



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE FISIOTERAPIA

RUANA SPILERE CASTELLER

FUNÇÃO SEXUAL E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ADULTAS

Araranguá

2019

RUANA SPILERE CASTELLER

FUNÇÃO SEXUAL E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ADULTAS

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial da disciplina
de Trabalho de Conclusão de Curso II.
Orientador: Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá
2019

RESUMO

Introdução: O sobrepeso e a obesidade podem gerar disfunções sexuais na população feminina como o transtorno do desejo sexual, diminuição ou ausência de libido, transtorno da excitação ou orgástico, dispareunia e vaginismo. **Objetivo:** associar a função sexual de mulheres adultas segundo o estado nutricional. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal cuja amostra foi composta por 43 mulheres, com idade entre 18 e 35 anos, que foram categorizadas de acordo com o Índice de Massa Corporal em eutróficas ($<25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (25 a $29,99 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A função sexual foi avaliada por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) que é dividido nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial com nível de significância de 5%. **Resultados:** O presente estudo mostrou que mulheres obesas (60,0%) têm maior associação com pior função sexual do que as mulheres com sobrepeso (8,3%) e eutróficas (23,8%). Entre os domínios da função sexual, observou-se que 80% das mulheres obesas apresentam dispareunia. Esses resultados podem estar influenciados pela gestação já que as mulheres obesas apresentaram maior prevalência de gestação prévia do que as mulheres eutróficas e com sobrepeso. **Conclusão:** A presença de disfunções sexuais, principalmente dispareunia, foi observada com maior frequência em mulheres obesas quando comparadas às mulheres eutróficas e com sobrepeso. A gestação tende a influenciar mulheres obesas à disfunção sexual.

Palavras chave: Função Sexual Fisiológica, Obesidade, Sobrepeso.

ABSTRACT

Introduction: Overweight and obesity can lead to sexual dysfunctions in the female population, such as sexual desire disorder, decreased or absent libido, arousal or orgasmic disorder, dyspareunia, and vaginismus. **Objective:** associating sexual function of adult women according to nutritional status. **Methods:** This is a cross-sectional study whose sample consisted of 43 women, aged between 18 and 35 years, who were categorized according to the Body Mass Index ($< 25 \text{ kg} / \text{m}^2$), overweight ($25 \text{ kg} / \text{m}^2$ to $29.99 \text{ kg} / \text{m}^2$) and obesity ($\geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$). Sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, which is divided into the domains desire, excitement, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. Descriptive and inferential statistics were used, with a significance level of 5%. **Results:** The present study showed that obese women (60.0%) have a greater association with worse sexual function than overweight women (8.3%) and eutrophic women (23.8%). Among the domains of sexual function, it was observed that 80% of obese women have dyspareunia. These results may be influenced by gestation in which obese women presented a higher prevalence of previous gestation than eutrophic and overweight women. **Conclusion:** The presence of sexual dysfunctions, mainly dyspareunia, is observed more frequently in obese women when compared to eutrophic and overweight women. Gestation tends to influence obese women to sexual dysfunction.

Keywords: Physiological Sexual Function, Obesity, Overweight.

SUMÁRIO

Introdução.....	5
Métodos	6
Resultados.....	8
Discussão.....	9
Conclusão	11
Referencias.....	12

Introdução

A função sexual é uma complexa interação entre fatores fisiológicos, emocionais e sociais (GUEDES *et al.*, 2017; ABIDIN *et al.*, 2016). Conforme Haylen *et al.* (2010), a resposta sexual feminina é composta de quatro estágios: desejo/excitação, platô, orgasmo e resolução. A presença de desconforto, a falta ou o excesso de uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, de maneira persistente ou recorrente, é caracterizada como uma disfunção sexual (BØ *et al.*, 2016).

De acordo com Rowland *et al.* (2017), as disfunções sexuais femininas (DSFs) podem surgir com o avanço da idade, número elevado de partos além de fatores psicológicos, físicos (ganho de peso) e fisiológicos (hormonais) que também contribuem para essas disfunções. Devido ao grande número de fatores associados, as DSFs vem sendo estudadas em diferentes populações. Segundo Abdo *et al.* (2002), as principais disfunções na população feminina brasileira são a falta de desejo (34,6%) e a dificuldade de orgasmo (29,3%), seguido da dispareunia (21,1%). Em uma pesquisa realizada com 31.581 mulheres com idade ≥ 18 anos, cerca 44% declararam ter DSFs, 38,7 % relataram desejo sexual hipoativo (SHIFREN *et al.*, 2008).

