

O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional

The impact of sexual dysfunction on the quality of life of women: an observational study

Ana Paula Pitiá Barreto¹, Andrea Nogueira², Bianca Teixeira³, Cristina Brasil⁴, Amanda Lemos⁵, Patrícia Lôrdelo⁶

¹Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-3260-2404. anapaulapitia@hotmail.com

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-8369-9715. andrearaila@hotmail.com

³Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-1924-1579. biamteixeira@gmail.com

⁴Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-7563-9947. tinabrasil@gmail.com

⁵Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-2016-7807. aqlemos@hotmail.com

⁶Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-5487-3080. pyslordelo@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: A saúde sexual envolve diversos componentes em relação à sexualidade, como biológico, cultural, psicológico e social. Quando alguns desses fatores são atingidos, pode-se originar um quadro de disfunção sexual. **OBJETIVO:** investigar a qualidade de vida em mulheres com disfunção sexual. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional comparativo, de corte transversal, realizado em mulheres de 18 a 59 anos do CAAP da EBMSP. Excluídas: mulheres com histórico de doença psiquiátrica grave, portadoras de doenças crônico-degenerativas neurológicas, com dispareunia de causas orgânicas, em tratamento fisioterapêutico e gestantes. Foi utilizado a FSFI ≥ 26 para o grupo com disfunção e < 26 para o grupo comparação. Instrumentos de avaliação aplicados: FSFI e 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). A comparação das medianas dos domínios do SF-36 e FSFI entre os grupos foi realizada pelo teste Mann-Whitney (teste não paramétrico), e das variáveis categóricas com a disfunção sexual foi feita a partir do teste qui-quadrado. **RESULTADOS:** Amostra 36 pacientes, 18 em cada grupo. As variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram diferença estatística foram renda (0,001) e escolaridade (0,011). No FSFI, todos os domínios apresentaram significância (0,00). No SF-36, ao comparar os dois grupos, 06 domínios apresentaram significância estatística. **CONCLUSÃO:** Os resultados mostram que mulheres com disfunção sexual apresentam um impacto negativo em alguns dos aspectos da qualidade de vida. Importante salientar que, a escolaridade e a renda familiar não foram homogêneas entre os grupos, sendo assim, diante da característica do estudo, não é possível aferir relação causa e consequência na disfunção sexual com a qualidade de vida das participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção sexual feminina. Qualidade de Vida. Comportamento sexual.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Sexual health involves several components in relation to sexuality, such as biological, cultural, psychological and social. When some of these factors are reached, a picture of sexual dysfunction may result. **OBJECTIVE:** To investigate quality of life in women with sexual dysfunction. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, observational, observational study of 18- to 59-year-old women from the EBMSP CAAP. Excluded: women with a history of severe psychiatric illness, carriers of neurological chronic degenerative diseases, with dyspareunia of organic causes, in physiotherapeutic treatment and pregnant women. FSFI ≥ 26 was used for the group with dysfunction and < 26 for the comparison group. Assessment instruments applied: FSFI and 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). The comparison of the medians of the SF-36 and FSFI domains between the groups was performed by the Mann-Whitney test (non-parametric test), and the categorical variables with the sexual dysfunction were done using the chi-square test. **RESULTS:** Sample 36 patient, 18 in each group. The sociodemographic and clinical variables that presented statistical difference were income (0.001) and schooling (0.011). In the FSFI, all domains presented significance (0.00). In the SF-36, when comparing the two groups, 06 domains presented statistical significance. **CONCLUSION:** The results show that women with sexual dysfunction have a negative impact on some aspects of quality of life. It is important to emphasize that schooling and family income were not homogeneous between the groups, so, due to the characteristics of the study, it is not possible to measure cause and consequence relationship in sexual dysfunction with quality of life of the participants.

KEYWORDS: Female sexual dysfunction. Quality of life. Sexual behavior.

