para satisfação, 5,5 para dor indicam a presença de disfunção nos referidos componentes (JAMALI et al., 2016).

Variáveis preditoras:

O CS foi avaliado por duas perguntas sobre o tempo dispendido na posição sentada em um dia de semana e em um dia do final de semana (IPAQ, 2005). Para obter a média do tempo dispendido na posição sentada foi utilizada a seguinte fórmula: Média do tempo dispendido na posição sentada: $([\text{Tempo sentado dia de semana} * 5 + \text{Tempo sentado final de semana} * 2] / 7)$. A unidade de medidas apresentada é em minutos e pode ser convertido em horas (IPAQ, 2005).

Estudos que empregaram essa seção para categorizar o CS sugerem que essas questões têm mostrado validade aceitável em comparação ao acelerômetro (coeficientes que variam entre 0,33 a 0,34) (ROSENBERG et al., 2008). As mulheres com tempo sentado $\geq 5\text{h/dia}$ foram categorizadas com CS (FOUCAUT et al., 2019). Esse valor corresponde ao tempo médio dispendido na posição sentada na população adulta brasileira (MIELKE et al., 2014).

Sintomas de ansiedade e depressão:

Para investigar os sintomas de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que possui 14 itens, entre os quais sete são voltados para a

avaliação da ansiedade e sete para a depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Esta escala pode ser utilizada desde a atenção primária até ambientes hospitalares (CASTRO et al., 2006; PORTUGAL et al., 2014; ARAGÃO et al., 2018). O instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por Botega *et al.* (1995) e as subescalas apresentam consistência interna de 0,68 e 0,77, respectivamente. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Foram categorizadas como sintomas de ansiedade e depressão pontuações superiores a ≥ 7 pontos e ≥ 6 pontos, respectivamente (Faro et al., 2015).

Variáveis de ajuste:

As análises foram ajustadas para a faixa etária (adultas: 18 – 59 anos; idosa: ≥ 60 anos) (OMS, 2002; VALADARES et al., 2014), pela presença de gestação prévia, laceração e episiotomia (sim e não) (BOCARDI et al., 2018; HALLOCK e HANDA, 2016), pelo uso das seguintes medicações (anti-hipertensivos, psicotrópicos e hormônios sintéticos) (ROGERS et al., 2018), pela presença de intestino preso (sim e não) (MILLER; BARALDI, 2012; BO et al., 2017), pelo IMC (normal entre 18,5 e 24,9 Kg/m² e acima do peso ≥ 25 Kg/m²) (OMS, 2000), pela atividade física categorizada pelo tempo gasto no trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer. O nível de atividade física para cada domínio foi categorizado como suficientemente ativos (>150 minutos) e insuficientemente ativos (< 150 minutos) (OMS, 2005) e também foi ajustado pela prática de atividade física (sim e não).

Análise estatística:

A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 20.0), adotando um nível de significância de 5%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para testar as associações entre as variáveis preditoras e dependentes foram realizadas análises de Regressão Logística, estimando-se as razões de chances (OR) brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

RESULTADOS

Participaram do estudo 212 mulheres, sendo 188 adultas (88,70%) e 24 idosas (11,30%).

Informações mais detalhadas da caracterização da amostra podem ser observadas na tabela 1. A prevalência da DSF foi observada em 93 mulheres (43,90%). Entre os domínios da DSF, as maiores prevalências foram 162 mulheres (76,40%) apresentaram diminuição da excitação, 147 (69,30%) disfunção orgástica, 143 (67,50%) desejo sexual hipoativo, 129 (60,80%) déficit de lubrificação, 125 (59%) insatisfação sexual e 81 (38,20%) dispareunia 38,20% (81).

O CS foi presente em 78 mulheres (36,80%). Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão observou-se a prevalência em 93 mulheres (43,90%) e 75 mulheres (35,40%) (75), respectivamente.

Tabela 1. Caracterização das mulheres atendidas na atenção básica de saúde do município de Criciúma/SC pela presença de intestino preso, pelo IMC, pela atividade física categorizada pelo tempo gasto no trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer.

Fatores avaliados	Total (N, %) (n=212)	Com DSF (N, %) (n=93)	Sem DSF (N, %) (n=119)	p
Dados Sociodemográficos				
Idade				
18 – 59 anos	188 (88,70)	77 (82,79)	111 (93,27)	0,01*
≥ 60 anos	24 (11,30)	16 (17,20)	8 (6,72)	
Dados Obstétricos				
Gestou n(%)				
Sim	185 (87,30)	89 (95,70)	96 (80,70)	0,00*
Não	27 (12,70)	4 (4,30)	23 (19,30)	
Episiotomia n(%)				
Sim	97 (45,80)	55 (59,14)	42 (35,35)	0,00*
Não	115 (54,20)	38 (40,86)	77 (64,65)	
Laceração n(%)				
Sim	64 (30,20)	23 (44,09)	23 (19,28)	0,00*
Não	148 (69,80)	52 (55,91)	96 (80,72)	
Dados Antropométricos				
IMC n (%)				
Normal	71 (34,10)	29 (31,90)	42 (35,90)	0,54
Acima do peso	137 (65,90)	62 (68,10)	75 (64,10)	
Dados Comportamentais				
Intestino preso n(%)				
Sim	62 (29,20)	34 (36,60)	28 (23,50)	0,05*
Não	150 (70,80)	59 (63,40)	91 (76,50)	
IPAQ - Trabalho n(%)				
Ativas	61 (28,80)	22 (23,70)	39 (32,80)	0,14
Inativas	151 (71,20)	71 (76,30)	80 (67,20)	
IPAQ – Transporte n(%)				
Ativas	33 (15,60)	9 (9,70)	24 (20,20)	0,03*
Inativas	179 (84,40)	84 (90,30)	95 (79,80)	
IPAQ – Atividades Domésticas n(%)				
Ativas	177 (83,50)	78 (83,90)	99 (83,20)	0,89
Inativas	35 (16,50)	15 (16,11)	20 (16,80)	
IPAQ – Lazer n(%)				
Ativas	31 (14,60)	9 (9,70)	22 (18,50)	0,07*
Inativas	181 (85,40)	84 (70,30)	97 (81,50)	
Comportamento sedentário n(%)				
Sim	78 (36,80)	42 (53,80)	36 (46,20)	0,01*
Não	134 (63,20)	51 (38,10)	83 (61,90)	
Prática de atividade física n(%)				

Sim	71 (33,50)	23 (32,39)	48 (67,61)	0,01*
Não	141 (66,50)	70 (49,60)	71 (50,40)	
Sintomas psicológicos				
Ansiedade n(%)				
Sim	93 (43,90)	52 (55,90)	41 (44,10)	0,00*
Não	119 (56,10)	41 (34,50)	78 (65,50)	
Depressão n(%)				
Sim	75 (35,40)	43 (57,30)	32 (42,70)	0,00*
Não	137 (64,60)	50 (36,50)	87 (63,50)	
Dados Clínicos				
Anti-hipertensivos n(%)				
Sim	53 (25,00)	30 (32,30)	23 (19,30)	0,02*
Não	159 (75,00)	63 (67,70)	96 (80,70)	
Psicotrópicos n(%)				
Sim	58 (27,40)	23 (24,70)	35 (29,40)	0,45
Não	154 (72,60)	70 (75,30)	84 (70,60)	
Anticoncepcional n(%)				
Sim	48 (22,60)	12 (12,90)	36 (30,30)	0,00*
Não	164 (77,40)	81 (87,10)	83 (69,70)	

Legenda: n: Número de mulheres; M: metros; Kg: Quilos; IMC: Índice de massa corporal; IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física; Kg/m²: quilogramas por metro quadrado; Cm: centímetros; DSF: Disfunção sexual feminina.; p: nível de significância; *: ajuste residual acima de 2,0; *p≤0,05.

