



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

AMANDA ROQUE

**FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM
MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

Araranguá

2020

AMANDA ROQUE

**FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM
MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá

2020

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

Roque, Amanda

FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC/ Amanda Roque; orientadora, Janeisa Franck Virtuoso, 2020.
102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2020.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Função Sexual. 3. Disfunção Sexual. 4. Disfunções do Assoalho Pélvico. I. Franck Virtuoso, Janeisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Título.

AMANDA ROQUE

**FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM
MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

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

Prof.^a Dra. Janeisa Franck Virtuoso
Universidade Federal de Santa Catarina – Orientadora

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

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

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

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

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Dra. Janeisa Franck Virtuoso
Orientadora

Araranguá, 2020.

**À quem merece todo meu amor e agradecimento:
Minha família e amigos. E a todos que acreditam
no amor em todos os seus sentidos, porque é a
única força capaz de mudar o mundo, a única
chama que nunca se apaga e que nos faz
continuar acreditando e sonhando, continuar
lutando e vivendo...**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ter me abençoado na escolha dessa profissão, e me conceder a oportunidade de fazer parte da Fisioterapia. Por me motivar a superar as dificuldades, por me dar saúde, força e fé para nunca desistir dos meus objetivos.

Aos meus pais, Salute e João por me educarem e serem meu e spelho. Os únicos que estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, mostrando que minhas escolhas desenham o futuro, e independente de tudo devo sempre seguir o coração tomando as decisões de forma honesta.

Às minhas irmãs, Andréia e Ana Paula e a minha sobrinha Nicolý, que são minhas pessoas, e que desde o início da faculdade até os preparativos dessa dissertação demonstraram amor e parceria, me apoiando e incentivando.

À minha orientadora Janeisa, que desde o nosso primeiro contato mostrou o ser humano incrível que é através de palavras que me emocionaram e estão guardadas e marcadas em mim. Ela é sem dúvidas a minha inspiração, fonte sem fim de fofura, delicadeza, determinação e foco. Obrigada por tudo que me ensinou e fez brotar em mim.

Aos membros da banca examinadora, Professora Ana Lúcia Danielewicz, Professora Inês Amanda Streit e Professora Núbia Carelli Pereira de Avelar que aceitaram o convite para avaliar e colaborar com a execução deste trabalho.

Aos amigos e membros do grupo de pesquisa GEFISAM: Karol, Fran, Maiara, Meliza, Carol, Guilherme, Thaise, Vivi, Gabriele, Gabriela e Laura. Juntos compartilhamos de dias difíceis e de grandes alegrias. Obrigada por dividirem seu tempo comigo para que chegássemos ao mesmo objetivo.

À minha vizinha que ajudou na minha criação, e que é o maior exemplo que tenho de humildade.

Ao meu tio Roberto (*in memoriam*) por ter me proporcionado a melhor infância que eu poderia ter. Lembranças que vou guardar eternamente no meu coração.

À minha prima e melhor amiga Luciana, que é a única que tem leveza e sabedoria na fala para me acalmar. Um amor e ligação que não consigo expressar aqui. Te amo meu bem.

Às minhas amigas de uma vida: Mari, Rafa, Mirian, Sibeli, Tarcy, Tita e Grazi, por sempre estarem ao meu lado. Agradecimento especial por terem sido minha força e amparo no ano de 2019... ano intenso e cheio de mudanças, obrigada por terem feito exatamente o que eu precisava. Eu amo vocês!

Às minhas amigas e parceiras profissionais Amanda e Ana Elisa, por estarem todos os dias ao meu lado, motivando e incentivando sempre que eu precisava. Vocês são as melhores companhias de 12h de trabalho que eu poderia ter! Obrigada pelas conversas, cafés, risadas, conselhos, mais cafés e travessuras. Sem palavras para agradecer minhas escudeiras mais fiéis.

A todos os professores ao longo desses anos de pós-graduação por todos os ensinamentos, incentivos e conhecimento compartilhado.

À instituição UFSC, por abrir suas portas em construção de novos conhecimentos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento da Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução: Os desconfortos do assoalho pélvico (DAPs) podem interferir negativamente na função sexual feminina, assim como na qualidade de vida. Sintomas pélvicos, anorretais e urinários costumam associar-se com desejo hipoativo, falta de excitação, déficit de lubrificação e dispareunia. Dessa forma, torna-se importante conhecer os fatores associados que explicam a função sexual na população feminina. O objetivo geral desse estudo foi analisar a função sexual e os desconfortos do assoalho pélvico de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC. Para isso, foram conduzidos dois estudos com os seguintes objetivos específicos: **Artigo (1):** comparar e correlacionar a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC e **Artigo (2):** analisar os fatores associados à disfunção sexual de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC. **Métodos:** Foram avaliadas 212 mulheres adultas com média de idade de $43,64 \pm 12,12$ anos, tendo como critério de inclusão mulheres acima de 18 anos e sexualmente ativas nas últimas quatro semanas, atendidas em 12 Unidades de Saúde do município de Criciúma/SC. A amostra foi recrutada por conveniência enquanto as mulheres frequentavam as Unidades de Saúde selecionadas. Foram excluídas gestantes, mulheres com sintomas de infecção do trato urinário inferior ou que tivessem realizado tratamento prévio para câncer. Para verificar a presença e o tipo de desconforto do assoalho pélvico foi aplicado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* que identifica sintomas pélvicos, urinários e anorretais. A função sexual foi avaliada por meio do *Female Sexual Function Index (FSFI)* que estuda 6 domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. A análise estatística foi realizada por meio de software estatístico *SPSS - Statistical Package for Social Science*, versão 21.0. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. **Artigo (1):** Foi realizado correlações e Qui-quadrado nas associações. **Artigo (2):** Foi realizado regressão logística. **Resultados Artigo (1):** Os desconfortos correlacionaram-se com todos os domínios da função sexual, sendo que o desejo teve melhor explicação (24,4%). Quanto as associações, mulheres que tem DAP tendem a ter disfunção sexual (49,1%), principalmente alteração de desejo (77,9%) e excitação (79,8%). Referente aos sintomas, mulheres com sintomas pélvicos tendem a ter disfunção sexual (57,3%) e destaca-se o desejo hipoativo (81,3%); mulheres com sintomas anorretais, tendem a ter alteração de desejo (79,1%) e dor (46,1%) e mulheres com sintomas urinários tendem a ter disfunção sexual (DS) (53,4%) e alteração de desejo (81,7%) e excitação (82,4%). **Artigo (2):** A prevalência de disfunção sexual nessa amostra foi de 43,9% (IC95% 36,8 – 50,5). Os principais fatores associados foram o aumento da idade (OR: 1,04; IC95% 1,01-1,07), a realização de parto normal prévio (OR: 2,51; IC95% 1,30-4,85), diagnóstico de depressão (OR: 1,95; IC95% 1,02-3,74), a ausência de prática de atividade física (OR: 2,30; IC95% 1,18-4,45) e presença de sintomas urinários (OR: 2,80; IC95% 1,47-5,33). **Conclusão:** Mulheres com DAP apresentaram sintomas de disfunção sexual. Dentre os principais problemas sexuais que correlacionou-se com os desconfortos do assoalho pélvico estão desejo sexual hipoativo, falta de excitação, falta de lubrificação e dispareunia. Além disso, as chances do desenvolvimento de disfunção sexual em mulheres adultas são maiores quando apresentam algum desconforto do assoalho pélvico, principalmente sintomas urinários.

Palavras-chave: Função sexual. Disfunção sexual. Assoalho pélvico. Disfunção do assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic floor discomforts (PADs) can negatively affect female sexual function, as well as quality of life. Pelvic, anorectal and urinary symptoms are usually associated with hypoactive desire, lack of excitement, deficit in lubrication and distribution. Thus, it is important to know the associated factors that explain a sexual function in the female population. The general objective of this study was to analyze the sexual function and discomfort of the pelvic floor of women treated in Primary Care in the municipality of Criciúma/SC. For this, two studies were conducted with the following applicable objectives: **Article (1):** compare and correlate a sexual function of women with and without discomfort in the pelvic floor and with the attention in Primary Care in the Municipality of Criciúma/SC and **Article (2):** to analyze the factors associated with the sexual dysfunction of women assisted in Primary Care in the city of Criciúma/SC. **Methods:** 212 adult women with an average age of 43.64 ± 12.12 years were evaluated, with the inclusion criterion of women over 18 years old and sexually active in the last four weeks, attended at 12 Health Units in the municipality of Criciúma/SC. The sample was recruited for convenience while women attended selected Health Units. Pregnant women, women with symptoms of lower urinary tract infection or who had undergone previous cancer treatment were excluded. To verify the presence and type of discomfort in the pelvic floor that was applied in the Relief Inventory on the Pelvic Floor (PFDI-20), which identifies pelvic, urinary and abnormal symptoms. A sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI), which studied 6 domains: sexual desire, sexual arousal, vaginal lubrication, orgasm, sexual satisfaction and pain. A statistical analysis was performed using statistical software SPSS - Statistical Package for the Social Science, version 21.0. Descriptive and inferential statistics were used, with a 5% significance level. **Article (1):** Correlations and Chi-square were performed on the statistics. **Article (2):** Logistic regression was performed. **Results Article (1):** Discomfort correlates with all domains of sexual function, with desire having a better explanation (24.4%). As for statistics, women with PAD have sexual dysfunction (49.1%), mainly changes in desire (77.9%) and arousal (79.8%). Regarding symptoms, women with pelvic symptoms suffer from sexual dysfunction (57.3%) and have depression or hypoactive desire (81.3%); women with abnormal symptoms, have altered desire (79.1%) and pain (46.1%) and women with urinary symptoms suffer from sexual dysfunction (SD) (53.4%) and altered desire (81, 7%) and excitation (82.4%). **Article (2):** The prevalence of sexual dysfunction in this sample was 43.9% (95% CI 36.8 - 50.5). The main associated factors were increasing age (OR: 1.04; 95% CI 1.01-1.07), normal vaginal delivery (OR: 2.51; 95% CI 1.30-4.85), diagnosis of depression (OR: 1.95; 95% CI 1.02-3.74), absence of physical activity (OR: 2.30; 95% CI 1.18-4.45) and presence of urinary symptoms (OR: 2.80; 95% CI 1.47-5.33). **Conclusion:** Women with PAD showed symptoms of sexual dysfunction. Among the main sexual problems that correlate with the discomforts of the pelvic floor that are with hypoactive sexual desire, lack of excitement, lack of lubrication and distribution. In addition, the chances of developing sexual dysfunction in adult women are greater when they experience some discomfort in the pelvic floor, especially urinary symptoms.

Keywords: Sexual function. Sexual dysfunction. Pelvic floor. Pelvic floor dysfunction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	23
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese qualitativa dos estudos inseridos na revisão sistemática.....	24
Quadro 2. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos, por meio da escala Downs and Black.....	30
Quadro 3. Unidades Básicas de Saúde de acordo com distritos sanitários.....	45
Quadro 4. Variáveis e análises estatísticas utilizadas nos artigos da dissertação de acordo com os seus objetivos.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	56
Tabela 2. Análises descritivas dos domínios do PFDI-20 e dos domínios do FSFI de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	57
Tabela 3. Correlação entre as subescalas dos desconfortos do assoalho pélvico com os domínios da função sexual de mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	58
Tabela 4. Associação entre as categorias da função sexual e as categorias do PFDI-20 de mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	59
Tabela 5. Análise univariada entre a presença de disfunção sexual e seus fatores de risco em mulheres adultas da Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	74
Tabela 6. Análise univariada entre a presença de disfunção sexual e seus fatores de risco em mulheres adultas da Atenção Básica do município de Criciúma/SC.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
BAQ	<i>Body Attitudes Questionnaire</i>
BIPOP	<i>Body Image in the Pelvic Organ Prolapse</i>
DAS	<i>Dyadic adjustment Scale</i>
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
DD	Distúrbios de defecação
DS	Disfunção Sexual
DYSQ	<i>Sexual dysfunction questionnaire</i>
FS	Função Sexual
FISI	<i>Fecal Incontinence Severity Index</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IA	Incontinência Anal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-Q	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – urinary incontinence</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IF	Incontinência Fecal
IIQ-7	<i>Incontinence Impact Questionnaire</i>
IU	Incontinência Urinária
IUGA	<i>International Urogynecology Association</i>
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory</i>
PISQ-12	<i>Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire</i>
OISQ-IR	<i>Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised</i>
POP	Prolapso de órgãos pélvicos
POPDI	<i>Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory</i>
POP-Q-	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
PPGCR	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
QV	Qualidade de Vida
SC	Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI6	<i>Urinary Distress Inventory</i>
UFSC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Objetivo Geral	16
1.1.2 Objetivos Específicos	16
1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.	18
3 MÉTODOS	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
3.3 LOCAL DO ESTUDO	44
3.4 INSTRUMENTOS DOS ESTUDOS	45
3.4.1 Ficha de identificação da amostra e dos fatores associados aos desconfortos do assoalho pélvico - DAP	45
3.4.2 Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)	46
3.4.3 Female Sexual Function Index (FSFI)	46
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	47
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
3.7 ANÁLISE DE DADOS	47
3.8 VIÉSES DO ESTUDO	48
4 RESULTADOS	49
4.1 ARTIGO 1: FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC.	49
4.2 ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC.	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA E DOS FATORES ASSOCIADOS AOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO - DAP	92
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	93
ANEXOS	95
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO (PFDI-20)	

.....	96
ANEXO B - INSTRUMENTO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)	97
ANEXO C - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPSH) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)	99
ANEXO D – CARTA DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC	102

1 INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) exerce diferentes funções para o funcionamento completo da pelve (LUCENTE *et al.*, 2017), como sustentar as vísceras abdominais e pélvicas, resistindo às pressões exercidas pelo aumento da pressão intra-abdominal (GALHARDO; KATAYAMA, 2007). Quando estas funções não estão sendo desenvolvidas de forma eficaz pode ocorrer disfunções do assoalho pélvico (DAP) (BHATTARAI; FROTSCHER; STAAT, 2018). Segundo a *International Urogynecology Association (IUGA)* e a *International Continence Society (ICS)*, essas disfunções referem-se a uma série de condições em que o assoalho pélvico encontra-se alterado e sua função comprometida (MAHONEY *et al.*, 2017; BO *et al.*, 2017). Dentre as principais alterações estão incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgão pélvico (POP), disfunção sexual e constipação (MILLER; BARALDI, 2012; BO *et al.*, 2017). Um estudo realizado por Berghmans *et al.* (2016) avaliou mulheres com média de idade de 56,8 anos e demonstrou que cerca de 46,6% tinham IU, 41,1% tinham queixas de POP, 15,1% IA, 12,6% constipação e cerca de 4,6% relataram problemas sexuais.

Neste contexto, as DAP podem interferir negativamente na função sexual (FS) (LIAN *et al.*, 2017). A função sexual feminina é uma complexa interação entre fatores fisiológicos, emocionais e sociais, sendo sua resposta composta de quatro estágios: desejo/excitação, platô, orgasmo e resolução (HAYLEN *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2017). Quando há alteração nesse ciclo, caracteriza-se uma disfunção sexual (DS). No Brasil, estima-se uma prevalência de 49% de DS em mulheres acima de 18 anos (WOLPE *et al.*, 2017). Vários autores investigaram os fatores associados ao desenvolvimento de DS e apontaram que doenças psiquiátricas são as mais importantes, principalmente a depressão (MITCHELL *et al.*, 2013; FIELD *et al.*, 2016). Além disso também podem afetar de forma negativa a saúde sexual da mulher a ansiedade (HARLEY *et al.*, 2010; THAROOR *et al.*, 2015), utilização de medicamentos (MAGO, 2016), disfunções do assoalho pélvico (FELIPPE *et al.*, 2017; BORTOLAMI *et al.*, 2015) obesidade, estresse, aborto, menopausa, abuso sexual, saúde física ruim da mulher e do parceiro e baixa qualidade de vida (QV) (MCCOOLS-MYERS *et al.*, 2018).

O estudo de Rogers e colaboradores (2018) constatou que as DAP afetam a FS associando-se a baixa excitação sexual, orgasmo infrequente e dispareunia. Cerca de 45% das mulheres com IU e/ou sintomas do trato urinário inferior ou POP queixam-se de DS, sendo 34% com desejo sexual hipoativo, 23% com distúrbio de excitação sexual, 11% com deficiência orgásmica e 44% com dor sexual (SALONIA *et al.*, 2004).

Quando a FS está prejudicada ocorre diminuição da QV resultando em estilo de vida inativo, perda de autoconfiança, desconforto físico, problemas psicosssexuais e interpessoais (SHEN *et al.*, 2011). Segundo Mazinani *et al.* (2012), a FS está profundamente ligada com vários aspectos do comportamento, o que explica o impacto considerável na QV. A disfunção sexual feminina e a QV são multidimensionais e têm uma relação bidirecional ao longo da vida, pois uma auxilia o funcionamento do outro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o impacto da FS na QV dentro do instrumento de avaliação *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (NAPPI *et al.*, 2016) e atualmente pesquisas sobre FS contribuem para um estudo mais amplo da QV.

Portanto, estudos com essa temática são necessárias pois as mulheres representam 51,03% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017). No entanto, apesar das DAP possuírem alta prevalência, como citado anteriormente, não existe uma Política Pública que priorize a promoção de saúde para as mulheres com DAP. Estudos que demonstrem destaque para essas disfunções podem contribuir para o desenvolvimento de políticas nesse âmbito.

Dessa forma, conforme a problemática supracitada que demonstra uma alta prevalência de DS em mulheres com DAP e importante impacto na QV, elaborou-se as seguintes questões problema com mulheres atendidas na Atenção Básica: (1) Como se comporta a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC? e (2) Quais os fatores associados a disfunção sexual em mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a função sexual e os desconfortos do assoalho pélvico de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.

1.1.2 Objetivos Específicos

Comparar e correlacionar a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC (**Artigo 1**).

Analisar os fatores associados à disfunção sexual de mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC (**Artigo 2**).

1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

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

A dissertação foi organizada em quatro principais partes: 1ª) **Introdução teórica** contendo problema e justificativa da pesquisa; 2ª) **Revisão de Literatura** em que será apresentada uma revisão sistemática da literatura sobre o tema dessa dissertação; 3ª) **Materiais e Métodos** contendo a descrição pormenorizada dos procedimentos, destacando a diferença entre os estudos; 4ª) **Resultados** com a apresentação de dois artigos científicos que contemplam os objetivos específicos e 5ª) **Considerações Finais**.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para verificar a produção de conhecimento sobre função sexual e disfunções do assoalho pélvico foi conduzida uma revisão sistemática da literatura e redigida em forma de artigo científico.

2.1 FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Revista sugerida para publicação: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproduce Biology*

Qualis: A3

Fator de impacto: 2.024

Autores: **Amanda Roque¹, Meliza Uller Antunes¹, Carolina Lazzarin de Conto¹, 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

Introdução: A disfunção sexual (DS) é comumente relatada entre mulheres com disfunções do assoalho pélvico (DAP). **Objetivo:** Analisar as evidências sobre função sexual em mulheres com e sem DAP, por meio de uma revisão sistemática de literatura. **Metodologia:** Os bancos eletrônicos BVS, CINAHL, SCOPUS, PUBMED foram examinados entre setembro e dezembro de 2019. A estratégia de busca foi: {"Sexual Function" OR "Sexual Dysfunction" [MeSH Terms]} AND {"Pelvic Floor" [MeSH Terms] OR "Urinary incontinence" [MeSH Terms] OR "Fecal Incontinence" [MeSH Terms] OR "Pelvic organ prolapse" [MeSH Terms] OR "Constipation" [MeSH Terms]}. Foram incluídos estudos transversais que realizaram comparação da função sexual (FS) de mulheres com e sem DAP. A qualidade metodológica foi avaliada por meio da escala Downs and Black. Esta revisão foi inserida na plataforma PROSPERO. **Resultados:** Foram inseridos nessa revisão 15 artigos, sendo que a maioria esteve pautado nas DAP de maior impacto na função sexual. Os principais resultados encontrados foram que grande parte dos estudos buscam entender a função sexual da mulher com sintomas urinários, pois é o sintoma mais relatado nas mulheres com DS. A incontinência urinária de esforço (IUE) parece trazer maiores prejuízos a função sexual. Quanto ao prolapso de órgão pélvico (POP), mulheres com esse sintoma demonstraram maiores riscos de desenvolver DS, entretanto o estadiamento parece não explicar a piora dos sintomas. Referente aos sintomas anorretais observou-se que mulheres com incontinência anal (IA) são mais propensas a desenvolver DS. **Conclusão:** Observou-se relação entre a presença de DAP e pior desempenho da FS em mulheres, sendo que a maioria delas apresentam algum grau de DS.

Palavras-chave: Disfunção Sexual. Função sexual. Disfunções do assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Sexual dysfunction (SD) is commonly reported among women with pelvic floor disorders (PAD). **Objective:** To analyze the evidence on sexual function in women with and without PAD, through a systematic literature review. **Methodology:** BVS, CINAHL, SCOPUS, PUBMED electronic banks were examined between September and December 2019. The search strategy was: {"Sexual Function" OR "Sexual Dysfunction" [MeSH Terms]} AND {"Pelvic Floor" [MeSH Terms] OR "Urinary incontinence" [MeSH Terms] OR "Fecal Incontinence" [MeSH Terms] OR "Pelvic organ prolapse" [MeSH Terms] OR "Constipation" [MeSH Terms] "}. Cross-sectional studies that performed function comparison were included (FS) of women with and without PAD. Methodological quality was assessed using the Downs and Black scale. This review was inserted in the PROSPERO platform. **Results:** 15 articles were included in this review, most of which were based on PADs with the greatest impact on sexual function. The main results found were that most studies seek to understand the sexual function of women with urinary symptoms, as it is the most reported symptom in women with DS. Stress urinary incontinence (SUI) seems to cause greater damage to sexual function. As for pelvic organ prolapse (POP), women with this symptom showed greater risks of developing SD, however staging does not seem to explain the worsening of symptoms. Regarding anorectal symptoms, it was observed that women with anal incontinence (AI) are more likely to develop SD. **Conclusion:** A relationship was observed between the presence of PAD and worse performance of FS in women, most of whom have some degree of SD.