A saúde sexual, que faz parte da saúde reprodutiva, é definida segundo a Organização Mundial de Saúde, por um estado de saúde físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, não se caracterizando somente pela ausência de doença¹. A sexualidade, por sua vez, é um dos indicadores para qualidade de vida e recebe a influência de diversos fatores, tais como os biológicos, psicológicos, socioeconômicos, éticos e espirituais, não se restringindo apenas à meta reprodutiva, mas também fortalece relações amorosas e afetivas entre as pessoas². Através da interação de tais fatores, a partir de experiências, intimidade, crenças e sentimentos, vivenciadas só ou com o parceiro, permite-se obter uma determinada resposta sexual feminina, organizada de forma sucessiva e coordenada, totalizando 4 fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução^{3,4}.

Quando alguns dos fatores relacionados a sexualidade são comprometidos, pode-se dar um quadro de disfunção sexual feminina (DSF), caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder ou experimentar prazer sexual. No Brasil, segundo o Estudo Comportamento Sexual do Brasil, 49% das 1.219 mulheres reportaram pelo menos um tipo de disfunção sexual, sendo a mais comum o desejo o transtorno do interesse sexual⁶.

A partir dos pontos expostos, ao se reconhecer a importância da saúde sexual como parte da saúde integral e sua articulação com os diversos domínios que compõe a qualidade de vida de um indivíduo, fica clara a correlação intrínseca entre elas^{1,7}. Diante da escassez de estudos bem desenhados que analisem a relação entre disfunção sexual feminina e qualidade de vida, principalmente em mulheres residentes na Bahia, sem outras doenças de base e utilizando questionários como SF36 e FSFI, esse estudo tem o objetivo de verificar a associação da qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual.

Desenho de estudo e contexto

Trata-se de um estudo observacional comparativo, de corte transversal, realizado entre Março de 2016 a Agosto de 2017, composto por mulheres entre 18 e 59 anos de idade, organizado a partir das queixas sexuais das pacientes. Aquelas que apresentavam queixas clínicas de disfunção sexual foram então encaminhadas ao CAAP (Centro de Atenção ao Assolho Pélvico), localizado na Clínica Avançada de Fisioterapia (CAFIS) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Campos Brotas, em Salvador (BA), para atendimento através da pesquisa que avalia a Eficácia da Psicoterapia Cognitivo-comportamental na Função Sexual e Qualidade de Vida de mulheres com Disfunção Sexual.

Participantes

Os critérios de inclusão utilizados para pacientes com DSF foram: apresentar escore no Female Sexual Function Index (FSFI) inferior ou igual a 26 pontos, ter idade entre 18 a 59 anos e estar de acordo de forma espontânea com os objetivos do trabalho. Foram excluídas: portadoras de doenças crônicas degenerativas neurológicas, com dispareunia de causas orgânicas, pacientes em tratamento fisioterapêutico e as gestantes. O grupo contendo pacientes sem disfunção sexual, por sua vez, precisava apresentar escore no FSFI superior a 26 pontos, mas contemplava todos os demais critérios apontados no primeiro grupo.

Quanto a análise sociodemográfica e clínica, foram coletados dados dos grupos com e sem disfunção sexual em relação a idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, partos e seus tipos, gestações e uso de medicamentos. As mulheres incluídas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido voluntariamente e preencheram um questionário com dados clínicos, ginecológicos e sociodemográficos. Além disso, três escalas foram aplicadas, a saber: o SF-36 (Short-Form Health Survey), composto por 36 itens e agrupados em 8 componentes, que somam uma pontuação de 0 a 100 pontos, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida⁸. O Female Sexual Function Index (FSFI), um auto-relato com 19 itens

que abrange seis domínios sexuais (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), sendo que os escores totais variam de 2 a 36 pontos e as maiores pontuações representam uma melhor função sexual. Sendo assim, pacientes com FSFI \leq 26 pontos sugerem disfunção sexual feminina⁹.

