



Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional

Larissa Santana Correia,¹ Cristina Brasil,² Marianne Dantas da Silva,¹ Daiane Fernandes da Cunha Silva,¹ Hortênsia Oliveira Amorim,¹ Patrícia Lordêlo³

RESUMO

Objetivo: Apresentar a prevalência de disfunção sexual e comparar a relação entre função sexual e qualidade de vida em mulheres matriculadas em ginásios.

Tipo de estudo: Observacional transversal.

Local: Bahia – Brasil.

População: Mulheres matriculadas em ginásios.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, realizado em ginásios. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas e não grávidas. Foi utilizado um questionário com informações sociodemográficas e clínicas, além do *Female Sexual Function Index* que avaliou a função sexual, sendo considerados valores do score ≤ 26 como disfunção sexual, enquanto a qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF-36. Na comparação dos valores médios encontrados nos scores do SF-36 entre as mulheres com disfunção sexual e adequada função sexual foi utilizado o teste *t* de Student.

Resultados: A amostra foi constituída por 375 mulheres que praticam atividade física, com média de idade de $34,6 \pm 10,0$ d.p. A frequência de disfunção sexual (DS) foi de 21% e, em todos os domínios do SF-36, as mulheres com DS tinham scores inferiores ($p < 0,01$ para os aspectos emocionais e $p < 0,01$ para os outros domínios). Observaram-se diferenças mais expressivas nos domínios: saúde mental, aspectos físicos, aspectos emocionais e aspectos sociais, com média $\pm$ desvio-padrão, respetivamente, $59,6 \pm 18,7$, $72,6 \pm 33,1$, $67,1 \pm 38,7$ e $69,2 \pm 22,8$ para mulheres com DS e médias de $72,1 \pm 16,8$, $85,1 \pm 26,6$, $78,6 \pm 34,4$ e $80,7 \pm 21,9$ para mulheres com AFS ($p < 0,01$ em todos).

Conclusão: A disfunção sexual nesta população tem impacto negativo na qualidade de vida.

Palavras-chave: Disfunção Sexual; Qualidade de Vida; Mulheres.

INTRODUÇÃO

O ciclo de resposta sexual divide-se em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Cada fase apresenta uma característica e qualquer comprometimento em um dos estágios é definido como disfunção sexual (DS),¹ considerando-se toda a situação em que a relação sexual não seja concretizada ou que esta seja insatisfatória para a mulher e para o parceiro.²

No Estudo do Comportamento Sexual foi detectado que 30% das mulheres referiam algum tipo de disfunção sexual.³ Num estudo realizado em mulheres portuguesas, 77% apresentavam disfunção sexual embora quase metade não a considerasse um problema.² Outra pesquisa também descobriu que as mulheres com disfunção sexual apresentaram mais

ansiedade e que a depressão está intimamente associada a disfunção sexual, com aumento do risco para o desenvolvimento da mesma.⁴

Embora frequente, muitas mulheres privam-se de tratamentos adequados por vergonha ou frustração⁵ ou por acharem que a disfunção sexual é intrínseca ao envelhecimento. A sexualidade da mulher com o avanço da idade é carregada de preconceito, neste período ainda existe o tabu da mulher assexuada.⁶ Apesar da alta prevalência de disfunção sexual, poucos centros no mundo realizam investigação abrangente e multidisciplinar e tratamento da disfunção sexual ou encaminhamento adequado visando a recuperação de uma adequada função sexual (AFS). As mulheres que praticam atividade física buscam procedimento cirúrgico devido a insatisfação com a região genital, por exemplo, como o uso de roupas justas que demarcam a vulva além do incômodo ocasionado pelo atrito e esta insatisfação pode estar relacionada com disfunções sexuais.⁷⁻⁸

A literatura brasileira ainda se mostra escassa na avaliação do real impacto que as disfunções sexuais podem provocar na qualidade de vida (QV) da mulher e com a utilização de instrumentos de avaliação validados para realizar tal análise.⁹ Estudos de incidência e prevalência mostram-se deficientes quan-

¹Fisioterapeuta pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

²Fisioterapeuta, Mestranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

³Fisioterapeuta, Pós-doutora em Ginecologia pela UNIFESP, Doutora em Medicina e Saúde Humana, Docente dos programas de Pós-graduação de Medicina e Saúde Humana e Tecnologia em Saúde da EBMSP



to a metodologia e tamanho da amostra.¹⁰ Além disso, verifica-se escassez na análise da influência na qualidade de vida em mulheres que praticam atividade física. Tendo em vista os transtornos que as disfunções sexuais podem causar e os benefícios que poderá proporcionar o melhor entendimento da relação da DS com a QV no público feminino, o objetivo deste estudo é descrever a frequência e comparar a relação entre função sexual e qualidade de vida em mulheres praticantes de atividade física.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, tendo a colheita de dados sido realizada no período entre Fevereiro e Junho de 2014, entre as mulheres matriculadas em três grandes ginásios, localizados na cidade de Salvador e Lauro de Freitas-BA. Foram incluídas mulheres na faixa etária entre 18 e 60 anos, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e não grávidas, matriculadas em ginásios. Foram excluídas da análise aquelas que não preencheram os instrumentos de avaliação propostos na íntegra.