Keywords: Sexual dysfunction. Sexual function. Pelvic floor dysfunctions.

INTRODUÇÃO

As principais disfunções do assoalho pélvico (DAP) são incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgão pélvico (POP), disfunção sexual e constipação intestinal (MILLER; BARALDI, 2012; BO *et al.*, 2017). Cerca de 30% das mulheres sofrem de alguma DAP, apresentando cenários clínicos distintos (WU *et al.*, 2017; JUNDT; PESCHERS; KENTENICH, 2015). Segundo Verbeek e Hayward (2019), destacam-se os sintomas de IU (1 em cada 3 mulheres), POP (1 em cada 2) e IA (1 em cada 10).

De acordo com a literatura, a função sexual (FS) feminina pode estar prejudicada devido a presença de alguma DAP (LIAN *et al.*, 2017; EL-SAYED *et al.*, 2017), em que a funcionalidade do assoalho pélvico (AP) estará afetada, podendo ocasionar disfunção sexual (DS) (MAGNO; FONTES-PEREIRA; NUNES, 2011). A DS é definida por problemas persistentes e recorrentes em uma das fases da resposta sexual ou quando há presença de dor e desconforto (GAMA *et al.*, 2014). É um fenômeno frequente na vida das mulheres, porém, ainda é pouco estudado (TRINDADE; LUZES, 2017). A prevalência de disfunção sexual é estimada em cerca de 30 a 50% na população feminina em geral, enquanto nas mulheres com DAP, a incidência relatada sobe para 50 a 83%. (LIAN *et al.*, 2017; MCCOOL-MYERS *et al.*, 2018; VERBEEK *et al.*, 2019).

A revisão de literatura de Thomas e Thurston (2016) demonstrou que as DAP podem prejudicar a saúde sexual da mulher, afetando as fases do ciclo da resposta sexual. Observou-se que as DAP estão associadas a diminuição da excitação sexual, diminuição da frequência sexual, do orgasmo e ocorrência de dispareunia (HANDA *et al.*, 2008). Um estudo que avaliou a FS de 755 mulheres com DAP, constatou que um quarto nunca havia experimentado desejo sexual, e que aproximadamente 20% nunca havia experimentado excitação ou orgasmo durante o ato sexual. Além disso, a diminuição da FS esteve associada ao número de DAP que a mulher possui (LI-YUN-FONG *et al.*, 2017).

Na literatura também encontra-se alguns estudos que investigam diferentes tipos de DAP na FS (SHIN; PARK; SON, 2016; SCHOENFELD *et al.*, 2013; FASHOKUN *et al.*, 2013). Verbeek *et al.* (2019) afirmam que, em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, a DS está associada a sensação de preocupação com a imagem de sua vagina. Entre mulheres com incontinência urinária, houve associação com presença de dispareunia e incontinência coital e entre mulheres com incontinência anal, destacou-se o medo de escapes fecais (VERBEEK *et al.*, 2019).

Além disso, a função sexual também está diretamente ligada com a qualidade de vida, pois essas disfunções geram impacto negativo no bem-estar social, físico, sexual e psicológico das mulheres (HARMANLI, 2011). O estudo de Karabulut *et al.* (2013) investigou a qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual e do assoalho pélvico, e foi possível observar que a qualidade de vida destas mulheres estava prejudicada.

A alta prevalência de mulheres com disfunção sexual que possuem algum tipo de disfunção do assoalho pélvico é preocupante e evidencia impacto na qualidade de vida. No entanto, as evidências sobre a comparação da FS entre mulheres adultas com e sem diferentes DAP são confusas. Portanto, o objetivo desta revisão sistemática foi analisar as evidências sobre função sexual em mulheres com e sem DAP, por meio de uma revisão sistemática de literatura.

MÉTODOS

Fontes de dados e pesquisas

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as orientações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (recomendações PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009). Para realização da busca utilizou-se descritores *Meshs* (*Medical Subject Headings*) e a estratégia foi: {"Sexual Function" OR "Sexual Dysfunction" [MeSH Terms]} AND {"Pelvic Floor" [MeSH Terms] OR "Urinary incontinence" [MeSH Terms] OR "Fecal Incontinence" [MeSH Terms] OR "Pelvic organ prolapse" [MeSH Terms] OR "Constipation" [MeSH Terms]}.

Essa revisão sistemática foi inserida no *International Prospective Register of Systematic Reviews* – PROSPERO e está aguardando a finalização do registro. As bases de dados selecionadas foram BVS (BIREME), CINAHL (EBSCO), SCOPUS (ELSEVIER) PUBMED (VIA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE). A busca das informações foi realizada entre setembro e dezembro de 2019.

Seleção dos estudos

Nessa revisão foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: (1) estudos transversais; (2) que comparassem a FS de mulheres com e sem DAP. Foram excluídas revisões sistemáticas, ensaios clínicos, metanálises, estudos de coorte e estudos caso-controle. Os idiomas pesquisados foram inglês, português e espanhol, sem limite de data de pesquisa. Resumos, dissertações, teses, cartas e relatos de casos foram excluídos, bem como estudos que

utilizaram modelos animais.

Primeiramente, dois revisores independentes selecionaram os estudos com base nos títulos, excluindo aqueles que claramente não estavam relacionados com o tema da revisão. Posteriormente, todos os títulos selecionados tiveram seus resumos analisados. Os textos completos dos artigos potencialmente relevantes foram recuperados para avaliação final. Possíveis discordâncias durante o processo foram solucionadas por meio de um terceiro revisor.

Avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados utilizou-se a escala Downs and Black, que possui 27 questões, das quais foram excluídas 13 perguntas (4, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24 e 26) inerentes a ensaios clínicos randomizados, estudos casos-controle e estudos de coorte, permanecendo 14 questões com pontuação máxima de 15 pontos. Sendo assim, considerou-se estudo de boa qualidade metodológica, aqueles que atingiram 70% da pontuação total, ou seja, acima de 10 pontos para estudos transversais (DOWNS e BLACK, 1998).

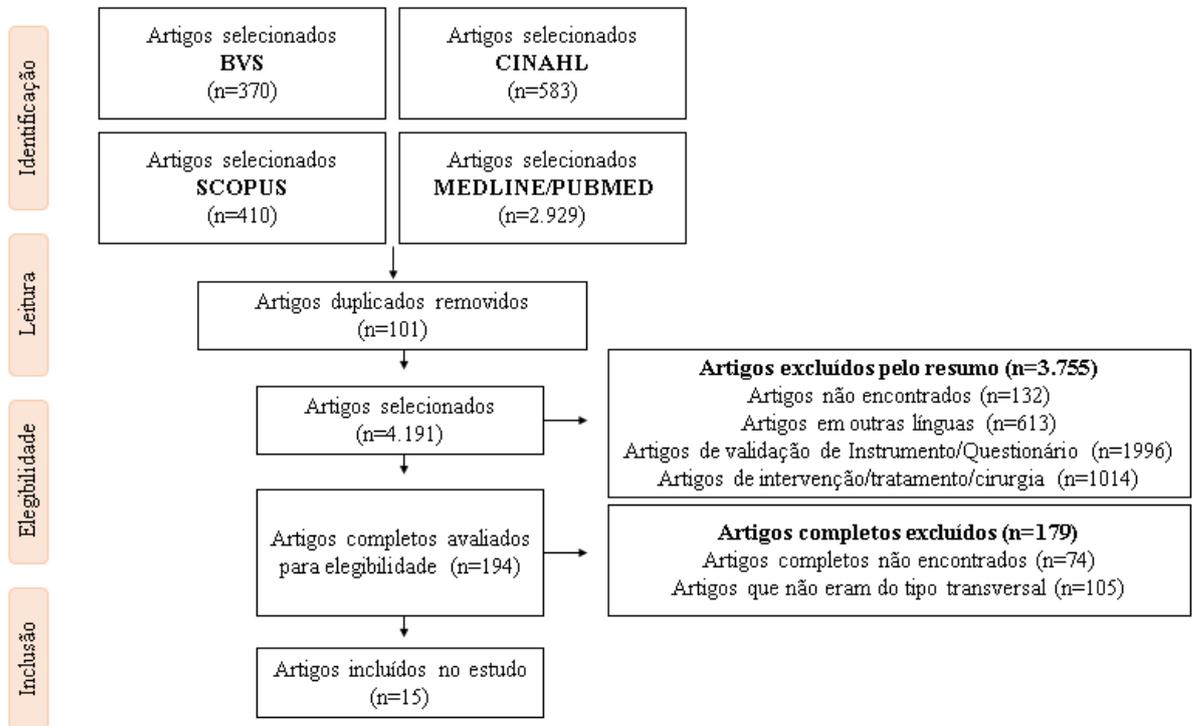
A avaliação da qualidade foi realizada de forma independente por dois revisores. Possíveis discordâncias durante o processo também foram solucionadas por meio de um terceiro revisor.

Para o tratamento dos dados, foi realizada uma síntese qualitativa e as seguintes informações foram extraídas dos estudos selecionados: (1) autores, (2) ano; (3) local da coleta de dados; (4) amostra; (5) medida da função sexual; (6) medida da disfunção do assoalho pélvico; e (7) principais resultados.

RESULTADOS

Em relação ao número de estudos identificados para essa revisão sistemática, observa-se na Figura 1 que, após a inserção dos filtros nas bases de dados, foram encontrados 4.302 títulos, sendo 370 na BVS, 583 CINAHL, 410 SCOPUS e 2.929 no MEDLINE/PUBMED. Dentre estes títulos, 101 eram duplicados e foram removidos, restando para a leitura 4.191 títulos. Após a leitura dos títulos aos pares, 436 estudos foram considerados potencialmente relevantes para leitura dos resumos. Com a leitura dos resumos, 242 estudos foram excluídos por não atenderem aos objetivos do estudo, restando 194 artigos para serem lidos na íntegra. Por fim, 15 artigos foram selecionados para essa revisão sistemática pois comparam a função sexual de mulheres adultas com e sem DAP.

Figura 1 - Fluxograma dos estudos incluídos na revisão sistemática.



Fonte: Próprio autor, conforme Recomendações Prisma.

Quadro 1. Síntese qualitativa dos estudos inseridos na revisão sistemática (n=15).

Autor, ano e País	Amostra	Medida da função sexual	Medida da disfunção do assoalho pélvico	Principais resultados
Moroni <i>et al.</i> , 2019. Brasil.	105 mulheres com POP (média de idade 61,82 ± 11,38 anos) e 100 mulheres no grupo com ausência de sintomas (média de idade 48,11 ± 11,09 anos).	FS avaliada por meio do <i>FSFI</i> , imagem genital por <i>BIPOP</i> e imagem corporal por <i>BAQ</i> .	Estadiamento do POP avaliado por meio do <i>POP-Q</i> .	Não houve diferença significativa entre os valores do <i>FSFI</i> para diferentes estadiamentos do POP, entretanto, sugere-se que mulheres com POP correm risco de desenvolver DS porque seus escores estão abaixo do ponto de corte utilizada que foi 26,55. Os escores totais do <i>FSFI</i> entre mulheres com POP foi 21,01 ± 6,98. Nas mulheres com POP com estadiamento 1 e 2 foi 21,69 ± 7,09 nas mulheres com POP estadiamento 3 e 4 foi 20,02 ± 6,90. As imagens corporais e genitais foram associadas a DS (p=0,002 e p=0,005 respectivamente) demonstrando que as mulheres com pior imagem corporal e genital também tinham menores pontuações no <i>FSFI</i> . Os achados deste estudo sugerem que as mulheres com POP correm risco de desenvolver DS.
Grzybowska e Wydra (2017). Polônia.	130 mulheres com IUE (média de idade 52,8 ± 8,9 anos) e 126 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 49,6 ± 11,3 anos).	FS avaliada por meio do <i>PISQ</i> .	IUE avaliada por meio de urodinâmica. Estadiamento do POP avaliado por meio do <i>POP-Q</i> .	O escore total médio do <i>PISQ</i> em todos os domínios foi significativamente menor nas mulheres com IUE (83,8 ± 14,8) do que no grupo sem sintomas (95,7 ± 10,3) (p<0,001). As mulheres com IUE leve (33,6 ± 6,1) quando comparadas com as mulheres com IUE moderada (30,7 ± 6,4) tinham melhor FS no domínio físicos (p=0,015). Da mesma forma, no domínio relacionado ao parceiro, mulheres com IUE leve (18,8 ± 2,9) também tiveram melhor FS comparada àquelas com IUE moderada (17,3 ± 3,3) (p=0,02). As mulheres com IUE foram classificadas em dois grupos: sem POP (<i>POP-Q</i> estadiamento 0 e 1) e com o POP (<i>POP-Q</i> estadiamento ≥2), sendo que as mulheres com IUE e POP tinham escores significativamente inferiores de FS em todos os domínios do <i>PISQ</i> em comparação as mulheres sem sintomas (p<0,001).
Pauls <i>et al.</i> , 2015. Estados Unidos.	90 mulheres com IA (média de idade 57,3 ± 13,24 anos) e 743 mulheres com ausência de	FS avaliada por meio do <i>PISQ-IR</i> e <i>FSFI</i> .	IA avaliada por meio do <i>PFDI-20</i> .	Na avaliação realizada por meio do <i>FSFI</i> , destacou-se diferença significativa no domínio desejo, sendo que sua pontuação foi menor nas mulheres com IA quando

	sintomas (média idade 54,8 ± 12,51 anos).			comparado com mulheres sem sintomas (p= 0,016). Quanto ao <i>PISQ-IR</i> o domínio de qualidade global (p=0,003) e específico (p=0,046) que avalia a FS também foram piores em mulheres com IA em comparação com o grupo sem sintomas. Em conclusão, a IA demonstrou ter impacto negativo na função sexual das mulheres participantes.
Panman <i>et al.</i> , 2014. Países Baixos.	98 mulheres com POP avançado, 204 com POP leve e 91 mulheres com ausência de sintomas sexualmente ativas e 49 mulheres com POP avançado, 123 com POP leve e 73 mulheres com ausência de sintomas sexualmente inativas. Média de idade geral 62,6 ± 5,2 anos.	FS avaliada pelo <i>PISQ-12</i> .	Desconfortos do assoalho pélvico avaliado por meio do <i>PFDI-20</i> e estadiamento do POP avaliado por meio do <i>POP-Q</i> .	Os valores do escore total do <i>PFDI-20</i> e <i>PISQ-12</i> nas mulheres sexualmente ativas foi respectivamente de 57,3 (IC 33,3-83,3) e 37 (IC 33-39). Não houve diferença significativa nos escores do <i>PFDI-20</i> entre mulheres ativas e inativas sexualmente. Após realização de uma regressão logística multivariada com todas as mulheres do estudo (sexualmente ativas e inativas, n=639) foi possível observar que o aumento da idade (OR: 1,13; IC95%: 1,10-1,17; p<0,001) e baixa escolaridade (OR: 2,31; IC95%: 1,50-3,54; p<0,001) foram fatores de risco associados para inatividade sexual. Em regressão logística multivariada apenas com mulheres sexualmente ativas foi possível observar que quanto maior os sintomas do assoalho pélvico menor a FS avaliada pelo <i>PISQ-12</i> , sendo que os fatores de risco significativamente associados à DS foram disfunções do assoalho pélvico (p<0,001) e cirurgia do assoalho pélvico (p=0,018). Sendo que as mulheres deste estudo não se abstêm de relações sexuais por causa de sintomas do POP.
Espunã-Pons <i>et al.</i> , 2014. Espanha.	102 mulheres com POP estágio 2, 122 mulheres com POP estágio 3 e 4 e 288 mulheres com ausência de sintomas. Média de idade geral 58,14 ±12,54 anos.	FS avaliada por meio de duas perguntas que compõem o <i>EPIQ</i> : medem a sensação de protuberância vaginal e quanto isso incomoda no momento da relação sexual.	Distúrbios do assoalho pélvico avaliados por meio do <i>EPIQ</i> ; Estadiamento do POP por <i>IUGA-ICS</i> e IU por <i>ICIQ-UI SF</i> .	Foi observado associação na regressão linear entre sintoma de protuberância vaginal referente ao POP (p<0,001) e dificuldade de manter relação sexual por sentir a protuberância vaginal (p=0,004). Também houve associação significativa entre os grupos de pacientes com POP estágio 2, 3 e 4 e o grupo com ausência de sintomas (p=0,01). Além disso, todas as mulheres com POP relataram presença de protuberância vaginal, independente do órgão que possuía prolapso.
Imhoff <i>et al.</i> ,	545 mulheres com IF (média	FS avaliada por meio do	Gravidade de disfunções anorretais	A participação em atividade sexual não diferiu entre os

2013. Estados Unidos.	de idade $56,0 \pm 9,2$ anos), 995 com incontinência de flatus (média de idade $56,0 \pm 9,2$ anos) e 729 mulheres com ausência dos sintomas (média de idade $54,3 \pm 9,4$ anos).	<i>PISQ-IR</i> e <i>FSFI</i> .	avaliado por meio do <i>FISI</i> e perguntas abertas sobre função sexual.	grupos com e sem IF ($p=0,06$). Entretanto, 24% das mulheres com IF descreveram saúde física como limitadora da atividade sexual, em comparação com 15% das mulheres com incontinência de flatus e 12% das mulheres sem sintomas. Os principais resultados mostraram que mulheres com IF eram mais propensas a relatar baixo desejo sexual ($p=0,007$), baixa satisfação sexual ($p=0,005$), e limitação da atividade sexual pela saúde física ($p=0,003$) quando comparado com mulheres sem sintomas. Entretanto essa mesma análise não demonstrou diferença quando comparado a mulheres com incontinência de flatus e mulheres sem sintomas. As mulheres com IF apresentaram maior probabilidade de relatar dificuldades com a lubrificação ($p<0,001$), dor ($p<0,001$) e orgasmo ($p=0,01$) quando comparado com mulheres sem sintomas.
Athanasίου <i>et al.</i> , 2012. Grécia.	69 mulheres com POP (média de idade $48,3 \pm 8,5$ anos) e 61 mulheres com ausência de sintomas (média de idade $44,8 \pm 10,4$ anos).	FS avaliada por meio do <i>DYSQ</i> .	Estadiamento do POP avaliado por meio do <i>POP-Q</i> .	A pontuação da FS no grupo com POP foram piores do que no grupo sem POP ($p<0,001$), mas a função sexual não piorou com o aumento do estágio do prolapso. A atividade sexual foi igualmente importante para ambos os grupos, mas as mulheres com POP estavam menos satisfeitas com sua atividade sexual. Destacam-se as informações: mulheres com POP sentiram menos desejo e prazer durante a relação sexual ($p=0,009$); o orgasmo foi alcançado sempre ou muitas vezes em 49,3% nas mulheres com POP e 75,3% nas mulheres sem POP; mulheres com POP eram mais propensas a sentir dor durante e relação sexual, mas o grau de dor era baixo ou muito baixo em ambos os grupos. Entre as mulheres com POP, 33,8% das mulheres tinham medo de ter incontinência de coito, o que atrapalhava a relação sexual, e 42% delas já sofreram incontinência de coito alguma vez. A presença de prolapso explica parcialmente o comprometimento do funcionamento sexual. A disfunção sexual está relacionada à presença de POP e não ao estadiamento do POP.
Sako <i>et al.</i> , 2011.	72 mulheres com sintoma do	FS avaliada por meio do	Sintomas do trato urinário avaliado por	A principal disfunção entre as 72 mulheres com sintomas do