Análise estatística

Realizada a partir do preenchimento das escalas BDI, SF36, FSFI, questionários socioeconômico e TCLE. Para a elaboração do banco de dados e da análise descritiva, foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows. Para testar a normalidade das variáveis numéricas foi usada a estatística descritiva, análise de histograma e o Teste Shapiro Willk. As variáveis categóricas foram expressas em valor absoluto e frequência. Já as variáveis numéricas que apresentaram distribuição assimétrica foram evidenciadas através de mediana e intervalo interquartil, enquanto que aqueles que possuíam distribuição simétrica, foram expressas a partir de média e desvio-padrão. A comparação das medianas dos domínios do SF-36 e FSFI entre os grupos com e sem disfunção sexual feminina foi então realizada pelo teste Mann-Whitney (teste não paramétrico), enquanto que a comparação das variáveis categóricas com a disfunção sexual foi feita a partir do teste qui-quadrado.

O presente estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina

e Saúde Pública (EBMSP), conforme rege a resolução 466/12 sob CAAE: 44137115700005544 e 14425813900005544.

Resultados

Foram selecionadas 18 mulheres com e sem disfunção sexual, totalizando uma amostra com 36 pacientes. As idades foram semelhantes em ambos os grupos e não houve diferença estatística ($p = 0,38$), sendo o grupo com DSF apresentou maior média ($34,56 \pm 9,7$ anos). A renda familiar média do grupo sem DSF foi superior, variando de 5,0 (3,0 – 7,25) salários mínimos e foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$). O estado civil apresentou resultados inversos, sendo que 61,1% das mulheres com DSF são solteiras, contrastando com 38,9% daquelas sem DSF.

Em relação a escolaridade, estatisticamente significativa ($p = 0,001$) entre os dois grupos, as mulheres sem DSF possuíam maior nível de escolaridade, sendo que 85,4% apresentavam ensino superior completo ou incompleto, enquanto que as mulheres com DSF apresentavam uma distribuição mais regular entre os níveis escolares. Em relação ao tipo de parto, a maior parte da amostra era nulípara ($p = 0,00$). Quanto ao uso de medicamento, 66,7% das mulheres sem DSF utilizaram anticoncepcional ($p = 0,739$). Nenhuma mulher, de ambos os grupos, fez uso de reposição hormonal.

Tabela 1. Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra de Indivíduos com e sem DSF. Salvador, Bahia, Brasil, 2017 (continua)

Variável	Com DSF (n=18)	Sem DSF (n=18)	Valor p
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Idade(anos)	34,56 \pm 9,7	31,94 \pm 7,78	0,381
	Mediana (I – Q)	Mediana (I – Q)	
Renda familiar	2,0 (1,0 – 3,25)	5,0 (3,0 – 7,25)	0,001
Estado civil	n (%)	n (%)	1,000
Solteira	11 (61,1)	7 (38,9)	
Casada	7 (38,9)	11 (61,1)	
Divorciada	0	0	
Viúva	0	0	

Tabela 1. Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra de Indivíduos com e sem DSF. Salvador, Bahia, Brasil, 2017 (conclusão)

Escolaridade			0,001
E. Fundamental	2 (11,1)	0	
Ensino Médio	7 (38,9)	3 (16,7)	
Superior incompleto	3 (16,7)	3 (16,7)	
Superior completo	6 (33,3)	12 (66,7)	
Dados Clínicos			
Variáveis Gestacionais	Mediana (I – Q)	Mediana (I – Q)	
Gestação	0,0 (0,0 – 1,0)	0,0 (0,0 – 2,0)	0,594
Parto	0,0 (0,0 – 1,0)	0,0 (0,0 – 1,25)	0,335
Tipo de parto	n (%)	n (%)	0,000
Cesáreo	3 (16,7)	1 (5,6)	
Vaginal	2 (11,1)	4 (22,2)	
Não se aplica	12 (66,7)	10 (55,6)	
Cesáreo e vaginal	1 (5,6)	3 (16,7)	
Uso de medicamento			0,739
Não faz uso	13 (72,2)	6 (33,3)	
Anticoncepcional	5 (27,8)	12 (66,7)	

Teste: Mann-Whitney

Em relação aos domínios do FSFI, (todos os domínios apresentaram significância estatística ($p=0,000$)).