A associação entre o CS, sintomas de ansiedade e depressão e DSF estão representadas na Tabela 2. Considerando o modelo final com ajuste da análise de regressão, observou-se que mulheres com CS (OR: 1,98; IC95%: 1,03; 3,81), sintomas de ansiedade (OR: 3,30; IC95%: 1,63; 6,66) e sintomas depressivos (OR: 2,32; IC95%: 1,16; 4,65) apresentaram maiores chances de terem DSF quando comparadas as mulheres que não tinham as mesmas condições.

Tabela 2. Análise de regressão logística entre CS, sintomas depressivos, ansiedade e DSF.

Variáveis	DSF	
	Bruta OR (IC95%)	Ajustada ^a OR (IC95%)
Comportamento sedentário		
Não	1,00	1,00
Sim	2,00 (1,13; 3,55)	1,98 (1,03; 3,81)
Sintomas de ansiedade		
Não	1,00	1,00
Sim	2,66 (1,51; 4,69)	3,30 (1,63; 6,66)
Sintomas de depressão		
Não	1,00	1,00

Sim

2,48 (1,39; 4,44)

2,32 (1,16; 4,65)

^a Ajustada para as variáveis: faixa etária, uso de anti-hipertensivos, psicotrópicos, hormônios, gestação, laceração, episiotomia, intestino preso, IMC, domínios da atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e pela prática de atividade; ^b $p \leq 0,05$; CS: Comportamento sedentário; DSF: Disfunção sexual feminina

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência da DSF e verificar a associação entre o CS, sintomas de ansiedade e depressão e DSF. Os resultados do presente estudo demonstraram que a prevalência de DSF foi de 43,90%, com predomínio da diminuição da excitação (76,40%) e disfunção orgástica (69,30%). Verificou-se também que mulheres com CS, sintomas de ansiedade e depressão apresentaram maiores chances de ter DSF quando comparadas as que não tinham as mesmas condições.

Os achados do presente estudo sobre a prevalência das DSF são concordantes com dados da literatura. A prevalência mundial das DSF é estimada em 22 a 43% (THOMAS; THURSTON, 2016), sendo 40% nos Estados Unidos (ROGERS et al. 2018), 58% na América Latina (BLUMEL et al., 2009), 37,9% em Portugal (PEIXOTO; NOBRE, 2015), 27,3-77% no Irã (ARASTEH et al. 2014; BAGHERZADEH et al.2010; TEHRANI et al. 2014), e de 13,3% a 79,3% no Brasil (WOLPE et al. 2017, ABDO et al., 2004). Para os domínios da DSF observa-se similaridade na prevalência para o desejo sexual hipoativo (11 – 68,2%), dificuldade orgástica (18 – 55,4%) e dispareunia (13 – 56,1%) (WOLPE, et al., 2017). No entanto, a prevalência da disfunção da excitação em nosso estudo apresentou valores mais elevados em comparação a Wolpe et al (8 – 68,2%). Tal diferença pode ser devido a forma de seleção de amostra, uma vez que na atenção primária, o acesso as informações sobre sexualidade são escassas (PINHEIRO; COUTO, 2013). Ademais, a diferença das prevalências apresentadas pela revisão sistemática (WOLPE, et al., 2017) utilizou estudos com diferentes populações, tais como mulheres no climatério, com depressão, gestantes, oscilações endócrinas (CABRAL et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2015; NALDONI et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012).

Em nosso estudo foi encontrado que o CS é um fator de risco ao desenvolvimento das DSF. A relação entre CS e DSF não é bem conhecida na literatura, mas já se sabe que o CS é um fator de risco para a obesidade, para a síndrome metabólica, aumento no IMC e na gordura abdominal (TROMPETER et al., 2016). Todos esses efeitos adversos em saúde associados ao CS, contribuem para o aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias como o fator de necrose tumoral (TNF-alfa), proteína C reativa (PCR) e interleucinas 6 (IL-6) (HAMILTON et al., 2007; CHARANSONNEY, 2011; ELKS, FRANCIS, 2010). A inflamação, pode interferir no desejo sexual feminino e na excitação por meio de vias diretas (neurais) e indiretas

(endócrinas, vasculares, sociais e comportamentais) (ROGRIGUES et al., 2015; MAIORINO et al., 2018). Ademais, aumentos nos mediadores inflamatórios podem modificar a resistência vascular clitoriana contribuindo para a DSF (MASEROLI, 2016).

Uma outra possível hipótese que contribui na explicação de como o CS está associado a DSF está relacionado ao aumento nos níveis de colesterol (BEY, HAMILTON, 2003; HAMILTON et al., 2008). Krysiak *et al.* (2018) avaliaram a FS em mulheres com elevados nível de colesterol e encontraram uma FS pior nestas mulheres em comparação com mulheres saudáveis. Sabe-se que o clítoris é uma estrutura anatomicamente similar ao pênis (PUPPO et al., 2015) e nos homens a principal hipótese da associação de dislipidemias e disfunção erétil é causado pelo aumento do nível de colesterol afetando o fluxo sanguíneo, pois há diminuição de óxido nítrico disponível para vasodilatação e tumescência na dislipidemia, conseqüentemente a ereção fica prejudicada (JIN et al., 2008; MUSICKI et al., 2010), sendo assim, acredita-se que nas mulheres ocorre o mesmo, porém é necessário estudos com exames laboratoriais e vasculares para que confirmem essa associação.