Japão.	trato urinário inferior e 74 mulheres com ausência de sintomas. Média de idade geral 32,2 (IC 21-56 anos).	<i>FSFI</i> .	meio de um questionário desenvolvido por membros do comitê da sociedade de bexiga neurogênica do Japão.	trato urinário inferior foi a IUE (n=35). A pontuação média do <i>FSFI</i> não foi significativamente diferente entre mulheres com sintoma do trato urinário inferior e mulheres com ausência de sintomas ($23,2 \pm 9,3$ e $21,6 \pm 8,8$, respectivamente; $p=0,057$). No entanto, a pontuação média do <i>FSFI</i> das mulheres com o diagnóstico de IUE foi significativamente inferior ao das mulheres com ausência de sintomas ($p=0,04$). Nenhum outro sintoma mostrou diferenças nas pontuações do <i>FSFI</i> . Os resultados desse estudo sugerem que a disfunção sexual está relacionada à IUE.
Zahariou <i>et al.</i> , 2010. Grécia.	112 mulheres com Bexiga Hiperativa e sintomas de IU (média de idade 49,0 IC 19-50 anos) e 165 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 49,0 anos IC 19-48 anos).	FS avaliada por meio do <i>FSFI</i> .	O sintoma de bexiga hiperativa foi avaliado por exame físico recomendado pelo <i>International Continence Society (ICS)</i> e exame urodinâmico.	De acordo com o questionário <i>FSFI</i> , a disfunção sexual foi diagnosticada em 53 das 112 mulheres com bexiga hiperativa (47%). Destes, 25 (47%) relataram distúrbios de dor sexual, 18 (34%) desejo sexual hipoativo, 13 (25%) distúrbios de excitação sexual, 13 (25%) distúrbios de lubrificação e 12 (23%) queixaram-se de deficiência orgasmica. Entre o grupo de mulheres com ausência de sintomas, apenas 25 mulheres (22%) tinham disfunção sexual. Destas, 8 (33%) relataram desejo sexual hipoativo e 7 (28%) relataram distúrbio de excitação sexual, 5 (20%) distúrbios de lubrificação, 4 (16%) sofreram de distúrbio de dor sexual e 4 (16%) queixaram-se de deficiência orgasmica. Para o grupo com bexiga hiperativa, a pontuação total do <i>FSFI</i> foi significativamente menor ($18,3 \pm 1,2$) em comparação com o grupo sem sintomas ($26,5 \pm 1,7$) ($p<0,001$), da mesma forma houve diferença significativa entre os grupos em todos os escores do <i>FSFI</i> (desejo $p<0,001$; excitação $p<0,001$; lubrificação $p<0,01$; orgasmo $p<0,05$; satisfação $p<0,001$ e dor $p<0,01$).
Tok <i>et al.</i> , 2010. Turquia.	342 mulheres com POP (média de idade $38,7 \pm 11,0$ anos e 945 mulheres com ausência de sintomas (média de idade $42,4 \pm 9,2$ anos).	FS avaliada por meio do <i>PISQ-12</i> .	Estadiamento do POP avaliado por meio do <i>POP-Q</i> .	Houve diferença significativa entre mulheres com POP ($31,1 \pm 6,4$) e mulheres com ausência de sintomas ($33,3 \pm 6,1$) no escore total do <i>PISQ-12</i> ($p<0,001$) e nos domínios desejo ($p=0,04$), excitação ($p=0,01$), incontinência urinária durante a atividade sexual ($p=0,003$), medo de incontinência

				urinária ou fecal durante a atividade sexual ($p=0,001$), evitar relações sexuais devido a prolapso ($p=0,003$), e reações emocionais negativas ($p<0,001$). No entanto, os escores médios do orgasmo, satisfação sexual, dor durante a relação sexual não demonstraram diferenças significativas.
Tannenbaum, Corcos e Assalian 2006. Canadá.	925 mulheres com IU (média de idade 71.3 ± 6.9 e 1.436 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 71.0 ± 6.9 anos).	A FS foi avaliada por meio de perguntas fechadas simples através de um questionário online.	A prevalência, frequência e causa percebida da IU foi avaliada pelo <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire</i> .	29% das mulheres com ausência de sintomas e 25% das mulheres com IU eram sexualmente ativas. A IU foi associada a FS na análise de regressão logística bruta. O estado civil e a idade foram os preditores mais fortes para as mulheres serem sexualmente ativas. Em menor grau a saúde física e mental também foram preditores de FS ativa. Nas mulheres incontinentes a frequência de IU não foi associada a FS sexual, embora maiores quantidades de perda de urina, como IUE e IU noturna estivessem associadas. O estudo conclui que mulheres mais velhas permanecem sexualmente ativas independente do status de continência.
Sen <i>et al.</i> , 2006. Turquia.	153 mulheres com IU (média de idade $46,63 \pm 9,93$ anos) e 89 mulheres com ausência de sintomas (média de idade de $45,34 \pm 6,29$ anos).	FS avaliada por meio do <i>FSFI</i> .	Sintomas urogenitais avaliados por meio do <i>UDI-6</i> e <i>IIQ-7</i> .	Houve diferença significativa entre mulheres com IU ($20,48 \pm 6,20$) e mulheres com ausência de sintomas ($22,97 \pm 6,95$) no escore total do <i>FSFI</i> ($p=0,005$) e nos domínios desejo ($p<0,001$), excitação ($p=0,001$), orgasmo ($p=0,014$), satisfação ($p=0,015$). Quanto aos tipos de IU, houve diferença significativa no grupo com IUM ($19,71 \pm 6,50$) quando comparado com o grupo sem esse tipo de sintomas ($22,97 \pm 6,95$) ($p=0,002$). A IUM, quando comparada com outros tipos, teve maior impacto na função sexual.
Novi <i>et al.</i> , 2005. Estados Unidos.	30 mulheres com POP (média de idade de 56 ± 13 anos e 30 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 54 ± 12 anos).	FS avaliada por meio do <i>PSIQ</i> .	Estadiamento do POP avaliado por meio do <i>Baden-Walker</i> .	21% das mulheres com POP e 28% das mulheres com ausência dos sintomas não eram sexualmente ativas. Houve diferença significativa entre mulheres sexualmente ativas com POP ($83,5 \pm 6,2$) quando comparado com o grupo sem sintomas ($110,1 \pm 14,9$) ($p=0,001$). Além disso, ao comparar o grupo com POP com o grupo sem sintomas, não houve diferença observada na frequência desejada de relação sexual, início da atividade sexual e taxa de anorgasmia. Já as mulheres do grupo com POP relataram uma taxa maior de IU ($p<0,001$) e IF ($p=0,04$) na atividade sexual do que

				mulheres com ausência de sintomas. Também foi observado taxa significativamente maior em evitar relações sexuais devido ao constrangimento e a vergonha nas mulheres com POP.
Aslan <i>et al.</i> , 2005. Turquia.	21 mulheres com IU (média de idade 39,5 ± 6,6 e 18 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 32,6 ± 9,1 anos).	FS avaliada por meio do <i>FSFI</i> .	Sintomas de IU foi avaliado por avaliação clínica, exame físico e cistomanometria multicanal.	Houve diferença significativa entre mulheres com IU (22,2 ± 5,7) e mulheres com ausência de sintomas (27,7 ± 4,9) no escore total do <i>FSFI</i> (p=0,005) e em todos os domínios exceto dor: desejo (p=0,003), excitação (p=0,012), lubrificação (p=0,009), orgasmo (p=0,02), satisfação (p=0,014). Escores mais baixos do <i>FSFI</i> foram obtidos à medida que a gravidade da incontinência foi aumentada, determinada pelo aumento do número de absorventes usados em uma semana. Entre os tipos de incontinência (IUE, IUU, IUM) nenhuma diferença significativa foi determinada em todos os domínios do <i>FSFI</i> .
Rogers <i>et al.</i> , 2001. México.	83 mulheres com IU/POP (média de idade 50,0 ± 12,4 anos) e 56 mulheres com ausência de sintomas (média de idade 39,1 ± 1,6 anos).	FS avaliada por meio do <i>PISQ</i> .	Sintomas de IU e POP foram avaliados por meio do <i>IIQ-7</i> .	Os escores do <i>PISQ</i> foram significativamente menores entre as mulheres com IU/POP (92,6 ± 13,5) do que entre as mulheres sem sintomas (100,1 ± 8,8) (p=0,003). A frequência de relações sexuais foi menor em mulheres com IU/POP quando comparado com mulheres sem sintomas (p=0,04). Mulheres com IU/POP restringiram a atividade sexual por medo de perder a urina com mais frequência do que aquelas sem sintomas (p=0,005). O estudo conclui que mulheres com IU/POP apresentam pior FS do que aquelas sem sintomas.

Legenda: N: Número de artigos; IC: Intervalo de confiança; IU: Incontinência urinária; IUM: Incontinência urinária mista; IUE: Incontinência urinária de esforço; IUU: Incontinência urinária de urgência; IF: Incontinência fecal; IA: Incontinência anal; POP: Prolapso de órgão pélvico; DAP: Disfunção do assoalho pélvico; DD: Distúrbios de defecação; *FSFI*: Female Sexual Function Index; *PISQ-12*: Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire; *OISQ-IR*: Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised; *PFDI-20*: Pelvic Floor Distress Inventory-20; *EPIQ*: The epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire; *POP-Q*: Pelvic Organ Prolapse Quantification; *BIPOP*: Body Image in the Pelvic Organ Prolapse; *BAQ*: O Body Attitudes Questionnaire; *POPDI*: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory; *UDI-6*: Urinary Distress Inventory; *DYSQ*: sexual dysfunction questionnaire; *IIQ-7*: Incontinence Impact Questionnaire. *FISI*: Fecal Incontinence Severity Index; *UDI-6²*: Urogenital Distress Inventory Short Form; *IIQ-7*: Incontinence Impact Questionnaire Short Form; *ICIQ-Q*: International Consultation on Incontinence Questionnaire – urinary incontinence.

A análise da qualidade metodológica dos estudos utilizando a escala Downs and Black (Quadro 2) apresentaram boa pontuação atingindo o mínimo indicado para ser considerado um bom estudo.

Quadro 2 - Avaliação da qualidade metodológica, por meio da escala Downs and Black (n=15).

Itens da escala	Estudos transversais incluídos														
	Moroni <i>et al.</i> , 2019.	Grzybowska e Wydra 2017.	Pauls <i>et al.</i> , 2015.	Panman <i>et al.</i> , 2014.	Espuña-Pons <i>et al.</i> , 2014.	Imhoff <i>et al.</i> , 2013.	Athanasiou <i>et al.</i> , 2012.	Sako <i>et al.</i> , 2011.	Zahariou <i>et al.</i> , 2010.	Tok <i>et al.</i> , 2010.	Tannenbaum, Corcos e Assalian 2006.	Sen <i>et al.</i> , 2006.	Novi <i>et al.</i> , 2005.	Aslan <i>et al.</i> , 2005.	Rogers <i>et al.</i> , 2001.
1. Clareza da Hipótese/objetivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Medidas de Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Características dos indivíduos incluídos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Intervenções	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
5. Distribuição dos fatores de confusão	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
6. Resultados e conclusões	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. Estimativas de variabilidade	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8. Efeitos adversos	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
9. Característica dos Indivíduos perdidos	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
10. Intervalo de confiança e valor de p	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. Representatividade dos indivíduos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

12. % de representatividade dos indivíduos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13. Equipe representativa e localização	NP														
14. Cegamento dos participantes	NP														
15. Cegamento do avaliador	NP														
16. Emergência de dados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17. Análise ajustada ao longo do tempo	NP														
18. Testes estatísticos adequados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19. Aderência a intervenção	NP														
20. Acurácia da medida dos resultados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21. Mesma população	NP														
22. Recrutamento mesmo período de tempo	NP														
23. Randomização dos indivíduos	NP														
24. Cegamento	NP														
25. Ajuste dos fatores de confusão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26. Perdas contabilizadas	NP														
27. Poder do estudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11/15	11/15	10/15	11/15	11/15	11/15	10/15	10/15	11/15	10/15	11/15	11/15	11/15	11/15	10/15

Legenda: N: Número de artigos; 1: Sim; 2/0: Não; NP: Não pontua.

Fonte: Downs and Black, 1998.

Os estudos encontrados variam com publicações entre os anos de 2001 e 2019, sendo que a maioria deles foi realizado nos Estados Unidos e Turquia. A média de idade amostral das mulheres com DAP dos 15 estudos inseridos nesta revisão sistemática foi de 52,02 anos e das mulheres sem DAP foi 49,20 anos.

Pode-se observar no quadro 1, que grande parte dos estudos avalia a função sexual entre mulheres com incontinência urinária (IU) e seus subtipos. O estudo de Aslan *et al.* (2005) afirmou que a função sexual (FS) medida por meio do *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi significativamente menor entre as mulheres com sintomas de IU. Todos os domínios foram menores nesse grupo, com exceção da dor. Os autores ainda observaram que à medida que a gravidade da IU aumenta (determinada pelo aumento do número de absorventes usados durante uma semana), os escores da função sexual são ainda menores. Já Tannenbaum, Corcos e Assalian (2006) observaram que a frequência da IU não foi relacionada a atividade sexual, embora maiores quantidades de perda de urina, como incontinência urinária de esforço (IUE) e incontinência urinária noturna estivessem associadas.

Alguns estudos apontaram os subtipos de IU e as proporções que afetam as mulheres. O estudo de Grzybowska *et al.* (2017) utilizou o *Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)* para avaliar a função sexual de mulheres com IUE e verificou que o escore total médio em todos os domínios foi significativamente menor nessas mulheres quando comparado aquelas sem sintomas. A FS também foi analisada em diferentes graus de IUE e as comparações múltiplas revelaram que mulheres com IUE leve tinham melhor FS em comparação àquelas com IUE moderada. Sen *et al.* (2006) utilizaram o *FSFI* para avaliar mulheres continentas e incontinentes, em que todos os escores dos domínios de FS (desejo, excitação, orgasmo e satisfação), exceto lubrificação e dor, foram menores demonstrando diferença significativa no grupo incontinente. Ainda quanto aos tipos de incontinência, também houve diferença significativa quando o grupo com incontinência urinária mista (IUM) foi comparado com o grupo sem sintomas e com outros tipos de incontinência, demonstrando ser mais prevalente e com maior impacto na FS das mulheres avaliadas. Sako *et al.* (2011) não encontraram diferença significativa da função sexual ao comparar mulheres com e sem sintomas do trato urinário inferior. No entanto, ao comparar apenas as mulheres com IUE, os valores da função sexual foram significativamente menores indicando que a presença de disfunção sexual está relacionada com os sintomas de IUE entre as participantes.

Além desses sintomas, Zahariou *et al.* (2010) avaliaram mulheres com bexiga hiperativa, e encontraram que essas possuíam mais distúrbios de dor sexual, desejo sexual

hipoativo, distúrbios de excitação, distúrbios de lubrificação e deficiência orgásmica quando comparado com mulheres sem estes sintomas. Além disso, no grupo de mulheres sem sintomas, poucas tinham sintomas de disfunção sexual, onde a pontuação do *FSFI* foram significativamente maiores.

Rogers *et al.* (2001) avaliaram a função sexual de mulheres com sintomas de IU e POP por meio do *PISQ* e encontraram valores significativamente menores entre aquelas com sintomas, concluindo que mulheres com IU e POP apresentam pior FS. Ao avaliar apenas os sintomas de prolapso de órgão pélvico (POP), Moroni *et al.* (2019) observaram que não houve diferença significativa entre os valores do *FSFI* para diferentes estádios do POP, entretanto, sugere-se que mulheres com POP correm risco de desenvolver DS porque seus escores estão abaixo do ponto de corte (26,5 pontos) indicado pela literatura. O estudo de Tok *et al.* (2010) apontou que mulheres com POP tiveram escores mais baixos e com diferença significativa no *PISQ-12* nos domínios de desejo sexual, excitação sexual, incontinência urinária durante a atividade sexual, medo de incontinência, evitar relações sexuais devido a prolapso, e reações emocionais negativas quando comparado com mulheres sem sintomas. No entanto, os escores médios de orgasmo, satisfação sexual, dor durante a relação sexual não diferiu significativamente entre os grupos. Novi *et al.* (2005) também compararam mulheres com e sem POP. As mulheres do grupo com POP eram menos propensas a serem sexualmente ativas do que o grupo sem sintomas. Os escores totais médios do *PISQ* foram significativamente menores no grupo com POP em comparação com o grupo sem sintomas. Além disso, as mulheres do grupo com POP relataram uma taxa maior de IU e IF na atividade sexual do que mulheres com ausência de sintomas. Também foi observado taxa significativamente maior de evitar relações sexuais devido ao constrangimento e a vergonha nas mulheres com POP.

Panman *et al.* (2014) analisaram a função sexual de mulheres com POP avançado, leve e sem sintomas, e observaram que a função sexual foi associada de forma negativa com POP e cirurgia do assoalho pélvico em que quanto maior a pontuação do *PFDI-20* menor a pontuação do *PISQ-12*. O aumento da idade e menor escolaridade foram os principais preditores de inatividade sexual, enquanto os sintomas de POP não foram. Isso indica que as mulheres sexualmente inativas não se abstêm de praticar relações sexuais por causa de sintomas ou POP. Espunã-Pons *et al.* (2014) também avaliaram a FS de acordo com o estádio do POP, realizando duas perguntas referente a sensação de possuir sintomas de protuberância vaginal e quanto isso incomoda no momento da relação sexual. Foi possível observar associação na regressão linear entre sintoma de protuberância vaginal referente ao POP e dificuldade de ter

relação sexual por sentir essa protuberância. Athanasiou *et al.* (2012) compararam a FS de mulheres com e sem POP por meio do *Sexual Dysfunction Questionnaire (DYSQ)* e foi possível observar que as pontuações no grupo com POP foram piores, entretanto, a função sexual não piorou com o aumento do estágio do prolapso. Além disso, a atividade sexual foi igualmente importante para ambos os grupos, mas as mulheres com POP estavam menos satisfeitas com sua atividade sexual e também menor proximidade emocional com o parceiro. As mulheres com POP sentiram menos desejo e prazer durante a relação sexual do que as mulheres sem POP.

Outras pesquisas trazem a relação de incontinência anal (IA), incontinência fecal (IF) e incontinência de flatus com DS feminina. O estudo de Pauls *et al.* (2015) avaliou mulheres com e sem IA. Os resultados demonstraram que mulheres com IA apresentaram maiores escores totais do *PFDI-20*, sugerindo maior grau de disfunção do assoalho pélvico (DAP). As mulheres com IA eram tão propensas a serem sexualmente ativas quanto aquelas sem IA, porém a função sexual era pior naquelas com IA, conforme mensurado pelo *FSFI* e *PISQ-IR*. Imhoff *et al.* (2013) trouxeram uma comparação de mulheres com IF, mulheres com incontinência de flatus e mulheres sem sintomas, sendo que as mulheres com incontinência fecal eram mais propensas a relatar baixo desejo sexual, baixa satisfação sexual e limitação da atividade sexual pela saúde física quando comparado com mulheres sem sintomas. Entretanto essa mesma análise não demonstrou diferença quando comparado mulheres com incontinência de flatus e mulheres sem sintomas. As mulheres com IF apresentaram maior probabilidade de relatar dificuldades com a lubrificação, dor e orgasmo quando comparado com mulheres sem sintomas.

Referente aos instrumentos mais utilizados pelos artigos que compõem essa revisão sistemática, para avaliar as disfunções do assoalho pélvico foram o *Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20)* (AROUCA *et al.*, 2016) e o *Pelvic Organ Prolapse Quantification POP-Q* (PERSU *et al.*, 2011). E para avaliar a função sexual foram o *Female Sexual Function Index (FSFI)* (THIEL *et al.*, 2008) e as duas versões longa e curta do *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ e PISQ-12)* (SANTANA; AOKI; AUGÉ, 2012). De acordo com a literatura estes instrumentos são confiáveis, rápidos e baratos para avaliação em forma de questionários autoaplicáveis. Estes vem sendo cada vez mais utilizados nas pesquisas e demonstram bons resultados e aceitação das mulheres.

DISCUSSÃO

Pode-se observar nessa revisão sistemática que em grande parte dos estudos, a incontinência urinária (IU) foi a disfunção do assoalho pélvico (DAP) mais pesquisada acerca

do impacto na função sexual (FS) feminina, possivelmente devido sua maior prevalência na população em geral (GRZYBOWSKA *et al.*, 2017; SAKO *et al.*, 2011; ZAHARIOU *et al.*, 2010; SEN *et al.*, 2006; ASLAN *et al.*, 2005; ROGERS *et al.*, 2001).

A maioria dos estudos transversais encontrados e mencionados acima utilizaram questionários que avaliaram de forma quantitativa os sintomas de disfunção sexual (DS), e observaram que as mulheres que possuem algum tipo de IU pontuaram significativamente menos do que mulheres que não possuem sintomas. Apenas Tannenbaum, Corcos e Assalian (2006) concluíram resultados distintos, em que a frequência de IU não foi relacionada a pior FS, embora maiores quantidades de perda de urina, como IUE e IU noturna estivessem associadas. Lim *et al.* (2016) avaliaram mulheres com e sem IU e observaram que mulheres com IUE apresentaram menor FS geral, menor frequência de relações sexuais, menor satisfação sexual ($p < 0,001$) e maior comportamento de evitar a relação sexual ($p = 0,026$). Nilson *et al.* (2011) também constataram que a IU tem um impacto negativo na vida sexual das mulheres. Este estudo avaliou 147 mulheres sexualmente ativas, e um terço delas tiveram vazamento de urina durante a relação sexual e metade delas confirmou que sua vida sexual era prejudicada pelos vazamentos de urina e odor, pois se sentiam pouco atraentes.

A IU pode gerar efeitos negativos na FS feminina pela proximidade da bexiga e da uretra com a vagina e a vulva (SHAW, 2002). No momento na penetração vaginal ocorre alteração do ângulo uretrovesical e elevação da bexiga, aumentando a pressão intra-abdominal. Neste momento pode ocorrer escapes de urina, o que pode gerar futuramente diminuição de desejo e da libido, e conseqüentemente DS (SERATI *et al.*, 2008).

O vazamento de urina no ato sexual pode depender do tipo de incontinência (EL-AZAB; YOUSEF; SEIFELDEIN, 2011), pois os mecanismos subjacentes dos subtipos de IUE e da IUU diferem. Na IUE, o músculo do assoalho pélvico é fraco e não pode gerar pressão de fechamento uretral suficiente para elevar a pressão intra-abdominal devido às alterações anatômicas dos músculos da bexiga e da uretra (HAY-SMITH *et al.*, 2011). A IUE é causada pela hiper mobilidade uretral resultante da falta de suporte no nível do colo da bexiga (DELANCEY, 1994) e da deficiência do esfíncter uretral (DELANCEY *et al.*, 2008). Pirpiris *et al.* (2010) relataram que ocorre a mobilidade da uretra média e, portanto, um comprometimento da fixação da uretra média parece ser um mecanismo importante na fisiopatologia da IUE. Já na IUU, a contração do músculo detrusor gera pressão da bexiga suficiente para sobrecarregar a pressão de fechamento da uretra, resultando em vazamento de urina, portanto, a incontinência pode ser explicada pela presença de hiperatividade do detrusor

(HAY-SMITH *et al.*, 2011).