Quanto a análise do SF-36 (tabela 2), observa-se que nos dois grupos (com e sem DSF), os domínios dor ($p=0,000$), aspectos sociais ($p=0,000$), estado geral de saúde ($p= 0,000$), capacidade ($p=0,034$) e saúde mental ($p= 0,005$) apresentaram significância estatística.

Tabela 2. Comparação dos domínios do SF-36 da Amostra de Indivíduos com e sem DSF. Salvador, Bahia, Brasil, 2017

Domínios	Com DSF (n=18)	Sem DSF (n=18)	Valor p
	Mediana (I – Q)	Mediana (I – Q)	
<u>Saúde Mental</u>	60 (52 – 65)	72 (62 – 81)	0,005
<u>Estado Geral da Saúde</u>	50 (40 – 60)	77 (57 – 88,2)	0,000
<u>Aspectos Sociais</u>	50 (37,5 – 62,5)	75 (59,3 – 100)	0,000
<u>Dor</u>	35 (20 – 50)	79 (62 – 92,5)	0,000
<u>Capacidade</u>	90 (55 – 96,2)	97,5 (90 – 100)	0,034
Vitalidade	57,5 (50 – 65)	65 (43,7 – 75)	0,355
Limitação	100 (43,7 – 100)	100,0 (68,7 – 100)	0,899
Aspectos Emocionais	50 (0 – 100)	83,3 (33,3 – 100)	0,227

Teste: Mann-Whitney

Discussão

Neste trabalho, avaliamos mulheres com e sem disfunção sexual em um grupo contendo 36 participantes. No entanto, um dado relevante que devemos salientar é o fato de que, do ponto de vista sociodemográfico, os grupos são estatisticamente diferentes. Tendo este estudo o objetivo de analisar o perfil da qualidade de vida das mulheres com e sem o diagnóstico de Disfunção Sexual, o fato do grupo sem disfunção ter uma maior renda e escolaridade, pode ter uma influência na qualidade de vida das participantes deste grupo. O documento publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2006, traz reflexões a respeito da relação entre aspectos sociodemográficos e função sexual. De acordo com esta publicação, populações com uma maior vulnerabilidade financeira e social podem apresentar repercussões em sua vida sexual¹.

Ao avaliar a qualidade de vida dos dois grupos, a partir do SF36, 5 dos 8 domínios foram comprometidos nas pacientes com disfunção sexual, como dor ($p=0,000$), aspectos sociais ($p=0,001$), estado geral de saúde ($p=0,001$), capacidade ($p=0,034$) e saúde mental ($p=0,037$). Tal achado é reafirmado em um dos estudos mais respeitados em relação a sexualidade feminina, o National Health and Social Life Survey (NHSL), realizado em 1759 mulheres americanas de 18 a 59 anos de idade, no qual já apontava a associação intrínseca entre disfunção sexual feminina e sentimentos de infelicidade vivenciados por elas, atingindo assim dois aspectos essenciais: físico e emocional¹⁰. Além disso, ao se analisar a própria definição de qualidade de vida proposta pela OMS, nota-se que ela se dá a partir da percepção do indivíduo em relação a suas expectativas, padrões e preocupações quando este está inserido em um contexto cultural e envolto por um sistema de valores¹. Logo, a soma de fatores como crenças, práticas culturais, atitude em relação ao sexo e sexualidade, imagem corporal de si e do outro, traumas físicos e processos biológicos são capazes de moldar a percepção feminina diante do contexto cultural, biológico e psíquico no qual essa mulher é apresentada^{11,12}.