As mulheres foram convidadas pelas pesquisadoras a participar no estudo, pessoalmente, nos ginásios. As que manifestaram interesse foram direcionadas para preencher os questionários autoaplicáveis num local reservado – informações sociodemográficas como: idade, grau de escolaridade, estado civil, rendimento; além de dados clínicos: IMC, história obstétrica e ginecológica, uso de medicamentos e número de cirurgias pélvicas/perineais integravam os questionários.

A função sexual foi avaliada por meio do FSFI (*Female Sexual Function Index*), um questionário traduzido e validado para a língua portuguesa.⁸ Constituído por 19 questões e seis domínios (desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor), com uma pontuação total que pode variar de 2 a 36 pontos, onde valores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

Foi utilizado o questionário multidimensional SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) para avaliar a qualidade de vida. Composto por 36 itens, reunidos em duas componentes: física e mental que avaliam a capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção do estado geral de saúde); vitalidade (percepção do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); e saúde mental (escala de humor e bem-estar). A pontuação final de cada domínio varia de 0 a 100,

não existindo um ponto de corte definido: valores de *scores* maiores indicam um melhor estado de saúde.⁹

O cálculo amostral foi realizado pela calculadora Winpepi (<http://www.brixtonhealth.com/pepi4windows.html>) para uma estimativa de proporção, usando como desfecho principal a função sexual. Foi utilizada uma proporção de 30%, que representa a prevalência de mulheres com disfunção sexual no Brasil,¹¹ com uma diferença aceitável de ± 5 , nível de confiança de 95%, totalizando 323 participantes; acrescido 10% para possíveis perdas, seriam então necessárias 355 mulheres.

Para elaboração do banco de dados, análise descritiva e análise estatística foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 14.0 para Windows. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada através da estatística descritiva, análise gráfica e do teste *Kolmogorov Smirnov*. Os dados categóricos (estado civil, escolaridade, renda, IMC, tipo de parto, uso de medicamentos, menopausa, cirurgia pélvica/perineal e *scores* do FSFI) foram apresentados em frequência absoluta, enquanto os dados numéricos (idade, *scores* dos domínios do SF-36) foram apresentados em termos de média e desvio-padrão. Para a comparação das médias dos *scores* do SF-36 das mulheres com disfunção sexual e das mulheres com adequada função sexual foi utilizado o teste *t* de *Student*, pressupondo uma distribuição normal. Como referido, para a comparação das variáveis numéricas com a disfunção sexual foi utilizado o teste *t* de *Student* e, para a comparação das variáveis categóricas com a disfunção sexual, o qui-quadrado.

Este estudo faz parte de um projeto que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), CAAE n.º 14425813.9.0000.5544, conforme rege a resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de saúde. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Das 385 mulheres investigadas, 10 foram excluídas da análise pelo preenchimento incompleto dos instrumentos de avaliação, resultando numa amostra de 375 mulheres. No Quadro I constata-se uma predominância de mulheres jovens, com menos de 40 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 57 anos. A maioria das mulheres eram casadas (49,3%), apresentaram o ensino superior completo (73,6%). Quanto às características clínicas, a maioria das mulheres apresentaram IMC eutrófico (69,2%), não tiveram nenhum parto (55,9%), faziam uso de anticoncepcional oral (71,9%), estavam em idade fértil (89%) e não realizaram cirurgia ginecológica (84,5%).