Pesquisas também levantaram a hipótese de que a ausência de esfíncter do músculo liso observada nos homens e conhecida por prevenir a ejaculação precoce do fluxo, pode gerar essa diferença e predispor as mulheres a desenvolver incontinência coital. Até mesmo o mecanismo de vazamento do coito em mulheres com urodinâmica normal é pouco conhecido, no entanto, tendo em vista as limitações do teste, é provável que mulheres com investigações normais tenham um diagnóstico urodinâmico subjacente leve em vez de negativo (DOKMECI; SEVAL; GOK, 2010).

Um estudo com mulheres com DS por problemas com IU, demonstrou que 79,8% delas tinham vazamento durante a penetração, 99,2% vazamento no orgasmo e em 92% vazava em ambos (MORAN; DWYER; ZICCONI, 2009). Desta forma o vazamento urinário durante a penetração vaginal, dificulta para atingir o orgasmo e gera menos desejo, lubrificação e satisfação. Entretanto, não existe consenso sobre o papel dos diferentes subtipos de incontinência na disfunção sexual (LOWENSTEIN *et al.*, 2011).

Alguns estudos inseridos nesta revisão também investigaram o impacto do prolapso de órgão pélvico (POP) associado ou não com IU na FS (MORONI *et al.*, 2015; ESPUNÃ-PONS *et al.*, 2014; PANNAN *et al.*, 2014; ATHANASIOU *et al.*, 2012; TOK *et al.*, 2010; NOVI *et al.*, 2005; ROGERS *et al.*, 2001). Estes, avaliaram os domínios da FS em mulheres com sintomas de POP, demonstrando maior probabilidade de ocorrer problemas como a DS, pois a protuberância, odor, escapes urinários e desconforto/dor dificultavam o ato sexual diminuindo a libido, além de gerar distúrbios emocionais para a mulher. Ugurlucan *et al.* (2019) concordam após realizar avaliação em 1.256 mulheres com POP e IU que estes sintomas geram efeitos prejudiciais sobre a FS e qualidade de vida, analisando motivos semelhantes aos artigos incluídos nesta revisão, como escapes urinários, desconfortos, anorgasmia, problemas com lubrificação, desejo e excitação.

Sabe-se que o suporte pélvico normal é formado pela musculatura elevadora do ânus e tecido conjuntivo das paredes vaginais (LIEN *et al.*, 2004). Uma vez danificados, estes músculos, tornam-se mais verticais e a abertura vaginal aumenta, deslocando o suporte para o tecido conjuntivo (LIEN *et al.*, 2004). Observar ou sentir uma protuberância que se projeta para além da abertura vaginal é o sintoma mais específico do POP (BARBER; NEUBAUER; KLEIN-OLARTE, 2006). Deste modo, o POP pode afetar negativamente a atividade sexual feminina, causando dispareunia, devido a frouxidão vaginal comumente observada e também o movimento excessivo gerado pelos tecidos prolapsados durante o intercursos sexual (BARBER,

2005; JELOVSEK; BARBER, 2006; HANDA *et al.*, 2008).

Dois estudos incluídos nesta revisão sistemática trouxeram o impacto da IA, IF e incontinência de flatus sobre a FS, demonstrando que estes sintomas prejudicam de forma significativa a vida sexual da mulher (PAULS *et al.*, 2015; IMHOFF *et al.*, 2013). O estudo de Meyer e Richter (2015) cita esse impacto que a IA gera na vida sexual das mulheres, descrevendo que mulheres com sintomas de IF tendem a ter relações sexuais com menos frequência e que mulheres com IF sentem menor desejo sexual, satisfação e pior funcionamento sexual em comparação com aquelas sem estes sintomas.

Análises realizadas com o instrumento *PISQ-12* que avalia a FS de mulheres com DAP demonstrou sintomas de dispareunia em mulheres com IF. Estas mulheres também relataram evitar atividade sexual por medo de ocorrer escapes de fezes (CICHOWSKI *et al.*, 2013). Além disso, na análise univariada, as mulheres com IF apresentaram menor probabilidade de serem sexualmente ativas do que mulheres sem IF (42,61% e 54,25% respectivamente, $p < 0,001$). Da mesma forma Collins *et al.* (2011) analisaram 485 mulheres com incontinência de flatus e 591 sem, onde as mulheres com incontinência de flatus eram menos propensas a serem sexualmente ativas. A pontuação do *PISQ-12* em mulheres com incontinência de flatus foi maior do que em mulheres sem, ou seja, maior incomodo e pior FS.

A continência fecal depende da atividade colorretal e da relação síncrona entre o esfíncter anal interno e o esfíncter anal externo. O esfíncter anal interno fornece tônus de repouso do canal anal, evitando assim o vazamento de fezes. O esfíncter anal externo fornece pressão de contração voluntária para para o canal anal, sendo usada ao máximo quando há um aumento na pressão intra-retal ou intra-abdominal. A disfunção do esfíncter anal externo leva à urgência fecal e incontinência de urgência (DUDDING; VAIZEY, 2010). Desta forma, disfunções nos esfíncteres anais podem ocasionar escapes de fezes ou flatus, dificultando o ato sexual pois a mulher pode ter medo destes escapes acontecerem, além de interferir no desejo e na satisfação sexual (MEYER; RICHTER, 2015).

Como limitações deste estudo, aponta-se que não foram selecionados outros tipos de estudos que não fossem transversais, pois a intenção da revisão era realizar comparação entre mulheres com e sem DAP com esse delineamento. Além disso, houve alguns artigos que não foram encontrados para sua leitura na íntegra.

Quanto as aplicações práticas, revisões sistemáticas que auxiliem a demonstrar quais DAP afetam a FS feminina são importantes para a prática clínica, pois pode ser direcionado programas de prevenção para essas disfunções, assim como, após instaladas a busca por

avaliação e tratamento adequado.

CONCLUSÃO

Observou-se nos estudos da revisão sistemática uma relação entre a presença de algumas DAP e pior FS, acarretando DS ou algum transtorno com a vida sexual e psicológica da mulher. Os principais resultados encontrados foram que grande parte dos estudos buscam entender a função sexual da mulher com sintomas urinários, pois é o sintoma mais relatado nas mulheres com DS. A IUE parece trazer maiores prejuízos a função sexual. Quanto ao POP, mulheres com esse sintoma demonstraram maiores riscos de desenvolver DS, entretanto o estadiamento parece não explicar a piora dos sintomas. Referente aos sintomas anorretais observou-se que mulheres com IA são mais propensas a desenvolver DS.

Além disso, evidencia-se que a Fisioterapia pode contribuir a minimizar estes problemas, pois estas disfunções do assoalho pélvico possuem tratamento. Entretanto, os estudos incluídos nesta revisão, não trazem os tratamentos e sim o quanto e de que forma as DAP prejudicam a qualidade de vida da mulher. Destaca-se ainda a carência de estudos nacionais sobre essa temática, evidenciando a importância de sua realização.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Mariana Alves Fernandes et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International urogynecology journal**, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, 2016.
- ASLAN, Güven et al. Sexual function in women with urinary incontinence. **International journal of impotence research**, v. 17, n. 3, p. 248, 2005.
- ATHANASIOU, Stavros et al. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: a cross-sectional study. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 6, p. 704-709, 2012.
- Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? **Am J Obstet Gynecol**. 2006; 195(4): 942-948.
- Barber MD. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. **Clin Obstet Gynecol**. 2005; 48:648–61.
- BØ, K.; et al. An international Urogynecological Ussociation (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J**, v.28, p. 191–213, fev, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atenção básica, 2018.
- CAVALCANTI, Isabela Franco et al. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.
- CICHOWSKI, Sara B. et al. The association between fecal incontinence and sexual activity and function in women attending a tertiary referral center. **International urogynecology journal**, v. 24, n. 9, p. 1489-1494, 2013.
- COLLINS, Sarah A. et al. Effect of flatal incontinence on sexual function. **Female pelvic medicine & reconstructive surgery**, v. 17, n. 2, p. 70-73, 2011.
- DELANCEY, John OL. Suporte estrutural da uretra no que se refere à incontinência urinária de esforço: a hipótese da rede. **Revista Americana de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 170, n. 5, p. 1713-1723, 1994.
- DELANCEY, John OL et al. Incontinência urinária de esforço: importância relativa do suporte uretral e pressão de fechamento uretral. **The Journal of urology**, v. 179, n. 6, p. 2286-2290, 2008.
- DOKMECI, Fulya; SEVAL, Murat; GOK, Haydar. Comparação entre urodinâmica ambulatorial e convencional em mulheres com incontinência urinária. **Neurourology and Urodynamics: Jornal Oficial da International Continence Society**, v. 29, n. 4, p. 518-521, 2010.

DOWNS, S. H.; BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **J Epidemiol Community Health**, v.52, n.6, p. 377-84, jun, 1998.

DUDDING, Thomas C; VAIZEY, Carolynne J. Current concepts in evaluation and testing of posterior pelvic floor disorders. In: **Seminars in Colon and Rectal Surgery**. WB Saunders, 2010. p. 6-21.

EL - AZAB, Ahmed S; YOUSEF, Hosam A .; SEIFELDEIN, Gehan S. Incontinência coital: relação com a hiperatividade do detrusor e incontinência de estresse. **Neurourology and urodynamics** , v. 30, n. 4, p. 520-524, 2011.

EL-SAYED, Hanan Abd Elwahab et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual function and sexual quality of life in primiparous women. **American Journal of Nursing Science**, v. 6, n. 4, p. 347-357, 2017.

ESPUÑA-PONS, Montserrat et al. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 177, p. 141-145, 2014.

FASHOKUN, Tola B. Omotosho et al. Sexual activity and function in women with and without pelvic floor disorders. **International urogynecology journal**, v. 24, n. 1, p. 91-97, 2013.

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.

GAMA, Carlos RB et al. Clinical assessment of Tribulus terrestris extract in the treatment of female sexual dysfunction. **Clinical Medicine Insights: Women's Health**, v. 7, p. CMWH. S17853, 2014.

GRZYBOWSKA, Magdalena E.; WYDRA, Dariusz. Predictors of sexual function in women with stress urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 37, n. 2, p. 861-868, 2017.

HANDA, Victoria L. et al. Female sexual function and pelvic floor disorders. **Obstetrics and gynecology**, v. 111, n. 5, p. 1045, 2008.

HARMANLI, Oz. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: A systematic review. 2011.

Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:428-432.

IMHOFF, Laurel R. et al. Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women Running head: Anal incontinence and sexual function. **Diseases of the colon and rectum**, v. 55, n. 10, p. 1059, 2012.

- Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. **Am J Obstet Gynecol.** 2006; 194(5): 1455-1461.
- JUNDT, Katharina; PESCHERS, Ursula; KENTENICH, Heribert. The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 112, n. 33-34, p. 564, 2015.
- KARABULUT, Aysun; ÖZKAN, Sevgi; OĞUZ, Nevin. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 170, n. 1, p. 193-197, 2013.
- LIAN, Wenqing et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 296, n. 2, p. 181-189, 2017.
- Lien KC, Mooney B, DeLancey JO, Ashton-Miller JA. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. **Obstet Gynecol.** 2004; 103(1): 31-40.
- LIM, Renly et al. Effect of stress urinary incontinence on the sexual function of couples and the quality of life of patients. **The Journal of urology**, v. 196, n. 1, p. 153-158, 2016.
- LI-YUN-FONG, Ryan J. et al. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. **The journal of sexual medicine**, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2017.
- LOWENSTEIN, Lior et al. Is there an association between female urinary incontinence and decreased genital sensation?. **Neurourology and urodynamics**, v. 30, n. 7, p. 1291-1294, 2011.
- MAGNO, Lílian Danielle Paiva; FONTES-PEREIRA, Aldo José; NUNES, Erica Feio Carneiro. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 39-46, 2011.
- MCCOOL-MYERS, Megan et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **BMC women's health**, v. 18, n. 1, p. 108, 2018.
- MEYER, Isuzu; RICHTER, Holly E. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. **Women's Health**, v. 11, n. 2, p. 225-238, 2015.
- 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.
- MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.
- MORAN, A; DWYER, PL; ZICCONE, SP. Urinary leakage during coitus in women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 19, n. 3, p. 286-288, 2009.
- MORONI, Rafael M. et al. Assessment of Body Image, Sexual Function, and Attractiveness

in Women With Genital Prolapse: A Cross-Sectional Study With Validation of the Body Image in the Pelvic Organ Prolapse (BIPOP) Questionnaire. **The journal of sexual medicine**, v. 16, n. 1, p. 126-136, 2019.

NILSSON, Margareta et al. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 90, n. 6, p. 621-628, 2011.

NOVI, Joseph M. et al. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. **The Journal of urology**, v. 173, n. 5, p. 1669-1672, 2005.

PANMAN, Chantal MCR et al. Sexual function in older women with pelvic floor symptoms: a cross-sectional study in general practice. **Br J Gen Pract**, v. 64, n. 620, p. e144-e150, 2014.

PAULS, Rachel N. et al. Sexual function in women with anal incontinence using a new instrument: the PISQ-IR. **International urogynecology journal**, v. 26, n. 5, p. 657-663, 2015.

PERSU, C. et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)—a new era in pelvic prolapse staging. **Journal of medicine and life**, v. 4, n. 1, p. 75, 2011.

PIRPIRIS, A; SHEK, KL; DIETZ, HP Mobilidade uretral e incontinência urinária. **Ultra-som em Obstetrícia e Ginecologia**, v. 36, n. 4, p. 507-511, 2010.

ROGERS, G. R. et al. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, v. 12, n. 6, p. 361-365, 2001.

SAKO, Tomoko et al. Impact of overactive bladder and lower urinary tract symptoms on sexual health in Japanese women. **International urogynecology journal**, v. 22, n. 2, p. 165-169, 2011.

SANTANA, Gulnara Waleska Rubio Martinez; AOKI, Tsutomu; AUGE, Antonio Pedro Flores. The Portuguese validation of the short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). **International urogynecology journal**, v. 23, n. 1, p. 117-121, 2012.

SCHOENFELD, Mirjam et al. Sexuality in German urogynecological patients and healthy controls: is there a difference with respect to the diagnosis?. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 170, n. 2, p. 567-570, 2013.

SEN, Ilker et al. The impact of urinary incontinence on female sexual function. **Advances in therapy**, v. 23, n. 6, p. 999-1008, 2006.

SERATI, Maurizio et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. **European urology**, v. 54, n. 4, p. 911-917, 2008.

SHAW, Chris. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. **European urology**, v. 42, n. 5, p. 432-440, 2002.

SHIN, H. et al. A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: the Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. **International journal of impotence research**, v. 29, n. 2, p. 49, 2016.

TANNENBAUM, Cara; CORCOS, Jacques; ASSALIAN, Pierre. The relationship between sexual activity and urinary incontinence in older women. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 8, p. 1220-1224, 2006.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

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.

TOK, Ekrem C. et al. The effect of pelvic organ prolapse on sexual function in a general cohort of women. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 12, p. 3957-3962, 2010.

TRINDADE, Santrine; LUZES, Rafael. ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017.

UGURLUCAN, Funda Gungor et al. Sexual functions and quality of life of women over 50 years with urinary incontinence, lower urinary tract symptoms and/or pelvic organ prolapse. **International Journal of Impotence Research**, p. 1-9, 2019.

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

WU, Yi et al. Architectural differences in the anterior and middle compartments of the pelvic floor of young-adult and postmenopausal females. **Journal of anatomy**, v. 230, n. 5, p. 651-663, 2017.

ZAHARIOU, Athanasios et al. Sexual function in women with overactive bladder. **Female pelvic medicine & reconstructive surgery**, v. 16, n. 1, p. 31-36, 2010.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal do tipo observacional e analítico, pois avaliou simultaneamente a função sexual e os desconfortos do assoalho pélvico em mulheres adultas.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por mulheres adultas, sendo incluídas na amostra aquelas com 18 anos ou mais e 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. A amostra foi recrutada por conveniência enquanto essas mulheres frequentavam as unidades de saúde selecionadas.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O município de Criciúma/SC possui uma população estimada para 2018 de 213.369 habitantes, sendo que 54.504 são mulheres com idade entre 18 e 54 anos (IBGE, 2018).

O município tem atualmente 85,07% da sua população coberta pela Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2018). Conforme observa-se no Quadro 3, as Unidades Básicas de Saúde são distribuídas em cinco Distritos Sanitários: Santa Luzia (10 Unidades de Saúde), Rio Maina (8 Unidades de Saúde), Boa Vista (8 Unidades de Saúde), Centro (12 Unidades de Saúde) e Próspera (10 Unidades de Saúde).

Este estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário do Centro, que é o mais populoso e com maior número de Unidades de Saúde (Milanese, Mina do Mato, Mina do Toco, Morro Estevão, Primeira Linha, Quarta Linha, São Luiz, Santa Bárbara, São Simão, Centro e Operária Nova).

Quadro 3. Unidades Básicas de Saúde de acordo com Distritos Sanitários.

Distritos Sanitários				
Rio Maina	Santa Luzia	Boa Vista	Centro	Próspera
Colonial Laranjinha Metropol Rio Maina São Marcos Vila Francesa Vila Zuleima Wosocris	Mineira Nova Mineira Velha Mãe Luzia Mina União Nova Esperança Santa Luzia São Defende São Sebastião Vila Belmiro Vila Manaus	Pinheirinho Paraíso Santo Antônio Santa Augusta Sangão São Roque Verdinho Ambulatório do 24hs Boa Vista	Maria Céu Milanese Mina do Mato Mina do Toco Morro Estevão Primeira Linha Quarta Linha São Luiz Santa Bárbara São Simão Centro Operária Nova	Ana Maria Argentina C.S.U Cristo Redentor Linha Batista Nossa Senhora da Salette Renascer Vila Rica/Imigrantes Ambulatório do 24hs Próspera Brasília

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

3.4 INSTRUMENTOS DOS ESTUDOS

Para o desenvolvimento dos estudos, foram utilizados instrumentos para caracterizar a amostra e determinar os fatores associados, verificar os desconfortos do assoalho pélvico e a função sexual das participantes. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

3.4.1 Ficha de identificação da amostra e dos fatores associados aos desconfortos do assoalho pélvico - DAP

Esse instrumento foi utilizado para obtenção de dados para a caracterização da amostra e também para verificar os fatores associados à DAP. As informações coletadas foram: dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade e profissão), fatores ginecológicos (cirurgia ginecológica prévia), fatores obstétricos (número de gestações, partos, partos vaginais, partos cesáreas, abortos, realização de episiotomia ou laceração), fatores clínicos (patologias prévias e medicamentos utilizados), fatores comportamentais (etilismo, tabagismo, mudança de peso no último ano e prática de atividade física), fatores hereditários (cor da pele e presença de DAP na família) e fatores antropométricos (peso, altura, IMC e circunferência de cintura (CC) (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). Para identificação da CC, utilizou-se o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (cm) utilizando fita métrica.).

3.4.2 *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*

Para determinar a presença de desconfortos do assoalho pélvico (DAP) foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*, que trata-se de um questionário que avalia o desconforto no assoalho pélvico proposto por Barber *et al.* (2005) traduzido e validado em mulheres adultas por Arouca e colaboradores em 2016. Tem o objetivo de avaliar a sintomatologia relacionada ao assoalho pélvico, trato urinário e trato intestinal.

Esse instrumento é composto de 20 questões divididas em 3 domínios (pelve, intestino e bexiga) e cada um destes possui uma subescala: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)* que refere-se a sintomas do prolapso com 6 itens; *Colorectal–Anal Distress Inventory (CRADI-8)* que compreende sintomas anorretais com 8 itens; e *Urinary Distress Inventory (UDI-6)* que refere-se aos sintomas urinários com 6 itens (AROUCA *et al.*, 2016). Inicialmente é questionado ao indivíduo se ele apresenta ou não algum dos sintomas dos subitens. Se a resposta for sim, deve-se graduar esse sintoma em uma escala de acordo com o quanto isso o incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). Essa escala equivale uma pontuação total de 0 a 300 e quanto maior a pontuação, maior é o impacto na qualidade de vida desses indivíduos, sendo que quando a pontuação for igual a zero refere-se a ausência de sintomas (AROUCA *et al.*, 2016) (ANEXO A).

3.4.3 *Female Sexual Function Index (FSFI)*

O instrumento *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi utilizado para analisar a função sexual das mulheres (ROSEN *et al.*, 2000). Validado no Brasil por Thiel *et al.* (2008), o *FSFI* um questionário com 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e é dividido em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. 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 resultado final de todos os domínios. Portanto, quanto menor o valor do escore total, pior a função sexual da participante (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009).

Os domínios do *FSFI* também podem ser categorizados em presença ou ausência da disfunção sexual pelos seguintes pontos de corte: 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação, e 5,5 para dor (JAMILI; RAHMANIAN; JAVADPOUR, 2016). Em relação ao escore total, escores menores do que 26,5 indicam

presença de disfunção sexual (WIEGEL; MESTSON; ROSEN, 2005) (ANEXO B).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CEP/UFSC: 3.168.884) (ANEXO C) e autorização da Secretaria de Saúde do município de Criciúma/SC (Parecer: 538323) (ANEXO D). As mulheres que concordaram em participar do estudo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando uma via em posse do pesquisador (APÊNDICE B).