Conforme Haylen *et al.* (2010), as DSFs são consideradas disfunções dos músculos do assoalho pélvico (DMAP). Entre os fatores que contribuem para o enfraquecimento dessa musculatura destaca-se o excesso de peso que promove aumento da pressão intra-abdominal, associado à fraqueza prolongada da musculatura pélvica (KRYCHMAN, 2015; TAVARES *et al.*, 2018). Além disso, entre as alterações associadas ao sobrepeso e a obesidade estão às doenças cardiovasculares e diabetes que também predisõem às DSFs, pois são nocivas ao endotélio e a rede vascular, dificultando a irrigação do clitóris (ALIDU *et al.*, 2018; CECILIO *et al.*, 2014).

Dessa forma, torna-se importante compreender como se comporta a função sexual e seus domínios em mulheres com sobrepeso/obesidade, pois possibilitará aos profissionais que atuam com esse público um olhar mais global para a paciente, podendo propor também um trabalho multidisciplinar de prevenção e promoção de saúde como treinamento dos MAPs, treino aeróbico e acompanhamento nutricional, psicológico e ginecológico. Além disso, a maioria dos estudos encontrados na literatura abordam a relação entre sobrepeso e função sexual em mulheres de meia idade ou idade mais avançada, tornando-se importante compreender como essa relação se comporta entre mulheres mais jovens. Dessa forma, o

objetivo do presente estudo foi comparar a função sexual de mulheres adultas segundo o estado nutricional.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional e transversal (GRIMES; SCHULZ, 2002), realizado no município de Araranguá, Santa Catarina, Brasil. A presença dos sintomas das DSFs foi investigada em três grupos, categorizados de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). O grupo com sobrepeso foi composto por mulheres com IMC entre 25 kg/m² e 29,99 kg/m², já o grupo obesidade, por mulheres com IMC \geq 30 kg/m² enquanto que o grupo eutrófico, por mulheres com IMC $<$ 25 kg/m² (OMS, 2009).

Foram incluídas apenas mulheres adultas, acima de 18 anos e com atividade sexual nas últimas quatro semanas. Foram excluídas mulheres com IMC menor que 19 kg/m², que tenham realizado cirurgia bariátrica, gestantes, mulheres que realizaram histerectomia parcial ou total, atletas profissionais e amadoras, mulheres com doença neurológica auto relatada e que apresentaram alguma limitação física.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (1.661.484), as mulheres foram recrutadas por meio de convite, em rede social, consultórios médicos e de nutricionistas, em clínicas e consultórios de fisioterapia, academias de ginástica e unidades básicas de saúde de Araranguá para participarem da pesquisa. A seleção da amostra deu-se por conveniência. Para caracterização das participantes, foram coletados, em forma de entrevista, dados sociodemográficos (idade, estado civil, profissão e grau de escolaridade), ginecológicos (uso ou não de método contraceptivo, se possui ou não um parceiro), obstétricos (número de gestações) e comportamentais (se pratica regularmente atividade física).

A função sexual foi determinada por meio do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), que abrange 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor; dispostos em 19 questões, pontuadas de 0 a 5, com escore total variando de 2 á 36 pontos (THIEL *et al.*, 2008, ROSEN *et al.*, 2000). O escore referente a cada domínio é obtido através da soma das questões multiplicadas por seu fator correspondente: Desejo (0,6), excitação (0,3), lubrificação (0,3), orgasmo (0,4), satisfação (0,4) e dor (0,4). Para calcular o escore total da função sexual, soma-se o resultado final de todos os domínios. Portanto, quanto menor o valor do escore total, pior a função sexual da participante.

Os valores do FSFI e seus domínios também podem ser analisados de forma categorizada, conforme proposto por Jamali *et al.* (2016). Os autores propuseram que valores menores que 4,28 para desejo, 5,08 para excitação, 5,45 para lubrificação, 5,05 para orgasmo,

5,04 para satisfação e 5,51 para dor indicam a presença de disfunção nos referidos componentes. Em relação ao escore total, escores menores do que 26,5 indicam presença de disfunção sexual.