Na comparação dos dados sociodemográficos e clínicos entre as mulheres com adequada função sexual (AFS) e as com disfunção sexual (DS) pode-se perceber uma maior



QUADRO I. Comparação das características sociodemográficas e clínicas das mulheres sexualmente ativas (AFS e DS) matriculadas em ginásios da cidade de Salvador e Lauro de Freitas (BA), 2014

Variáveis	TOTAL Média ± DP	AFS (n=296)	DS (n=79)	p-valor
Idade	34,6±10,0	34,2±9,6	36,0±10,9	0,154
Estado civil	n (%)			
Casadas	184 (49,3)	142 (48,1)	42 (53,8)	0,471
Solteiras	178 (47,7)	143 (48,5)	35 (44,9)	
Divorciadas	11 (2,9)	10 (3,4)	1 (1,3)	
Escolaridade				
Ensino superior completo	276 (73,6)	223 (75,3)	53 (67,1)	0,113
Ensino superior incompleto	67 (17,9)	53 (17,9)	14 (17,7)	
Ensino médio	30 (8)	19 (6,4)	11 (13,9)	
Ensino fundamental	2 (0,5)	1 (0,3)	1 (1,3)	
IMC				
Eutróficos	249 (69,2)	200 (69,9)	49 (66,2)	0,025*
Sobrepeso	85 (23,6)	71 (24,8)	14 (18,9)	
Obesidade	22 (6,1)	12 (4,2)	10 (13,5)	
Abaixo do peso	4 (1,1)	3 (1,0)	1 (1,4)	
Tipo de partos				
Nenhum parto	207 (55,9)	168 (57,1)	39 (51,3)	0,140
Cesariana	120 (32,4)	89 (30,3)	31 (40,8)	
Normal	43 (11,6)	37 (12,6)	6 (7,9)	
Medicamentos				
Uso de hormonas	228 (71,9)	182 (72,2)	46 (70,8)	0,816
Fase hormonal				
Idade fértil	323 (89)	261 (91,3)	62 (80,5)	0,008*
Cirurgia ginecológica				
Ausente	317 (84,5)	250 (86,5)	67 (85,9)	0,890

Legenda: n=número de participantes; IMC=Índice de massa corporal; AFS=Adequada função sexual; DS=Disfunção sexual; *Teste qui-quadrado.

presença de mulheres obesas [10 (13,5)] no grupo de mulheres com DF quando comparadas com 12 (4,2) mulheres com AFS ($p=0,025$). Outra diferença encontrada foi a presença de uma maior proporção de mulheres na idade fértil no grupo com AFS [261 (91,3)] quando comparado com 62 (80,5) no grupo com DS ($p=0,008$) (Quadro I).

Foi observada uma frequência de 21,1% de mulheres com DS, o que representa 79 mulheres. No Quadro II foram comparadas as médias dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 nas mulheres com AFS e com DS, sendo verificado que as médias das pontuações das mulheres com

DS se apresentaram menores em todos os domínios analisados, com significância estatística.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a frequência de disfunção sexual e a relação com a qualidade de vida em mulheres matriculadas em ginásios e demonstrou uma frequência de 21% de DS, com uma associação com menores valores em todos os domínios de qualidade de vida. Foi comparada a qualidade de vida entre as mulheres com disfunção sexual e com adequada função sexual e os achados se mostraram semelhantes aos encontrados na literatura.¹¹⁻¹² Este resultado se deu principalmente pela utilização de questionários validados para a língua portuguesa, amplamente utilizados na literatura e designados especificamente para a análise da função sexual e da qualidade de vida.

Na avaliação da qualidade de vida em todos os domínios do SF-36, as mulheres com DS apresentaram pontuações em média inferiores, principalmente nos domínios de saúde mental, aspectos físicos, aspectos emocionais e aspectos sociais. Estes dados sugerem que mulheres com DS apresentam um maior comprometimento da qualidade de vida nestes quatro aspectos avaliados. Esses domínios estão relacionados com questões físicas e mentais, ressaltando o comprometimento em ambos os quesitos. Este achado corrobora os resultados de um estudo realizado com mulheres americanas, onde foi destacado que mulheres com disfunção sexual apresentam insatisfação física e emocional, com sentimentos de infelicidade.¹¹ O resultado do presente estudo ratifica a literatura existente, uma

vez que o bem-estar geral está associado a uma saúde sexual satisfatória,¹³ sendo um fator importante na qualidade de vida e considerada fundamental, mesmo em mulheres praticantes de atividade física.¹⁴

A frequência de disfunção sexual neste estudo com mulheres praticantes de atividade física é semelhante a alguns estudos realizados no Brasil sobre a disfunção sexual em mulheres,^{3,15} semelhante ao percentual de DS (21,9%) encontrado por Prado e seus colaboradores (2010) ao analisarem mulheres, com a idade compreendida entre os 18 e os 45 anos, com diferentes níveis sociais socioeconômicos.¹⁵ A equivalência na frequência

QUADRO II. Comparação dos scores dos domínios do questionário SF-36 das mulheres com adequada função sexual e disfunção sexual, sexualmente ativas, matriculadas em ginásios da cidade de Salvador e Lauro de Freitas (BA), 2014