Os sintomas de ansiedade e depressão também foram associados a DSF. As doenças psicológicas são um fator de risco importante para a DSF, pois essas condições interrompem os processos fisiológicos de vasocongestão vaginal e clitoriano (LUTFEY et al., 2009; MITCHELL et al., 2013). Além disso, a fisiologia sexual é regulada por estruturas subcorticais como o hipotálamo, tronco cerebral e medula espinhal, bem como várias regiões corticais do cérebro com neurotransmissores e neuromoduladores (KIRMIZI et al., 2020). O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório e também regula a FS (DOMINGUEZ, 2009; WILL et al., 2014). Da mesma forma, o GABA, um neurotransmissor inibitorio, é uma molécula associada à FS e à depressão (“Gamma-aminobutyric acid (GABA), Monografia”, 2007). Kirmizi et al. (2020) verificaram que níveis de glutamato, TNF α , IL-1 β e IL-6 foram maiores, e GABA e BDNF foram menores em mulheres com depressão moderada e grave. Distúrbios sexuais, como desejo sexual hipoativo e anorgasmia foram relatados em pacientes usando análogo GABA para o tratamento de transtornos de ansiedade generalizada, fibromialgia e a prevenção de enxaquecas (HAMED, 2018; QUINN, 2013).

Apesar da relevância do estudo, algumas limitações devem ser destacadas: 1) Pode ter ocorrido um viés de seleção, uma vez que a amostra foi recrutada por conveniência; 2) o desenho transversal não permite a inferência de relação causal, assim sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados para que se possa acompanhar o desenvolvimento da sarcopenia

Os resultados deste estudo ajudam a evidenciar os fatores comportamentais e de saúde mental das mulheres com DSF para compreender melhor quais abordagens terapêuticas serão mais eficazes nesta população e ser norteador para que grupos de prevenção na atenção primária sejam realizados com o enfoque na saúde física, mental e abordagens na sexualidade. Este estudo ainda incentiva novas pesquisas sobre os efeitos do CS na função sexual feminina.

CONCLUSÃO

A prevalência das DSF foi de 43,90%, com predomínio na diminuição da excitação e disfunção orgástica. CS, sintomas de ansiedade e depressão foram fatores de risco para DSF.

REFERÊNCIAS

ABDO, C H N; OLIVEIRA, W M; MOREIRA, E D; FITTIPALDI, J A s. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal Of Impotence Research**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 160-166, 12 fev. 2004. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198>.

ALLEN, Mark S.; DESILLE, Annelil E.. Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Functioning and Behavior in Older Adults. **International Journal Of Sexual Health**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 273-277, 24 mar. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2017.1307301>.

AMBLER Dana, BIEBER Eric, DIAMOND Michael. Sexual function in elderly women: a review of current literature. **Rev Obstet Gynecol**. 2012;5(1):16-27.

ARASTEH M, SHAMS ALIZADEH N, GHADERI E, et al. Survey of the prevalence of sexual dysfunctions in Kurdish women. *J Sex Marital Ther* 2014;40:503-511.

ASHE, Maureen C.. Physical Activity and Workplace Sedentary Behaviour. **Physiotherapy Canada**, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 1-3, jan. 2012. University of Toronto Press Inc. (UTPress). <http://dx.doi.org/10.3138/ptc.64.1.ge1>.

BAGHERZADEH R, ZAHMATKESHAN N, GHARIBI T, et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehrian women of Iran. **Sex Disabil** 2010; 28:39-49

BEY L, HAMILTON MT. Suppression of skeletal muscle lipoprotein lipase activity during physical inactivity: a molecular reason to maintain daily lowintensity activity. **J Physiol**. 2003 Sep 1;551(Pt 2):673-82.

BISWAS, Aviroop; OH, Paul I.; FAULKNER, Guy E.; BAJAJ, Ravi R.; SILVER, Michael A.; MITCHELL, Marc S.; ALTER, David A.. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence, Mortality, and Hospitalization in Adults. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 162, n. 2, p. 123-132, 20 jan. 2015. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/m14-1651>.

BLUMEL, Juan E.; CHEDRAUI, Peter; BARON, German; BELZARES, Emma; BENCOSME, Ascanio; CALLE, Andres; ESPINOZA, Maria T.; FLORES, Daniel; IZAGUIRRE, Humberto; LEON-LEON, Patricia. Sexual dysfunction in middle-aged women. **Menopause**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 1139-1148, nov. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a4e317>.

BØ, Kari et al. Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: prospective cohort study. **Neurourology and urodynamics**, v. 36, n. 3, p. 716- 721, 2017.

BOCARDI, D. A. S. et al. Pelvic floor muscle function and EMG in nulliparous women of different ages: a cross-sectional study. **Climacteric**, p. 1-5, 2018.

BORTOLAMI, Arianna; VANTI, Carla; BANCHELLI, Federico; GUCCIONE, Andrew A.; PILLASTRINI, Paolo. Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: an observational study. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 5, p. 1233-1241, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12882>.

BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 5, p.359-363, out. 1995.

CABRAL, Patrícia Uchôa Leitão; CANÁRIO, Ana Carla Gomes Md; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; UCHÔA, Severina Alice da Costa; ELEUTÉRIO, José Júnior; GIRALDO, Paulo Cesar; GONÇALVES, Ana Katherine. Physical activity and sexual function in middle-aged women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 60, n. 1, p. 47-52, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.011>.

CHARANSONNEY, Olivier L.. Physical Activity and Aging: A Life-Long Story. **6: Discovery Medicine**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1-8, set. 2011.

DABROWSKA, Jolanta; DROSDZOL, Agnieszka; SKRZYPULEC, Violetta; PLINTA, Ryszard. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. **The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care**, [S.L.], v. 15, n. 6, p. 423-432, 22 nov. 2010. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2010.529968>.

DAUD, Suzanna; ZAHID, Akmal Zulayla Mohd; MOHAMAD, Mariam; ABDULLAH, Bahiyah; MOHAMAD, Noor Azura Noor. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. **Archives Of Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 300, n. 5, p. 1279-1285, 21 ago. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-019-05273-y>.

DOMINGUEZ, Juan M.. A Role for Preoptic Glutamate in the Regulation of Male Reproductive Behavior. **The Neuroscientist**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 11-19, 13 nov. 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1073858408322679>.

ESPOSITO K, CIOTOLA M, GIUGLIANO F, BISOGNI C, SCHISANO B, AUTORINO R et al., Association of body weight with sexual function in women. **Int J Impot Res**. 2007;19(4):353-7.

ELKS, Carrie M.; FRANCIS, Joseph. Central Adiposity, Systemic Inflammation, and the Metabolic Syndrome. **Current Hypertension Reports**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 99-104, 28 mar. 2010. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11906-010-0096-4>.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 349-353, 2015.

FELIPPE, Mariana Rhein et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study. **Sexual Medicine**, v. 5, n. 1, p. e54-e60, 2017.

FOUCAUT, Aude-Marie; FAURE, Céline; JULIA, Chantal; CZERNICHOW, Sébastien; LEVY, Rachel; DUPONT, Charlotte. Sedentary behavior, physical inactivity and body composition in relation to idiopathic infertility among men and women. **Plos One**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1-15, 24 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0210770>.

Gamma-aminobutyric acid (GABA), 2007. Monograph. *Altern. Med. Rev.* 12, 274–279.