Ao se analisar a população de estudo sem disfunção sexual, nota-se um ponto muito importante: a relação entre atividade física e bem estar geral,

incluindo assim o sexual¹³. Em um estudo brasileiro, contendo 370 mulheres entre 40 e 65 anos, evidenciou que o risco de disfunção sexual feminina estava fortemente associado ao estilo de vida sedentário, sendo que a prevalência de disfunção sexual era maior entre aquelas sedentárias (78,5%), contra 57,6% daqueles que praticavam atividade física regular¹⁴. Tal fato pode ser justificado de duas formas: do ponto de vista neurológico, a atividade física aumenta a transmissão sináptica de monoaminas e promovem a liberação de opioides endógenos, promovendo a sensação de humor e prazer pós exercício¹⁵. Além disso, a atividade física também favorece a formação da imagem corporal, que associada a fantasias e erotismo, também auxiliam na construção do sujeito e na sua percepção acerca da sexualidade^{6,17}.

Ao se analisar o FSFI, em comparação com os dois grupos, todos os 6 domínios (dor, desejo, excitação, orgasmo, lubrificação e satisfação) foram estatisticamente significativos ($p=0,00$). Tal achado pode ser explicado pelo próprio modelo de resposta sexual proposto por Basson, ao afirmar que sexualidade e a função sexual em mulheres segue uma trajetória circular, dependente de estímulos emocionais e de relacionamento que interferem de forma dinâmica em todas as fases do ciclo¹⁸. Sendo assim, alterações na percepção feminina sobre a sexualidade, seja por crenças, esquemas cognitivos mal adaptativos, aspectos culturais, conflitos conjugais, além de causas biológicas, como depressão, endometriose, diabetes e outras doenças podem interferir negativamente na função sexual e prejudicar os diversos domínios ligados a ela^{6,16}. Em nosso trabalho, porém, ao excluir pacientes com doenças psiquiátricas, vasculares e neuroendócrinas, tentamos enfatizar a importância do componente psicológico na patogenia da disfunção sexual, o que pode ser confirmado estatisticamente pelo comprometimento de todos os domínios sexuais avaliados no FSFI em pacientes com DSF.

No que tange as questões sociodemográficas de nosso trabalho, foi percebido que apenas a escolaridade ($p=0,011$) e renda ($p=0,001$) foram estatisticamente significativos, o que foi concordante com grande parte da literatura^{6,12,18}. Sabe-se que há uma associação entre níveis educacionais e econômicos mais baixos e disfunção sexual, uma vez

que tais mulheres tendem a ter menos informações sobre saúde sexual e conhecimento sobre o próprio corpo, além de apresentar menor procura/ acesso à assistência médica e multidisciplinar. No estudo NHSLs, percebeu-se que aquelas com formação no ensino superior apresentavam quase a metade da probabilidade em apresentar baixo desejo sexual, problemas de orgasmo, dispareunia e ansiedade sexual quando comparadas àquelas que não se formaram no ensino médio¹⁰.

Quando se observa a idade, por exemplo, diversos estudos comprovam uma relação entre aumento da idade com a redução do desejo sexual^{11,12}. Deve-se inferir, entretanto, que o aumento da idade está ligado a comorbidades clínicas, alterações neuroendócrinas e uso prolongado de medicações⁶. Em nosso trabalho, todavia, no qual foram excluídas mulheres que tivessem condições clínicas debilitantes, como degenerativas e psiquiátricas graves, não houve associação entre envelhecer e redução do desejo sexual, sugerindo assim que a mulher que permanece saudável com o avanço da idade, mantém também sua saúde sexual de forma satisfatória¹⁹.

No presente estudo, o uso de anticoncepcional não foi estatisticamente significativo, mostrando que tal fator não seria um risco para o desenvolvimento da DSF. Tal achado não é consenso na literatura. Em um estudo, ao analisar mais de 13.000 mulheres, documentou que não houve mudança significativa no desejo com uso anticoncepcional oral combinado²⁰. Contrariamente, em um estudo retrospectivo com cerca de 1.100 mulheres, foi relatado que aqueles que utilizavam contracepção hormonal de qualquer tipo tinham menos atividade sexual, excitação, prazer e orgasmo, além de maior dificuldade com a lubrificação²¹.