Domínios SF-36	AFS	DS	P
Capacidade funcional	90,3±13,0	83,8±15,5	<0,01
Aspectos físicos	85,1±26,6	72,6±33,1	<0,01
Dor	73,9±20,2	66,5±20,8	<0,01
Estado geral	79,9±16,4	72,7±18,5	<0,01
Vitalidade	63,6±18,1	56,2±19,4	<0,01
Aspectos sociais	80,7±21,9	69,2±22,8	<0,01
Aspectos emocionais	78,6±34,4	67,1±38,7	0,01
Saúde mental	72,1±16,8	59,6±18,7	<0,01

Legenda: Média±DP – Teste *t* de Student; AFS=Adequada função sexual; DS=Disfunção sexual.

pode ser explicada pela semelhança das idades das populações estudadas, uma vez que num estudo com mulheres de meia idade (40 a 65 anos), na cidade de Natal, foi referido 67% de DS.

No entanto, a prevalência de disfunção sexual ainda se mostra divergente quanto a literatura no âmbito mundial. Estudos mostram uma variação de prevalência entre 22% e 87% em diferentes populações femininas.^{2,11,16-18} A grande variação é, em parte, devida à dimensão e características de amostras, tipos de testes realizados e tipos de questionários utilizados, que podem carecer de uma precisão das respostas.¹¹ West e seus colaboradores afirmaram que a dificuldade de resultados precisos sobre a DS parece ser pela falta de dados sobre a população em geral, uma vez que encontrar uma grande amostra representativa é desafiador e caro,¹⁹ além das questões culturais⁹ e religiosas e da falta de conhecimento do próprio corpo e de uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual, que podem interferir na função sexual e, consequentemente, na frequência encontrada.²⁰

Na amostra estudada houve um predomínio de mulheres jovens, com menos de 40 anos e que estavam em idade fértil e este é um fator a ser considerado quanto à frequência de DS encontrada, pois mulheres mais jovens tendem a ter menos comprometimentos sexuais. A literatura mostra que, na menopausa, o corpo da mulher sofre modificações pela queda do estrogênio, o que favorece o surgimento de alterações nas fases da resposta sexual. A diminuição do desejo sexual, assim como diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia são frequentemente relatados por essas mulheres.⁷ Um estudo com brasileiras mostrou que, a partir dos 50 anos de idade, a disfunção sexual aumenta quando comparada com as

mulheres com menos de 50 anos de idade.²¹ Dennerstein, num estudo com mulheres australianas, conseguiu demonstrar que a função sexual declina com a menopausa e que o estradiol tem uma relação significativa com este declínio.²²

Outra importante consideração quanto à frequência encontrada é o fato da população analisada ser representada por mulheres que praticam atividade física, uma vez que a literatura tem demonstrado um efeito indireto, porém positivo, da prática de atividade física sobre a função sexual através da produção de hormonas. Um estudo com brasileiras demonstrou, a partir do FSFI, uma maior prevalência de disfunção sexual em mulheres menos ativas ou sedentárias quando comparadas a outras que praticavam atividade física regular, demonstrando que mulheres que praticam atividade física apresentam uma melhor função sexual.¹⁶

Um ponto limitante deste estudo é a impossibilidade de comparar os dados com a população feminina em geral, uma vez que o presente estudo avaliou apenas mulheres que praticam atividade física. Independentemente disso, concluiu-se que mulheres praticantes de atividade física têm uma frequência de 21% de disfunção sexual e verificou-se associação desta com scores na qualidade de vida (SF-36) inferiores, principalmente nos aspectos físicos, emocionais e sociais, interferindo no bem-estar. Contudo, a validade da associação entre disfunção sexual e qualidade de vida deve ser lida com precaução, dada a natureza observacional do estudo à eventual presença de viés de confundimento.

Este trabalho alerta para a importância da adequada função sexual na qualidade de vida global das mulheres, mesmo aquelas que são fisicamente ativas. Pesquisas demonstram a importância de considerar as diferenças individuais ao falar sobre as disfunções sexuais, que vão além da componente física e hormonal. O sentimento de satisfação com a vida sexual está intrinsecamente relacionado com as experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas atuais e aspirações futuras,²³ sendo também presente uma alta associação entre a disfunção sexual com experiências e relações pessoais insatisfatórias.³ Considerando a importância da saúde sexual para o bem-estar completo, a investigação futura dever-se-á focar em avaliar a associação da DS com a QV na população feminina em geral. Além disso, serão necessários estudos longitudinais que avaliem a relação bidirecional da função sexual e da qualidade de vida em mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira VM, Silva AC, Nardi AE. Transtorno da excitação genital persistente: uma revisão da literatura [Persistent genital arousal disorder: a literature review]. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):223-32. Portuguese
- Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados [Female sexual dysfunction in the reproductive years: prevalence and associated factors]. Rev Port Med Geral Fam. 2013;29(1):16-24. Portuguese