HALLOCK, Jennifer L.; HANDA, Victoria L. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 43, n. 1, p. 1-13, 2016.

HAMER, Mark; COOMBS, Ngaire; STAMATAKIS, Emmanuel. Associations between objectively assessed and self-reported sedentary time with mental health in adults: an analysis of data from the health survey for england. **Bmj Open**, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 1-7, mar. 2014. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004580>.

HAMILTON MT, HAMILTON DG, ZDERIC TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. **Diabetes**. 2007 Nov;56(11):2655-67.

HAMILTON, Marc T.; HEALY, Genevieve N.; DUNSTAN, David W.; ZDERIC, Theodore W.; OWEN, Neville. Too little exercise and too much sitting: inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. **Current Cardiovascular Risk Reports**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 292-298, jul. 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12170-008-0054-8>.

JAMALI, Safieh; RAHMANIAN, Afifeh; JAVADPOUR, Shohreh. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross- sectional study. **International Journal Of Reproductive Biomedicine**, Irã, v. 14, n. 1, p.29-38, jan. 2016.

JIN, Liming; LAGODA, Gwen; LEITE, Romulo; WEBB, R. Clinton; BURNETT, Arthur L.. NADPH Oxidase Activation: a mechanism of hypertension-associated erectile dysfunction. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 544-551, mar. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00733.x>.

KIRMIZI, Demet Aydogan; BASER, Emre; ONAT, Taylan; CALTEKIN, Melike Demir; YALVAC, Ethem Serdar; KARA, Mustafa; GOCMEN, Ayse Yesim. Sexual function and depression in polycystic ovary syndrome: is it associated with inflammation and neuromodulators?. **Neuropeptides**, [S.L.], v. 84, dez. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npep.2020.102099>.

KRYSIAK, Robert; DROSDZOL-COP, Agnieszka; SKRZYPULEC-PLINTA, Violetta; OKOPIEŃ, Bogusław. The effect of atorvastatin on sexual function and depressive symptoms in young women with elevated cholesterol levels — a pilot study. **Endokrynologia Polska**, [S.L.], v. 69, n. 6, p. 688-694, 20 dez. 2018. VM Media SP. zo.o VM Group SK. <http://dx.doi.org/10.5603/ep.a2018.0062>.

LORENZ, Tierney A.; MESTON, Cindy M.. Acute Exercise Improves Physical Sexual Arousal in Women Taking Antidepressants. **Annals Of Behavioral Medicine**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 352-361, 9 mar. 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-011-9338-1>.

LUTFEY, Karen E.; LINK, Carol L.; ROSEN, Raymond C.; WIEGEL, Markus; MCKINLAY, John B.. Prevalence and Correlates of Sexual Activity and Function in Women: results from the boston area community health (bach) survey. **Archives Of Sexual Behavior**, [S.L.], v. 38, n. 4, p. 514-527, 11 jan. 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9290-0>.

MACDOWALL, Wendy et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. **Patient Education And Counseling**, [s.l.], v. 81, n. 3, p.332-337, dez. 2010.

MAIORINO MI, BELLASTELLA G, GIUGLIANO D, et al. From inflammation to sexual dysfunctions: a journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. **J Endocrinol Invest** 2018; 41(11): 1249–1258.

MASEROLI, Elisa; FANNI, Egidia; CIPRIANI, Sarah; SCAVELLO, Irene;
PAMPALONI, Francesca; BATTAGLIA, Cesare; FAMBRINI, Massimiliano;
MANNUCCI, Edoardo; JANNINI, Emmanuele A.; MAGGI, Mario. Cardiometabolic
Risk and Female Sexuality: focus on clitoral vascular resistance. **The Journal Of Sexual
Medicine**, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 1651-1661, nov. 2016. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.009>.

MCCOOL-MYERS, Megan; THEURICH, Melissa; ZUELKE, Andrea. Predictors of
female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender
inequality paradigms. **Bmc Women's Health**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-15, 22 jun. 2018.

MIELKE, Grégore I.; SILVA, Inácio C. M. da; OWEN, Neville; HALLAL, Pedro C..
Brazilian Adults' Sedentary Behaviors by Life Domain: population-based study. **Plos
One**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 201-210, 11 mar. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0091614>.

MILLER, Karen L.; BARALDI, Carole A. Geriatric gynecology: promoting health and
avoiding harm. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 207, n. 5, p. 355-
367, 2012.

MITCHELL, K.R., MERCER, C.H., PLOUBIDIS, G.B., JONES, K.G., DATTA, J.,
FIELD, N., COPAS, A.J., TANTON, C., ERENS, B., SONNENBERG, P., CLIFTON, S.,
MACDOWALL, W., PHELPS, A., JOHNSON, A.M., WELLINGS, K., 2013. Sexual
function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and
Lifestyles (Natsal-3). **The Lancet**. doi:10.1016/s0140-6736(13)62366-1

MUSICKI, Biljana; LIU, Tongyun; LAGODA, Gwen A.; STRONG, Travis D.; SEZEN,
Sena F.; JOHNSON, Justin M.; BURNETT, Arthur L.. Hypercholesterolemia-Induced
Erectile Dysfunction: endothelial nitric oxide synthase (enos) uncoupling in the mouse
penis by nad(p)h oxidase. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 9, p. 3023-
3032, set. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01880.x>.

NALDONI L, PAZMINO M, PEZZAN P, PEREIRA S, DUARTE G, FERREIRA C.
Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. **J Sex Marital Ther**
2011;37(2):116–29.

NASCIMENTO, E.r. et al. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 181, p.96-100, ago. 2015.

OMOROU, Abdou Y.; COSTE, Joel; ESCALON, Hélène; VUILLEMIN, Anne. Patterns of physical activity and sedentary behaviour in the general population in France: cluster analysis with personal and socioeconomic correlates. **Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 483-492, 11 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdv080>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em:
<http://www.who.int/topics/obesity/en/>. 2000

Organização Mundial da Saúde (OMS) - Sexual health, human rights and the law, 2015. Disponível em: [WHO | Sexual health, human rights and the law](#)

Organização Mundial da Saúde (OMS) – Depression and Other Common Mental Disorders, 2017. Disponível em: [WHO | Depression and Other Common Mental Disorders](#)

Organização Mundial da Saúde (OMS) - IPAQ – Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short and Long Forms. Novembro, 2005.

PACAGNELLA, R. DE C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333–44, 2009.

PEIXOTO MM, NOBRE P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. **J Sex Marital Ther** 2015;41:169-180.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 73-92, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312013000100005>.

PUPPO, Vincenzo; PUPPO, Giulia. Anatomy of sex: revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. *Clinical Anatomy*, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 293-304, 6 out. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22471>.

QUINN, John P. Mental health and behaviour. *Neuropeptides*, [S.L.], v. 47, n. 6, p. 361-367, dez. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npep.2013.10.004>.