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente duas pesquisadoras receberam treinamento para a realização da coleta de dados, sendo que organizou-se um cronograma para que estas estivessem em locais distintos e a frequência da coleta aconteceu de duas a três vezes na semana.

Os procedimentos de coleta com as mulheres aconteceram durante o horário de funcionamento das 12 Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Centro entre os meses de abril e agosto de 2019. As mulheres foram abordadas por conveniência, e nesse momento foram expostos do que se tratava a pesquisa, a importância da sua participação, os instrumentos utilizados, o sigilo das informações e o convite para participar da pesquisa. A ficha de identificação da amostra e dos fatores associados à DS, o *PFDI-20* e o *FSFI* foram aplicados em forma de entrevista individual. Salientando que no momento do contato inicial foi averiguado a respeito dos critérios de exclusão para participação da pesquisa.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* 21.0. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva (medidas de posição e dispersão, frequência simples e relativa). Para verificar a distribuição dos dados, foi adotado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. No Quadro 4, apresentam-se as variáveis e análises estatísticas utilizadas nos artigos da dissertação de acordo com os seus objetivos.

Quadro 4. Variáveis e análises estatísticas utilizadas nos artigos da dissertação de acordo com os seus objetivos.

Artigo	Objetivo	Variáveis	Análise estatística
1	Comparar a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.	Função sexual (<i>FSFI</i>) x DAP (<i>PFDI-20</i>).	Correlação.
		Associação entre FS (<i>FSFI</i>) x presença e ausência de DAP (<i>PFDI-20</i>).	Qui-quadrado.
2	Analisar os fatores associados à disfunção sexual de mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.	Fatores associados categóricos x presença de DS.	Qui-quadrado e Exato de Fisher.
		Fatores associados numéricos x DS.	Mann-Whitney e teste t.
		Associação entre fatores associados e DS.	Regressão logística.

Legenda: DAP: desconforto do assoalho pélvico; DS: Disfunção sexual; FS: Função sexual; *PFD-20*: *Pelvic Floor Distress Inventory*; *FSFI*: *Female Sexual Function Index*.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

3.8 VIÉSES DO ESTUDO

Este estudo apresentou dois tipos de vieses. Já que não houve o cegamento do avaliador, pode ter ocorrido um viés do entrevistador, que foi minimizado por avaliações e entrevistas padronizadas por treinamento das pesquisadoras. Além disso, pode ter ocorrido também um viés de seleção pois a amostra foi recrutada por conveniência em apenas um Distrito Sanitário, sendo que a cidade é composta por cinco. Pretendeu-se minimizar esses vieses por meio da divulgação do estudo em todos os bairros do Distrito Sanitário do Centro, pois foi selecionado por ser o maior em questão geográfica e o mais populoso.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1: FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC.

Revista sugerida para publicação: International Journal of Sexual Health

Qualis: A2

Fator de impacto: 1.242

Autores: **Amanda Roque¹, Carolina Lazzarin de Conto¹, 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

Introdução: A função sexual feminina é 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. As disfunções do assoalho pélvico (DAP), podem interferir negativamente na função sexual feminina. **Objetivo:** Comparar e correlacionar a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal realizado com 212 mulheres com média de idade de $43,64 \pm 12,12$ anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. As DAP foram avaliadas por meio do *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* que determina a presença e quantifica o desconforto dos sintomas pélvicos, anorretais e urinários. A função sexual foi avaliada por meio do *Female Sexual Function Index (FSFI)* que é dividido em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 21.0), adotando um nível de significância de 5%. Foi realizado correlações e Qui-quadrado nas associações. **Resultados:** Os desconfortos correlacionaram-se com todos os domínios da função sexual, sendo que o desejo teve melhor explicação (24,4%). Quanto as associações, mulheres que tem DAP tendem a ter disfunção sexual (49,1%), principalmente alteração de desejo (77,9%) e excitação (79,8%). Referente aos sintomas avaliados do assoalho pélvico: mulheres com sintomas pélvicos tendem a ter DS (57,3%) e destaca-se o desejo hipotativo (81,3%); mulheres com sintomas anorretais, tendem a ter alteração de desejo (79,1%) e dor (46,1%) e mulheres com sintomas urinários tendem a ter DS (53,4%) e alteração de desejo (81,7%) e excitação (82,4%). **Conclusão:** Os resultados indicam pior função sexual entre mulheres com sintomas de desconfortos do assoalho pélvico. O desejo sexual hipotativo foi o domínio da função sexual que associou-se a todos os sintomas.

Palavras-chave: Função sexual, assoalho pélvico, disfunção sexual, disfunção do assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: The female sexual function is a complex interaction between physiological, emotional and social factors, being composed of the sexual response that consists of four main phases: desire, excitement, orgasm and resolution. Pelvic floor dysfunctions (PAD) can negatively interfere with female sexual function. **Objective:** Compare and correlate the sexual function of women with and without discomfort of the pelvic floor treated in Primary Care in the municipality of Criciúma/SC. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted with 212 women with a mean age of 43.64 ± 12.12 years, sexually active in the last four weeks. PADs were assessed using the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), which determines the presence and quantifies the discomfort of pelvic, anorectal and urinary symptoms. Sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI), which is divided into six domains: desire, excitement, lubrication, satisfaction, orgasm and pain. The statistical analysis was performed using the statistical package SPSS - Statistical Package for Social Sciences (version 21.0), adopting a significance level of 5%. Correlations and Chi-square were performed in the associations. **Results:** Discomfort correlated with all domains of sexual function, with desire having a better explanation (24.4%). As for associations, women who have PAD tend to have sexual dysfunction (49.1%), mainly changes in desire (77.9%) and arousal (79.8%). Regarding the assessed pelvic floor symptoms: women with pelvic symptoms tend to have SD (57.3%) and the hypoactive desire stands out (81.3%); women with anorectal symptoms, tend to have change in desire (79.1%) and pain (46.1%) and women with urinary symptoms tend to have SD (53.4%) and change in desire (81.7%) and excitement (82.4%). **Conclusion:** The results indicate worse sexual function among women with symptoms of discomfort of the pelvic floor. Hypoactive sexual desire was the domain of sexual function that was associated with all symptoms.

Keywords: Sexual function, pelvic floor, sexual dysfunction, pelvic floor dysfunction.

INTRODUÇÃO

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) são condições em que há alteração nos tecidos da região pélvica, resultando em prejuízo de sua função (BO *et al.*, 2017). Dentre as principais alterações estão incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgão pélvico (POP), disfunção sexual e constipação (MILLER; BARALDI, 2012; BO *et al.*, 2017). O estudo de Berghmans *et al.* (2016), que avaliou mulheres com média de idade de 56,8 anos, apontou que a DAP de maior prevalência foi a IU com 46,6%, seguido de POP com 41,1%, IA com 15,1%, constipação com 12,6%, e problemas sexuais com 4,6%.

As DAP podem influenciar negativamente a qualidade de vida da mulher, assim como a sua função sexual (FS) (LIAN *et al.*, 2017; EL-SAYED *et al.*, 2017). Considera-se FS uma complexa interação entre fatores fisiológicos, emocionais e sociais, sendo sua resposta composta de quatro estágios: desejo/excitação, platô, orgasmo e resolução (HAYLEN *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2017). A disfunção sexual (DS) é definida por problemas persistentes e recorrentes em uma das fases da resposta sexual ou quando há presença de dor e desconforto (GAMA *et al.*, 2014). De acordo com estudos de base populacional, a prevalência de DS pode ser estimada entre 30 e 50% na população feminina em geral (LIAN *et al.*, 2017; MCCOOL-MYERS *et al.*, 2018; VERBEEK *et al.*, 2019).

A FS costuma estar alterada na mulher com DAP (MAGNO; FONTES-PEREIRA; NUNES, 2011). Para Verbeek *et al.* (2019) entre 50 a 83% das mulheres com DAP relatam algum grau de DS. O estudo de Rogers e colaboradores (2018) constatou que as DAP afetam a saúde sexual, e que os sintomas do assoalho pélvico estão associados a baixa excitação sexual, orgasmo infrequente e dispareunia. Além disso, cerca de 45% das mulheres com IU e/ou sintomas do trato urinário inferior ou POP queixam-se de DS, sendo 34% com desejo sexual hipoativo, 23% com distúrbio de excitação sexual, 11% com deficiência orgásmica e 44% com distúrbios com dor sexual (SALONIA *et al.*, 2004). Uma revisão de literatura demonstrou que as DAP podem prejudicar a saúde sexual da mulher, afetando as fases do ciclo da resposta sexual (THOMAS; THURSTON, 2016), além de gerar impacto negativo no bem-estar social, físico, sexual e psicológico das mulheres (HARMANLI, 2011).

Devido aos preconceitos sociais, as mulheres com DAP sentem vergonha de falar abertamente sobre o assunto, prejudicando, de forma indireta a FS (VERBEEK *et al.*, 2019). Devido à sua alta prevalência, as DAP tem um grande ônus social e econômico, e a medida que a população envelhece, prevê-se maior utilização de serviços de saúde. (HALLOCK; HANDA,

2016). Portanto, estudos voltados para a saúde da mulher na Atenção Básica podem amenizar essa situação, alertando que a prevenção é de extrema importância para o incentivo de uma Política Pública voltada às mulheres com DAP, e também coauxiliar a demonstrar quais DAP relacionam-se mais fortemente com os domínios da função sexual feminina. Desta forma, o objetivo deste estudo é comparar e correlacionar a função sexual de mulheres com e sem desconfortos do assoalho pélvico atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional transversal e de caráter quantitativo que investigou a FS de mulheres adultas residentes no município de Criciúma/SC. Essa pesquisa foi desenvolvida na Atenção Básica do município cuja cobertura é de 85,07% (BRASIL, 2018) e divide-se em 5 (cinco) Distritos Sanitários. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário do Centro foram selecionadas pois trata-se do mais populoso e com maior número de unidades (n=12).

A população do estudo foi composta por mulheres adultas, sendo incluídas na amostra aquelas com 18 anos ou mais e com autorrelato de estarem 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. A amostra foi recrutada por conveniência enquanto essas mulheres frequentavam as unidades de saúde selecionadas.

Antes do início da coleta de dados, duas pesquisadoras foram treinadas para padronização da forma de avaliação durante as entrevistas. Para dar início, organizou-se um cronograma para as visitas nas 12 unidades de saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e agosto de 2019 de duas a três vezes na semana durante o horário de funcionamento das UBSs por duas pesquisadoras.

Para coleta de dados foi utilizada uma Ficha de Identificação dos Fatores Associados à DAP, contendo os seguintes itens: dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, profissão), fatores ginecológicos (cirurgia ginecológica prévia), fatores obstétricos (número de gestações, partos, partos vaginais, partos cesáreas, abortos, realização de episiotomia ou laceração), fatores clínicos (patologias como a hipertensão arterial, diabetes, depressão e medicamentos como antidepressivos e anticoncepcional), fatores comportamentais (etilismo, tabagismo), fatores hereditários (cor da pele) e fatores antropométricos (peso, altura, IMC, circunferência de cintura). Essa ficha foi desenvolvida conforme fatores associados conhecidos

na literatura (FROTA *et al.*, 2018; BOCARDI *et al.*, 2018; BERGHMANS *et al.*, 2016; HALLOCK; HANDA, 2016).

Para avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*. Trata-se de um questionário proposto por Barber *et al.*, (2005) e traduzido e validado em mulheres adultas brasileiras por Arouca e colaboradores em 2016. Foi utilizado com o objetivo de avaliar a sintomatologia relacionada aos desconfortos do assoalho pélvico, trato intestinal e trato urinário. Esse instrumento é composto por 20 questões divididas em três subescalas (pelve, intestino e bexiga): O *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)* que se refere a sintomas de prolapso pélvico e possui 6 itens, o *Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8)* que se refere aos sintomas anorretais e inclui 8 itens e o *Urinary Distress Inventory (UDI-6)* que se refere aos sintomas urinários e inclui 6 itens. Inicialmente, é questionado à participante se apresenta ou não algum dos sintomas das subescalas. Se a resposta for sim, deve-se graduar esse sintoma em uma escala de quanto o incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). Cada subescala equivale a uma pontuação de 0 a 100 pontos e quanto maior a pontuação, maior é o desconforto desses indivíduos. Quando a pontuação for igual a zero refere-se a ausência de sintomas (AROUCA *et al.*, 2016).

O instrumento *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi utilizado para analisar a função sexual das mulheres (ROSEN *et al.*, 2000). Validado no Brasil por Thiel *et al.* (2008), o *FSFI* é um questionário breve com 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e é dividido em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. 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 resultado final de todos os domínios. Portanto, quanto menor o valor do escore total, pior a função sexual da participante (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009).

Os domínios do *FSFI* também podem ser categorizados em presença ou ausência da disfunção sexual conforme os seguintes pontos de corte: 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação, e 5,5 para dor (JAMILI; RAHMANIAN; JAVADPOUR, 2016). Em relação ao escore total, escores menores do que 26,5 indicam presença de disfunção sexual (WIEGEL; MESTSON; ROSEN, 2005).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (Parecer nº 3.168.884), e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Criciúma/SC (Parecer nº 538323) iniciou-se a coleta de dados. As mulheres que

aceitaram participar do estudo, foram entrevistadas nas dependências das UBSs, respondendo a Ficha de Identificação dos Fatores Associados a DAP, presença e desconforto do assoalho pélvico (sintomas pélvicos, anorretais e urinários) por meio do *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*, e a função sexual por meio do *Female Sexual Function Index (FSFI)*.

A análise estatística foi realizada no pacote estatístico *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* (versão 21.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente a partir de frequência simples e relativas (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

Quando as variáveis foram analisadas em categorias, a presença de desconforto foi determinada por qualquer valor diferente de zero em cada subescala (sintomas pélvicos, anorretais e urinários) e no somatório geral. A presença de desejo hipoativo, falta de excitação, déficit de lubrificação, disfunção orgástica, insatisfação sexual, dispareunia e disfunção sexual foram determinados a partir do ponto de corte estabelecido na literatura.

Para associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, se necessário. A correlação entre as variáveis numéricas foi realizada por meio do teste Spearman ou Pearson, conforme a normalidade dos dados. Para as correlações significativas, foi calculado o coeficiente de determinação (R^2), sendo que os valores do coeficiente de determinação foram elevados ao quadrado. Adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 212 mulheres residentes no município de Criciúma/SC, com média de idade de 43,64 (DP \pm 12,12) anos. Quanto aos dados sociodemográficos 164 (77,7%) eram casadas, 70 (33,0%) não possuíam escolaridade e 162 (76,4%) profissão remunerada. Em relação aos dados ginecológicos e obstétricos, 53 (24,0%) mulheres realizaram cirurgia ginecológica, 185 (87,3%) gestaram, sendo que 128 (60,4%) tiveram parto normal. Outros dados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=212).

CARACTERÍSTICAS	Média ± DP ou n (%)
Idade (anos)	43,64 ± 12,12
IMC (kg/m²)	27,82 ± 5,89
Circunferência da cintura (cm)	85,59 ± 18,51
Cor da pele (%)	
Branca	193 (91,5%)
Negra	17 (8,1%)
Estado civil (%)	
Casada	164 (77,7%)
Solteira	47 (22,3%)
Escolaridade (%)	
Sem Escolaridade	70 (33,0%)
Fundamental Completo	49 (23,1%)
Médio Completo	61 (28,8%)
Ensino Superior	32 (15,1%)
Profissão (%)	
Remunerado	162 (76,4%)
Não Remunerado	50 (23,6%)
Cirurgia Ginecológica	
Sim	53 (25,0%)
Não	159 (75,0%)
Gestou	
Sim	185 (87,3%)
Não	27 (12,7%)
Parto Normal	
Sim	128 (60,4%)
Não	84 (39,6%)
Parto Cesárea	
Sim	92 (43,4%)
Não	120 (56,6%)
Episiotomia	
Sim	97 (45,8%)
Não	115 (54,2%)
Laceração	
Sim	64 (30,2%)
Não	148 (69,8%)

Legenda: IMC: Índice de massa corporal; Kg/m²: quilogramas por metro quadrado; Cm: centímetros; DP: Desvio padrão; N: Número de mulheres.

Inicialmente, as variáveis referentes à função sexual e aos desconfortos do assoalho pélvico foram analisadas descritivamente, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Análises descritivas dos domínios do PFDI-20 e dos domínios do FSFI de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC (n=212).

Variáveis	Média±DP	Mediana (IQ)
PFDI-20		
Sintomas Pélvicos	5,42±11,09	0,00 (8,33)
Sintomas Anorretais	8,75±12,17	4,69 (12,50)
Sintomas Urinários	17,28±22,07	8,33 (25,00)
Total	31,46±34,87	19,27 (45,83)
FSFI		
Desejo	3,75±1,26	3,60 (1,80)
Excitação	4,13±1,11	4,20 (1,50)
Lubrificação	4,60±1,30	4,80 (2,40)
Orgasmo	4,35±1,19	4,40 (1,60)
Satisfação	4,86±1,05	4,80 (1,60)
Dor	5,16±1,23	6,00 (1,60)
Total	26,86±5,31	27,30 (7,50)

Legenda: PFDI-20: *Pelvic Floor Distress Inventory*; FSFI: *Female Sexual Function Index*; DP: desvio padrão; IQ: Intervalo interquartil.

Na Tabela 3, observa-se a correlação entre os sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e os domínios e escore total da função sexual. Quanto aos desconfortos, observa-se que houve correlação com todos os domínios da função sexual, sendo que o desejo apresentou a melhor explicação, em que 24,4% (R^2) da variação do desejo pode ser explicada pelos desconfortos do AP. Esse padrão aconteceu também com todas as subescalas do PFDI-20, em que 12,0% da explicação da variação do desejo pode ser dada pelos sintomas pélvicos, 11,4% pelos sintomas anorretais e 24,0% pelos sintomas urinários.

Ao analisar o escore total da função sexual, houve correlação significativa e negativa com todos sintomas de desconforto do assoalho pélvico, de modo que quanto maior o desconforto, menor a função sexual. Entre as subescalas, destacam-se os sintomas urinários que apresentaram a melhor explicação, sendo que 15,1% da variação da função sexual pode ser explicada pelos sintomas urinários.

Tabela 3. Correlação entre as subescalas dos desconfortos do assoalho pélvico com os domínios da função sexual de mulheres adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC (n=212).

Desconfortos do Assoalho Pélvico	Domínios da Função Sexual						
	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Total
Total	-0,494*	-0,480*	-0,236*	-0,364*	-0,242*	-0,208*	-0,437*
Sintomas Pélvicos	-0,347*	-0,318*	-0,148*	-0,285*	-0,088	-0,161*	-0,304*
Sintomas Anorretais	-0,338*	-0,295*	-0,074	-0,139*	-0,088	-0,193*	-0,244*
Sintomas Urinários	-0,490*	-0,436*	-0,200*	-0,357*	-0,252*	-0,180*	-0,389*

Legenda: N: Número de mulheres. *: $p < 0,005$.

Pode-se observar na Tabela 4 que existe associação entre a presença de disfunção sexual e presença de desconfortos do assoalho pélvico, sendo que 49,1% das mulheres que tem desconfortos também apresentam disfunção sexual. Desejo e excitação também associaram-se a presença de desconforto do assoalho pélvico, indicando que as mulheres com desconfortos tendem a ter desejo hipoativo (77,9%) e falta de excitação (79,8%).

Quanto a presença de sintomas pélvicos, existe associação com a presença de DS, sendo que 57,3% das mulheres que tem sintomas pélvicos também apresentam DS. Ao analisar os domínios da função sexual as mulheres com esse tipo de sintoma tendem a ter desejo hipoativo (81,3%).

Referente a presença de sintomas anorretais, não houve associação entre as mulheres com DS, mas desejo hipoativo (79,1%) e dispareunia (46,1%) foram mais frequentes entre mulheres com sintomas anorretais.

A respeito de presença de sintomas urinários, existe associação entre a presença de DS, sendo que 53,4% das mulheres que tem sintomas urinários apresentam DS. A presença de desejo hipoativo (81,7%) e falta de excitação (82,4%), foram mais frequentes entre as mulheres com sintomas urinários.