3. Abdo CH, Oliveira Jr WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JA. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro [Sexual profile of Brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB)]. Rev Bras Med. 2002;59(4):250-7. Portuguese
4. Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. Trends Psychiatry Psychol. 2013;35(1):55-61.
5. Ferreira CC, Mota LM, Oliveira AC, Carvalho JF, Lima RA, Simaan CK, et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas [Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases]. Rev Bras Reumatol. 2013;53(1):41-6. Portuguese
6. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de atenção à mulher no climatério / menopausa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. ISBN 9788533414860. Available from: <http://bibliofarma.com/manual-de-atencao-a-mulher-no-climaterio-menopausa/>
7. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: the important points to remember. Clinics. 2005;60(1):51-60.
8. Crouch NS, Deans R, Michala L, Liao LM, Creighton SM. Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. BJOG. 2011;118(12):1507-10.
9. Thiel RR, Dambros M, Palma PC, Thiel M, Riccetto CL, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index [Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(10):504-10. Portuguese
10. Gabbard GO. Musings on the report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. J Sex Marital Ther. 2001;27(2):145-7.
11. Cohen PG. Sexual dysfunction in the United States. JAMA. 1999;282(13):1229.
12. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med. 2012;9(6):1497-1507.
13. Mulhall J, King R, Clina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. J Sex Med. 2008;5(4):788-95.
14. Feldhaus-Dahir M. Female sexual dysfunction: barriers to treatment. Urol Nurs. 2009;29(2):81-5.
15. Prado DS, Mota VP, Lima TI. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(3):139-43. Portuguese
16. Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, 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.
17. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. J Clin Diagn Res. 2013;7(12):2877-80.
18. Jamali S, Zarei H, Jahromi AR. The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: a cross-sectional survey. Iran J Reprod Med. 2014;12(3):189-98.
19. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. Annu Rev Sex Res. 2004;15:40-172.
20. Briedite I, Ancane G, Ancans A, Ertis R. Insufficient assessment of sexual dysfunction: a problem in gynecological practice. Medicina (Kaunas). 2013;49(7):315-20.
21. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osís MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. Menopause. 2008;15(2):264-9.
22. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril. 2002;77 Suppl 4:S42-8.
23. Davidson J, Darling C, Norton L. Religiosity and the sexuality of women: sexual behaviour and sexual satisfaction revisited. J Sex Res. 1995;32(3):235-43.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não ter conflitos de interesses.

COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo realizado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Patrícia Lordêlo
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Av. Dom João VI, n 275, Brotas, Salvador – Bahia, CEP 40290-00
E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Recebido em 29-07-2015

Aceite para publicação em 01-11-2016

Artigo redigido em Português do Brasil.

ABSTRACT

SEXUAL FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN: A CROSS SECTIONAL STUDY

Objective: To compare the relationship between sexual function and quality of life (QOL) in women.

Type of study: Cross-sectional study.

Setting: Bahia, Brazil

Participants: High school educated women who were members of a fitness club.

Methods: Sexually active non-pregnant women between 18 and 60 years of age were invited to participate in this study. A questionnaire on sociodemographic and clinical information was administered along with the *Female Sexual Function Index*. Quality of life was evaluated using the SF-36 questionnaire. SF-36 scores of women with and without sexual were compared using the independent t test.

Results: The sample included 375 physically active women with a mean age of 34.6 ± 10.0 years. Sexual dysfunction was found in 21.1%. In all domains of the SF-36 women with dysfunction had lower mean scores ($p \leq 0.01$ for emotional aspects and $p < 0.01$ for other domains). We observed differences in mean scores in mental health, physical, emotional aspects and social aspects respectively, (59.6 ± 18.7), (72.6 ± 33.1), (67.1 ± 38.7) and (69.2 ± 22.8) for women with sexual dysfunction and in the median scores (72.1 ± 16.8), (85.1 ± 26.6), (78.6 ± 34.4) and (80.7 ± 21.9) for women with adequate sexual function ($p < 0.01$ for all).

Conclusion: Sexual Dysfunction had a negative impact on QOL in women in this population.

Keywords: Sexual Dysfunction; Quality of Life; Women; Physical Activity.