RIBEIRO M, NAKAMURA M, DE TUBINO SCANAVINO M, MATTAR M. Female sexual function and gestational diabetes. *J Sex Med* 2012;9(3):786–92.

RODRIGUES FL, FAIS RS, TOSTES RC. There is a link between erectile dysfunction and heart failure: it could be inflammation. *Curr Drug Target* 2015; 16(5):442–450.

ROGERS, Rebecca G. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourology And Urodynamics*, [s.l.], v. 37, n. 4, p.1220-1240, 14 fev. 2018.

ROSENBERG DE, BULL FC, MARSHALL AL, SALLIS JF, BAUMAN AE. Assessment of sedentary behavior with the International Physical Activity Questionnaire. *J Phys Act Health*. 2008;5 Suppl 1:S30-44. doi: 10.1123/jpah.5.s1.s30. PMID: 18364524.

TEHRANI FR, FARAHMAND M, SIMBAR M, et al. Factors associated with sexual dysfunction: A population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med* 2014;17:679.

THIEL, ROSANE RC. Et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev bras ginecol. Obstet.* 2008; 30(10):504-510.

THOMAS, Holly N.; THURSTON, Rebecca C. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. **Maturitas**, v. 87, p. 49-60, 2016.

TROMPETER SE, BETTENCOURT R, BARRETT-CONNOR E. Metabolic Syndrome and Sexual Function in Postmenopausal Women. **The American Journal of Medicine**. 2016;129(12):1270–7.e1.

VALADARES, Ana Lúcia Ribeiro; MACHADO, Vanessa S. Santos; COSTA-PAIVA, Lúcia S. da; SOUZA, Maria Helena de; OSIS, Maria José; PINTO-NETO, Aarão M.. Sexual activity in Brazilian women aged 50 years or older within the framework of a population-based study. **Menopause**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 295-300, mar. 2014.

WIEGEL, Markus; MESTON, Cindy; ROSEN, Raymond. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.1-20, jan. 2005.

WILL, Ryan G.; HULL, Elaine M.; DOMINGUEZ, Juan M.. Influences of dopamine and glutamate in the medial preoptic area on male sexual behavior. **Pharmacology Biochemistry And Behavior**, [S.L.], v. 121, p. 115-123, jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pbb.2014.02.005>.

WOLPE, Raquel E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [s.l.], v. 211, p.26-32, abr. 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P.. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s.l.], v. 67, n. 6, p.361-370, jun. 1983.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou aspectos físicos e psicológicos associados à DSF, visando compreender melhor as evidências já descritas na literatura, como a associação dos sintomas de ansiedade e depressão e a DSF, tanto preencher uma lacuna da escassez de estudos entre CS e DSF. Os achados são relevantes já que podem auxiliar pesquisadores e profissionais da área da saúde da mulher. Na prática clínica os profissionais poderão utilizar este conhecimento no atendimento de mulheres com queixas sexuais. Na pesquisa, iniciamos a evidência da associação do CS e a DSF no Brasil, sendo assim necessita-se de mais estudos nessa temática.

Baseado nos resultados obtidos, conclui-se que mulheres com CS, sintomas de ansiedade e depressão apresentam maiores chances de desenvolver DSF quando comparadas as mulheres sem estas condições. Além disso, encoraja-se estudos futuros com população de mulheres em outras regiões brasileiras para melhor compreensão da associação do CS, dos sintomas psicológicos e da DSF, sabendo da multidiversidade cultural do nosso país.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Archives Of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [s.l.], v. 33, n. 3, p.162-167, 2006.

AGARWAL, Monica D.; RESNICK, Elena L.; MHUIRCHEARTAIGH, Jennifer Ni; MORTELE, Koenraad J.. MR Imaging of the Female Perineum. **Magnetic Resonance Imaging Clinics Of North America**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 435-455, ago. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mric.2017.03.011>.

ALTHOF, Stanley E.; NEEDLE, Rachel B. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. **Arab Journal Of Urology**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.299-304, set. 2013.

ASHE, Maureen C.. Physical Activity and Workplace Sedentary Behaviour. **Physiotherapy Canada**, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 1-3, jan. 2012. University of Toronto Press Inc. (UTPress). <http://dx.doi.org/10.3138/ptc.64.1.ge1>.

AVIS, Nancy e; ZHAO, Xinhua; JOHANNES, Catherine B; ORY, Marcia; BROCKWELL, Sarah; A GREENDALE, Gail. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the study of women's health across the nation (swan). **Menopause**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 385-398, jul. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.gme.0000151656.92317.a9>.

BASSON, Rosemary. The Female Sexual Response: a different model. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 51-65, jan. 2000. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278641>.

BASSON, Rosemary. Women's Sexual Desire—Disordered or Misunderstood? **Journal Of Sex And Marital Therapy**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 17-28, 15 fev. 2002. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230252851168>.

BASSON, Rosemary; WIERMAN, Margaret E.; VAN LANKVELD, Jacques; BROTTTO, Lori. REPORTS: summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 314-326, jan. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x>.

BASSON, Rosemary; GILKS, Thea. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. **Women'S Health**, [S.L.], v. 14, p. 1-16, jan. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1745506518762664>.

BAXTER, A. J.; SCOTT, K. M.; VOS, T.; WHITEFORD, H. A.. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 897-910, 10 jul. 2012. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s003329171200147x>.

BISWAS, Aviroop; OH, Paul I.; FAULKNER, Guy E.; BAJAJ, Ravi R.; SILVER, Michael A.; MITCHELL, Marc S.; ALTER, David A.. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence, Mortality, and Hospitalization in Adults. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 162, n. 2, p. 123-132, 20 jan. 2015. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/m14-1651>.

BORTOLAMI, Arianna; VANTI, Carla; BANCHELLI, Federico; GUCCIONE, Andrew A.; PILLASTRINI, Paolo. Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: an observational study. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 5, p. 1233-1241, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12882>.

BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 5, p.359-363, out. 1995.

BRADFORD, Andrea; MESTON, Cindy M.. The impact of anxiety on sexual arousal in women. **Behaviour Research And Therapy**, [S.L.], v. 44, n. 8, p. 1067-1077, ago. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.006>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atenção básica, 2018.

BURRI, Andrea V.; CHERKAS, Lynn M.; SPECTOR, Tim D.. Emotional Intelligence and Its Association with Orgasmic Frequency in Women. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 7, p. 1930-1937, jul. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01297.x>.

CABRAL, Patrícia Uchôa Leitão; CANÁRIO, Ana Carla Gomes Md; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; UCHÔA, Severina Alice da Costa; ELEUTÉRIO, José Júnior; GIRALDO, Paulo Cesar; GONÇALVES, Ana Katherine. Physical activity and sexual function in middle-aged women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 60, n. 1, p. 47-52, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.011>.

CAVALCANTI, R. e CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. São Paulo: Roca, 2006. 3ª. Ed.