Em relação às medidas antropométricas, as seguintes variáveis foram avaliadas: massa corporal, por meio de balança portátil digital da marca G-Tech com resolução de 0,1kg e estatura, por meio de um estadiômetro portátil da marca Sanny, com resolução de 0,5cm. As participantes foram orientadas a ficarem descalças e utilizar o mínimo de roupa possível. Todas as medidas foram realizadas por um único avaliador do sexo feminino e de acordo com a padronização da *International Society for the Advancement of Kinanthropometry* (ISAK). O IMC foi calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da estatura (m^2) e categorizado em eutrófico, sobrepeso e obeso.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018 em uma clínica privada de fisioterapia de Araranguá-SC, a fim de proporcionar maior privacidade às participantes. No momento do agendamento, as participantes receberam orientações a fim de garantir maior controle das variáveis antropométricas, como não realizar exercício físico extenuante antes da avaliação; não ingerir alimento, álcool ou cafeína 3h antes da avaliação; ter dormido de 6 a 8 horas no dia anterior á avaliação; beber bastante quantidade de água ao longo das 24 horas antecedentes ao teste. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciaram-se os procedimentos de coleta de dados. Estes procedimentos ocorreram em três etapas, realizadas no mesmo dia, na seguinte ordem: (1) interrogações a cerca de dados sociodemográficos, ginecológicos, obstétricos e prática de atividade física por meio de instrumento confeccionado pelo pesquisador; (2) mensuração do IMC (3) aplicação do FSFI.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote software IBM SPSS *Statistics* 20. Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e relativas (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Para associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. A medida de efeito da associação foi realizada por meio do Phi de Cramer. A comparação entre grupos, com variáveis numéricas, foi realizada por meio do teste de Kruskal Wallis. Foi adotado um nível de significância de 5%.

Resultados

Participaram deste estudo 43 mulheres com média de idade de 26,86 anos (dp= 4,36). Quanto aos dados sociodemográficos, n=22 (51,16%) mulheres eram casadas e n=15 (34,88%) possuíam ensino superior incompleto. Quanto ao estado nutricional, n=21 (48,83%) foram classificadas eutróficas, 27,9% (n=12) sobrepeso e 23,25% (n=10) obesas.

Na Tabela 1, pode-se observar a associação entre alguns fatores associados às disfunções sexuais e o estado nutricional das participantes do estudo. Nota-se que gestação prévia apresentou associação com as categorias do estado nutricional, sendo que as mulheres obesas tendem a ter gestado pelo menos uma vez (80,0%).

Tabela 1: Fatores associados às disfunções sexuais segundo o estado nutricional de mulheres adultas (n= 43).

Fatores associados	Eutrófico (n=21)	Sobrepeso (n=12)	Obesidade (n=10)	P valor
Idade ^{x(dp)}	25,57 (4,28)	28,50 (4,10)	27,60 (4,40)	1,49
Ter um parceiro ^{n(%)}	19 (44,2)	11 (25,6)	10 (23,3)	0,608
Prática de atividade física ^{n(%)}	15 (34,9)	7 (16,3)	6 (14,0)	0,695
Gestação Prévia ^{n(%)}	3 (14,3)	6 (14,0)	8 (80,0) ^A	0,002*
Uso de método contraceptivo ^{n(%)}	16 (37,2)	9 (20,9)	8 (18,6)	0,959

Legenda: x= média; dp= desvio padrão; n= frequência absoluta; %=frequência relativa; p valor = nível de significância, ^A= ajuste residual.

Ao associar a ocorrência de disfunção sexual conforme o estado nutricional na Tabela 2 observa-se que as mulheres obesas têm maior ocorrência de disfunção sexual (60,0%) quando comparadas às mulheres eutróficas e com sobrepeso. A medida de efeito dessa associação foi de 0,420, indicando que 42,0% da explicação da ocorrência de disfunção sexual nessa amostra pode ser creditada ao estado nutricional. Na Tabela 2, ainda observa-se que, entre os domínios da função sexual, houve diferença significativa apenas na ocorrência de dor, em que 80,0% das mulheres obesas têm dor durante a relação sexual. A medida de efeito apontou que 39,9% da variação da ocorrência de dispareunia pode ser creditada ao estado nutricional.

Tabela 2: Associação entre os domínios do FSFI e o estado nutricional de mulheres adultas (n= 43).