Este trabalho apresenta algumas limitações. Inicialmente, por ser um estudo observacional, de corte transversal, não permite o estabelecimento da relação causa-efeito. Outra limitação prende-se a subjetividade e intimidade do tema em questão, fazendo com que algumas mulheres possam responder conforme o que acreditam ser mais aceito socialmente ou até mesmo pela dificuldade em se interpretar as questões propostas relativas à sua sexualidade. Como tentativa de contornar possíveis respostas enviesadas, elegeu-se questionários

autoaplicáveis e de mais fácil interpretação. Além disso, não foram excluídos parceiros sexuais que apresentassem algum tipo de disfunção sexual, o que poderia ser um viés neste estudo, já que suas parceiras poderiam ser atingidas indiretamente, pois poderiam ter menor frequência e duração na atividade sexual.

Conclusão

Verificou-se então neste trabalho a relação entre disfunção sexual feminina e seu impacto em alguns aspectos da qualidade de vida, como dor, estado geral, aspectos emocionais, capacidade e saúde mental. No entanto, o fato dos grupos serem estatisticamente diferentes não podemos inferir uma relação de causalidade entre a presença do diagnóstico das Disfunções Sexuais e a Qualidade de Vida. Sendo assim, esse tema precisa ser mais bem explorado, para que possamos mensurar de forma adequada a influência das Disfunções Sexuais na Qualidade de vida das mulheres. Dessa maneira, são necessários mais estudos, com grupos homogêneos a fim de finalizar estas possíveis relações.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica em parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (PIBIC/BAHIANA). Os autores agradecem a participação de todas as mulheres que contribuíram para a realização deste trabalho.

Contribuições das autoras

Barreto APP foi responsável pela coleta de dados, revisão de literatura e produção do manuscrito. Nogueira A foi responsável pela revisão de literatura e produção do manuscrito. Teixeira B foi responsável pela coleta de dados. Brasil C foi responsável pela análise estatística dos dados. Lemos A foi responsável pela análise estatística dos dados. Lordêlo P foi responsável pela coordenação da pesquisa, revisão metodológica do estudo e revisão do manuscrito.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. World Health Organization. 2006. Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, Suíça: World Health Organization; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 6.ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1974.
4. Basson R, Wierman M, van Lankveld J, Brotto L Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010;7(1 pt 2);314-326. doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x)
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, United States of America: American Psychiatric Association; 2013.
6. Abdo CH, Jr Oliveira WM, Jr Moreira ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6. doi: [10.1038/sj.ijir.3901198](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198)
7. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(3):423-433. doi: [10.1007/s00737-015-0535-y](https://doi.org/10.1007/s00737-015-0535-y)
8. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol.* 1999;39(3):143-50
9. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA.* 2007;27(1):10-14.
10. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44
11. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res.* 2006;18(4):382-95. doi: [10.1038/sj.ijir.3901440](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440)
12. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(12):2877-2880. doi: [10.7860/JCDR/2013/6813.3822](https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822)
13. Chedraui P, Pérez-López FR, Mezones-Holguín E, San Miguel G, Avila C, Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas.* 2011;68(4):387-90. doi: [10.1016/j.maturitas.2010.12.004](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.12.004)
14. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério Júnior J, Giraldo PC, et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Rev Assoc Med Bras.* 2014;60(1):47-52. doi: [10.1590/1806-9282.60.01.011](https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.011)
15. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci.* 2011;180(2):319-25. doi: [10.1007/s11845-010-0633-9](https://doi.org/10.1007/s11845-010-0633-9)
16. Woloski-Wruble AC, Oliel Y, Leefsma M, Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *J Sex Med.* 2010;7(7):2401-10. doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x)
17. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:538-71. doi: [10.1016/j.jsxm.2016.01.019](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019)
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
19. Lucena, BB. (Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas [Dissertação]. São Paulo: Programa de Fisiopatologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP; 2013.
20. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013;18(1):27-43. doi: [10.3109/13625187.2012.728643](https://doi.org/10.3109/13625187.2012.728643)
21. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med.* 2014;11(2):462-70. doi: [10.1111/jsm.12409](https://doi.org/10.1111/jsm.12409)