CHAND, S.; GIVON, L. Depression. StatPearls Publishing, n. 9. fev. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>>

COSTA, Camilla Oleiro da; BRANCO, Jerônimo Costa; VIEIRA, Igor Soares; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; SILVA, Ricardo Azevedo da. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 68, n. 2, p. 92-100, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.

DĄBROWSKA, Jolanta; DROSDZOL, Agnieszka; SKRZYPULEC, Violetta; PLINTA, Ryszard. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. **The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care**, [S.L.], v. 15, n. 6, p. 423-432, 22 nov. 2010. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2010.529968>.

DUMITH S. Atividade física e sedentarismo: diferenciação e proposta de nomenclatura. **Rev Bras Atividade Física e Saude**. 2010;15(4).

FARO, André. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.349-353, set. 2015.

FELIPPE, Mariana Rhein et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study. **Sexual medicine**, v. 5, n. 1, p. e54-e60, 2017.

FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; DWYER, Peter L.; DAVIDSON, Melissa; SOUZA, Alison de; UGARTE, Julio Alvarez; FRAWLEY, Helena C.. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 26, n. 12, p. 1735-1750, 14 jun. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2749-y>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Transtornos depressivos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 220-221, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082005000200014>.

FOUCAUT, Aude-Marie; FAURE, Céline; JULIA, Chantal; CZERNICHOW, Sébastien; LEVY, Rachel; DUPONT, Charlotte. Sedentary behavior, physical inactivity and body composition in relation to idiopathic infertility among men and women. **Plos One**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1-15, 24 abr. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0210770>.

FRANCESCHET, Joseli; SACOMORI, Cinara; CARDOSO, Fernando L.. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Brazilian Journal Of Physical Therapy**, [S.L.], v. 13, n. 5, p. 383-389, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-35552009005000054>.

GELMAN, Faina; ATRIO, Jessica. Flibanserin for hypoactive sexual desire disorder: place in therapy. **Therapeutic Advances In Chronic Disease**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 16-25, jan. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2040622316679933>.

GOTT, Merry; HINCHLIFF, Sharron; GALENA, Elisabeth. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 58, n. 11, p.2093-2103, jun. 2004.

HARTMANN, Katherine E.; MA, Cindy; LAMVU, Georgine M.; LANGENBERG, Patricia W.; STEEGE, John F.; KJERULFF, Kristen H.. Quality of Life and Sexual Function After Hysterectomy in Women With Preoperative Pain and Depression. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 104, n. 4, p. 701-709, out. 2004. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000140684.37428.48>.

HASKELL WL, LEE I-M, PATE RR, POWELL KE, BLAIR SN, FRANKLIN BA, MACERA CA, HEATH GW, THOMPSON PD, AND BAUMAN A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Vol. 39, No. 8, pp. 1423–1434, 2007.<http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.107.185649>.

HAYLEN, Bernard T.; RIDDER, Dirk de; FREEMAN, Robert M.; SWIFT, Steven E.; BERGHMANS, Bary; LEE, Joseph; MONGA, Ash; PETRI, Eckhard; RIZK, Diaa E.; SAND, Peter K.. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 5-26, 25 nov. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>.

HOFFMAN, Benson M. et al. Effects of aerobic exercise on sexual functioning in depressed adults. **Mental Health And Physical Activity**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.23-28, jun. 2009.

IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e> Acesso em: outubro de 2020.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html>>. Acesso em: outubro de 2020.

IBGE – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Institucional.

[S.l.]: 2010. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html>>. Acesso em: outubro de 2020.

IPAQ – Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short and Long Forms. Novembro, 2005.

JAMALI, Safieh; RAHMANIAN, Afifeh; JAVADPOUR, Shohreh. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. **International Journal Of Reproductive Biomedicine: Int J Reprod Biomed**, Irã, v. 14, n. 1, p.29-38, jan. 2016.

JOHNSON, Crista E. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum (CME). **The Journal Of Sexual Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 5, p.1267-1284, maio 2011.

KALMBACH, David A.; PILLAI, Vivek. Daily Affect and Female Sexual Function. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 2938-2954, dez. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12712>. KAPLAN; LIEF, 1977

KEYES, K. M.; CHESLACK-POSTAVA, K.; WESTHOFF, C.; HEIM, C. M.; HALOOSIM, M.; WALSH, K.; KOENEN, K.. Association of Hormonal Contraceptive Use With Reduced Levels of Depressive Symptoms: a national study of sexually active women in the united states. **American Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 178, n. 9, p. 1378-1388, 15 set. 2013. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwt188>.

KHANDKER, Maheruh; BRADY, Sonya S.; VITONIS, Allison F.; MACLEHOSE, Richard F.; STEWART, Elizabeth G.; HARLOW, Bernard L.. The Influence of Depression and Anxiety on Risk of Adult Onset Vulvodynia. **Journal Of Women'S Health**, [S.L.], v. 20, n. 10, p. 1445-1451, out. 2011. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2661>.

LARA, Lucia Alves da Silva; ABDO, Carmita Helena Najjar. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da graduação do curso de medicina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.99-101, mar. 2014.

LAURENT, Sean M.; SIMONS, Anne D.. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 29, n. 7, p.573-585, nov. 2009.

LEENERS, Brigitte; HENGARTNER, Michael P.; RÖSSLER, Wulf; AJDACIC-GROSS, Vladeta; ANGST, Jules. The Role of Psychopathological and Personality Covariates in Orgasmic Difficulties: a prospective longitudinal evaluation in a cohort of women from age 30 to 50. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 2928-2937, dez. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12709>.

LEVINE, J. A. et al. Interindividual Variation in Posture Allocation: possible role in human obesity. *Science*, [S.L.], v. 307, n. 5709, p. 584-586, 28 jan. 2005. **American Association for the Advancement of Science (AAAS)**. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1106561>.

LUTFEY, Karen E.; LINK, Carol L.; ROSEN, Raymond C.; WIEGEL, Markus; MCKINLAY, John B.. Prevalence and Correlates of Sexual Activity and Function in Women: results from the boston area community health (bach) survey. **Archives Of Sexual Behavior**, [S.L.], v. 38, n. 4, p. 514-527, 11 jan. 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9290-0>.

MACDOWALL, Wendy et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. **Patient Education And Counseling**, [s.l.], v. 81, n. 3, p.332-337, dez. 2010.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MASTERS WH, JOHNSON VE. Human sexual response. **Boston: Lippincott Williams & Wilkins**; 1966.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p.5-18, 2001.

MAZLOOMDOOST, Donna; PAULS, Rachel N.. A Comprehensive Review of the Clitoris and Its Role in Female Sexual Function. **Sexual Medicine Reviews**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 245-263, out. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1002/smrj.61>.