	Eutrófico (n=21)	Sobrepeso (n=12)	Obeso (n=10)	X²	P Valor	Phi de Cramer
Escore total						
Com disfunção ^(%)	23,8	8,3	60,0 ^A	7,580	0,023*	0,420
Sem disfunção ^(%)	76,2	91,7	40,0			
Desejo						
Com disfunção ^(%)	66,7	25,00	70,0	0,252	0,882	-----
Sem disfunção ^(%)	33,3	75,00	30,0			
Excitação						
Com disfunção ^(%)	38,1	58,3	70,0	3,102	0,212	-----
Sem disfunção ^(%)	61,9)	41,7	30,0			
Lubrificação						
Com disfunção ^(%)	61,9	25,0	70,0	5,608	0,061	-----
Sem disfunção ^(%)	38,1	75,0	30,0 ^A			
Orgasmo						
Com disfunção ^(%)	52,4	25,0	70,0	4,627	0,099	-----
Sem disfunção ^(%)	47,6	75,0	30,0			
Satisfação						
Com disfunção ^(%)	19,0	33,3	50,0	3,153	0,207	-----
Sem disfunção ^(%)	81,0	66,7	50,0			
Dor						
Com disfunção ^(%)	42,9	25,0	80,0 ^A	6,853	0,033*	0,399
Sem disfunção ^(%)	57,1	75,0	20,0			

Legenda: % = frequência relativa; p valor = nível de significância; ^A = ajuste residual.

Discussão

O presente estudo mostrou que as mulheres obesas possuem pior função sexual (60%) do que as mulheres com sobrepeso (8,3%) e eutróficas (23,8%). Entre os domínios da função sexual, observou-se que 80% das mulheres obesas apresentam dor durante a relação sexual. Esses resultados podem estar influenciados pela gestação já que as mulheres obesas apresentaram maior prevalência de gestação prévia do que as mulheres eutróficas e com sobrepeso.

A sexualidade para a mulher obesa costuma ser pouco importante na avaliação do seu bem-estar (BAJOS *et al.*, 2010). Para Folope *et al.* (2012), mulheres obesas tendem a ter depressão, transtornos alimentares e psicológicos influenciado pela imagem corporal, acarretando de forma negativa a qualidade de vida e impactando na vida sexual. Segundo Quinn-nilas *et al.* (2016), o domínio excitação é o mais afetado pela imagem corporal negativa em mulheres jovens com IMC acima de 25kg/m² (dp= ±5). Quando outras disfunções do assoalho pélvico estão presentes, como incontinência urinária, fecal e prolapso genitais, observa-se maior constrangimento, principalmente para iniciar a relação sexual (RAMALINGAM; MONGA, 2015). Mulheres com auto aceitação da imagem corporal e em

relacionamentos estáveis tendem a apresentar um escore mais alto do FSFI (WALLWIENER *et al.*, 2016).

O estudo de Carrilho *et al.* (2015) encontrou associação entre obesidade (IMC > 30kg/m²) e diminuição de excitação, desejo e orgasmo em mulheres brasileiras na faixa de 20 a 50 anos de idade, enquanto que mulheres com IMC < 30kg/m² também apresentaram déficit de lubrificação e dor. Esses resultados diferem daqueles encontrados no presente estudo em que mulheres obesas apresentaram maior frequência de dispareunia (80%) quando comparadas as mulheres eutróficas e com sobrepeso. Em outro estudo, os domínios desejo e dor também não tiveram associação com o IMC, logo, mulheres com sobrepeso/obesidade, com IMC > 25kg/m², apresentaram disfunção na excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (ESPOSITO *et al.*, 2007).

As taxas de disfunção sexual aumentam com o avanço da obesidade e a falta de prática de atividade física (PENHOLLOW, YOUNG, 2008). A alteração de produção de óxido nítrico, presente em processos inflamatórios (aterosclerose, doenças metabólicas), interfere na capacidade vasodilatadora, diminuindo o fluxo sanguíneo para os órgãos sexuais e gerando efeitos negativos sobre a excitação (ABRAHAMIAN; KAUTZKY-WILLER, 2016; FRANCESCO *et al.*, 2018). Conforme Jiannine (2018), a melhora da aptidão cardiovascular por meio de exercício físico, mostrou-se benéfica para população obesa, sendo um fator positivo para melhora da função sexual.

Em mulheres obesas, os níveis de globulina de ligação a hormônios sexuais estão diminuídos, resultando em um aumento de esteroides sexuais (testosterona) livres (LEENEN *et al.*, 1994). Como resultado, um mecanismo compensatório é ativado, que resulta em um estado de hiperandrogenismo, podendo gerar um efeito negativo na função ovariana de mulheres em idade reprodutiva (BREWER; BALEN, 2010). O mecanismo de diminuição da produção de estrogênio pode explicar a presença de dispareunia na população de mulheres obesas, pois dessa redução leva a atrofia vulvovaginal, secura e diminuição da elasticidade do tecido vaginal que resulta em dor durante a relação sexual.