Tabela 4. Associação entre disfunção sexual e desconforto do assoalho pélvico em mulheres

Função sexual	Presença DAP (n=163)	Ausência DAP (n=49)	p
Com DS n (%)	80 (49,1%) ^a	13 (26,5%)	0,005*
Desejo hipoativo n (%)	127 (77,9%) ^a	16 (32,7%)	0,001*
Falta de excitação n (%)	130 (79,8%) ^a	32 (65,3%)	0,037*
Déficit de lubrificação n (%)	101 (62,0%)	28 (57,1%)	0,554
Disfunção orgástica n (%)	115 (70,6%)	32 (65,3%)	0,485
Insatisfação sexual n (%)	96 (58,9%)	29 (59,2%)	0,971
Dispareunia n (%)	67 (41,1%)	14 (28,5%)	0,113
	Presença de Sintomas Pélvicos (n=75)	Ausência de Sintomas Pélvicos (n=137)	p
Com DS n (%)	43 (57,3%) ^a	59 (36,5%)	0,003*
Desejo hipoativo n (%)	61 (81,3%) ^a	82 (59,9%)	0,001*
Falta de excitação n (%)	62 (82,7%)	100 (73,0%)	0,113
Déficit de lubrificação n (%)	45 (60,0%)	84 (62,3%)	0,851
Disfunção orgástica n (%)	57 (76,0%)	90 (65,7%)	0,120
Insatisfação sexual n (%)	43 (57,3%)	82 (59,9%)	0,721
Dispareunia n (%)	33 (44,0%)	48 (35,0%)	0,199
	Presença de Sintomas Anorretais (n=115)	Ausência de Sintomas Anorretais (n=97)	p
Com DS n (%)	55 (47,8%)	38 (39,2%)	0,206
Desejo hipoativo n (%)	91 (79,1%) ^a	52 (56,6%)	0,001*
Falta de excitação n (%)	93 (80,9%)	69 (71,1%)	0,096
Déficit de lubrificação n (%)	67 (58,3%)	63 (63,9%)	0,401
Disfunção orgástica n (%)	82 (71,3%)	65 (67,0%)	0,499
Insatisfação sexual n (%)	68 (59,1%)	57 (58,8%)	0,957
Dispareunia n (%)	53 (46,1%) ^a	28 (28,9%)	0,010*
	Presença de Sintomas Urinários (n=131)	Ausência de Sintomas Urinários (n=81)	p
Com DS n (%)	50 (53,4%) ^a	23 (28,4%)	<0,001*
Desejo hipoativo n (%)	107 (81,7%) ^a	33 (44,4%)	<0,001*
Falta de excitação n (%)	108 (82,4%) ^a	54 (66,7%)	0,009*
Déficit de lubrificação n (%)	82 (62,6%)	47 (58,0%)	0,508
Disfunção orgástica n (%)	97 (74,0%)	50 (61,7%)	0,059
Insatisfação sexual n (%)	81 (61,8%)	44 (54,3%)	0,280
Dispareunia n (%)	55 (42,0%)	26 (32,1%)	0,150

adultas atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC (n=212).

Legenda: ^a: Ajuste residual >2,0. N: Número de mulheres. *: p<0,005. DS: disfunção sexual. DAP: disfunção do assoalho pélvico.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo comparar a função sexual de mulheres com e sem DAP atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC. O desconforto relacionou-se com todos os domínios da função sexual, sendo que as variáveis desejo (24,4%) e os sintomas urinários (15,1%) tiveram melhor explicação. Quanto as associações, mulheres que tem

desconforto do assoalho pélvico tendem a ter disfunção sexual, principalmente alteração de desejo e excitação. Mulheres com sintomas pélvicos tendem a ter DS e destaca-se o desejo hipotativo. Mulheres com sintomas anorretais, tendem a ter alteração de desejo e dor. Mulheres com sintomas urinários tendem a ter DS e alteração de desejo e excitação.

A DS tem grande prevalência nas mulheres, sendo que para Rogers *et al.* (2018) 40% das mulheres terão problemas sexuais em algum momento de sua vida. Da mesma forma, estudos apontam alta prevalência de disfunção sexual em mulheres que possuem alguma DAP, em que a diminuição da FS é associada a carga crescente de sintomas pélvicos, anorretais e urinários, sendo que quanto maior a presença desses sintomas pior será a função sexual da mulher (FELIPPE *et al.*, 2017; MUNAGANURU *et al.*, 2017; SHIN *et al.*, 2016; BORTOLAMI *et al.*, 2015; LI-YUN-FONG *et al.*, 2017; PANMAN *et al.*, 2014). Os sintomas pélvicos, anorretais e urinários são citados na literatura como DAPs que interferem na FS (VERBEEK *et al.*, 2019). Também há autores que descrevem problemas sexuais referente a vergonha e frustração da mulher quando ocorre perda de fezes, urina ou flatus durante o coito (KARBAGE *et al.*, 2016; FATTON; TAYRAC; COSTA, 2014).

Notou-se nesta pesquisa que 53,4% das mulheres com sintomas urinários apresentam DS. Fraco *et al.* (2017) também observaram correlação entre escore total da FS e a pontuação dos sintomas urinários, em que quanto maior os sintomas urinários pior a FS. Chu, Arya e Andy (2015) apontam que a IU é o sintoma mais prevalente e o sintoma que mais atrapalha o desejo, a satisfação e excitação feminina, sendo associada a efeitos negativos na sexualidade e na FS (FELIPPE *et al.*, 2017; GRZYBOWSKA; WYDRA, 2017; KARBAGE *et al.*, 2016). Outro estudo realizado em mulheres com sintomas urinários, observou alteração no desejo sexual, excitação e lubrificação, causando déficit na FS (SAKO *et al.*, 2011). Também há relatos que mulheres com sintomas urinários possuem queixas de dispareunia e déficit de lubrificação (SU; SUN; JIANN, 2015), causados pela perda de urina durante a relação sexual. Porém, nesta pesquisa não encontramos esses resultados, onde a presença de dispareunia aconteceu apenas com as mulheres que relataram sintomas anorretais. Isso pode ser explicado pelo fato de que os sintomas anorretais avaliam não apenas a IA, mas também os sintomas de constipação, que são muito frequentes.

No presente estudo, foi possível observar algumas semelhanças nas análises com as variáveis numéricas e categóricas. Na correlação observou-se que todos os sintomas de DAP apresentaram correlação com o escore total da FS. Na associação, 49,1% das mulheres que tem DAP também apresentam DS. Esses achados corroboram com outros estudos na literatura em

que mulheres com DAP foram significativamente associados a níveis mais baixos de atividade sexual e problemas na FS (BORTOLAMI *et al.*, 2015; PANMAN *et al.*, 2014).

Referente aos domínios avaliados na função sexual, observou-se que o desejo foi o que destacou-se tanto nas correlações quanto nas associações. O sintoma de desejo hipoativo explicou 12,04% dos sintomas pélvicos, 11,42% dos sintomas anorretais e 24,01% dos sintomas urinários. Quanto as associações, todos os sintomas relacionados às DAP apresentaram associações com desejo. As mulheres com sintomas pélvicos tendem a ter 81,3% de desejo sexual hipoativo, as mulheres com sintomas anorretais 79,1% e as mulheres com sintomas urinários 81,7%. Uma revisão de literatura apontou que a DAP influencia de forma negativa os domínios da FS, destacando resultados similares ao presente estudo, em que desejo, lubrificação, orgasmo e escore total do *FSFI* são menores quando comparado a mulheres que não possuem DAP (THOMAS; THURSTON, 2016). Segundo Nilsson *et al.* (2011), o desejo diminuído das mulheres que possuem DAP, está associado principalmente aos sintomas de IU. A IU pode gerar efeitos negativos na FS feminina pela proximidade da bexiga e da uretra com a vagina e a vulva (SHAW, 2002). No momento na penetração vaginal ocorre alteração do ângulo uretrovesical e elevação da bexiga, aumentando a pressão intra-abdominal. Neste momento pode ocorrer escapes de urina, o que pode gerar futuramente diminuição de desejo e da libido, e conseqüentemente DS (SERATI *et al.*, 2008).

Referente aos desconfortos do assoalho pélvico avaliados, 57,3% das mulheres com sintomas pélvicos também apresentaram DS. Espunã-Pons *et al.* (2014) apontaram que mulheres com sintomas pélvicos como POP tem dificuldade de ter relação sexual, ocasionando problemas no desejo e presença de dor. Estudos que avaliaram sintomas pélvicos por meio do *PFDI-20* também encontraram pontuações maiores entre as mulheres com DS, indicando que esses sintomas influenciam negativamente a FS feminina (JHA; GOPINATH, 2016; PANMAN *et al.*, 2017). Para Athanasiou *et al.* (2012), mulheres com sintomas pélvicos são menos satisfeitas com o sexo, relatando menos desejo e prazer durante a relação sexual quando comparado com mulheres sem sintomas. De acordo com Jha e Gopinath (2016), os problemas sexuais comumente descritos em mulheres com POP incluem distúrbios do desejo, excitação, orgasmo e dispareunia.

Quanto aos sintomas anorretais, observou-se que as mulheres com presença desses sintomas tendem a ter desejo hipoativo (79,1%) e dispareunia (46,1%). Uma pesquisa constatou que mulheres com incontinência fecal (IF) apresentaram maior probabilidade de relatar baixo desejo sexual, insatisfação sexual, déficit de lubrificação, falta de excitação e disfunção

orgástica quando comparadas a mulheres sem estes sintomas (PAULS *et al.*, 2015; CICHOWSKI *et al.*, 2013; IMHOFF *et al.*, 2012). O estudo de Cichowski *et al.* (2013) também encontrou pior FS em mulheres com IF. Acrescenta-se também, que mulheres com IF relatam taxas mais altas de DS em comparação com aquelas com IU, embora a taxa de atividade sexual seja semelhante (PAULS *et al.*, 2015; IMHOFF *et al.*, 2012).

Em relação a Atenção Básica, incentiva-se a inserção de grupos de atividades e de prevenção para mulheres com DAP como uma opção atrativa para propiciar autoconhecimento e autopercepção do corpo e da saúde. Essas ações auxiliariam a diminuir os custos para Atenção Básica, pois iriam identificar casos iniciais de DAP que a longo prazo causariam maiores ônus financeiros. Entretanto, poucos estudos têm sido desenvolvidos enfatizando esse tipo de atividade em programas de saúde coletiva.

Alguns estudos semelhantes a este trazem a importância do desenvolvimento desses programas para prevenção de DAP, levantando a importância da conscientização e busca de tratamento, assim como auxílio para o SUS desenvolvendo ações para a saúde da mulher (ALVES *et al.*, 2016; FIGUEIREDO *et al.*, 2012). Portanto, com a alta prevalência das DAP em mulheres e com grandes chances de consequências de outros problemas físicos como DS e problemas psicológicos como a ansiedade e a depressão, sugere-se que seja organizado Políticas Públicas voltadas para esta demanda.

Atualmente temos uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, lançada em 2004 e atualizada em 2011 com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). E através do Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres, objetiva-se ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho. Esse protocolo é muito bem elaborado e trás os cuidados básicos acerca da Saúde da Mulher, porém, referente as DAP apresentadas nesta pesquisa apenas a IU e seus subtipos foram abordadas.

Sabe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê a realização de exame preventivo regularmente, para prevenção e ou detecção precoce do câncer de colo de útero, além de outros cuidados à saúde feminina (FARIA *et al.*, 2015; BRASIL, 2004). Desta forma, a identificação das DAP poderia ser feita no momento do exame preventivo de câncer de colo de útero, ampliando os benefícios do exame com a inclusão de uma avaliação fisioterapêutica da região pélvica. Assim, o atendimento multiprofissional mediante médico,

enfermeiro e fisioterapeuta organizaria essa lacuna da política de atenção à saúde da mulher (REIS *et al.*, 2019).

Quanto as limitações do estudo, este estudo apresentou dois tipos de vieses. Já que não houve o cegamento do avaliador, pode ter ocorrido um viés do entrevistador, que foi minimizado por avaliações e entrevistas padronizadas por treinamento das pesquisadoras. Além disso, pode ter ocorrido também um viés de seleção pois a amostra foi recrutada por conveniência em apenas um Distrito Sanitário, sendo que a cidade é composta por cinco. Pretendeu-se minimizar esses vieses por meio da divulgação do estudo em todos os bairros do Distrito Sanitário do Centro que foi selecionado por ser o maior em questão geográfica e o mais populoso.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo indicam pior função sexual entre mulheres com sintomas de DAP. O desejo sexual hipoativo foi o domínio da função sexual que associou-se a todos os sintomas. Portanto, esses achados podem ser importantes para a prática clínica dos profissionais de saúde, contribuindo com a prevenção e tratamento tanto das principais DAPs, quanto da DS. Da mesma forma, incentivar programas e/ou grupos voltados para saúde da mulher na AB e demonstrar a importância de uma Política Pública para mulheres com DAP. Entretanto, são necessários novos estudos com uma amostragem maior para melhor evidência científica dos resultados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento da Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Fabíola K. et al. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 2, p. 131-139, 2016.
- AROUCA, Mariana Alves Fernandes et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International urogynecology journal**, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, 2016.
- ATHANASIOU, Stavros et al. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: a cross-sectional study. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 6, p. 704-709, 2012.
- BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 193, n. 1, p. 103-113, 2005.
- BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 2016.
- 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 et al. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 5, p. 1233-1241, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atenção básica, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 1.^a edição. Brasília. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 1.^a edição 2.^a reimpressão. Brasília. 2011.
- CHU, Christine M.; ARYA, Lily A.; ANDY, Uduak U. Impact of urinary incontinence on female sexual health in women during midlife. **Women's midlife health**, v. 1, n. 1, p. 6, 2015.
- CICHOWSKI SB, et al. The association between fecal incontinence and sexual activity and function in women attending a tertiary referral center. **Int Urogynecol J** 2013;24:1489-1494.

EL-SAYED, Hanan Abd Elwahab et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual function and sexual quality of life in primiparous women. **American Journal of Nursing Science**, v. 6, n. 4, p. 347-357, 2017.

ESPUÑA-PONS, Montserrat et al. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 177, p. 141-145, 2014.

FARIA, Carlos Augusto et al. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 374-380, 2015.

FATTON, Brigitte; DE TAYRAC, Renaud; COSTA, Pierre. Stress urinary incontinence and LUTS in women—effects on sexual function. **Nature Reviews Urology**, v. 11, n. 10, p. 565, 2014.

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.

FIGUEIREDO EM, Gontijo R, Vaz CT, Baracho E, Fonseca AMRM, Monteiro MVC, et al. The results of a 24-h pad test in Brazilian women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2012;12(22):23-30.

FRANCO de menezes, Maíra et al. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study. **International urogynecology journal**, v. 28, n. 6, p. 931-936, 2017.

FROTA, Isabella Parente Ribeiro et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 97, n. 5, p. 552-559, 2018.

GAMA, Carlos RB et al. Clinical assessment of Tribulus terrestris extract in the treatment of female sexual dysfunction. **Clinical Medicine Insights: Women's Health**, v. 7, p. CMWH. S17853, 2014.

GRZYBOWSKA, Magdalena Emilia; WYDRA, Dariusz Grzegorz. Coital incontinence: a factor for deteriorated health-related quality of life and sexual function in women with urodynamic stress urinary incontinence. **International urogynecology journal**, v. 28, n. 5, p. 697-704, 2017.

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.

HARMANLI, Oz. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: A systematic review. 2011.

IMHOFF, et al. Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women. *Dis Colon Rectum* 2012;55:1059-1065.

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**, v. 14, n. 1, p. 29, 2016.

JHA, Swati; GOPINATH, Deepa. Prolapse or incontinence: what affects sexual function the most?. **International urogynecology journal**, v. 27, n. 4, p. 607-611, 2016.

KARBAGE, S. A. L. et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 201, p. 56–60, 2016.

KO, Yon Chu et al. Comparison of sexual function between sacrocolpopexy and sacrocervicopexy. **Obstetrics & gynecology science**, v. 60, n. 2, p. 207-212, 2017.

LIAN, Wenqing et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 296, n. 2, p. 181-189, 2017.

LI-YUN-FONG, Ryan J. et al. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. **The journal of sexual medicine**, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2017.

MAGNO, Lílian Danielle Paiva; FONTES-PEREIRA, Aldo José; NUNES, Erica Feio Carneiro. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 39-46, 2011.

MCCOOL-MYERS, Megan et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **BMC women's health**, v. 18, n. 1, p. 108, 2018.

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.

MUNAGANURU, Nagambika et al. Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 217, n. 4, p. 439. e1-439. 8, 2017.

NILSSON, Margareta et al. Impact of female urinary incontinence and urgency on women's and their partners' sexual life. **Neurourology and urodynamics**, v. 30, n. 7, p. 1276-1280, 2011.

ONOFRI JÚNIOR, Venício Aurélio; MARTINS, Vinícius Spazzapan; MARIN, Maria José Sanches. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

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.

PANMAN, Chantal MCR et al. Sexual function in older women with pelvic floor symptoms:

a cross-sectional study in general practice. **Br J Gen Pract**, v. 64, n. 620, p. e144-e150, 2014.

PANMAN, Chantal MCR et al. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 124, n. 3, p. 511-520, 2017.

PAULS, Rachel N. et al. Sexual function in women with anal incontinence using a new instrument: the PISQ-IR. **International urogynecology journal**, v. 26, n. 5, p. 657-663, 2015.

REIS, Helena Goldbach et al. Disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 3, p. 400-408, 2019.

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. **International urogynecology journal**, v. 29, n. 5, p. 647-666, 2018.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D. FERGUSON, R. D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of sex & marital therapy**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SAKO, Tomoko et al. Impact of overactive bladder and lower urinary tract symptoms on sexual health in Japanese women. **International urogynecology journal**, v. 22, n. 2, p. 165-169, 2011.

SALONIA A, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tractsymptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. **Eur Urol**. 2004;45:642-648.

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**, v. 37, n. 2, p. 807-814, 2017.

SERATI, Maurizio et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. **European urology**, v. 54, n. 4, p. 911-917, 2008.

SHAW, Chris. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. **European urology**, v. 42, n. 5, p. 432-440, 2002.

SHIN, H. et al. A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: the Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. **International journal of impotence research**, v. 29, n. 2, p. 49, 2016.

SU, Cheng-Chen; SUN, Beth Yu-Chen; JIANN, Bang-Ping. Association of urinary incontinence and sexual function in women. **International Journal of Urology**, v. 22, n. 1, p. 109-113, 2015.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

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.

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

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**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

4.2 ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC.

Revista sugerida para publicação: International urogynecology journal

Qualis: A3

Fator de impacto: 2.094

Autores: **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

Introdução: A Disfunção Sexual (DS) é definida como problemas persistentes e recorrentes em uma das fases da resposta sexual ou quando há presença de dor e desconforto. As causas de DS nas mulheres são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Objetivo: Analisar os fatores associados à disfunção sexual de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 212 mulheres com média de idade de $43,64 \pm 12,12$ anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Para coleta de dados foi aplicada em forma de entrevista individual uma Ficha de Identificação sobre fatores associados à disfunções do assoalho pélvico. Também foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* que determina a presença de sintomas pélvicos, anorretais e urinários. A função sexual foi avaliada por meio do *Female Sexual Function Index (FSFI)* que é dividido em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor, sendo que a pontuação abaixo de 26,5 foi considerada disfunção sexual. Foi conduzida uma regressão logística binária para determinar os fatores associados à DS. Adotou-se um nível de significância de 5%. Foi realizada regressão logística. **Resultados:** A prevalência de disfunção sexual nessa amostra foi de 43,9%. Os principais fatores associados foram o aumento da idade (OR: 1,04; IC:1,01-1,07), a realização de parto normal prévio (OR:2,51; IC:1,30-4,85), diagnóstico de depressão (OR:1,95; IC:1,02-3,74), a ausência de prática de atividade física (OR: 2,30; IC:1,18-4,45) e presença de sintomas urinários (OR:2,80; IC:1,47-5,33). **Conclusão:** Os resultados indicam que os fatores associados idade, parto normal prévio, depressão, a ausência de prática de atividade física e sintomas urinários demonstraram influenciar negativamente a função sexual das mulheres avaliadas, podendo ocasionar disfunção sexual.

Palavras-chave: Disfunção sexual, função sexual, fatores associados, assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Sexual Dysfunction (SD) is defined as persistent and recurrent problems in one of the phases of the sexual response or when there is pain and discomfort. The causes of SD in women are multifactorial, involving physical, psychological and social aspects. **Objective:** To analyze the factors associated with sexual dysfunction in women treated in Primary Care in the city of Criciúma/SC. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted with 212 women with a mean age of $43,64 \pm 12,12$ years, sexually active in the last four weeks. For data collection, an Identification Form on factors associated with pelvic floor dysfunctions was applied as an individual interview. The Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) was also used to determine the presence of pelvic, anorectal and urinary symptoms. Sexual function was assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI), which is divided into six domains: desire, arousal, lubrication, satisfaction, orgasm and pain, with a score below 26,5 being considered sexual dysfunction. A binary logistic regression was conducted to determine the factors associated with SD. A significance level of 5% was adopted. Logistic regression was performed. **Results:** The prevalence of sexual dysfunction in this sample was 43.9%. The associated factors were: increasing age (OR: 1,04; CI: 1,01-1,07), previous normal delivery (OR: 2,51; CI: 1,30-4,85), diagnosis of depression (OR: 1,95; CI: 1,02-3,74), absence of physical activity (OR: 2,30; CI: 1,18-4,45) and presence of symptoms urinary (OR: 2,80; CI: 1,47-5,33). **Conclusion:** The results indicate that the factors associated with age, previous normal childbirth, depression, the absence of physical activity and urinary symptoms have shown to negatively influence the sexual function of the women evaluated, which may cause sexual dysfunction.

Keywords: Sexual dysfunction, sexual function, associated factors, pelvic floor.

INTRODUÇÃO

Considera-se função sexual (FS) uma complexa interação entre fatores fisiológicos, emocionais e sociais, sendo resposta sexual composta de quatro estágios: desejo/excitação, platô, orgasmo e resolução (HAYLEN *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2017). A Disfunção Sexual (DS) é definida como problemas persistentes e recorrentes em uma das fases da resposta sexual ou quando há presença de dor e desconforto (GAMA *et al.*, 2014). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Edição V, 2013), a DS feminina envolve os seguintes transtornos: distúrbio de interesse/excitação sexual, distúrbio orgásmico e distúrbio genitopélvico de dor na penetração.

De acordo com estudos de base populacional, a prevalência de DS pode ser estimada entre 30 e 50% na população feminina em geral (LIAN *et al.*, 2017; MCCOOL-MYERS *et al.*, 2018; VERBEEK *et al.*, 2019). No Brasil, estima-se uma prevalência de 49% em mulheres acima de 18 anos (WOLPE *et al.*, 2017). As causas de DS nas mulheres são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais ou até mesmo sendo de causa desconhecida (PIASSAROLLI *et al.*, 2010; PRADO; MOTA; LIMA, 2010).

De acordo com a literatura, a doença psiquiátrica é o fator de risco mais importante para a DS das mulheres, como por exemplo a depressão (MITCHELL *et al.*, 2013; FIELD *et al.*, 2016). Também há relatos que ansiedade (HARLEY *et al.*, 2010; THAROOR *et al.*, 2015), utilização de medicamentos (MAGO, 2016) e disfunções do assoalho pélvico (FELIPPE *et al.*, 2017; BORTOLAMI *et al.*, 2015) podem afetar de forma negativa a saúde sexual da mulher. McCools-Myers *et al.* (2018) também citam a saúde física ruim da mulher e do parceiro, obesidade, estresse, aborto, menopausa, abuso sexual e baixa qualidade de vida.

Diante dessa informação, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que busquem determinar quais fatores associados predispoem problemas na função sexual da mulher, já que a DS apresenta alta prevalência na população feminina. Da mesma forma, explorar a função sexual de mulheres em idade adulta que utilizam a Atenção Básica podendo beneficiar a melhora da qualidade de vida dessa população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar novas pesquisas nesta temática, pois são escassas. O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à DS de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional transversal e de caráter quantitativo que investigou os fatores associados à DS de mulheres adultas residentes no município de Criciúma/SC. Essa pesquisa foi desenvolvida na Atenção Básica do município cuja cobertura é de 85,07% (BRASIL, 2018). A Atenção Básica do município é dividida em 5 Distritos Sanitários, sendo que o Distrito Sanitário do Centro foi selecionado por ser o mais populoso e com maior número de Unidades de Saúde (12 UBSs).

A população do estudo foi composta por mulheres adultas, sendo incluídas na amostra aquelas com 18 anos ou mais e com autorrelato de estarem 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. A amostra foi recrutada por conveniência enquanto essas mulheres frequentavam as unidades de saúde selecionadas.

Para coleta de dados organizou-se um cronograma de visitas entre duas a três vezes na semana nas 12 UBSs, realizado por duas pesquisadoras treinadas entre os meses de abril e agosto de 2019. Utilizou-se uma Ficha de Identificação dos Fatores de Risco Associados à Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) em forma de entrevista. Os fatores foram classificados em: dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, profissão), fatores ginecológicos (cirurgia ginecológica prévia), fatores obstétricos (número de gestações, partos, partos vaginais, partos cesáreas, abortos, realização de episiotomia ou laceração), fatores clínicos (autorrelato de hipertensão arterial, diabetes, depressão e medicamentos como antidepressivos e anticoncepcional), fatores comportamentais (etilismo, tabagismo, mudança de peso, constipação, prática de atividade física), fatores hereditários (cor da pele) e fatores antropométricos (índice de massa corporal - IMC, circunferência de cintura – CC). 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). Para identificação da CC, utilizou-se o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (cm) utilizando fita métrica.). Essa ficha foi constituída conforme fatores associados conhecidos na literatura (FROTA *et al.*, 2018; BOCARDI *et al.*, 2018; BERGHMANS *et al.*, 2016; HALLOCK e HANDA, 2016).

Para avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico foi utilizado, o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*. Trata-se de um questionário proposto por Barber *et al.*, (2005) e traduzido e validado em mulheres adultas brasileiras por Arouca e colaboradores em 2016. Foi

utilizado com o objetivo de avaliar a sintomatologia relacionada aos desconfortos do assoalho pélvico, trato intestinal e trato urinário. Esse instrumento é composto por 20 questões divididas em três domínios (pelve, intestino e bexiga): *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)* que se refere a sintomas de prolapso pélvico e possui 6 itens, *Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8)* que se refere aos sintomas anorretais e inclui 8 itens e *Urinary Distress Inventory (UDI-6)* que se refere aos sintomas urinários e incluem 6 itens. Inicialmente é questionado ao indivíduo se ele apresenta ou não algum dos sintomas dos subitens. Se a resposta for sim, deve-se graduar esse sintoma em uma escala de quanto o incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). Cada subescala equivale a uma pontuação de 0 a 100 pontos e quanto maior a pontuação, maior é desconforto desses indivíduos. Quando a pontuação for igual a zero considera-se a ausência de sintomas (AROUCA *et al.*, 2016).

O instrumento *Female Sexual Function Index (FSFI)* foi utilizado a fim de analisar a função sexual das mulheres e determinar a presença de disfunção sexual (ROSEN *et al.*, 2000). Validado no Brasil por Thiel *et al.* (2008), o *FSFI* é um questionário breve com 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e é dividido em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. 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 resultado final de todos os domínios. Escores menores do que 26,5 indicam presença de disfunção sexual (WIEGEL, MESTSON, ROSEN, 2005).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (Parecer nº 3.168.884) e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Criciúma/SC (Parecer nº 538323) iniciou-se a coleta de dados. As mulheres que aceitaram participar do estudo, foram entrevistadas nas dependências das Unidades Básicas de Saúde, respondendo a Ficha de Identificação dos Fatores Associados a DAP, o Instrumento *Female Sexual Function Index (FSFI)* que avaliou a presença de DS e o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* que avaliou os sintomas de desconfortos do assoalho pélvico.

Os dados foram armazenados e analisados com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente através de frequência simples e porcentagens e as numéricas por medidas de posição e dispersão. Para análise inferencial bivariada, entre as variáveis independentes e a presença de DS foi utilizado o Teste do Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, quando necessário e o teste U de Mann Whitney. As variáveis com $p < 0,2$ na análise

bivariada foram inseridas no modelo de regressão logística binária. Adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 212 mulheres residentes no município de Criciúma/SC, com média de idade de 43,64 (DP \pm 12,12) anos. Quanto aos dados sociodemográficos 164 (77,7%) eram casadas, 93 (43,9%) possuíam ensino médio completo e 162 (76,4%) profissão remunerada. A prevalência de disfunção sexual nessa amostra foi de 43,9% (IC95% 36,8 – 50,5). (n=93).

Conforme observa-se na análise bivariada (Tabela 5), mulheres com DS (Md=51,00) tendem a ter idade superior às mulheres sem DS (Md=41,00). Mulheres com DS tendem a ter uma gestação prévia (48,1%), com pelo menos um parto normal prévio (54,7%), realização de episiotomia (56,7%), presença de constipação intestinal (54,8%) e depressão (57,3%). Além disso, também utilizam antihipertensivo (56,6%), não utilizam anticoncepcional (49,4%), não praticam atividade física (50%), possuem presença de sintomas pélvicos (57,3%) e presença de sintomas urinários (53,4%).

Tabela 5. Análise univariada entre a presença de disfunção sexual e seus fatores de risco em mulheres adultas da Atenção Básica do município de Criciúma/SC (n=212).

Variáveis	Com DS	Sem DS	Total	E	p
Idade Md (AI)	51,00 (17,0)	41,00 (20,0)	45,00 (21,8)	3604,00	0,001*
Cor da pele					
Branca n (%)	84 (43,1%)	111 (56,9%)	195 (92,0%)	0,618	0,432
Negra n (%)	9 (52,9%)	8 (47,1%) ^a	17 (8,0%)		
IMC					
Normal n (%)	29 (41,4%) ^a	41 (58,6%)	70 (33,8%)	0,275	0,600
Acima do peso n (%)	62 (45,3%)	75 (54,7%)	137 (66,2%)		
Gestação prévia					
Sim n (%)	89 (48,1%) ^a	96 (51,9%)	185 (87,3%)	10,606	0,001*
Não n (%)	4(14,8%)	23(85,2%)	27(12,7%)		
Parto cesáreo prévio					
Sim n (%)	38 (41,3%)	54 (58,7%)	92 (43,4%)	0,434	0,510
Não n (%)	55 (45,8%)	65 (54,2%)	120 (56,6%)		
Parto normal prévio					
Sim n (%)	70 (54,7%) ^a	58 (45,3%)	128 (60,4%)	15,385	0,001*
Não n (%)	23 (27,4%)	61 (72,6%)	84 (39,6%)		
Episiotomia prévia					
Sim n (%)	55 (56,7%) ^a	42 (43,3%)	97 (45,8%)	11,960	0,001*
Não n (%)	38 (33,0%)	77 (67,0%)	115 (54,2%)		

Constipação Intestinal					
Sim n (%)	34 (54,8%) ^a	28 (45,2%)	62 (29,2%)	4,283	0,038*
Não n (%)	59 (39,3%)	91 (60,7%)	150 (70,8%)		
Depressão					
Sim n (%)	43 (57,3%) ^a	32 (42,7%)	75 (35,4%)	8,546	0,003*
Não n (%)	50 (36,5%)	87 (63,5%)	137 (64,6%)		
Uso de Psicotrópicos					
Sim (%)	23 (39,7%) ^a	35 (60,3%)	58 (27,4%)	0,575	0,448
Não (%)	70 (45,5%)	84 (54,5%)	154 (72,3%)		
Uso de Anti-hipertensivo					
Sim n (%)	30 (56,6%) ^a	23 (43,4%)	53 (25,0%)	4,655	0,031*
Não n (%)	63 (39,6%)	96 (60,4%)	159 (75,0%)		
Uso de Anticoncepcional					
Sim n (%)	12 (25,0%) ^a	36 (75,0%)	48 (22,6%)	8,971	0,003*
Não n (%)	81 (49,4%) ^a	83 (50,6%)	164 (77,4%)		
Histórico de IU					
Sim (%)	16 (43,2%) ^a	21 (56,8%)	37 (17,5%)	0,007	0,933
Não (%)	77 (44,0%)	98 (56,0%)	175 (82,5%)		
Histórico de IF					
Sim (%)	1 (50,0%)	92 (43,8%)	2 (0,9%)	0,031	0,861
Não (%)	1 (50,0%)	118 (56,2%)	210 (99,1%)		
Prática Atividade Física					
Sim n (%)	23 (31,9%)	49 (68,1%)	72 (34,0%)	6,295	0,012*
Não n (%)	70 (50,0%) ^a	70 (50,0%)	140 (66,0%)		
Presença de Sintomas Pélvicos					
Sim n (%)	43 (57,3%) ^a	32 (42,7)	75 (35,4%)	8,546	0,003*
Não n (%)	50 (36,5%)	87 (63,5%)	137 (64,3%)		
Presença de Sintomas Urinários					
Sim n (%)	70 (53,4%) ^a	61 (46,6%)	131 (61,8%)	12,745	0,001*
Não n (%)	23 (28,4%)	58 (71,6)	81 (38,2%)		

Legenda: N: Número de mulheres; DS: Disfunção sexual; AI: amplitude interquartilica; IMC: índice de massa corporal; IU: incontinência urinária; IF: incontinência fecal; E: Estatística do teste; p: nível de significância; *: ajuste residual acima de 2,0; *p≤0,05.

Na análise bruta da regressão logística (Tabela 6), foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DS, idade (OR: 1,05; IC95% 1,03-1,08), gestação prévia (OR: 5,33; IC95% 1,178-16,02), parto normal prévio (OR: 3,20; IC95% 1,18-5,80), realização de episiotomia (OR: 2,65; IC95% 1,15-4,64), presença de constipação intestinal (OR: 1,87; IC95% 1,03-3,41), diagnóstico de depressão (OR: 2,34; IC= 1,32-4,15), uso de antihipertensivo (OR: 1,99; IC95% 1,06-3,73), uso de anticoncepcional (OR: 0,34; IC95% 0,16-0,70), não praticar de atividade física (OR: 2,06; IC 1,13-3,74), presença de sintomas pélvicos (OR: 2,34; IC95% 1,32-4,15) e presença de sintomas urinários (OR: 2,89; IC95% 1,60-5,23).

Na análise ajustada, observou-se que o aumento da idade é um fator de risco para a ocorrência de DS (OR: 1,04; IC95% 1,01-1,07), sendo que o risco de desenvolver DS aumenta 4% para cada aumento de 1 ano entre as mulheres analisadas.

As mulheres que tiveram parto normal prévio têm 2,51 vezes mais chances de ter DS (OR: 2,51; IC95% 1,30-4,85) quando comparado com mulheres que não passaram pelo parto normal. Além disso, a análise ainda aponta que mulheres com depressão tem 1,95 vezes mais chance de desenvolver esse tipo de disfunção do que aquelas que não apresentam esse diagnóstico (OR: 1,95; IC95% 1,02-3,74), que mulheres que não praticam atividade física regularmente tem 2,30 vezes mais chance de desenvolver uma DS do que as mulheres que praticam (OR: 2,30; IC95% 1,18-4,45), e que mulheres com sintomas urinários tem 2,80 vezes mais chance de DS do que aquelas sem esses sintomas (OR: 2,80; IC95% 1,47-5,33).

Tabela 6 – Análise univariada entre a presença de disfunção sexual e seus fatores de risco em mulheres adultas da Atenção Básica do município de Criciúma/SC (n=212).

	Análise bruta OR (IC95%)	Análise ajustada OR (IC95%)
Idade	1,05 (1,03 - 1,08)	1,04 (1,01 - 1,07)*
Gestação prévia	5,33 (1,18 -	
Sim	16,02)	1,366 (0,37 - 5,06)
Não	1,00	1,00
Parto Normal prévio		
Sim	3,20 (1,18 - 5,80)	2,51 (1,30 - 4,85)*
Não	1,00	1,00
Episiotomia prévia		
Sim	2,65 (1,15 - 4,64)	0,928 (0,37 - 2,29)
Não	1,00	1,00
Constipação Intestinal		
Sim	1,87 (1,03 - 3,41)	1,340 (0,67 - 2,69)
Não	1,00	1,00
Depressão		
Sim	2,34 (1,32 - 4,15)	1,95 (1,02 - 3,74)*
Não	1,00	1,00
Uso de Antihipertensivo		
Sim	1,99 (1,06 - 3,73)	1,054 (0,45 - 2,47)
Não	1,00	1,00
Uso de Anticoncepcional		
Sim	0,34 (0,16 - 0,70)	1,025 (0,40 - 2,63)
Não	1,00	1,00
Prática de Atividade Física		
Sim	1,00	2,30 (1,18 - 4,45)*
Não	2,06 (1,13 - 3,74)	1,00
Presença de Sintomas Pélvicos		
Sim	2,34 (1,32 - 4,15)	1,279 (0,63 - 2,60)
Não	1,00	1,00
Presença de Sintomas Urinários		
Sim	2,89 (1,60 - 5,23)	2,80 (1,47 - 5,33)*
Não	1,00	1,00

Legenda: N: Número de mulheres; OR: *odds ratio*. IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontam que a prevalência de DS de mulheres adultas na Atenção Básica do município de Criciúma é de 43,9%. Os principais fatores associados são o aumento da idade, a realização de parto normal prévio, diagnóstico de depressão, a ausência de prática de atividade física e presença de sintomas urinários.

De acordo com Thomas e Thurston (2016), a DS é estimada entre 22 e 43% das mulheres em todo o mundo. Um estudo epidemiológico na América Latina estimou que a DS afeta 58% das mulheres adultas (BLUMEL *et al.*, 2009). Alguns estudos sobre esse assunto indicaram que, entre as mulheres com alguma dificuldade sexual 64% experimentaram dificuldade com o desejo, 35% dificuldade em atingir o orgasmo, 31% dificuldade na excitação e 26% dor sexual (BURRI 2011; HAYES *et al.*, 2006). Os valores encontrados no presente estudo são semelhantes aqueles encontrados na literatura, comprovando que a DS é um distúrbio que afeta uma grande proporção de mulheres adultas. Além disso sabe-se que produções científicas que investiguem a DS feminina em mulheres atendidas pela Atenção Básica é escassa. Desta forma, o presente estudo contribuiu para realizar levantamento da prevalência de DS na população feminina assistida pela Atenção Básica, contribuindo com informações importantes referente a saúde da mulher para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os achados do presente estudo demonstraram que o risco de desenvolver DS aumenta com o avanço da idade. Pesquisas apontaram que alterações da função sexual são mais comuns com o aumento da idade e redução do estrogênio nas mulheres (JAMALI; RAHMANIAN; JACADPOUR, 2016; NAZARPOUR *et al.*, 2015; HAYES; DENNERSTEIN, 2005). Dąbrowska-Galas, Dąbrowska e Bogdan Michalski (2019) observaram que quando a mulher se aproxima e/ou entra na menopausa as disfunções sexuais tornam-se comuns em que quanto maior a idade maior o impacto de forma negativa na FS. Assim, ambos idade crescente e menopausa natural tem impacto negativo na sexualidade feminina, especialmente na libido, desejo, excitação e orgasmo (GHAZANFARPOUR *et al.*, 2017; WYLIE, 2006).

Quanto aos fatores obstétricos, notou-se que o parto normal é um fator de risco para o desenvolvimento de DS nas mulheres avaliadas neste estudo. Pesquisas relatam que o comprometimento da saúde sexual após o parto normal é comum (GOMMESEN *et al.*, 2019; FAISAL-CURY *et al.*, 2015). Maamri *et al.* (2019) explicam que o parto normal influencia a retomada da sexualidade feminina, pois a mulher enfrenta dificuldades psicológicas e físicas.

A prevalência da disfunção sexual no pós-parto varia entre 20 e 65% (LAGAERT *et al.*,

2017; CHAYACHINDA; TITAPANT; UNGKANUNGDECHA, 2015; KHAJEHEI *et al.*, 2015). Um estudo que avaliou 158 mulheres que realizaram parto normal, observou alta prevalência de disfunção sexual no pós-parto (40,7%), sendo que os principais problemas que ocorreram nesta amostra foram desejo hipotativo (68,9%), anorgasmia (67,4%) e dor/dispareunia (58,5%). A dispareunia é um dos problemas mais relatados pós-parto vaginal, pois dificulta a penetração vaginal, diminuindo de forma significativa a relação sexual com o parceiro (GOMMESEN *et al.*, 2019). Entretanto, independentemente do tipo de parto a curto e a longo prazo, a mulher deve cuidar de sua saúde sexual, pois pode ocorrer problemas como a disfunção sexual principalmente até o sexto mês de puerpério (KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017).

Referente aos transtornos de cunho emocional, o presente estudo encontrou que mulheres que possuem depressão, tem mais chances de desenvolver DS do que mulheres que não possuem sintomas. Sabe-se que além de fatores biológicos, os fatores psicossociais também podem desempenhar um papel importante no funcionamento sexual das mulheres, destacando-se sintomas depressivos (MARVÁN *et al.*, 2018). De forma semelhante Johnson, Phelps e Cottler (2004) observaram que estes sintomas afetem a função sexual, sendo que estes problemas emocionais ou de estresse são fortes preditores de baixo desejo sexual, distúrbio de excitação e dor sexual. A depressão pode causar disfunção sexual, pois a qualidade de vida da mulher poderá estar prejudicada (CLAYTON *et al.*, 2014), levando a menor resistência contra problemas de saúde, além de acarretar desordens emocionais graves e físicas (LORENZ; VAN ANDERS, 2014).

Quanto à prática de atividade física, os achados deste estudo demonstraram que as mulheres ativas apresentam menos risco de desenvolver DS quando comparado com as mulheres que não praticavam. O estudo de Cabral *et al.* (2013) afirma que a função sexual pode ser influenciada pelo nível de atividade física. Os resultados demonstraram que mulheres inativas apresentaram maior prevalência (78,9%) de disfunção sexual quando comparadas com mulheres ativas (57,6%). McCabe *et al.* (2016) também analisaram que o nível de atividade física é uma importante variável que se correlacionou com função sexual. Além disso, encontrou-se mais déficit de orgasmo nas mulheres que não realizavam atividade física, e níveis mais altos de desejo sexual em mulheres que relataram maior prática de exercícios físicos (EPRO *et al.*, 2017).

Os efeitos fisiológicos do exercício físico estão associados a mudanças transitórias na taxa metabólica, ativação muscular e fluxo sanguíneo (STANTON *et al.*, 2018). Durante a

resposta sexual muitos destes mecanismos também estão envolvidos na atividade física, onde ocorrem alterações de fluxo sanguíneo e de ativação muscular global que irão influenciar a excitação sexual e o orgasmo (LORENZ; MESTON, 2012; HERBENICK; FORTENBERRY, 2011). Portanto entende-se que o exercício físico pode ser uma opção de tratamento benéfico para a função sexual e auxiliar no manejo das disfunções sexuais (STANTON *et al.*, 2018).

Os resultados desta pesquisa também demonstraram que as disfunções do assoalho pélvico podem afetar a vida sexual da mulher, sendo que o sintoma urinário foi aquele que mais se destacou. De acordo com Aslan *et al.* (2005), a incontinência urinária (IU) tem efeitos adversos na sexualidade feminina e cerca de 25,1% das mulheres com IU apresentam algum comprometimento sexual.

A IU está associada negativamente a todos os aspectos da DS (interesse sexual, desejo, excitação, lubrificação e orgasmo) e correlacionada com distúrbios como dispareunia e vaginismo (WEHBE; KELLOGG; WHITMORE, 2010). Estudos semelhantes, verificaram que a incontinência urinária de esforço influencia negativamente o interesse sexual, desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dispareunia e vaginismo (MILLHEISER *et al.*, 2010). Jia *et al.* (2013) também descobriram que apresentar sintomas do trato urinário era um preditor de insuficiência de lubrificação, disfunção orgásmica e dispareunia, trazendo impacto negativo na função sexual. O estudo de Cavalcanti *et al.* (2014) observou em sua amostra de 173 mulheres que a IU (OR: 2,0; IC95% 1,1–3,7) foi um dos fatores associados para o desenvolvimento de sintomas de disfunção sexual.

Em relação aos achados de uma alta prevalência de DS nas mulheres atendidas na Atenção Básica no presente estudo, levanta-se a preocupação com esta temática no âmbito do SUS. O que amplia o entendimento que é necessário a criação de Políticas Públicas voltadas para as mulheres com DAP, pois os números de casos crescem e os programas para prevenção são escassos. As DAP demonstram acarretar altos custos financeiros para o sistema de saúde (BRASIL, 2011), como por exemplo, os sintomas urinários e os problemas psicológicos como a depressão que podem causar DS e que são frequentes nas mulheres (FIELD *et al.*, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Deste modo, salienta-se que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde, solucionando grande parte dos problemas (ONOFRI JÚNIOR; MARTINS; MARIN, 2016). Contudo, sugere-se a inserção de grupos de atividades e de prevenção para mulheres com DAP como uma opção atrativa para propiciar autoconhecimento e autopercepção do corpo e da saúde. Essas ações auxiliariam a diminuir os custos da Atenção Básica, pois iriam

identificar casos iniciais de DAP que a longo prazo causariam maiores ônus financeiros. Entretanto, poucos estudos têm sido desenvolvidos enfatizando esse tipo de treinamento em programas de saúde coletiva.

Portanto, a Atenção Básica deve avaliar o problema, fornecer educação sobre saúde sexual e funcionamento sexual normal e gerenciar fatores biológicos que afetam a função sexual, como é o caso das DAP (FAUBION; PARISH, 2017).

Este estudo apresentou dois tipos de vieses. Já que não houve o cegamento do avaliador, pode ter ocorrido um viés do entrevistador, que foi minimizado por avaliações e entrevistas padronizadas por treinamento das pesquisadoras. Além disso, pode ter ocorrido também um viés de seleção pois a amostra foi recrutada por conveniência em apenas um Distrito Sanitário, sendo que a cidade é composta por cinco. Pretendeu-se minimizar esses vieses por meio da divulgação do estudo em todos os bairros do Distrito Sanitário do Centro que foi selecionado por ser o maior em questão geográfica e mais populoso.

CONCLUSÃO

Os resultados indicam que os fatores associados idade, parto normal prévio, depressão, a ausência de prática de atividade física e sintomas urinários demonstraram influenciar negativamente a função sexual das mulheres avaliadas, podendo ocasionar DS.

Estudos acerca dos fatores de risco para DS vem sendo desenvolvidos cada vez mais, pois a sexualidade feminina tem sido um assunto bastante requisitado e que precisa ser entendido e explorado para melhorar a qualidade de vida da mulher. Assim, este estudo contribui com seus achados referentes aos fatores associados para o desenvolvimento de DS, trazendo informações sobre a prevenção da mesma.

Desta forma, pesquisas com esse tema contribuem na prevenção e no tratamento da DS feminina em mulheres assistidas pelo SUS, entretanto, são necessários novos estudos com uma amostragem maior para melhor evidência científica dos resultados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento da Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- ASLAN, Güven et al. Sexual function in women with urinary incontinence. **International journal of impotence research**, v. 17, n. 3, p. 248, 2005.
- CAVALCANTI, Isabela Franco et al. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.
- AROUCA, Mariana Alves Fernandes et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International urogynecology journal**, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, 2016.
- BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 193, n. 1, p. 103-113, 2005.
- BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 2016.
- BLUEMEL, Juan E. et al. Sexual dysfunction in middle-aged American study using the Female women: a multicenter Latin Sexual Function Index. **Menopause**, v. 16, n. 6, p. 1139-1148, 2009.
- BORTOLAMI, Arianna et al. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 5, p. 1233-1241, 2015.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atenção básica, 2018.
- BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil – Acumulado de janeiro de 2011 a dezembro de 2011.
- BURRI, Andrea; SPECTOR, Timothy. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. **The journal of sexual medicine**, v. 8, n. 9, p. 2420-2430, 2011.
- CABRAL pul et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Revista da associação médica brasileira*, 2013;60:47-52.
- CHAYACHINDA, Chenchit; TITAPANT, Vitaya; UNGKANUNGDECHA, Anuree. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 5, p. 1275-1282, 2015.
- CLAYTON, Anita H. et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. **Expert opinion on drug safety**, v. 13, n. 10, p. 1361-1374, 2014.

DĄBROWSKA-GALAS, Magdalena; DĄBROWSKA, Jolanta; MICHALSKI, Bogdan. Sexual dysfunction in menopausal women. **Sexual medicine**, v. 7, n. 4, p. 472-479, 2019.

EPRO, Gaspar et al. The Achilles tendon is mechanosensitive in older adults: adaptations following 14 weeks versus 1.5 years of cyclic strain exercise. **Journal of Experimental Biology**, v. 220, n. 6, p. 1008-1018, 2017.

FAUBION, Stephanie S.; PARISH, Sharon J. Sexual dysfunction in women: can we talk about it. **Cleve Clin J Med**, v. 84, n. 5, p. 367-376, 2017.

FAISAL-CURY, Alexandre et al. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 5, p. 1212-1220, 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.

FIELD, Nigel et al. Are depression and poor sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. **BMJ open**, v. 6, n. 3, p. e010521, 2016.

FROTA, Isabella Parente Ribeiro et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 97, n. 5, p. 552-559, 2018.

GAMA, Carlos RB et al. Clinical assessment of Tribulus terrestris extract in the treatment of female sexual dysfunction. **Clinical Medicine Insights: Women's Health**, v. 7, p. CMWH. S17853, 2014.

GHAZANFARPOUR, Masoumeh et al. Obstacles to the discussion of sexual problems in menopausal women: a qualitative study of healthcare providers. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 37, n. 5, p. 660-666, 2017.

GOMMESEN, Ditte et al. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 300, n. 1, p. 67-77, 2019.

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.

HARLEY, Ellen Wan-Yuk; BOARDMAN, Jed; CRAIG, Tom. Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 45, n. 7, p. 759-766, 2010.

HAYES, Richard D. et al. Epidemiology: What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?. **The journal of sexual medicine**, v. 3, n. 4, p. 589-595, 2006.

JIA, Shuang-zheng et al. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 121, n. 3, p. 601-606, 2013.

HAYLEN, Bernard T. et al. An International Urogynecological Association

(IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

HERBENICK, Debby; FORTENBERRY, J. Dennis. Exercise-induced orgasm and pleasure among women. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 26, n. 4, p. 373-388, 2011.

JOHNSON, Sharon D.; PHELPS, Deborah L.; COTTLER, Linda B. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. **Archives of sexual behavior**, v. 33, n. 1, p. 55-63, 2004.

KAHRAMANOGLU, Ilker et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 295, n. 4, p. 907-916, 2017.

KHAJEHEI, Marjan et al. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 6, p. 1415-1426, 2015.

LAGAERT, Liesbet et al. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 22, n. 3, p. 200-206, 2017.

LIAN, Wenqing et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 296, n. 2, p. 181-189, 2017.

LORENZ, Tierney A.; MESTON, Cindy M. Acute exercise improves physical sexual arousal in women taking antidepressants. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 43, n. 3, p. 352-361, 2012.

LORENZ, Tierney; VAN ANDERS, Sari. Interactions of sexual activity, gender, and depression with immunity. **The journal of sexual medicine**, v. 11, n. 4, p. 966-979, 2014.

MAAMRI, A. et al. Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women. **La Tunisie medicale**, v. 97, n. 5, p. 704-710, 2019.

MAGO, Rajnish. Adverse effects of psychotropic medications: A call to action. **Psychiatric Clinics**, v. 39, n. 3, p. 361-373, 2016.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. Washington: Associação Americana de Psiquiatria; 2013.

MARVÁN, Ma Luisa et al. Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 39, n. 2, p. 121-127, 2018.

MCCABE, Marita P. et al. 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**, v. 13, n. 2, p. 153-167, 2016.

MCCOOL-MYERS, Megan et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **BMC women's health**,

v. 18, n. 1, p. 108, 2018.

MILLHEISER, Leah S. et al. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. **Fertility and sterility**, v. 94, n. 6, p. 2022-2025, 2010. El Miedany Y, El Gaafry M, El Aroussy N, et al. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 2010; 31:601.

MITCHELL KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Função sexual na Grã-Bretanha: resultados da terceira pesquisa nacional de atitudes e estilos de vida sexuais (Natsal-3). *Lancet* 2013; 26 : 1–13.

NAZARPOUR, Soheila et al. Study on the correlation between serum androgens and sexual function in post-menopausal women. In: **17th European Congress of Endocrinology**. BioScientifica, 2015. Jamali S, Rahmanian A, Jacadpour S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. *Int J Reprod BioMed* 2015;14:29-38.

ONOFRI JÚNIOR, Venício Aurélio; MARTINS, Vinícius Spazzapan; MARIN, Maria José Sanches. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 5, p. 234–240, 2010.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 139–143, 2010.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D. FERGUSON, R. D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of sex & marital therapy**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SALONIA A, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol*. 2004;45:642–648.

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**, v. 37, n. 2, p. 807-814, 2017.

STANTON, Amelia M.; HANDY, Ariel B.; MESTON, Cindy M. The effects of exercise on sexual function in women. **Sexual medicine reviews**, v. 6, n. 4, p. 548-557, 2018.

Tharoor H, Kaliappan SGA. Disfunções sexuais na esquizofrenia: perspectivas de profissionais e pacientes . *Indian J Psychiatry* 2015; 57 (1): 85-87.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e**

Obstetrícia, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

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.

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

WEHBE, Salim A.; KELLOGG, Susan; WHITMORE, Kristene. Continuing Medical Education: Urogenital Complaints and Female Sexual Dysfunction (Part 2)(CME). **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 7, p. 2305-2317, 2010.

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**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

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

WYLIE, Kevan R. Sexuality and the menopause. **British Menopause Society Journal**, v. 12, n. 4, p. 149-152, 2006.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou aspectos relacionados a função sexual e desconfortos do assoalho pélvico em mulheres adultas, visando compreender os fatores de risco relacionados a disfunção sexual bem como qual a relação desses sintomas com os desconfortos do assoalho pélvico.

As informações investigadas são relevantes já que podem auxiliar pesquisadores e profissionais da área da saúde na prática clínica, a fim de melhorar o atendimento prestado a mulheres que apresentam sintomas relacionados a disfunção sexual e desconfortos do assoalho pélvico, assim como na prevenção desses sintomas.

Dessa forma, baseado nos resultados obtidos, conclui-se que mulheres adultas que possuem disfunções do assoalho pélvico desempenham influência negativa na função sexual, principalmente alteração de desejo. Entre os principais fatores de risco associados para o desenvolvimento da disfunção sexual destacou-se o aumento da idade, a realização de parto normal prévio, o diagnóstico de depressão, a ausência de prática de atividade física e presença de sintomas urinários

Além disso, estudos futuros que sejam realizados com população de mulheres adultas em outras cidades brasileiras são necessários para confirmar nossos achados, além de compreender melhor a relação entre função sexual e desconfortos do assoalho pélvico, tendo em vista a multidiversidade cultural do país.

Por fim, sabe-se que produções científicas que investigam a disfunção sexual feminina em mulheres atendidas pela Atenção Básica é escassa. Portanto, o presente estudo contribuiu para realizar levantamento da prevalência de disfunção sexual na população feminina assistida pela Atenção Básica, contribuindo com informações importantes referente a saúde da mulher para o SUS. Além disso, ampliar o incentivo para a criação de uma Política Pública voltada para esse público. Ademais, destaca-se a carência de estudos brasileiros referentes a essa temática, salientando sua importância.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Mariana Alves Fernandes et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International urogynecology journal**, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, 2016.
- BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 193, n. 1, p. 103-113, 2005.
- BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 2016.
- BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 2016.
- BHATTARAI, Aroj; FROTSCHER, Ralf; STAAT, Manfred. Computational analysis of pelvic floor dysfunction. In: **Women's Health and Biomechanics**. Springer, Cham, 2018. p. 217-230.
- 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.
- BORTOLAMI, Arianna et al. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 5, p. 1233-1241, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atenção básica, 2018.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 e Contagem Populacional. Ministério do Planejamento, Orçamento e Revista Baiana de Saúde Pública v. 41, n. 2, p. 308-323 abr./jun. 2017.
- 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.
- FIELD, Nigel et al. Are depression and poor sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. **BMJ open**, v. 6, n. 3, p. e010521, 2016.
- GALHARDO, C.; KATAYAMA, M. Anatomia e Fisiologia do Trato Urinário Inferior Feminino. In: CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. (Org.) **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2007. 236 p.
- HARLEY, Ellen Wan-Yuk; BOARDMAN, Jed; CRAIG, Tom. Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 45, n. 7, p. 759-766, 2010.

HAYLEN, Bernard T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>>

JAHROMI, Marzieh Kargar et al. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. **Global journal of health science**, v. 8, n. 5, p. 175, 2016.

KO, Yon Chu et al. Comparison of sexual function between sacrocolpopexy and sacrocervicopexy. **Obstetrics & gynecology science**, v. 60, n. 2, p. 207-212, 2017.

LIAN, Wenqing et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 296, n. 2, p. 181-189, 2017.

LUCENTE, Vincent et al. Biomechanical paradigm and interpretation of female pelvic floor conditions before a treatment. **International journal of women's health**, v. 9, p. 521, 2017.

MAGO, Rajnish. Adverse effects of psychotropic medications: A call to action. **Psychiatric Clinics**, v. 39, n. 3, p. 361-373, 2016.

MAHONEY, Charlotte et al. Pelvic floor dysfunction and sensory impairment: Current evidence. **Neurourology and urodynamics**, v. 36, n. 3, p. 550-556, 2017.

MCCOOL-MYERS, Megan et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **BMC women's health**, v. 18, n. 1, p. 108, 2018.

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 KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Função sexual na Grã-Bretanha: resultados da terceira pesquisa nacional de atitudes e estilos de vida sexuais (Natsal-3). *Lancet* 2013; 26 : 1–13.

NAPPI, Rossella E. et al. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). **Maturitas**, v. 94, p. 87-91, 2016.

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.

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. **International urogynecology journal**, v. 29, n. 5, p. 647-666, 2018.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D.

- FERGUSON, R. D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of sex & marital therapy**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.
- 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**, v. 37, n. 2, p. 807-814, 2017.
- SHEN, T. et al. Sexual function and health-related quality of life following anterior vaginal wall surgery for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **International Journal of Impotence Research**, v. 23, n. 4, p. 151–157, 2011.
- Tharoor H, Kaliappan SGA. Disfunções sexuais na esquizofrenia: perspectivas de profissionais e pacientes . *Indian J Psychiatry* 2015; 57 (1): 85-87.
- THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.
- 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**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.
- WOLPE, Raquel E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 211, p. 26-32, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA E DOS FATORES ASSOCIADOS AOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO - DAP

1 Dados Pessoais

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Telefones: _____

Estado Civil: () Solteira () Casada

Escolaridade: () Sem escolaridade () 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 acima 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 tem alguma patologia? () Sim () Não

Se a resposta acima for sim, qual? _____ Há quanto tempo? _____

Medicamentos em uso? Qual? _____

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 acima for sim, qual atividade? _____ Frequência? __ vezes na semana

Duração da atividade? _____ min Quanto tempo pratica? _____ meses/anos

6 Fatores Hereditários

Cor da pele? () Branca () Negra

Alguém da sua família tem desconforto nos músculos do assoalho pélvico? () Sim () Não

Se a resposta acima for sim, quem? () Mãe () Irmã () Avó () Tia () Outros _____

7 Fatores Antropométricos

Peso: _____ kg Altura: _____ metros IMC: _____ Kg/m² Circunferência Cintura _____ cm

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - CAMPUS ARARANGUÁ**

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “Função sexual e desconfortos do assoalho pélvico em mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/sc”, que está sendo desenvolvida pela professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso e pelas mestrandas Amanda Roque e Carolina Lazzarim de Conto. O objetivo desta pesquisa será analisar a função sexual e os desconfortos do assoalho pélvico de mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma/SC.

As mulheres serão abordadas por conveniência nas unidades básicas de saúde, e serão convidadas para a pesquisa. Nesse encontro, será utilizado um questionário em forma de entrevista em que a senhora responderá questões referentes aos fatores de risco ginecológicos (por exemplo se já realizou alguma cirurgia), obstétricos (por exemplo se tem filhos, quantos e a via de parto), clínicos (por exemplo se possui alguma patologia e se utiliza algum medicamento), comportamentais (por exemplo se pratica alguma atividade física, fuma ou bebe bebida alcoólica) hereditários (por exemplo raça e se alguém da família possui alguma disfunção do assoalho pélvico) e antropométricos (por exemplo peso, altura e IMC). Nesse momento, também serão identificadas alterações na função sexual, os desconfortos dos músculos do assoalho pélvico, a influência das disfunções sobre a vida, satisfação sexual, autoimagem genital, nível de atividade física e sintomas psicológicos por meio de questionários. Se houver, será identificada a presença de sintomas de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, bem como a duração e intensidade dos sintomas.

Os riscos dessa pesquisa são: Constrangimento ou vergonha ao responder algumas perguntas a respeito de sua vida sexual, cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários, desconfortos, alterações de autoestima em função de reflexões sobre sua sexualidade. Para minimizar qualquer constrangimento, a entrevista será conduzida por uma pesquisadora do sexo feminino. Os benefícios e vantagens de participar deste estudo serão a identificação de quais fatores de risco para disfunções dos músculos do assoalho pélvico você apresenta, em qual nível de atividade física você se encontra e se sua função sexual está alterada devido a isto.

A pessoa que estará acompanhando você durante o estudo será a mestranda Amanda Roque ou a mestranda Carolina Lazzarim de Conto. Você assinará duas vias deste termo, sendo que uma dessas vias ficará com você. Nesse termo constam o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEPSH) da UFSC em caso de dúvidas.

Não estão previstas despesas durante sua participação. A legislação não permite qualquer tipo de remuneração pela participação na pesquisa. Caso haja alguma despesa decorrente da pesquisa declaramos a garantia de ressarcimento. Garantimos indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Também garantimos direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, ressaltando que a senhora não sofrerá nenhuma penalidade, inclusive no atendimento prestado pela Unidade Básica de saúde que a senhora foi recrutada. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. A pesquisadora responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12.

DADOS DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo	Telefone	Endereço completo	Endereço de e-mail
Janeisa Franck Virtuoso	(48) 9 98414-781	R. Julio Gaidzinski, 454 – Criciúma – SC	janeisa.virtuoso@ufsc.br
Amanda Roque	(48) 9 9802-5135	R. Pedro Honorato, 363 – Criciúma - SC	amanda.roque@posgrad.ufsc.br
Carolina Lazzarim de Conto	(48) 9 9932-0810	Tv. Fernando Ferrari, 40 – Criciúma - SC	carolina.lc@posgrad.ufsc.br

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. CEP: 88.040-400

Contato: (48) 3721-6094 \ cep.propesq@contato.ufsc.br

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Declaro que, em ___/___/___, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “FUNÇÃO SEXUAL E DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC” após estar devidamente informada sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação.

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.” “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa”. “Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”

Assinatura do participante

Participante:

CPF:

Assinatura do pesquisador

Pesquisador:

CPF:

_____, _____ de _____, de _____

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO (PFDI-20)

PERGUNTAS	SIM	NÃO	SE SIM			
			Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante
1- Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?						
2-Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?						
3-Você geralmente tem uma bola, ou algo saindo que você pode ver ou sentir na área da vagina?						
4- Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?						
5-Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?						
6-Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?						
7-Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?						
8-Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?						
9-Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?						
10-Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?						
11-Você às vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?						
12-Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?						
13-Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?						
14-Alguma vez você sentiu uma bola ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?						
15-Você tem aumento da frequência urinária?						
16-Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?						
17-Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?						
18-Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?						
19- Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?						
20- Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?						

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 (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). 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. 1- nas questões 1 e 2, não há a alternativa: Sem atividade sexual.

OBS. 2- assinale apenas uma alternativa por pergunta.

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 tempo)	6 Quase nunca ou nunca
------------------------	--------------------------	---	--	--	------------------------

1- 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
------------------------	--------------	--------	------------	---------	--

2- 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 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 Moderado	5 Segurança Baixa	6 Segurança muito baixo 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 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 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 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 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 ou 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 ou 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 ou 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 ou 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 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 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 - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPSH) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (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 Retorte II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6294 E-mail: cep.proceso@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer 3.188.854

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 combater 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_1239660.pdf	07/02/2019 15:11:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_corrigido1.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: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer 3.168.004

Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido1.docx	07/02/2019 15:09:27	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	Carta_de_escolta_atualizada.pdf	30/11/2018 18:14:33	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_corrigida.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 Apresentação 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 202, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-5334 E-mail: dep-propeaq@contato.ufsc.br

**ANEXO D – CARTA DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
CRICIÚMA/SC**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

27/11/2018

Processo: 538323

CARTA DE ACEITE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que tomamos conhecimento e concordamos com a realização da pesquisa intitulada "Função sexual de mulheres com desconfortos nos músculos do assoalho pélvico atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC".

A mesma está sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^ª. Dr^ª. Janeisa Frank Virtuoso e da Mestranda Amanda Roque, ambas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, durante o tempo de aplicação da pesquisa. A Gerência de Atenção Básica e a Coordenação de Educação Permanente em saúde acompanharão seu desenvolvimento para garantir o que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares.

Os pesquisadores devem combinar antecipadamente com as gerências locais o cronograma de visitas para coleta de dados, bem como, estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética antes de iniciar a pesquisa.

ANA PAULA AGUIAR MILANEZ
Coordenadora de Educação Permanente em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura de Criciúma

Secretaria Municipal de Saúde: Rua Doménico Sónego 542, Bairro Santa Bárbara
CEP 88804-050. Fone: 3445-8400/8724