MCCABE, Marita P.; SHARLIP, Ira D.; LEWIS, Ron; ATALLA, Elham; BALON, Richard; FISHER, Alessandra D.; LAUMANN, Edward; LEE, Sun Won; SEGRAVES, Robert T.. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 153-167, fev. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>.

MCCOOL-MYERS, Megan; THEURICH, Melissa; ZUELKE, Andrea. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **Bmc Women's Health**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-15, 22 jun. 2018.

MIELKE GI, DA SILVA ICM, OWEN N, HALLAL PC (2014) Brazilian Adults' Sedentary Behaviors by Life Domain: Population-Based Study. **PLoS ONE** 9(3): e91614.[doi:10.1371/journal.pone.0091614](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091614)

MITCHELL, K.R., MERCER, C.H., PLOUBIDIS, G.B., JONES, K.G., DATTA, J., FIELD, N., COPAS, A.J., TANTON, C., ERENS, B., SONNENBERG, P., CLIFTON, S., MACDOWALL, W., PHELPS, A., JOHNSON, A.M., WELLINGS, K., 2013. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **The Lancet**. [doi:10.1016/s0140-6736\(13\)62366-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62366-1)

NASCIMENTO, E.r. et al. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 181, p.96-100, ago. 2015.

NOBRE, Pedro; GOUVEIA, José Pinto; GOMES, Francisco Allen. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. **Sexual And Relationship Therapy**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.171-204, maio 2003.

NOBRE, Pedro J.; PINTO-GOUVEIA, José. Emotions During Sexual Activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. **Archives Of Sexual Behavior**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 491-499, ago. 2006. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9047-1>.

O'CONNELL, Helen E.; SANJEEVAN, Kalavampara V.; HUTSON, John M.. ANATOMY OF THE CLITORIS. **Journal Of Urology**, [S.L.], v. 174, n. 41, p. 1189-1195, out. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd>.

OMOROU, Abdou Y.; COSTE, Joel; ESCALON, Hélène; VUILLEMIN, Anne. Patterns of physical activity and sedentary behaviour in the general population in France: cluster analysis with personal and socioeconomic correlates. **Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 483-492, 11 jun. 2015. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdv080>.

UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2017). **World Contraceptive Use of 2017**. 2017. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.asp>. Acesso em: outubro de 2020.

PACAGNELLA, R. DE C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. [Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333-44, 2009. RIBEIRO et al., 2012

PATE, Russell R.; O'NEILL, Jennifer R.; LOBELO, Felipe. The Evolving Definition of. **Exercise And Sport Sciences Reviews**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 173-178, out. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/jes.0b013e3181877d1a>

PATEL, A. V.; BERNSTEIN, L.; DEKA, A.; FEIGELSON, H. S.; CAMPBELL, P. T.; GAPSTUR, S. M.; COLDITZ, G. A.; THUN, M. J.. Leisure Time Spent Sitting in Relation to Total Mortality in a Prospective Cohort of US Adults. **American Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 172, n. 4, p. 419-429, 22 jul. 2010. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwq155>.

PELLINO, Gianluca; RAMAGE, Lisa; SIMILLIS, Constantinos; WARREN, Oliver; KONTOVOUNISIOS, Christos; TAN, Emile; TEKKIS, Paris. Evaluation of sexual dysfunction in female patients presenting with faecal incontinence or defecation disorder. **International Journal Of Colorectal Disease**, [S.L.], v. 32, n. 5, p. 667-674, 15 mar. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-017-2795-7>.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 73-92, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312013000100005>.

PROPER, K I; CERIN, E; BROWN, W J; OWEN, N. Sitting time and socio-economic differences in overweight and obesity. **International Journal Of Obesity**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 169-176, 25 abr. 2006. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803357>.

ROGERS, Rebecca G. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.1220-1240, 14 fev. 2018.

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.191-208, abr. 2000.

ROSENBERG DE, BULL FC, MARSHALL AL, SALLIS JF, BAUMAN AE. Assessment of sedentary behavior with the International Physical Activity Questionnaire. **J Phys Act Health**. 2008;5 Suppl 1:S30-44. doi: 10.1123/jpah.5.s1.s30. PMID: 18364524.

RAINA, Rupesh; PAHLAJANI, Geetu; KHAN, Shazia; GUPTA, Sajal; AGARWAL, Ashok; ZIPPE, Craig D.. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. **Fertility And Sterility**, [S.L.], v. 88, n. 5, p. 1273-1284, nov. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.09.012>.

SANTOS, Marília Duarte et al. Evaluation of pelvic floor muscle strength and its correlation with sexual function in primigravid and non-pregnant women: A cross-sectional study. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.807-814, 1 ago. 2017.

SOARES, Cláudio N; PROUTY, Jennifer; POITRAS, Jennifer. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 48-54, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000500010>.

STRINGER, Mark D.; BECKER, Ines. Colombo and the clitoris. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [S.L.], v. 151, n. 2, p. 130-133, ago. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.04.007>.

STUDD, J; PANAY, N. Hormones and depression in women. **Climacteric**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 338-346, dez. 2004. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13697130400012262>.

THIEL, ROSANE RC. Et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do *Female Sexual Function Index*. **Rev bras ginecol. Obstet**. 2008; 30(10):504-510.

THORP, Alicia A.; OWEN, Neville; NEUHAUS, Maike; DUNSTAN, David W.. Sedentary Behaviors and Subsequent Health Outcomes in Adults. **American Journal Of Preventive Medicine**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 207-215, ago. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.004>.

TIEFER, Leonore. The emerging global discourse of sexual rights. **Journal Of Sex & Marital Therapy**: J. Sex Marital Ther, Floripa, v. 5, n. 28, p.439-444, 2002.

TOFFOL, E.; HEIKINHEIMO, O.; KOPONEN, P.; LUOTO, R.; PARTONEN, T.. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. **Human Reproduction**, [S.L.], v. 26, n. 11, p. 3085-3093, 12 ago. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der269>.

TRAJANO, FMP.; ALMEIDA, LNA *et al.* Níveis de ansiedade e impactos na voz: uma revisão da literatura. **Distúrbios Comun.** São Paulo, v. 28, n. 2, p. 423-33, junho, 2016.

TRINDADE, Santrine; LUZES, Rafael. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Revista Discente da Uniabeu: Alumni**, v. 5, n. 9, p.10-16, 2017.

VAN MINNEN, Agnes; KAMPMAN, Mirjam. The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. **Sexual And Relationship Therapy**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 47-57, fev. 2000. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990050001556>.

VERBEEK, Michelle; HAYWARD, Lynsey. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. **Sexual medicine reviews**, 2019.

WÅHLIN-JACOBSEN, Sarah *et al.* Androgens and Psychosocial Factors Related to Sexual Dysfunctions in Premenopausal Women *. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 366-379, mar. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.237>.

WIEGEL, Markus; MESTON, Cindy; ROSEN, Raymond. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.1-20, jan. 2005.