A via de parto, assim como a necessidade de episiotomia, também são fatores que influenciam a ocorrência de dispareunia em mulheres obesas (KUMAR; ROBERTSON, 2017). Em primíparas, após 6 meses de puerpério, que ainda estavam amamentando, 31,5% apresentaram dispareunia devido a redução hormonal de estrogênio, corroborando com a diminuição de lubrificação vaginal e atraso na cicatrização da episiotomia (ALLIGOOD-PERCOCO; KJERULFF; REPKE, 2016).

Conforme observado no presente estudo, a gestação pode ter influenciado os achados de pior função sexual entre as mulheres obesas, já que essas apresentaram maior frequência de gestação prévia do que os demais grupos. Barrett *et al.* (2005) afirmam que a diminuição do desejo, lubrificação e presença de dispareunia nas puérperas até seis meses é independente da via de parto. Em contrapartida, para Lunardon e Brondani (2016), a gravidez seguida de aumento do IMC, a multiparidade, o parto normal e a episiotomia são fatores que influenciam a disfunção dos MAP, e, portanto, na função sexual feminina. Segundo Fehniger *et al.* (2013), mulheres que já realizaram parto normal e cesariana estão predispostas à secura vaginal, devido à diminuição da irrigação local e à fase hormonal em que a mulher se encontra.

A limitação encontrada no estudo no qual outros fatores, não avaliados, poderiam interferir nos resultados. Outras variáveis podem ter sido analisadas, como: imagem corporal, utilização de medicações (antidepressivos, vasoconstritores), se realizou cirurgia ginecológica, faz uso de algum tipo de hormônio, tipos de parto, episiotomia, laceração. Outra limitação do estudo é que o questionamento dessas associações foi realizado com mulheres jovens que não sofrem com o risco da idade relacionada aos fatores de disfunção sexual. A gestação é uma variável limitante já que não foi analisada como uma co-variável e pode ter tido bastante influência de fato.

Conclusão

A presença de disfunções sexuais, principalmente dispareunia foi observada com maior frequência em mulheres obesas, quando comparadas às mulheres eutróficas e com sobrepeso. Pode a gestação influenciar mulheres obesas a disfunção sexual neste estudo.

Estes achados podem ajudar os fisioterapeutas a atuarem na área de ginecologia e obstetrícia a fim de esclarecer às mulheres adultas sobre a relação da obesidade/ sobrepeso com a pior função sexual.

A obesidade é um fator de risco modificável e que pode ser evitado, por meio de prevenção e promoção da saúde, assim como a prática de atividade física e a orientação nutricional quanto à perda de peso evitando a progressão desses sintomas e desconforto durante as relações sexuais.

Referencias

1. ABDO, C. H. N. *et al.* Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**, v.59, p. 250-257, 2002.
2. ABIDIN, *et al.* Female sexual dysfunction among overweight and obese women in Kota Bharu, Malaysia. **Journal Of Taibah University Medical Sciences**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 159-167, abr. 2016.
3. ABRAHAMIAN; KAUTZKY-WILLER. Sexualität bei Übergewicht und Adipositas. **Wiener Medizinische Wochenschrift**, [s.l.], v. 166, n. 3-4, p. 121-128, 26 jan. 2016.
4. ALIDU, H. *et al.* Hypertension and obesity comorbidities increases coronary risk, affects domains of sexual function and sexual quality of life. **International Journal Of Impotence Research**, [s.l.], v. 30, n. 1, p. 8-13, 27 nov. 2018.
5. ALLIGOOD-PERCOCO, R.; KJERULFF, H.; REPKE, T.. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 128, n. 3, p. 512-518, set. 2016.
6. BAJOS, N. *et al.* Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. **Bmj**, [s.l.], v. 340, n. 151, p. 2573- C2573, 15 jun. 2010.
7. BARRETT, *et al.* Cesarean Section and Postnatal Sexual Health. **Birth**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 306-311, dez. 2005.
8. BØ, *et al.* Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: Prospective cohort study. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 36, n. 3, p. 716-721, 31 mar. 2016.
9. BREWER, J; BALEN, H. The adverse effects of obesity on conception and implantation. **Reproduction**, [s.l.], v. 140, n. 3, p. 347-364, set. 2010.
10. CARRILHO, *et al.* Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 37, n. 12, p. 552-558, dez. 2015.
11. CECILIO, *et al.* Perceptions of obese women on sexuality. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 955-960, 2014.

12. ESPOSITO, K *et al.* Association of body weight with sexual function in women. **International Journal Of Impotence Research**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 353-357, 8 fev. 2007.
13. FEHNIGER, *et al.* Childbirth and Female Sexual Function Later in Life. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 122, n. 5, p. 988-997, nov. 2013.
14. FOLOPE, *et al.* Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. **Nutrition**, [s.l.], v. 28, n. 7-8, p. 7-13, jul. 2012.
15. FRANCESCO, *et al.* The Impact of Metabolic Syndrome and Its Components on Female Sexual Dysfunction: A Narrative Mini-Review. **Current Urology**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 57-63, 2018.
16. GRIMES; SCHULZ, F. Bias and causal associations in observational research. **The Lancet**, [s.l.], v. 359, n. 9302, p. 248-252, jan. 2002.
17. GUEDES, *et al.* SOBREPESO E OBESIDADE EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E A REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA. **Disciplinarum Scientia.: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 18, n. 3, p. 539-550, 19 abr. 2018.
18. HAYLEN, *et al.* 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. 2010.
19. JAMALI, S.; RAHMANIAN, A.; JAVADPOUR, S. Examining the sexualfunction and related attitudes among aged women: A crosssectional study. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*. v.14, n.1, p. 29-38, 2016.
20. JIANNINE. An investigation of the relationship between physical fitness, self-concept, and sexual functioning. **Journal Of Education And Health Promotion**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 57-62, 2018.
21. KRYCHMAN. Obesity and sexual function. **Menopause**, [s.l.], v. 22, n. 11, p. 1151-1152, nov. 2015.
22. KUMAR; ROBERTSON. Superficial dyspareunia. **Canadian Medical Association Journal**, [s.l.], v. 189, n. 24, p. 836-836, 18 jun. 2017.
23. LEENEN, *et al.* Visceral fat accumulation in relation to sex hormones in obese men and women undergoing weight loss therapy. **The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism**, [s.l.], v. 78, n. 6, p. 1515-1520, jun. 1994.

24. LUNARDON; BRONDANI. Avaliação da Satisfação Sexual em Mulheres Nulíparas e Multíparas e sua Relação com a Força do Assoalho Pélvico. **Revista Uniandrade**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 70-76, 30 ago. 2016.
25. Penhollow TM, Young MY. Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Electron J Hum Sex*. 2008. [Last Accessed 09-06-2019]. Available from: <http://www.ejhs.org/volume11/Penhollow.htm>.
26. QUINN-NILAS, *et al.* The Relationship Between Body Image and Domains of Sexual Functioning Among Heterosexual, Emerging Adult Women. **Sexual Medicine**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 182-189, set. 2016. Elsevier BV.
27. RAMALINGAM; MONGA. Obesity and pelvic floor dysfunction. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 29, n. 4, p. 541-547, maio 2015.
28. ROSEN, *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**, Piscataway, v. 26, p. 191–208, 2000.
29. ROWLAND; MCNABNEY; MANN. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. **Sexual Medicine Reviews**, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 323-338, jul. 2017.
30. SHIFREN, *et al.* Sexual Problems and Distress in United States Women. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 112, n. 5, p. 970-978, nov. 2008.
31. TAVARES, *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 913-922, mar. 2018.
32. THIEL, *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 30, n. 10, p. 504-510, out. 2008.
33. WALLWIENER, *et al.* Sexual Function Is Correlated With Body Image and Partnership Quality in Female University Students. **The Journal Of Sexual Medicine**, [s.l.], v. 13, n. 10, p. 1530-1538, out. 2016.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de Risco para Incontinência Urinária em Mulheres Residentes na Região da Araranguá

Pesquisador: Janelisa Franck Virtuoso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53023716.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.661.484

Apresentação do Projeto:

O Projeto é vinculado ao curso de graduação em Fisioterapia da UFSC - Centro de Araranguá. A pesquisa é exploratória do tipo transversal analítica, pois pretende analisar simultaneamente os fatores de risco e a presença de incontinência urinária entre mulheres residentes na região de Araranguá. Por meio desse tipo de estudo é possível investigar a associação entre exposição (fatores de risco) e desfecho (incontinência urinária).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá.

Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência e os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá;
- Identificar os sintomas de gravidade incontinência urinária entre as mulheres residentes na região de Araranguá;
- Verificar possíveis relações entre a presença de incontinência urinária (desfecho) e os fatores de

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)3721-8004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br