WOLPE, Raquel E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [s.l.], v. 211, p.26-32, abr. 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P.. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s.l.], v. 67, n. 6, p.361-370, jun. 1983.

APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1 Dados Pessoais

Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento:
_____/_____/_____ Profissão: _____ Telefones:

Estado Civil: () Solteira () Casada

Escolaridade: () Analfabeta () Fundamental Incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Ensino superior () Pós-graduação

2 Fatores Ginecológicos

Já realizou procedimento Cirúrgico Ginecológico? () Sim () Não

Se a resposta a cima for sim, qual? _____

Há quanto tempo? _____

3 Fatores Obstétricos

Número de: () Gestações () Partos () Abortos () Cesárea () Parto Normal

Realizou episiotomia no parto normal? () Sim () Não () Não sei

Houve laceração no parto normal? () Sim () Não () Não sei

4 Fatores Clínicos

Você apresenta algumas destas doenças?

Doenças	Respostas	Há quanto tempo
Hipertensão Arterial	S () N ()	
Câncer ginecológico ou outro	S () N ()	
Diabetes	S () N ()	
Cardiopatias	S () N ()	
Pneumopatias	S () N ()	
Neuropatias	S () N ()	
Doenças psiquiátricas	S () N ()	

Medicações em uso:

Medicações	Respostas	Há quanto tempo
Anti-hipertensivos	S () N ()	
Quimioterápicos	S () N ()	
Medicamentos psicotrópicos	S () N ()	
Anti-andrógenos	S () N ()	
Relaxante musculares	S () N ()	
Anti-histamínicos	S () N ()	

5 Fatores Comportamentais

Você fuma? () Fumante () Não fumante () Parou de fumar

Você costuma beber álcool? () Etilista () Não Etilista () Parou de beber

Você modificou seu peso de forma considerável no último ano? () Sim () Não

Você possui o intestino preso? () Sim () Não

Você realiza atividade física? () Sim () Não

Se a resposta a cima for sim, responda as seguintes perguntas:

Tipo de atividade	Frequência (vezes por semana)	Duração da atividade (min)	Quanto tempo pratica (meses/anos)

6 Fatores Hereditários

Qual sua raça? () Branca () Negra () Indígena () Asiática

7 Fatores Antropométricos

Peso: _____ kg Altura: _____ metros IMC: _____ Kg/m²

ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPSH) DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Função sexual e desconfortos dos músculos do assoalho pélvico em mulheres atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC

Pesquisador: Janeisa Franck Virtuoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04028318.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.168.884

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório, cuja hipótese é de que mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico têm pior função sexual. O tamanho amostral estimado é de 200 participantes (n=200). O desfecho primário (função sexual) será avaliado por meio do instrumento auto-aplicável Female Sexual Function Index (FSFI). Serão incluídas na amostra mulheres com 18 anos ou mais, em idade fértil e sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Serão excluídas gestantes e mulheres com sintomas de infecção do trato urinário inferior. O desfecho secundário (sintomatologia relacionada ao assoalho pélvico, trato urinário e trato intestinal) será aferido através do instrumento Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a função sexual de mulheres com desconfortos nos músculos do assoalho pélvico atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos destes procedimentos serão considerados médios por envolver medições vaginais, já que trata-se de um procedimento semelhante ao exame ginecológico feito pelos médicos ginecologistas. Para minimizar qualquer constrangimento, a entrevista e os demais exames serão

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.168.884

conduzidos por uma pesquisadora do sexo feminino. As medições vaginais serão realizadas em uma sala fechada, onde não será permitida a presença de observadores. A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Benefícios:

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão o conhecimento da sua força muscular perineal, identificação de quais fatores de risco para disfunções dos músculos do assoalho pélvico você apresenta e se sua função sexual está alterada devido a isto. Acrescenta-se ainda que, você aprenderá, durante o exame, a correta contração dos músculos perineais, que poderá ser utilizado para melhora ou prevenção do quadro de perdas urinárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa acadêmica de interesse científico e terapêutico. Bem apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou nova versão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O mesmo está adequado. Carta de anuência, projeto e campos de preenchimento obrigatórios na Plataforma BRasil encontram-se igualmente adequados.

Recomendações:

Lembramos que a carta resposta às pendências deve ser sempre anexada à Plataforma Brasil, indicando as modificações realizadas, como descrito nas considerações finais do parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 07/02/2019 e TCLE 07/02/2019) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1239650.pdf	07/02/2019 15:11:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_corrigeo1.docx	07/02/2019 15:09:27	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.168.884

Justificativa de Ausência	TCLE_corrigeido1.docx	07/02/2019 15:09:27	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	Carta_de_aceite_atualizada.pdf	30/11/2018 18:14:33	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_corrigeida.pdf	06/11/2018 15:26:33	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMITE_DE_ETICA.docx	15/10/2018 21:51:31	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - INSTRUMENTO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições: Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro (a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares.

OBS- Nas questões 1 e 2, não há a alternativa

“Sem atividade sexual”

PERGUNTAS

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

1. Sem atividade sexual.

2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Segurança muito alta.
3. Segurança alta.
4. Segurança moderada.
5. Segurança baixa.
6. Segurança muito baixa ou sem segurança.

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).

6. Quase nunca ou nunca.

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo “(clímax/“gozou”)”?

1. Sem atividade sexual.
2. Extremamente difícil ou impossível.
3. Muito difícil.
4. Difícil.
5. Ligeiramente difícil.
6. Nada difícil.

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito satisfeita.
3. Moderadamente satisfeita.
4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.

5. Moderadamente insatisfeita.

6. Muito insatisfeita.

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro (a) durante a atividade sexual?

1. Sem atividade sexual.

2. Muito satisfeita.

3. Moderadamente satisfeita.

4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.

5. Moderadamente insatisfeita.

6. Muito insatisfeita.

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro (a)?

1. Sem atividade sexual.

2. Muito satisfeita.

3. Moderadamente satisfeita.

4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.

5. Moderadamente insatisfeita.

6. Muito insatisfeita.

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

1. Sem atividade sexual.

2. Muito satisfeita.

3. Moderadamente satisfeita.

4. Quase igualmente satisfeita e insatisfeita.

5. Moderadamente insatisfeita.

6. Muito insatisfeita.

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Quase sempre ou sempre.
3. A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).
4. Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
5. Poucas vezes (menos da metade do tempo).
6. Quase nunca ou nunca.

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

1. Sem atividade sexual.
2. Muito alto.
3. Alto.
4. Moderado.
5. Baixo.
6. Muito baixo ou absolutamente nenhum.

ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ).

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para questão 2c**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem?**

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

2c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da última semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3b.**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3d.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4b**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4d.**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas ____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas ____ minutos.

ANEXO D – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1). Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D 2). Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3). Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D 4). Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

A 5). Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D 6). Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

A 7). Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

D 8). Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A 9). Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D 10). Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11). Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D 12). Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A 13). De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D 14). Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca