REGINA MARIA VOLPATO BEDONE

**Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida
em mulheres obesas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010.
A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

**São Paulo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Bedone, Regina Maria Volpato

Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas /

Regina Maria Volpato Bedone. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Sexualidade 2.Disfunções sexuais 3.Qualidade de vida
4.Obesidade 5.Índice de massa corporal 6.Questionários 7.Feminino

USP/FM/DBD-362/13

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ida Catarina e José,
por me ensinarem que “quem persiste triunfa”!

À minha irmã Reny e ao meu cunhado José,
porque proporcionaram-me todas as condições necessárias
para a realização do meu grande sonho, ser médica.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres, pacientes voluntárias e anônimas, que participaram deste estudo, todo meu respeito.

À minha orientadora, Profa. Dra. Carmita Abdo, pelos ensinamentos, paciência e confiança em meu trabalho, toda minha gratidão e admiração.

À Prof. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, pelo trabalho de análise estatística e pelas preciosas sugestões.

Aos membros da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação, Profs. Drs. Nilson Roberto de Melo, Edison Ferreira de Paiva e Monica Zilberman, meus agradecimentos pelas contribuições à minha dissertação.

À Prof. Dra. Paula Volpato Sanitá, pela colaboração e apoio na preparação da dissertação para o Exame de Qualificação.

À Camila e Patrícia, pela disponibilidade e auxílio na seleção das pacientes.

À Sandra, colega de mestrado e grande amiga, pelos momentos que pudemos compartilhar nossas dúvidas e descobertas.

Aos familiares, que, mesmo distante, apoiaram-me neste novo projeto de vida acadêmica, e àqueles que, de perto, vivenciaram minha luta ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus filhos Rebeca, Ivan, Igor e Raquel, ao meu genro Fábio, às minhas noras Marina e Anna, que, muitas vezes, foram privados da minha atenção e companhia, todo meu carinho.

Ao meu neto Henrique, que chegou e trouxe alegria para os meus dias, toda minha ternura.

Ao meu marido Ivan, pelo apoio incondicional, compreensão e paciência, todo meu amor.

“Não existe amor sem sexo”.
(Arthur Schopenhauer)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE SÍMBOLOS E MEDIDAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADRO

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

SUMMARY

1	INTRODUÇÃO	2
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	MÉTODOS.....	18
3.1	Avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.....	18
3.2	Tipo de estudo.....	18
3.3	População de estudo.....	18
3.4	Crítérios adotados.....	189
3.4.1	Crítérios de inclusão	199
3.4.2	Crítérios de exclusão.....	19
3.5	Questões éticas.....	19
3.6	Instrumentos.....	19
3.6.1	Índice de massa corpórea (IMC).....	19
3.6.2	Entrevista clínica	19
3.6.3	Quociente sexual masculino (QS-M) e quociente sexual feminino (QS-F).....	20
3.6.4	<i>Impact on Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)</i>	21
3.6.5	Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	22
3.6.6	Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A).....	22
3.7	Procedimentos.....	23
3.8	Variáveis de estudo	24
3.9	Análise estatística.....	24
4	RESULTADOS	26
4.1	Caracterização da amostra	26
4.2	Descrição da resposta sexual	27
4.3	Descrição das disfunções sexuais	31
4.4	Análises individualizadas da resposta sexual das 4 mulheres obesas com disfunção sexual (QS-F<60)	33
4.5	Análise da correlação entre o IMC e o QS-F	35
4.6	Descrição da qualidade de vida.....	36

4.7	Análise da qualidade de vida das 4 mulheres obesas com disfunção sexual	44
4.8	Análise da correlação entre o QS-F e os domínios do IWQOL-Lite	44
4.9	Análise da correlação entre o IMC e a QV	45
4.10	Descrição do BDI e do HAM-A e análise da correlação entre o QS-F e o BDI, e o HAM-A	46
5	DISCUSSÃO	48
6	CONCLUSÕES	55
7	ANEXOS	57
	Anexo A – Entrevista Clínica	57
	Anexo B - Quociente Sexual Masculino (QS-M)	58
	Anexo C - Quociente Sexual Feminino (QS-F)	60
	Anexo D - Impacto do peso sobre a qualidade de vida (IWQOL-LITE)	62
	Anexo E - Inventário de Depressão de Beck (BDI)	65
	Anexo F - Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A)	69
	Anexo G - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	72
	Anexo H - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	74
8	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	84
	Apêndice A – Respostas às Questões (Q) e os QS-M dos parceiros das 37 mulheres obesas	84
	Apêndice B – Respostas às Questões (Q) e os QS-F das 37 mulheres obesas	85
	Apêndice C - Respostas aos domínios: função física, autoestima, vida sexual, constrangimento em público e trabalho do IWQOL-Lite das 37 mulheres obesas e o IWQOL-Lite Total	86
	Apêndice D – Respostas às Questões (Q) do Inventário de Depressão de Beck (BDI) das 37 mulheres obesas	90
	Apêndice E - Respostas às Questões (Q) da Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A) das 37 mulheres obesas	92
	Apêndice F – Exames laboratoriais das 37 mulheres obesas	93
	Apêndice G – Peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC) das 37 mulheres obesas	94

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AE	Autoestima
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BMI	<i>Body Mass Index</i>
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CP	Constrangimento em Público
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed.
FC	Frequência Cardíaca
FF	Função Física
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HAM-A	Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HDL	<i>High-Density Lipoprotein</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
IWQOL-Lite	<i>Impact on Weight on Quality of Life-Lite</i>
LDL	<i>Low-Density Lipoprotein</i>
NCEP-ATP III	<i>National Cholesterol Education Programme - Adult Treatment Panel III</i>
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
OMS	Organização Mundial de Saúde
Q	Questões
QoL	<i>Quality of Life</i>
QS-F	Quociente Sexual Feminino
QS-M	Quociente Sexual Masculino

QV	Qualidade de Vida
SHBG	<i>Sex Hormone-Binding Globulin</i>
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SQ-F	<i>Sexual Quotient-Female</i>
SQ-M	<i>Sexual Quotient-Male</i>
T	Trabalho
TR	Tempo de Relacionamento
TSH	<i>Thyroid-Stimulating Hormone</i>
VR	Valores de Referência
VS	Vida Sexual
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS E MEDIDAS

$\leq$	Menor ou igual
$<$	Menor do que
$\geq$	Maior ou igual
$>$	Maior do que
%	Porcentagem
=	Igual
-	Menos
Kg	Quilogramas
m ²	Metro quadrado
mg/dL	Miligrama por decilitro
ng/mL	Nanograma por mililitro
nmol/L	Nanomol por litro
uUI/mL	Microunidade Internacional por mililitro

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de mulheres obesas segundo características sociodemográficas.....	27
Tabela 2	Estatística descritiva das variáveis quantitativas.....	27
Tabela 3	Número e porcentagem de respostas dadas ao QS-F pelas 37 mulheres obesas.....	29
Tabela 4	Número e a porcentagem de mulheres obesas, de acordo com o grau de obesidade, em relação ao desempenho sexual das 37 mulheres obesas avaliado pelo QS-F.....	30
Tabela 5	Número e a porcentagem de respostas dadas às dez questões do QS-F pelas 4 mulheres obesas com disfunção sexual.....	32
Tabela 6	Dados das 4 mulheres obesas com disfunção sexual e seus respectivos QS-F.....	35
Tabela 7	Disfunções sexuais das 4 mulheres obesas e seus respectivos QS-F.....	35
Tabela 8	Estatística descritiva dos domínios do IWQOL-Lite.....	37
Tabela 9	Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio função física do IWQOL-Lite.....	38
Tabela 10	Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio autoestima do IWQOL-Lite.....	39
Tabela 11	Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio vida sexual do IWQOL-Lite.....	40
Tabela 12	Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio constrangimento em público do IWQOL-Lite.....	42
Tabela 13	Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio trabalho do IWQOL-Lite.....	43
Tabela 14	IWQOL-Lite das 4 mulheres obesas com disfunção sexual.....	44
Tabela 15	Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre QS-F, e os domínios do IWQOL-Lite e o IWQOL-Lite total.....	45

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Classificação da obesidade pela OMS, segundo o IMC e o risco de doença.....	8
-----------------	---	---

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Diagrama de dispersão entre o IMC e o QS-F	36
Gráfico 2	Diagrama de dispersão entre o IMC e o IWQOL-Lite.....	45

RESUMO

Bedone RMV. *Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013. p. 82.

Introdução: No Brasil, como em outros países, obesidade e disfunção sexual são consideradas problemas de saúde pública pela alta prevalência e por estarem relacionadas com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, transtornos depressivos, outras morbidades e prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos. Em geral, há poucos estudos sobre resposta sexual, obesidade e qualidade de vida em mulheres, e, na maioria deles, as pesquisas são realizadas com pacientes portadoras de doenças crônicas. **Objetivos:** Avaliar a resposta sexual, as disfunções sexuais e a qualidade de vida de mulheres obesas sem outras morbidades associadas e com parceiros não portadores de disfunção sexual. **Métodos:** Foram selecionadas 37 mulheres obesas (IMC = 30-39,9 Kg/m²) sem outras morbidades, com idade acima de 18 anos, não menopausadas, com parceiro funcional e relacionamento estável. Os parceiros foram avaliados pelo questionário QS-M. Considerando critérios para exclusão de doenças, as pacientes foram submetidas aos seguintes exames laboratoriais: glicose, colesterol e frações, triglicérides, TSH, prolactina, testosterona total, SHBG e testosterona livre. Também foram avaliadas por entrevista clínica e, posteriormente, pelos questionários QS-F, IWQOL-Lite, BDI e HAM-A. **Resultados:** Das 37 pacientes, 4 (10,8%) foram consideradas disfuncionais (QS-F ≤ 60) e 33 (89,2%) apresentaram desempenho sexual satisfatório (QS-F > 60). Dentre as disfunções sexuais, a diminuição do desejo sexual e a disfunção do orgasmo comprometeram 100% das pacientes; a disfunção de excitação 75%, o vaginismo 50% e a dispareunia 25%. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o IMC e o QS-F ($r = -0,12$; $p = 0,470$). O IWQOL-Lite total, com escore máximo de 155 pontos, variou de 31 a 116 pontos, com mediana de 60,0 pontos. Houve correlação estatisticamente significativa entre o QS-F e os domínios do IWQOL-Lite vida sexual, trabalho e o total. Verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o IMC e a QV ($r = -0,41$; $p = 0,012$). Ocorreu correlação negativa e estatisticamente significativa entre o QSF e o BDI ($r = -0,37$; $p = 0,025$), e o HAM-A ($r = -0,39$; $p = 0,016$). **Conclusões:** Mulheres obesas sem outras morbidades mostraram um desempenho sexual satisfatório, e não houve correlação entre a obesidade e a presença de disfunção sexual. O melhor desempenho sexual foi associado com a melhor qualidade de vida. Quanto mais obesas, pior a qualidade de vida das pacientes. Quanto melhor o desempenho sexual, menor a possibilidade de depressão e ansiedade.

Descritores: Sexualidade; Disfunções sexuais; Qualidade de vida; Obesidade; Índice de massa corporal; Questionários; Feminino.

SUMMARY

Bedone RMV. *Sexual response, sexual dysfunction, and quality of life in obese women* [Dissertation]. Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2013. p. 82.

Introduction: In Brazil, as in other countries, obesity and sexual dysfunction are considered public health problems because of their high prevalence and association with high blood pressure, diabetes, cardiovascular disease, depressive disorders, other morbidities, and impaired patient quality of life (QoL). In general, there are few studies on sexual response, obesity, and QoL in women, and in most of these studies, assessments are conducted with patients with chronic diseases. **Aims:** To assess sexual response, sexual dysfunction, and QoL of obese women without other associated morbidities and partners without sexual dysfunction. **Methods:** We selected 37 non-menopausal, obese women (body mass index [BMI] = 30–39.9 Kg/m²) without comorbidities, aged >18 years, with functional partners and stable relationship. The partners were assessed by the SQ-M. Considering the disease exclusion criteria, the patients underwent the following laboratory tests: glucose, cholesterol, high-density lipoprotein, triglycerides, thyroid-stimulating hormone, prolactin, total testosterone, sex hormone-binding globulin, and free testosterone. They were also assessed in a clinical interview and subsequently, by the Sexual Quotient-Female Version (SQ-F), Impact of Weight on the Quality of Life (IWQOL)-Lite, Beck Depression Inventory (BDI), and Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) questionnaires. **Results:** Of the 37 patients, 4 (10.8%) were considered to have sexual dysfunction (SQ-F≤60), and 33 (89.2%) had satisfactory sexual performance (SQ-F>60). Among those with sexual dysfunction, all patients experienced decreased sexual desire and orgasm dysfunction, 75% experienced arousal dysfunction, 50 % experienced vaginismus, and 25 % experienced dyspareunia. No statistically significant correlation was noted between BMI and SQ-F ($r = -0.12$; $p = 0.470$). The total IWQOL-Lite, with a maximum score of 155 points, ranged from 31 to 116 points, with a median of 60.0 points. A statistically significant correlation was observed between the sex life, work, and total domains of the SQ-F and IWQOL-Lite questionnaires, and between BMI and QoL ($r = -0.41$; $p = 0.012$). A statistically significant negative correlation was noted between the SQ-F and BDI ($r = -0.37$, $p = 0.025$) and HAM-A ($r = -0.39$, $p = 0.016$) results. **Conclusions:** Obese women without comorbidities showed satisfactory sexual performance; no correlation was found between obesity and sexual dysfunction. The best sexual performance was associated with a better QoL. Increase in obesity was associated with a deteriorated QoL of patients. Superior sexual performance was found to be associated with a low possibility of depression and anxiety.

Keywords: Sexuality; Sexual dysfunctions; Quality of life; Obesity; Body mass index; Questionnaires; Female.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de sessenta, após definição e descrição das principais modificações físicas desenvolvidas durante os ciclos de resposta sexual masculina e feminina, em estudos observacionais desenvolvidos em laboratório, Masters e Johnson estabeleceram um modelo linear de resposta sexual humana, composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução (Masters *et al.*, 1981). Alguns anos após, Helen Kaplan modificou o modelo de Masters e Johnson ao acrescentar a fase do desejo sexual. Na resposta sexual trifásica de Kaplan (desejo, excitação e orgasmo) as fases distintas seriam interligadas fisiologicamente e regidas por sistemas neurofisiológicos independentes (Kaplan, 1983). Finalmente, a associação entre os modelos de resposta sexual de Masters & Johnson e Kaplan originou a última versão do modelo linear (desejo, excitação, orgasmo e resolução), adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993).

A experiência sexual humana, só ou com o parceiro, pode realizar um número de diferentes necessidades das quais o desejo sexual consciente é apenas uma delas. Outras razões para o comportamento sexual humano são o ganho de maior intimidade, o fortalecimento de laços afetivos, o compromisso, a sedução e a necessidade de compartilhar o prazer sexual com o parceiro. A partir de um estado de neutralidade sexual, a intimidade, o contato e o desejo de agradar o parceiro seriam, entre outras, as motivações para ativar o ciclo de resposta sexual feminino, despertando o desejo erótico. Este conceito está de acordo com novo modelo circular de resposta sexual feminina, no qual a motivação para o sexo se baseia em recompensas não necessariamente sexuais (Basson, 2001).

O ciclo de resposta sexual feminino é um processo complexo e dependente de diversos fatores como: vasculogênicos, neurogênicos, hormonais e psicológicos (Berman *et al.*, 1999).

A síndrome de insuficiência vascular do clitóris e da vagina, resultante de aterosclerose, lesões traumáticas das artérias ilíacas, hipogástricas e pudendas por fraturas pélvicas, lesões contundentes perineais ou até compressão perineal mecânica

crônica, pode resultar em disfunção de excitação devido ao fluxo sanguíneo diminuído para a região clitoridiana e vaginal (Berman *et al.*, 1999).

Distúrbios neurológicos, como lesões medulares, doença do sistema nervoso central ou periférico, incluindo a diabetes, e lesões totais acima do neurônio motor que afetam segmentos da espinha sacral podem também causar disfunção de excitação e de orgasmo na mulher (Berman *et al.*, 2002).

As causas hormonais mais frequentes de disfunção sexual feminina são as disfunções do eixo hipotálamo-hipófise, castração cirúrgica ou medicamentosa, falência ovariana prematura, uso de contraceptivos hormonais e envelhecimento. A queixa mais comum associada à diminuição dos níveis de estrógeno e/ou testosterona é falta de desejo sexual, secura vaginal e diminuição de excitação. Outros sintomas são o aumento de labilidade emocional, distúrbios do sono e lapsos de memória. Os estrógenos promovem a integridade da mucosa vaginal e têm efeitos benéficos sobre a sensibilidade, vasocongestão e lubrificação vaginal (Berman *et al.*, 2002).

A incidência de disfunção sexual na mulher com níveis baixos de testosterona é ainda desconhecida e os poucos estudos sobre esta questão são controversos. Na mulher, a diminuição dos níveis de testosterona está associada à ooforectomia bilateral, ao panhipopituitarismo, à insuficiência adrenal primária, à síndrome de Turner, à terapia com glicocorticoides, ao uso de contraceptivos orais, às doenças crônicas relacionadas com a infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), ao lúpus e à doença pulmonar obstrutiva crônica (Bhasin *et al.*, 2007). A menopausa natural não está associada com uma verdadeira falência nos níveis de androgênios. A insuficiência prematura de androgênios (idiopática ou induzida por quimioterapia) e a ooforectomia bilateral estão associadas com deficiência de testosterona e dos pró-hormônios, tais como a dehidroepiandrosterona e a androstenediona, que são convertidos em testosterona e estrógenos nos tecidos periféricos (Davison *et al.*, 2005). Alguns relatos sugerem que mulheres submetidas à remoção bilateral dos ovários tornaram-se mais propensas a apresentar comprometimento das funções sexuais e do bem-estar psicológico (Leiblum *et al.*, 2006). No entanto, em um estudo prospectivo e não randomizado com mulheres na perimenopausa, portadoras de doenças benignas, que foram submetidas à histerectomia e optaram por ooforectomia

bilateral, nenhuma delas mostrou disfunção sexual após um ano de seguimento (Azis *et al.*, 2005).

Na mulher, os sintomas mais comuns de hiperprolactinemia são irregularidade menstrual, infertilidade, galactorreia e, com menor frequência, disfunção sexual (Bhasin *et al.*, 2007). Entretanto, um estudo com mulheres hiperprolactinêmicas, sem depressão ou outros distúrbios hormonais, mostrou que a maioria das pacientes tinha disfunção de desejo sexual, de lubrificação vaginal, de orgasmo e de satisfação sexual (Kadioglu *et al.*, 2005).

A prevalência de distúrbios menstruais na mulher com hipotireoidismo é estimada em 25 a 70%. Entretanto, a prevalência de disfunção sexual ainda não foi estabelecida. Os sintomas clínicos do hipotireoidismo, como cansaço, depressão e transtornos do humor podem contribuir para disfunção sexual em ambos os sexos (Bhasin *et al.*, 2007).

A resposta sexual feminina também depende dos músculos do assoalho pélvico, especialmente do elevador do ânus e da membrana perineal. Os músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos, quando voluntariamente contraídos, contribuem para intensificar a excitação sexual e o orgasmo. Os músculos bulboesponjosos e os isquiocavernosos são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias durante o orgasmo. Os elevadores do ânus também modulam a resposta motora durante o orgasmo, assim como a receptividade vaginal. A hipertonia dos músculos elevadores do ânus pode contribuir para o desenvolvimento de vaginismo e dispareunia. Quando o elevador do ânus é hipotônico pode ocorrer hipoanestesia vaginal, anorgasmia e incontinência urinária durante a relação sexual ou o orgasmo (Berman *et al.*, 2002).

A resposta sexual feminina é complexa e está sob a influência do contexto e do estágio da vida da mulher, assim como pode diferenciar-se pela diversidade feminina e pelas diferentes culturas. Fatores psicológicos, como distrações não sexuais, diminuição da sensação sexual, recordações de experiências sexuais negativas, lembranças de abuso sexual ou até mesmo escassez de emoções podem impedir a excitação sexual bloqueando os sinais neurológicos que levam às respostas sexuais genitais e somáticas. A depressão pode ser o fator biológico mais frequente que inibe o estímulo sexual (Basson, 2001).

A Organização Mundial da Saúde define a disfunção sexual como a incapacidade do indivíduo de participar do ato sexual com satisfação, por interrupção total ou parcial no ciclo da resposta sexual. Foram estabelecidos critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1993).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID-10) (OMS, 1993), as disfunções sexuais são classificadas em:

- F52** Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica
- F52.0** Ausência ou perda do desejo sexual; Frigidez; Transtorno hipoativo do desejo sexual
- F52.1** Aversão sexual e ausência de prazer sexual (inclui anedonia sexual)
- F52.2** Falha de resposta genital (disfunção da ereção, no homem) (inclui transtorno de excitação sexual feminina, transtorno de ereção masculina e impotência sexual)
- F53.3** Disfunção orgásmica (inclui anorgasmia psicogênica; inibição do orgasmo na mulher, no homem)
- F52.4** Ejaculação precoce
- F53.5** Vaginismo não orgânico (inclui vaginismo psicogênico)
- F52.6** Dispareunia não orgânica (inclui dispareunia psicogênica)
- F52.7** Impulso sexual excessivo (inclui ninfomania e satiríase)
- F52.8** Outras disfunções sexuais, não causadas por transtorno ou doença orgânica
- F52.9** Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica, não especificada

Posteriormente, em Consenso Internacional, foram realizadas revisões das definições dos modelos de resposta sexual feminina e das disfunções sexuais, com a participação de 200 especialistas de 60 países. A seguinte classificação foi, então, adotada para as disfunções sexuais femininas (Basson, 2004):

- Transtorno do desejo/interesse sexual;
- Transtornos da excitação sexual: transtorno da excitação subjetiva, transtorno da excitação genital, transtorno da excitação combinada, transtorno da excitação genital permanente;

- Transtorno orgásmico;
- Dispareunia;
- Vaginismo;
- Transtorno da aversão sexual.

As disfunções sexuais femininas são condições ainda pouco conhecidas pelos médicos e, conseqüentemente, subdiagnosticadas e tratadas (Abdo, 2006).

No Brasil, como em outros países, a disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública pela alta prevalência e por estar relacionada com prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos. O “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro”, realizado entre 2002 e 2003, em treze estados brasileiros, perfazendo uma amostra total de 7.103 indivíduos adultos (54,6% homens e 45,4% mulheres), que responderam a um questionário de 87 questões de múltipla escolha, constatou que a prevalência total de disfunções sexuais em mulheres e em homens é, respectivamente, 50,9% e 48,1% (Abdo, 2004). Uma amostra de 1.219 mulheres brasileiras, com idade acima de 18 anos, mostrou que a prevalência de disfunção sexual feminina aumenta com a idade, com o menor nível educacional e com a incidência de doenças crônicas e/ou degenerativas, como depressão, cardiopatias e diabetes (Abdo *et al.*, 2004).

Segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos, com uma população de 1.410 homens e 1.749 mulheres, a disfunção sexual é também mais prevalente nas mulheres (43%) do que nos homens (31%) e está associada com várias características demográficas. Em relação à mulher, os resultados mostraram que as dificuldades sexuais tendem a diminuir com o avançar da idade, exceto naquelas mulheres com dificuldade na lubrificação devido à insuficiência hormonal, e pode variar com o estado civil. Mulheres solteiras ou divorciadas apresentaram maior incidência de disfunção e ansiedade sexual do que as casadas. Quanto à escolaridade, mulheres com menor nível educacional referiram menos experiências sexuais agradáveis e elevado nível de ansiedade sexual (Laumann *et al.*, 1999). Novos dados obtidos em 29 países com 13.882 mulheres e 13.618 homens, com idade entre 40 a 80 anos, mostraram que as dificuldades sexuais são frequentes em ambos os sexos, e determinadas por conflitos no relacionamento conjugal, e por fatores físicos e psicossociais (Laumann *et al.*, 2005).

Estudos demonstram que disfunções sexuais femininas estão associadas com deficiências hormonais, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, doenças do trato genitourinário, neuropatias, etilismo, tabagismo, alguns medicamentos, uso de drogas ilícitas, transtornos psiquiátricos e psicológicos, e obesidade (Berman *et al.*, 1999; Talakoub *et al.*, 2002; Abdo, 2004 Apr; Lewis *et al.*, 2004; Kolotkin *et al.*, 2006; Esposito *et al.*, 2008; Veronelli *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo (consumo maior que gasto energético), comprometendo a saúde e a qualidade de vida, e diminuindo a longevidade (WHO, 2000). Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia mundial e um problema de saúde pública, tanto nos países subdesenvolvidos quanto nos mais desenvolvidos, com maior prevalência entre as mulheres (James *et al.*, 2001).

A etiologia da obesidade é multifatorial, englobando predisposição genética (em 25% dos casos), estilo de vida, condição socioeconômica e hábitos alimentares. Os dois aspectos mais relacionados a um quadro de balanço energético positivo têm sido mudanças no consumo alimentar, com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, configurando o que poderia ser chamado de estilo de vida ocidental contemporâneo (Mendonça *et al.*, 2004).

Em estudos epidemiológicos e clínicos, utiliza-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), também conhecido como Índice de Quetelet (Garrow *et al.*, 1985), uma medida que relaciona peso e altura. Tem excelente correlação com a quantidade de gordura corporal e é largamente utilizado (WHO, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) recomenda a classificação da obesidade por meio do IMC. Um indivíduo adulto com IMC menor que 18,5 Kg/m² é considerado magro ou desnutrido; entre 18,5 e 24,9 Kg/m² o IMC corresponde a peso normal; com IMC entre 25 e 29,9 Kg/m² o indivíduo é considerado com sobrepeso (pré-obeso); entre 30 e 39,9 Kg/m² o IMC identifica obeso e acima de 40 Kg/m² identifica obeso grave. A classificação da obesidade e o risco de doenças segundo o IMC estão representados no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação da obesidade pela OMS, segundo o IMC e o risco de doença

IMC (Kg/m ²)	Classificação	Grau de obesidade	Risco de doença
18,5	Magro ou desnutrido	-	Elevado
18,5-24,9	Normal	-	Normal
25-29,9	Sobrepeso	-	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40	Obesidade Grave	III	Muitíssimo elevado

FONTE: *World Health Organization*, 2000.

As informações do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) mostraram um aumento crescente das taxas de obesidade na população dos Estados Unidos ao longo das últimas décadas (Ogden *et al.*, 2006). Atualmente, mais de um terço da população americana é obesa. Entre as mulheres adultas, em 2003-2004, a prevalência de obesidade foi calculada em 33,2% (Ogden *et al.*, 2006) e, em 2007-2008, 35,5% (Flegal *et al.*, 2010). Na população adulta masculina, as prevalências nos mesmos períodos foram 31,1% (Ogden *et al.*, 2006) e 32,2% (Flegal *et al.*, 2010), respectivamente.

No Brasil, segundo dados recentes do Ministério da Saúde, a prevalência de obesidade na população adulta das vinte e seis capitais dos estados e mais o Distrito Federal é de 17,4%, sendo ligeiramente menor entre os homens (16,5%) do que entre as mulheres (18,2%). A frequência de obesidade foi máxima no estrato de maior escolaridade para homens e máxima no estrato de menor escolaridade para mulheres (Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel, 2013).

Americanos obesos (91 homens e 134 mulheres), entre 18 e 65 anos de idade, com IMC acima de 30 e inscritos em um programa para perda de peso, foram submetidos a um questionário multidimensional para avaliar a função sexual. Os resultados mostraram que os prejuízos na função sexual desses indivíduos incidiram em maior proporção quando comparados com adultos de peso normal, sendo maior o comprometimento nos indivíduos com IMC mais elevado e entre as mulheres (Östbye *et al.*, 2011).

Outra pesquisa correlacionou o Índice de Massa Corpórea e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Wiegel *et al.*, 2005), instrumento validado e usado para diagnóstico de disfunção sexual (escores ≤ 23 são indicativos de disfunção sexual). O

estudo foi realizado com 108 mulheres italianas saudáveis, selecionadas entre aquelas que buscavam atendimento para exame ginecológico de rotina ou para perda de peso. Foram diagnosticadas com disfunção sexual 52 mulheres e confirmada a correlação inversa entre o IMC e o FSFI, isto é, quanto maior o grau de obesidade, maior é a probabilidade de disfunção sexual (Esposito *et al.*, 2007).

Em conjunto com a epidemia de obesidade, a síndrome metabólica é um dos maiores problemas de saúde pública nos países ocidentais, com prevalência de 30% e com projeção de aumento contínuo deste índice nas próximas décadas (Ford *et al.*, 2002; Vetter *et al.*, 2010). A diretriz do *National Cholesterol Education Programme - Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III, 2001) recomenda como definição de síndrome metabólica a presença de, pelo menos, três das cinco características: obesidade abdominal (cintura >102 cm no homem e >88 cm na mulher), triglicérides elevados (>150 mg/dL), redução dos níveis de HDL colesterol (<40mg/dL no homem e 50mg/dL na mulher), hipertensão arterial (>130/85mmHg) e glicemia de jejum elevada (>110 mg/dL) (*Third Report* NCEP, 2002). Em recente revisão, o ponto de corte da glicemia de jejum foi baixada para 100 mg/dL para se adequar aos critérios de normalidade de glicemia propostos pela *American Diabetes Association* (ADA, 2004).

A síndrome metabólica parece estar positivamente correlacionada com disfunção erétil no homem, e disfunção de excitação e orgasmo na mulher (Esposito *et al.*, 2005; Borges *et al.*, 2009). Um aumento global na incidência de síndrome metabólica poderá resultar em um maior número de indivíduos com disfunção sexual (Borges *et al.*, 2009).

No sexo feminino, a prevalência da síndrome metabólica cresce na quinta e sexta décadas de vida (Chedraui *et al.*, 2010), sendo considerada um dos mais importantes fatores que comprometem a qualidade de vida de mulheres no climatério (Llaneza *et al.*, 2009). Um estudo italiano avaliou a prevalência de disfunção sexual feminina em 120 mulheres pré-menopausadas e com síndrome metabólica. Os autores observaram redução da satisfação sexual e diminuição significativa da excitação, do orgasmo e da lubrificação, quando foram comparadas com grupo controle de 80 mulheres (Esposito *et al.*, 2005). Em outra pesquisa com 595 mulheres portadoras de diabetes tipo 2 e com idade de 35 a 70 anos, Esposito demonstrou alto

risco para disfunção sexual entre essas mulheres (prevalência de 53,4%), e concluiu que síndrome metabólica e dislipidemia aterogênica são fatores de risco independentes para disfunção sexual feminina (Esposito *et al.*, 2010). A síndrome metabólica também foi considerada um fator de risco independente para disfunção do desejo sexual, em estudo com 329 mulheres australianas na pré-menopausa e com idade média de 38,5 anos (Ponholzer *et al.*, 2008). Um aumento da prevalência de disfunção sexual foi observado em 91 mulheres italianas na pré-menopausa e com morbidades associadas (28 com diabetes, 39 obesas e 24 com hipotireoidismo), quando foram comparadas com mulheres saudáveis. A síndrome metabólica, presente em algumas delas, também elevou a prevalência de disfunção sexual, independentemente da doença subjacente ou associada (Veronelli *et al.*, 2009). Na Turquia, em 11 mulheres obesas com síndrome metabólica, não se observou associação estatisticamente significativa da síndrome com disfunção sexual, quando essas pacientes foram comparadas com 53 pacientes obesas sem síndrome metabólica. Os resultados foram semelhantes nas pacientes com e sem síndrome metabólica em quase todos os domínios (desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dispareunia), exceto a lubrificação, que mostrou maior comprometimento nas pacientes portadoras da síndrome (Kadioglu *et al.*, 2010).

A obesidade feminina também pode estar associada com anovulação crônica e infertilidade, em que a produção androgênica adrenal e ovariana encontra-se elevada, apresentando correlação positiva com o IMC e com a obesidade abdominal. A globulina ligadora dos hormônios sexuais (SHBG) encontra-se diminuída facilitando a maior quantidade de testosterona livre (bioativa). A diminuição da SHBG decorre da menor produção hepática e correlaciona-se inversamente com o IMC, hiperinsulinemia e relação cintura-quadril. A condição de hiperestrogenismo é comum, associada a aumento de risco para carcinoma endometrial e mamário. Cerca de 50% das obesas destacam-se por terem um excesso de produção ovariana (com alterações morfológicas ovarianas associadas) e alteração de gonadotrofinas que caracterizam a síndrome dos ovários policísticos (SOP), causa frequente dos casos de infertilidade (Lordelo *et al.*, 2007).

Estudos internacionais referem que, em mulheres com síndrome dos ovários policísticos, ocorre diminuição da qualidade de vida em relação à saúde física e

psicológica, nas relações sociais e também aumento do risco de disfunção sexual quando comparadas com mulheres saudáveis (Elsenbruch *et al.*, 2003; Drosdzol *et al.*, 2007; Moran *et al.*, 2010; Månsson *et al.*, 2011).

Em mulheres jovens e obesas, além do impacto da obesidade sobre a saúde, podem ocorrer conflitos psicossociais que tendem a se agravar com o avanço da idade. Quando comparadas com os homens, as mulheres obesas sofrem mais estigmatização imposta pela obesidade e têm pior *status* socioeconômico, menores índices de educação e casamento (Ryan, 2007).

Sobrepeso e obesidade estão associados com aumento do risco de diabetes, hipertensão arterial, alguns tipos de câncer, doença cardiovascular, osteoartrose, litíase biliar, apneia do sono, hiperlipidemia, sintomas secundários (dor lombar, falta de ar aos esforços), depressão, ansiedade, disfunções sexuais e prejuízos na qualidade de vida (Kolotkin *et al.*, 1995; Lean *et al.*, 1999; Fontaine *et al.*, 2001; Shah, 2009). Devido à associação entre obesidade e doenças crônicas, o impacto da obesidade sobre a saúde em geral ou sobre a qualidade de vida, entre obesos sem morbidades, ainda não foi estabelecido (Jia *et al.*, 2005).

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p. ex.: mobilidade) e negativas (p. ex.: dor) (WHO, 1995).

Estima-se que obesos têm significativo decréscimo na qualidade de vida e que, quanto maior o grau de obesidade, pior a qualidade de vida, principalmente nos domínios físico e mental. A dor parece ser o sintoma que mais frequentemente piora a qualidade de vida dos obesos (Fontaine *et al.*, 2001).

A obesidade tem sido associada à depressão em vários estudos clínicos. Ambas são muito prevalentes, estão associadas com outras comorbidades (hipertensão arterial, doença das coronárias, dislipidemia, diabetes, infarto do miocárdio), com o aumento da mortalidade e, em muitos casos, compartilham uma etiologia comum (Faith *et al.*, 2002). Extenso estudo populacional americano com 40.086 indivíduos

adultos concluiu que, entre mulheres, o aumento do IMC está associado com depressão maior e ideias suicidas (Carpenter *et al.*, 2000).

Estudo prospectivo realizado na Califórnia com 2.298 indivíduos adultos (50 a 95 anos de idade) concluiu que, apesar dos resultados analisados não confirmarem definitivamente que a obesidade é um fator de risco para depressão, parece existir uma associação entre ambas. Obesos que se apresentaram para perda de peso eram mais depressivos e os que não eram depressivos apresentaram quase um duplo risco de manifestarem sintomas de depressão maior (DSM-IV) após um ano de acompanhamento (Roberts *et al.*, 2000). A longo prazo, a obesidade pode promover transtornos mentais, tais como ansiedade e depressão (Kasen *et al.*, 2008), e a depressão parece ser mais severa entre os indivíduos obesos do que entre os não obesos (Murphy *et al.*, 2009).

Nos Estados Unidos, a obesidade está associada com aumento de 25% na incidência de transtornos de humor e ansiedade. Variações demográficas (idade, raça, etnia e nível educacional) sugerem que fatores sociais ou culturais podem moderar ou mediar a associação entre obesidade e transtornos de humor (Simon *et al.*, 2006). Entre as mulheres, um estudo mostrou que a obesidade está relacionada com depressão maior, e essa relação é mais evidente entre aquelas de nível socioeconômico elevado. Pode coexistir no genoma de algumas uma susceptibilidade genética para depressão e obesidade ou ambas podem ser manifestadas por influências ambientais. Ainda, experiências adversas na infância podem desencadear depressão e obesidade, e presume-se que possam ocorrer simultaneamente (Stunkard *et al.*, 2003). Estudo australiano com 2.280 indivíduos mostrou que a obesidade na mulher está associada com níveis mais elevados de ansiedade, depressão e diminuição do bem-estar emocional. Os autores afirmam que é possível que a obesidade em si não comprometa a saúde mental, mas esteja associada com fatores de risco para ansiedade e depressão, tais como saúde física comprometida, vida sedentária, falta de apoio social do parceiro, da família e de amigos, menor nível de instrução e problemas financeiros (Jorm *et al.*, 2003).

Em mulheres de meia-idade (40-65 anos), sintomas comuns de depressão, como aumento do apetite, redução da atividade física, e falta de motivação para programação de exercícios físicos e de reeducação alimentar, aumentam o risco do

ganho de peso. Também, medicamentos usados no tratamento dos transtornos do humor e da ansiedade podem também promover ganho de peso (Simon *et al.*, 2008).

Pesquisa internacional entre a população adulta de treze países, cujo objetivo foi investigar a associação entre obesidade e transtornos mentais (62.277 indivíduos adultos), concluiu que, no sexo feminino, os resultados sugerem uma modesta relação entre obesidade grau III e transtornos emocionais (Scott *et al.*, 2008). Outros estudos também relacionam a obesidade grau III com maior risco para transtornos mentais em mulheres (Onyike *et al.*, 2003; Dong *et al.*, 2004; Ma *et al.*, 2010).

Dois trabalhos de revisão, contrariando os estudos acima descritos, mostraram baixos níveis de evidência sobre a relação positiva entre depressão e obesidade (Friedman *et al.*, 1995; Atlantis *et al.*, 2008).

Basson recomendou um maior número de estudos científicos sobre as disfunções sexuais femininas. Ressaltou a importância da compreensão da história médica, sexual e psicossocial da mulher para ampliar o diagnóstico e o tratamento dessas disfunções. Também recomendou exame clínico geral com foco na região pélvica genital e exames laboratoriais (Basson, 2004). Em recente artigo, foram apresentadas revisões de definições de disfunção sexual descritas no DSM-IV e, para compreensão atualizada da resposta sexual feminina, novas avaliações serão necessárias por meio de entrevistas e questionários (Basson, 2008).

Muitas vezes, as disfunções sexuais não são diagnosticadas devido à dificuldade de comunicação da paciente com o médico e vice-versa. Metade das mulheres brasileiras leva queixas sexuais para o médico e é orientada. Porém, 32,4 % não falam desse assunto com o médico. As restantes comentam que o médico, por sua vez, reage das mais variadas maneiras: passa remédio apropriado; faz brincadeiras para aliviar o clima; ouve tranquilo, mas não sabe o que fazer; diz que “não é nada”; fica sem graça; tenta mudar de assunto; faz que não ouviu e desconversa (Abdo, 2004).

Pacientes obesas parecem ter mais dificuldade na comunicação com seus médicos devido a fatores psicológicos e socioculturais envolvidos. Há preconceito e discriminação em relação à obesidade em vários setores, na mídia popular, na família, no ambiente escolar, no trabalho, e mesmo entre os médicos e outros profissionais de saúde, que têm imagem negativa da mulher obesa (Kolotkin *et al.*,

2001). Além dos estigmas da obesidade, acrescentam-se os preconceitos de que as mulheres obesas não têm atrativos, não sentem desejo sexual e nem pensam em sexo.

Devido ao aumento da prevalência de obesidade e sua associação com disfunção sexual, já se recomenda que médicos em geral, inclusive os que atendem em serviços especializados para perda de peso, introduzam em suas entrevistas clínicas perguntas sobre dificuldades no desempenho sexual (Kolotkin *et al.*, 2012).

Embora esteja bem documentada a associação entre obesidade e os riscos para a saúde em geral, existem ainda poucos estudos sobre obesidade e disfunção sexual em mulheres sem outras comorbidades.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a resposta sexual, as disfunções sexuais e a qualidade de vida de mulheres obesas sem outras morbidades.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1. Avaliar em mulheres obesas sem outras morbidades:

- a resposta sexual;
- a presença ou não de diferentes disfunções sexuais;
- a qualidade de vida;
- a presença de depressão e ansiedade.

2.2.2 Analisar em mulheres obesas sem outras morbidades se há correlação entre:

- resposta sexual e obesidade;
- resposta sexual e qualidade de vida;
- obesidade e qualidade de vida;
- resposta sexual e depressão;
- resposta sexual e ansiedade.

3 MÉTODOS

3.1 Avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o protocolo de pesquisa 004/10 (registro online 3943) (Anexo H).

3.2 Tipo de estudo

Clínico transversal.

3.3 População de estudo

Durante dois anos e 10 meses (de junho de 2010 a março de 2013), entre 2.480 pacientes que vieram para consulta ginecológica de rotina, foram identificadas e avaliadas, por meio do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), 517 mulheres obesas (20,84%). Dentre as mulheres obesas selecionadas, após serem observados os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídas 480 mulheres. A amostra final selecionada foi de 37 mulheres obesas sem outras morbidades e com parceiros não portadores de disfunção sexual.

O atendimento ocorreu em clínica privada de Ginecologia e Obstetrícia, situada na cidade de São José do Rio Preto (SP, Brasil), e foi realizado exclusivamente pela médica pesquisadora executante.

3.4 Critérios adotados

3.4.1 Critérios de inclusão

Ausência de morbidades prévias, idade acima de 18 anos, grau de instrução mínima equivalente ao Ensino Fundamental Completo, Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 30 e 39,9 Kg/m² parceiro sexualmente funcional e relacionamento estável há, pelo menos, seis meses.

3.4.2 Critérios de exclusão

Doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 1 e 2, gravidez, climatério, transtornos psiquiátricos previamente diagnosticados, doenças sistêmicas em geral e uso de medicamentos que poderiam interferir com a função sexual.

3.5 Questões éticas

O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo G), modelo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), disponível no site da entidade, foi lido, preenchido e assinado por todas as pacientes e seus parceiros, previamente ao início do estudo.

3.6 Instrumentos

3.6.1 Índice de massa corpórea (IMC)

O índice de massa corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas pela altura em metro elevada ao quadrado e é expresso em Kg/m².

3.6.2 Entrevista clínica

A entrevista clínica (Anexo A) objetivou pesquisar todos os fatos que se relacionam com a saúde da paciente por meio de interrogatório sobre o motivo da consulta, a história da doença atual, os antecedentes pessoais e familiares, e os diversos sistemas.

3.6.3 Quociente sexual masculino (QS-M) e quociente sexual feminino (QS-F)

O quociente sexual masculino (Anexo B) avalia a função sexual masculina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questão 5 a 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), e satisfação sexual geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira (questões 3 e 10) com as preliminares e o intercuro (Abdo, 2007).

O quociente sexual feminino (Anexo C) avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões 1, 2 e 8 do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão 3 avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões 4 e 5; as questões 6 e 7 avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números 9 e 10, respectivamente (Abdo, 2006).

Ambos os questionários (QS-M e QS-F) foram desenvolvidos e validados no Brasil. Mediante dez questões autorresponsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-M e do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual, como ilustrado a seguir:

Padrão de desempenho sexual

82 a 100 pontos = bom a excelente;

62 a 80 pontos = regular a bom;

42 a 60 pontos = desfavorável a regular;

22 a 40 pontos = ruim a desfavorável;

0 a 20 pontos = nulo a ruim.

Foi estabelecido para os quocientes, por estudo estatístico, um ponto de corte de escore 60, como forma de rastreamento para a disfunção sexual (Abdo, 2007).

Cada questão apresenta uma escala gradual de respostas de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”.

O cálculo do escore final do QS-M deverá ser calculado da seguinte maneira:

$$\text{QS-M} = 2 \times (\text{Q1} + \text{Q2} + \text{Q3} + \text{Q4} + \text{Q5} + \text{Q6} + \text{Q7} + \text{Q8} + \text{Q9} + \text{Q10})$$

Para o cálculo do escore final do QS-F, todos os escores assinalados para as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 deverão ser somados. O valor assinalado para a questão 7 deverá ser subtraído de 5 e somado aos anteriores. Ou seja: $\text{Q1} + \text{Q2} + \text{Q3} + \text{Q4} + \text{Q5} + \text{Q6} + (5 - \text{Q7}) + \text{Q8} + \text{Q9} + \text{Q10}$.

O cálculo do escore final do QS-F deverá ser calculado multiplicando o resultado dessa soma por 2:

$$\text{QS-F} = 2 \times (\text{Q1} + \text{Q2} + \text{Q3} + \text{Q4} + \text{Q5} + \text{Q6} + (5 - \text{Q7}) + \text{Q8} + \text{Q9} + \text{Q10})$$

Por meio da interpretação do escore obtido em cada resposta do QS-F das pacientes em estudo, foram avaliadas as fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) e as informações sobre preliminares, fantasias sexuais, autoerotismo, relacionamento com o parceiro, desconforto na relação sexual e satisfação sexual.

3.6.4 *Impact on Weight on Quality of Life-Lite* (IWQOL-Lite)

O “*Impact on Weight on Quality of Life-Lite*” (Anexo D) é um questionário autoadministrado e útil na avaliação do impacto do peso sobre a qualidade de vida. Tem demonstrado ser um instrumento com boa sensibilidade e propriedade psicométrica: a confiabilidade variou de 0,90-0,94 para os escores dos domínios e 0,96 para o escore total. É constituído de 31 itens que avaliam cinco domínios: 11

questões relacionadas à função física, 7 questões relacionadas à autoestima, 4 questões relacionadas à vida sexual, 5 questões relacionadas ao constrangimento em público, 4 questões relacionadas ao trabalho e um escore total. O escore total do IWQOL-Lite varia de 0 a 100, sendo 0 a representação de melhor qualidade de vida e 100 a representação de pior qualidade de vida (Kolotkin *et al.*, 2001 Feb). Foi traduzido para 14 idiomas, inclusive para o Português do Brasil (Engel *et al.*, 2005).

3.6.5 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al.*, 1961) (Anexo E) é um questionário de autoavaliação, adequado para detectar transtornos depressivos na população geral, traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil. Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total. Foram adotados escores iguais ou acima de 20 como indicativos de depressão, o que é recomendado para amostras não diagnosticadas (Gorenstein *et al.*, 2000).

3.6.6 Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A)

A Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (Hamilton, 1959) (Anexo F) é um instrumento composto de 14 itens que quantifica sintomas de humor ansioso e sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Foram adotados escores iguais ou acima de 18 como indicativos de ansiedade (Gorenstein *et al.*, 2000).

3.7 Procedimentos

No primeiro atendimento, após serem convidadas para participarem da pesquisa, foi realizada a seleção das mulheres obesas pelo cálculo do IMC.

Os atendimentos das pacientes do estudo e de seus parceiros não tiveram um tempo determinado, respeitando as possibilidades de cada mulher pesquisada. As entrevistas clínicas foram gravadas em fita cassete e os questionários utilizados na pesquisa foram auto-aplicados.

Na entrevista clínica, foram observados os critérios de inclusão e exclusão, e, em seguida, realizou-se a aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca. Também foram solicitados os seguintes exames laboratoriais e observados os seus respectivos valores de referência (VR): glicose (VR: inferior a 100 mg/dL), colesterol total (VR: inferior a 200 mg/dL), colesterol HDL (VR: superior a 40 mg/dL), colesterol LDL (VR: inferior a 130 mg/dL), triglicérides (VR: inferior a 150 mg/dL), hormônio tireoestimulante (TSH) (VR: 0.55 a 4.78 uUI/mL), prolactina (VR: 4.79 a 23.3 ng/mL), testosterona total (VR: 0.52 a 2.43 nmol/L), globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG) (VR: 18 a 114 nmol/L) e testosterona livre (VR: 0,004 a 0,039 nmol/L). O cálculo da testosterona livre foi realizado pela fórmula de Vermeulen (Vermeulen *et al.*, 1999) disponível no site da *International Society for the Study of the Aging Male*. As dosagens hormonais foram realizadas por meio do método de imunoensaio por quimioluminescência de micropartículas.

Após a seleção das pacientes dentro dos critérios acima estabelecidos, em novo atendimento, os parceiros das pacientes selecionadas responderam ao QS-M, os quais foram analisados para exclusão das pacientes cujos parceiros apresentassem escores compatíveis com disfunção sexual ($QS-M \leq 60$). Em seguida, analisaram-se os resultados dos exames laboratoriais e as pacientes, mais uma vez selecionadas, responderam ao QS-F e, pelo cálculo dos escores totais de cada paciente, foram avaliados o padrão de desempenho sexual, a presença de disfunção sexual e as disfunções sexuais específicas, tais como: transtornos do desejo sexual, da excitação sexual e do orgasmo, dispareunia e vaginismo.

No mesmo atendimento, as pacientes foram submetidas ao IWQOL-Lite, ao BDI e à HAM-A. Posteriormente, foram quantificados os escores referentes aos respectivos instrumentos.

3.8 Variáveis de estudo

O estudo trabalhou com as variáveis abaixo relacionadas:

- Características sociodemográficas: cor, estado civil, religião, grau de instrução, idade e tempo de relacionamento;
- Variáveis clínicas e bioquímicas: peso, altura, IMC, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e exames laboratoriais;
- Quociente Sexual Feminino;
- Disfunção sexual: presente ou ausente;
- Desempenho: bom a excelente, regular a bom, desfavorável a regular, ruim a desfavorável, nulo a ruim;
- IWQOL-Lite: função física, autoestima, vida sexual, constrangimento em público e trabalho;
- BDI e HAM-A.

3.9 Análise estatística

A caracterização da amostra foi realizada por meio de porcentagem, média, desvio-padrão, mediana, e valores mínimo e máximo. A consistência interna das escalas foi avaliada pelo alpha de Cronbach. A aderência das variáveis quantitativas em relação à distribuição normal foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e essas não apresentaram esta distribuição de probabilidades. Foi analisada a correlação entre o QSF e os domínios do IWQOL-Lite por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*.

Em todas as análises, foi adotado o nível descritivo de $p < 0.050$.

4 RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão e exclusão anteriormente descritos, foram selecionadas 37 mulheres obesas. Todas as pacientes foram submetidas aos procedimentos planejados e os resultados obtidos estão descritos a seguir.

Dentre as pacientes obesas previamente entrevistadas, excluíram-se pacientes com diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos, síndrome metabólica, diabetes, hipertensão arterial, hipotireoidismo e menopausa.

4.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra das pacientes obesas selecionadas está descrita nas Tabelas 1 e 2.

Das 37 mulheres obesas entrevistadas, a maioria é de cor branca (86,5%), convive com o parceiro (67,6%), é de religião católica (73,0%) e com instrução em nível superior (54,1%) (Tabela 1).

A idade variou de 20,7 a 47,0 anos, o IMC variou de 30,1 a 39,2 e o tempo de relacionamento com o parceiro variou de 1 a 26 anos. Observa-se que os valores de Pressão Arterial Sistólica, Pressão Arterial Diastólica, Frequência Cardíaca e dos exames laboratoriais estão, em geral, dentro dos parâmetros considerados normais (Tabela 2).

Algumas pacientes apresentaram alterações nos valores de referência de triglicérides e colesterol, porém, nenhuma delas, preencheu os critérios para o diagnóstico de síndrome metabólica. Houve discreto aumento no valor de referência da prolactina em 4 pacientes. Uma paciente apresentou diminuição na dosagem da SHBG e, 10 pacientes, que faziam uso de anticoncepcional hormonal, apresentaram aumento desta globulina. A testosterona livre calculada estava diminuída em 8 pacientes e estas também faziam uso de anticoncepcional hormonal.

Tabela 1 - Número e porcentagem de mulheres obesas segundo características sociodemográficas

Variável	Categoria	Nº	%
Cor	Branca	32	86,5
	Preta	1	2,7
	Amarela	2	5,4
	Parda	2	5,4
	TOTAL	37	100,0
Vida Conjugal	Não convive com o parceiro	12	32,4
	Convive com o parceiro	25	67,6
	TOTAL	37	100,0
Religião	Católica	27	73,0
	Evangélica	6	16,2
	Espírita	3	8,1
	Budista	1	2,7
	TOTAL	37	100,0
Grau de instrução	Ensino Fundamental	1	2,7
	Ensino Médio	16	43,2
	Ensino Superior	20	54,1
	TOTAL	37	100,0

Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas.

Variável	Média (desvio-padrão)	Mediana	Valores mínimo-máximo
Idade (anos)	33,8 (8,2)	34,7	20,7 – 47,0
TR* (anos)	10,2 (6,8)	9,0	1 - 26
Peso (Kg)	86,6 (10,2)	84,7	71,50 – 116,0
Altura (m)	1,60 (0,06)	1,60	1,48 - 1,72
IMC* (Kg/m²)	33,5 (2,9)	32,9	30,10 – 39,21
PAS* (mmHg)	117,8 (12,9)	120	85 - 138
PAD* (mmHg)	78 (9,9)	80	60 - 98
FC* (bpm)	80 (7,6)	80,0	64 - 95
Glicose	87,3 (8,5)	87,0	70 - 102
Colesterol total	190,5 (34,8)	197,5	123 - 247
HDL	51 (10,1)	51,5	26 - 67
LDL	116 (34,2)	119	52 - 196
Triglicérides	119 (52,1)	115	39 - 284
TSH	2,07 (1,07)	1,79	0,43- 5,36
Prolactina	13,5 (6,5)	12,1	3,50 – 29,30
Testosterona total	0,85 (0,51)	0,69	0,10 – 2,15
SHBG	106 (105,04)	55,3	17,80 – 383
Testosterona livre	0,011 (0,0131)	0,007	0,0003 – 0,067

Nota: *TR = Tempo de Relacionamento; IMC = Índice de Massa Corpórea; PAS = Pressão Arterial Sistólica; PAD = Pressão Arterial Diastólica; FC = Frequência Cardíaca; HDL = High-density lipoprotein; LDL = Low-density lipoprotein; TSH = Thyroid-stimulating hormone; SHBG = Sex hormone-binding globulin.

4.2 Descrição da resposta sexual

O alpha de Cronbach para o QS-F foi de 0,876, demonstrando boa confiabilidade. O QS-F variou de 32 a 100 pontos, com média de 78,9 pontos (desvio-padrão = 16,8 pontos) e mediana de 84 pontos.

Quanto ao desempenho sexual avaliado pelo QS-F, das 37 mulheres obesas que responderam ao questionário, 33 (89,1%) apresentaram desempenho sexual satisfatório: 22 (59,5%) tiveram desempenho sexual de bom a excelente (QS-F de 82 a 100 pontos) e 11 (29,7%) tiveram desempenho sexual de regular a bom (QS-F de 62 a 80 pontos). Dentre as 4 (10,8%) pacientes com disfunção sexual, 2 (5,4%) tiveram desempenho sexual de desfavorável a regular (QS-F de 42 a 60 pontos) e 2 (5,4%) tiveram desempenho sexual de ruim a desfavorável (QS-F= 22 a 40 pontos).

O número e a porcentagem de respostas dadas às dez questões do QS-F, pelas 37 pacientes obesas, podem ser observadas na Tabela 3.

Dentre as 22 pacientes que tiveram desempenho sexual de bom a excelente, 15 (68,2%) pacientes tinham o IMC entre 30 e 34,9 (obesidade grau I) e 7 (31,8%) entre 35 e 39,9 (obesidade grau II). Dentre as 11 pacientes que tiveram desempenho sexual de regular a bom, 7 (63,6%) pacientes tinham o IMC entre 30 e 34,9 (obesidade grau I) e 4 (36,4%) entre 35 e 39,9 (obesidade grau II). Portanto, 22 pacientes obesas grau I e 11 pacientes obesas grau II foram consideradas funcionais. As 4 pacientes obesas com disfunção sexual apresentaram IMC entre 30 e 34,9 (obesidade grau I).

O número e a porcentagem de mulheres obesas, de acordo com o grau de obesidade (grau I e II), em relação ao desempenho sexual das 37 mulheres obesas avaliado pelo QS-F, podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 3 - Número e porcentagem de respostas dadas ao QS-F pelas 37 mulheres obesas.

Questão	Respostas						Total de mulheres obesas
	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	Raramente	Às vezes	Aproximadamente 50% das vezes	A maioria das vezes	Sempre	
	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)
1	2 (5,4)	3 (8,1)	19(51,4)	4 (10,8)	6(16,2)	3 (8,1)	37 (100,0)
2	1 (2,7)	3 (8,1)	2 (5,4)	4 (10,8)	8 (21,6)	19 (51,4)	37 (100,0)
3	0 (0)	0 (0)	3 (8,1)	1 (2,7)	8 (21,6)	25 (67,6)	37 (100,0)
4	1 (2,7)	1 (2,7)	2 (5,4)	2 (5,4)	9 (24,3)	22 (59,5)	37 (100,0)
5	0 (0)	1 (2,7)	4 (10,8)	2 (5,4)	8 (21,6)	22 (59,5)	37 (100,0)
6	0 (0)	0 (0)	2 (5,4)	1 (2,7)	9 (24,3)	25 (67,6)	37 (100,0)
7	18 (48,6)	11 (29,7)	3 (8,1)	1 (2,7)	3 (8,1)	1 (2,7)	37 (100,0)
8	0 (0)	3 (8,1)	2 (5,4)	2 (5,4)	18 (48,6)	12 (32,4)	37 (100,0)
9	0 (0)	3 (8,1)	2 (5,4)	2 (5,4)	21 (56,8)	9 (24,3)	37 (100,0)
10	1 (2,7)	1(2,7)	7 (18,9)	3 (8,1)	11 (29,7)	14 (37,8)	37 (100,0)

Tabela 4 - Número e porcentagem de mulheres obesas, de acordo com o grau de obesidade, em relação ao desempenho sexual das 37 mulheres obesas avaliado pelo QS-F.

	Desempenho sexual feminino				Total
	Ruim a desfavorável	Desfavorável a regular	Regular a bom	Bom a excelente	
Nº e % de mulheres com obesidade grau I em relação ao desempenho sexual	2 (100)	2 (100)	7 (63,6)	15 (68,2)	26 (70,3)
Nº e % de mulheres com obesidade grau II em relação ao desempenho sexual	0 (0)	0 (0)	4 (36,4)	7 (31,8)	11 (29,7)
Nº total e % de mulheres com obesidade grau I e II em relação ao desempenho sexual	2 (100)	2 (100)	11(100)	22 (100)	37 (100)

Na análise das respostas ao QS-F, a maioria das 37 mulheres obesas respondeu que pensam pouco ou nunca pensam espontaneamente em sexo (64,9% - Questão 1), que o interesse por sexo é suficiente para participar da relação sexual com vontade (83,9% - Questão 2); que carícias, beijos, abraços e afagos estimulam a continuar a relação sexual (91,9% - Questão 3); que se sentem lubrificadas durante a relação sexual (89,2% - Questão 4) e que ficam mais estimuladas para o sexo à medida em que a excitação do seu parceiro vai aumentando (86,5% - Questão 5); que relaxam a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis (94,6% - Questão 6) e que não costumam sentir dor durante a relação sexual (78,3% - Questão 7); que conseguem se envolver durante a relação sexual sem se distrair (86,4% - Questão 8); que conseguem atingir o orgasmo durante as relações sexuais (86,5% - Questão 9) e que, na relação sexual, conseguem um grau de satisfação que lhes dá vontade de fazer sexo outras vezes e em outros dias (75,6 % - Questão 10).

4.3 Descrição das disfunções sexuais

Considerando o ponto de corte do QS-F de 60 pontos como forma de rastreamento para a disfunção sexual feminina (Abdo, 2006), 4 mulheres pontuaram escores abaixo de 60 pontos e foram consideradas portadoras de disfunção sexual.

Na Tabela 5, estão descritos o número e a porcentagem de respostas dadas às dez questões do QS-F, pelas 4 pacientes obesas com disfunção sexual.

Tabela 5 - Número e porcentagem de respostas dadas às dez questões do QS-F pelas 4 mulheres obesas com disfunção sexual

Questão	Respostas						Total de mulheres obesas com disfunção sexual
	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	Raramente	Às vezes	Aproximadamente 50% das vezes	A maioria das vezes	Sempre	
	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)	
1	0 (0)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)
2	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)
3	0 (0)	0 (0)	3 (75,0)	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	4 (100,0)
4	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	4 (100,0)
5	0 (0)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)
6	0 (0)	0 (0)	2 (50,0)	0 (0)	2 (50,0)	0 (0)	4 (100,0)
7	1 (25,0)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25,0)	4 (100,0)
8	0 (0)	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)
9	0 (0)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)
10	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)

4.4 Análises individualizadas da resposta sexual das 4 mulheres obesas com disfunção sexual (QS-F $\leq$ 60)

A paciente nº 21 pontuou 50 pontos no QS-F, tem IMC de 31, idade de 30 anos, é casada há 13 anos e tem grau de instrução correspondente ao Ensino Médio. Pela baixa pontuação das respostas às questões de números 1, 2 e 8, identifica-se disfunção do desejo sexual. A resposta à questão de número 3 mostra que a paciente valoriza as preliminares e à questão 4 exclui disfunção de excitação. O baixo escore da resposta à questão 5 sugere que a paciente tem pouca sintonia com o parceiro. A resposta à questão 6 exclui vaginismo e à questão 7 sugere diagnóstico de dispareunia. Nas questões 9 e 10, observa-se, respectivamente, disfunção de orgasmo e baixo grau de satisfação sexual.

A paciente nº 6 obteve o QS-F de 42, tem IMC de 33, idade de 31 anos, é casada há 13 anos e tem grau de instrução correspondente ao Ensino Superior. Pela baixa pontuação das respostas às questões de números 1, 2 e 8, identifica-se disfunção do desejo sexual. Pela baixa pontuação das respostas às questões de números 3, 4 e 5, verifica-se, respectivamente, não valorização das preliminares, disfunção de excitação e pouca sintonia com o parceiro. As respostas às questões 9 e 10 sugerem disfunção de orgasmo e baixo grau de satisfação sexual. As pontuações das respostas às questões 6 e 7 excluem vaginismo e dispareunia.

A paciente nº 30 pontuou 32 pontos no QS-F, tem IMC = 32, idade de 35 anos, é casada há 6 anos e tem grau de instrução correspondente ao Ensino Superior. Pela baixa pontuação das respostas às questões 1, 2 e 8, identifica-se disfunção do desejo sexual, e às questões de números 3, 4 e 5 observa-se, respectivamente, não valorização das preliminares, disfunção de excitação e pouca sintonia com o parceiro. A resposta à questão 6 sugere alguma dificuldade para relaxar a vagina para facilitar a penetração do pênis e à questão 7 exclui dispareunia. Nas respostas às questões 9 e 10, verifica-se disfunção de orgasmo e baixo grau de satisfação sexual.

A paciente nº 32 tem QS-F de 32, 45 anos de idade, IMC = 33, é casada há 20 anos e tem grau de instrução correspondente ao Ensino Médio. Pela baixa pontuação das respostas às questões de números 1, 2 e 8, identifica-se disfunção do desejo sexual. Pela baixa pontuação das respostas às questões de números 3, 4 e 5, verifica-se, respectivamente, não valorização das preliminares, disfunção de excitação e

pouca sintonia com o parceiro. A resposta à questão número 6 sugere alguma dificuldade para relaxar a vagina para facilitar a penetração do pênis e à questão 7 exclui dispareunia. Nas respostas às questões 9 e 10, observa-se disfunção de orgasmo e insatisfação sexual.

Na Tabela 6, podem ser observados os dados das 4 pacientes com disfunção sexual e seus respectivos quocientes sexuais.

Na tabela 7, encontram-se representadas as disfunções sexuais das 4 pacientes obesas com disfunção sexual e seus respectivos quocientes sexuais. Observa-se que todas as pacientes pontuaram escores sugestivos de disfunção de desejo sexual, de orgasmo e insatisfação sexual; 3 delas pontuaram escores sugestivos de disfunção de excitação; 2 delas pontuaram escores sugestivos de vaginismo e 1 de dispareunia.

Tabela 6 - Dados das 4 mulheres obesas com disfunção sexual e seus respectivos QS-F.

	Paciente nº21	Paciente nº 6	Paciente nº 30	Paciente nº 32
Idade	30	31	35	45
Grau de Instrução	Ensino Médio	Ensino Superior	Ensino Superior	Ensino Médio
*TR (anos)	13	13	6	20
IMC	31	33	32	33
QS-F Total	50	42	32	32
Questão 1	2	2	2	1
Questão 2	2	1	0	1
Questão 3	4	2	2	2
Questão 4	4	0	1	2
Questão 5	2	2	1	2
Questão 6	4	4	2	2
Questão 7	5	0	1	1
Questão 8	3	2	1	1
Questão 9	2	1	2	1
Questão 10	2	2	1	0

*TR =Tempo de Relacionamento

Tabela 7 - Disfunções sexuais das 4 mulheres obesas e seus respectivos QS-F.

	QS-F	50	42	32	32
Disfunções Sexuais					
Disfunção de desejo		Sim	Sim	Sim	Sim
Disfunção de excitação		----	Sim	Sim	Sim
Disfunção de orgasmo/satisfação		Sim	Sim	Sim	Sim
Dispareunia		Sim	----	----	----
Vaginismo		----	----	Sim	Sim

4.5 Análise da correlação entre o IMC e o QS-F

Não houve correlação estatisticamente significativa entre o IMC e o QS-F ($r=-0,12$; $p=0,470$), como pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Diagrama de dispersão entre o IMC e o QS-F.

4.6 Descrição da qualidade de vida

Na Tabela 8, observamos a estatística descritiva dos domínios do IWQOL-Lite, em que o alpha foi sempre acima de 0,70, mostrando boa consistência interna. A função física, com escore máximo de 55 pontos, variou de 11 a 46 pontos, com mediana de 27,0 pontos; a autoestima, com escore máximo de 35 pontos, variou de 7 a 35 pontos, com mediana de 13,0 pontos; a vida sexual, com escore máximo de 20 pontos, variou de 4 a 17 pontos, com mediana de 5,0 pontos; o constrangimento em público, com escore máximo de 25 pontos, variou de 5 a 19 pontos, com mediana de 6,0 pontos; e o trabalho, com escore máximo de 20 pontos, variou de 4 a 15 pontos, com mediana de 5,0 pontos. O IWQOL-Lite total, com escore máximo de 155 pontos, variou de 31 a 116 pontos, com mediana de 60,0 pontos.

Tabela 8 - Estatística descritiva dos domínios do IWQOL-Lite.

Domínio	Alpha	Média (desvio-padrão)	Mediana	Valores mínimo-máximo
Função física	0,88	27,5 (10,2)	27,0	11/46
Autoestima	0,94	17,3 (8,9)	13,0	7/35
Vida sexual	0,91	7,2 (4,2)	5,0	4/17
Constrangimento em público	0,81	7,7 (3,9)	6,0	5/19
Trabalho	0,74	6,1 (3,0)	5,0	4/15
IWQOL-Lite total	0,78	66,0 (24,4)	60,0	31/116

Observamos, nas Tabelas 9, 10, 11, 12 e 13, respectivamente, o número e a percentagem das respostas dadas pelas 37 mulheres obesas aos cinco domínios (função física, autoestima, vida sexual, constrangimento em público e trabalho) do IWQOL-Lite.

Na tabela 9, observa-se que, pelas respostas dadas ao domínio Função Física do IWQOL-Lite, a maioria das 37 pacientes obesas pontuou baixos escores ao escolher como resposta as alternativas “nunca ou raramente”, significando melhor qualidade de vida, com exceção da questão número 11, as quais 73% delas responderam estarem preocupadas com a saúde e 40,6% referirem que as pernas ficam inchadas no final do dia.

Tabela 9 - Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio Função Física do IWQOL-Lite.

Respostas e seus escores	Nunca verdade (1) ou raramente verdade (2)	Algumas vezes verdade (3)	Geralmente verdade (4) ou sempre verdade (5)	Total de mulheres obesas Nº (%)
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Devido a meu peso				
1. Tenho dificuldade de apanhar objetos.	20 (54,1)	9 (24,3)	8 (21,6)	37 (100)
2. Tenho dificuldade em amarrar meus sapatos.	21 (56,7)	6 (16,3)	10 (27,0)	37 (100)
3. Tenho dificuldade em me levantar de cadeiras.	29 (78,4)	3 (8,1)	5 (13,5)	37 (100)
4. Tenho dificuldade em subir e descer escadas.	21 (56,8)	7 (18,9)	9 (24,3)	37 (100)
5. Tenho dificuldade em me vestir e tirar minha roupa.	27 (73,0)	4 (10,8)	6 (16,2)	37 (100)
6. Tenho problemas de mobilidade.	28 (75,7)	6 (16,2)	3 (8,1)	37 (100)
7. Tenho dificuldade de cruzar as pernas.	22 (59,5)	5 (13,5)	10 (27,0)	37 (100)
8. Sinto falta de ar mesmo com qualquer mínimo exercício.	24 (64,8)	2 (5,5)	11 (29,7)	37 (100)
9. Sofro de dores ou rigidez nas minhas articulações.	17 (45,9)	9 (24,3)	11 (29,8)	37 (100)
10. Minhas pernas incham no final do dia.	19 (51,3)	3 (8,1)	15 (40,6)	37 (100)
11. Estou preocupada com a minha saúde.	7 (18,9)	3 (8,1)	27 (73,0)	37 (100)

Tabela 10 - Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio Autoestima do IWQOL-Lite.

Respostas e seus escores	Nunca verdade (1) ou raramente verdade (2)	Algumas vezes verdade (3)	Geralmente verdade (4) ou sempre verdade (5)	Total de mulheres obesas Nº (%)
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Devido a meu peso				
1. Fico constrangida.	12 (32,4)	11 (29,7)	14 (37,8)	37 (100)
2. A minha autoestima não é o que deveria ser.	12 (32,4)	8 (21,6)	17 (45,9)	37 (100)
3. Sinto-me insegura de mim mesma.	17 (45,9)	8 (21,6)	12 (32,5)	37 (100)
4. Não gosto de mim mesma.	26 (70,3)	3 (8,1)	8 (21,6)	37 (100)
5. Tenho medo de ser rejeitada.	27 (73,0)	3 (8,1)	7 (18,9)	37 (100)
6. Evito olhar para espelhos ou ver fotografias minhas.	22 (59,4)	5 (13,6)	10 (27,0)	37 (100)
7. Sinto vergonha de ser vista em lugares públicos.	29 (78,4)	3 (8,1)	5 (13,5)	37 (100)

Tabela 11 - Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio Vida Sexual do IWQOL-Lite.

<div> Respostas e seus escores </div> <div> Devido a meu peso </div>	Nunca verdade (1) ou raramente verdade (2)	Algumas vezes verdade (3)	Geralmente verdade (4) ou sempre verdade (5)	Total de mulheres obesas
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
1. Não sinto prazer em atividades sexuais.	30 (81,1)	2 (5,4)	5 (13,5)	37 (100)
2. Sinto pouco ou nenhum desejo sexual.	26 (70,3)	6 (16,2)	5 (13,5)	37 (100)
3. Tenho dificuldade no desempenho sexual.	24 (64,8)	6 (16,2)	7 (19,0)	37 (100)
4. Evito encontros sexuais sempre que possível.	30 (81,1)	3 (8,1)	4 (10,8)	37 (100)

Na tabela 10, observa-se que, pelas respostas dadas ao domínio Autoestima do IWQOL-Lite nas questões 4, 5, 6 e 7, a maioria das pacientes obesas pontuou baixos escores ao escolher como resposta as alternativas “nunca ou raramente”, significando melhor qualidade de vida. Nas questões 1, 2 e 3, respectivamente, 37,8%, 45,9% e 32,5,0% delas pontuaram escores mais elevados significando prejuízo na qualidade de vida.

Na tabela 11, observa-se que, pelas respostas dadas ao domínio Vida Sexual do IWQOL-Lite, a maioria das pacientes obesas pontuou baixos escores ao escolher as alternativas “nunca ou raramente”, significando melhor qualidade de vida.

Nas tabelas 12 e 13, observa-se que, pelas respostas dadas aos domínios Constrangimento em Público e Trabalho do IWQOL-Lite, a maioria das pacientes obesas pontuou baixos escores ao escolher as alternativas “nunca ou raramente”, significando melhor qualidade de vida.

Tabela 12 - Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio Constrangimento em Público do IWQOL-Lite.

Respostas e seus escores	Nunca verdade (1) ou raramente verdade (2)	Algumas vezes verdade (3)	Geralmente verdade (4) ou sempre verdade (5)	Total de mulheres obesas
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Devido a meu peso				
1. Sou ridicularizada, sofro gozação ou atenção indesejada.	35 (94,6)	2 (5,4)	0 (0)	37 (100)
2. Preocupo-me se vou caber ou não em assentos em lugares públicos.	33 (89,2)	2 (5,4)	2 (5,4)	37 (100)
3. Preocupo-me se vou conseguir passar em corredores estreitos ou roletas.	34 (91,9)	0 (0)	3 (8,1)	37 (100)
4. Preocupo-me em procurar cadeiras para aguentarem meu peso.	26 (70,3)	6 (16,2)	5 (13,5)	37 (100)
5. Sinto-me discriminada pelos outros.	33 (89,2)	1 (2,7)	3 (8,1)	37 (100)

Tabela 13 - Número e porcentagem de respostas dadas pelas 37 mulheres obesas ao domínio Trabalho do IWQOL-Lite.

Respostas e seus escores	Nunca verdade (1) ou raramente verdade (2)	Algumas vezes verdade (3)	Geralmente verdade (4) ou sempre verdade (5)	Total de mulheres obesas Nº (%)
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Devido a meu peso				
1. Tenho dificuldades em desempenhar as minhas tarefas ou em cumprir minhas obrigações.	32 (86,5)	3 (8,1)	2 (5,4)	37 (100)
2. Sou menos produtiva do que poderia ser.	26 (70,2)	6 (16,2)	5 (13,6)	37 (100)
3. Não recebo aumentos, promoções ou reconhecimento no trabalho.	36 (97,3)	1 (2,7)	0 (0)	37 (100)
4. Tenho medo de ir a entrevistas de trabalho.	32 (86,5)	1 (2,7)	4 (10,8)	37 (100)

4.7 Análise da qualidade de vida das 4 mulheres obesas com disfunção sexual

Na tabela 14, observa-se que as 4 pacientes obesas portadoras de disfunção sexual apresentaram escores de qualidade de vida entre 39 e 83 (valores próximos a zero representam melhor QV e próximos a 100 representam pior QV). Os escores dos cinco domínios do IWQOL-Lite indicaram que a paciente 1 (IWQOL-Lite = 83) apresentou maiores prejuízos na QV nos domínios relacionados à função física, autoestima e vida sexual; a paciente 3 (IWQOL-Lite = 68) apresentou maiores prejuízos na QV nos domínios relacionados à função física e vida sexual; a paciente 4 (IWQOL-Lite = 52) apresentou maiores prejuízos na QV no domínio relacionado à função física; a paciente 2 apresentou escores do IWQOL-Lite mais próximos de melhor QV (IWQOL-Lite = 39).

Tabela 14 - IWQOL-Lite das 4 mulheres obesas com disfunção sexual

Paciente	*QS-F	*FF	*AE	*VS	*CP	*T	*IWQOL-Lite
nº 21	50	23	35	15	6	4	83
nº 6	42	15	11	4	5	4	39
nº 30	32	29	11	17	5	6	68
nº 32	32	32	7	4	5	4	52

Nota: *QS-F= Quociente Sexual Feminino; FF= Função Física; AE= Autoestima; VS= Vida Sexual; CP= Constrangimento em Público; T = Trabalho; IWQOL-Lite= Impacto do Peso na Qualidade de Vida

4.8 Análise da correlação entre o QS-F e os domínios do IWQOL-Lite

Houve correlação estatisticamente significativa entre o QS-F e os domínios do IWQOL-Lite vida sexual, trabalho e o total (Tabela 15). Todas as correlações foram negativas, ou seja, quanto maior o valor do QSF (melhor desempenho sexual), menor o valor dos domínios do IWQOL-Lite (melhor QV).

Tabela 15 - Coeficientes de correlação de Spearman entre QS-F, e os domínios do IWQOL-Lite e o IWQOL-Lite total

Domínio	Valor de r (p)
Função física	- 0,30 (p = 0,067)
Autoestima	- 0,22 (p = 0,177)
Vida sexual	- 0,51 (p = 0,001)
Constrangimento em público	- 0,10 (p = 0,952)
Trabalho	- 0,34 (p = 0,041)
Total	- 0,38 (p = 0,020)

4.9 Análise da correlação entre o IMC e o IWQOL-Lite

Houve correlação estatisticamente significativa entre o IMC e o IWQOL-Lite ($r=-0,41$; $p=0,012$) como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Diagrama de dispersão entre o IMC e o IWQOL-Lite

4.10 Descrição do BDI e do HAM-A e análise da correlação entre o QS-F e o BDI, e o HAM-A

O BDI foi ≥ 20 4 (10,8%) das pacientes e o HAM-A foi ≥ 18 em 9 (24,3%) das pacientes.

Houve correlação negativa e estatisticamente significativa entre o QS-F e o BDI ($r = -0,37$; $p = 0,025$) e o HAM-A ($r = -0,39$; $p = 0,016$), mostrando que, quanto maior o QS-F, menor é o BDI e menor é o HAM-A, isto é, quanto melhor o desempenho sexual, menor a possibilidade de depressão e ansiedade.

5 DISCUSSÃO

Este é um estudo que analisa a resposta sexual, as disfunções sexuais e a qualidade de vida de mulheres obesas sem comorbidades, em que foram aplicados os instrumentos Quociente Sexual Feminino (QS-F) e o *Impact on Weight on Quality of Life-Lite* (IWQOL-Lite). O QS-F, questionário validado para a mulher brasileira, avalia a resposta sexual feminina e suas disfunções como os transtornos do desejo sexual, da excitação sexual e do orgasmo, a dispareunia e o vaginismo. O IWQOL-Lite, questionário traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa, avalia o impacto do peso sobre a qualidade de vida.

Em revisão recente, Kolotkin e colaboradores (2012) recomendaram o uso de instrumentos que ultrapassem o diagnóstico de disfunção sexual, incluindo conceitos adicionais, tais como satisfação, interesse e excitação sexual. O quociente sexual feminino abrange satisfatoriamente essas recomendações e mostrou-se útil e eficaz, não somente para diagnosticar pacientes com disfunção sexual, mas também para classificar estas disfunções de acordo com a fase do ciclo de resposta sexual prejudicada.

A amostra deste estudo foi selecionada obedecendo a critérios que excluíram as mulheres obesas portadoras de comorbidades, como síndrome metabólica, diabetes, doenças cardíacas, transtornos psiquiátricos e outras doenças. Nos Estados Unidos, as pesquisas sobre obesidade e qualidade de vida são realizadas com pacientes obesos portadores de doenças crônicas ou que estão em tratamento para perda de peso. Poucos estudos são conduzidos com amostras representativas de pessoas obesas sem comorbidades (Jia *et al.*, 2005).

A prevalência de disfunção sexual feminina em diferentes populações é variável. De acordo com dados internacionais e nacionais da literatura, a prevalência de disfunção sexual feminina atinge, respectivamente, 43% (Laumann *et al.*, 1999) e 49% (Abdo, 2004) da população em geral. Dados sobre a prevalência de disfunção sexual feminina em mulheres obesas são mais escassos e não há ainda conclusões

definitivas sobre a afirmação de que mulheres obesas têm mais disfunção sexual do que mulheres não obesas (Yaylali *et al.*, 2010).

Um estudo populacional sobre a associação entre obesidade e insatisfação sexual concluiu que entre mulheres obesas esta relação não foi consistente (Adolfsson *et al.*, 2004). Posteriormente, outro estudo encontrou evidente associação entre obesidade grave e comprometimento da qualidade de vida sexual em mulheres (Kolotkin, 2006) e outros estudos, que utilizaram intervenção clínica (Kolotkin *et al.*, 2008) e cirúrgica (Assimakopoulos *et al.*, 2011; Bond *et al.*, 2011) para redução do peso corpóreo, mostraram melhora na função sexual, em ambos os sexos, após o tratamento.

Pesquisas atuais não encontraram associação entre obesidade e disfunção sexual no sexo feminino. Uma delas comparou 64 mulheres obesas (grau I, II e III de obesidade), com e sem morbidades, com um grupo controle de 27 mulheres de peso normal. As disfunções sexuais foram diagnosticadas em 50% das mulheres obesas e 41% nas mulheres do grupo controle, resultados não considerados estatisticamente significativos (Kadioglu *et al.*, 2010). Outra publicação mostrou que 45 mulheres obesas e com sobrepeso ($IMC = 36,5 \pm 8$) foram comparadas com 30 mulheres com peso normal, sendo observada a presença de disfunção sexual em 86% e 83% das pacientes, respectivamente. Essa semelhança estatística demonstrou que a obesidade não é a principal causa de disfunção sexual feminina, embora possa comprometer vários aspectos da vida sexual da mulher, como baixa autoestima e conflitos em relação à imagem corporal (Yaylali *et al.*, 2010). Um estudo populacional francês realizado com 4.635 homens e 5.535 mulheres encontrou o IMC associado com disfunção sexual apenas no sexo masculino. No sexo feminino, os autores referiram que não houve aumento de disfunções sexuais entre as mulheres obesas e que essas parecem minimizar a importância da sexualidade para o seu bem-estar (Bajos *et al.*, 2010).

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostraram que não houve associação significativa entre obesidade e disfunção sexual. Dentre as 37 mulheres obesas da amostra selecionada, a maioria (89,2%) pontuou escores acima do ponto de corte do QS-F (60 pontos), correspondendo a um desempenho sexual satisfatório: 22 (59,5%) tiveram desempenho sexual de bom a excelente (QS-F de 82 a 100 pontos) e 11

(29,7%) de regular a bom (QS-F de 62 a 80 pontos). Das 4 (10,8%) mulheres obesas que pontuaram escores abaixo do ponto de corte (consideradas disfuncionais): 2 (5,4%) tiveram desempenho sexual de desfavorável a regular (QS-F de 42 a 60 pontos) e 2 (5,4%) de ruim a desfavorável (QS-F de 22 a 40 pontos). Esta menor porcentagem de 10,8% de disfunção sexual poderia ser devido ao pequeno tamanho da amostra (37 mulheres obesas) e por características das pacientes que se correlacionam positivamente com a função sexual, tais como: idade (média de idade de 33,8 anos), não portadoras de comorbidades, nível educacional elevado (54,1% em nível superior e 43,2 em nível médio), vida conjugal estável (tempo de relacionamento médio 10,2 anos) e parceiro funcional. Estudos epidemiológicos referem que o avanço da idade aumenta a prevalência de disfunção sexual na mulher (Abdo *et al.*, 2004; Lewis *et al.*, 2004; Zabelina *et al.*, 2009), com baixo nível educacional e relacionamento conjugal instável (Laumann *et al.*, 1999; Abdo *et al.*, 2004). Também devemos considerar que o uso de questionários, mesmo sendo validados, não exclui a possibilidade de falhas em suas aplicações devido ao estresse emocional das pacientes no momento da entrevista, à dificuldade de compreensão às perguntas e ao temor à exposição da intimidade sexual.

Analisando as disfunções sexuais das 4 mulheres obesas deste estudo, observou-se que a maioria apresentou disfunção do desejo sexual, da excitação e do orgasmo/satisfação. Adolfsson *et al.* (2004) estudaram 840 mulheres jovens, das quais 6% eram obesas e nas quais encontraram uma tendência para diminuição do desejo e satisfação sexual. Yaylali *et al.* (2010), ao avaliar 45 mulheres com sobrepeso e obesas por meio do Female Sexual Function Index (FSFI), encontraram correlação negativa entre IMC e orgasmo e satisfação. Esposito *et al.* (2007) correlacionaram o FSFI com IMC em 52 mulheres com disfunção sexual e encontraram significativa correlação entre esses parâmetros. O IMC mostrou correlação negativa com excitação sexual, lubrificação, orgasmo e satisfação. Não houve correlação do IMC com desejo sexual e dispareunia. Bajos *et al.* (2010) não encontraram diferenças na incidência de disfunção sexual quando mulheres obesas foram comparadas com mulheres de peso normal por meio de perguntas aplicadas em uma entrevista. Não obstante, resultados mostraram uma tendência significativa na diminuição do desejo sexual com o aumento do IMC. Östbye *et al.* (2011), em

estudo com 134 mulheres americanas obesas, entre 18 e 65 anos de idade, com IMC acima de 30 e inscritas em um programa para perda de peso, foram submetidas a um questionário para avaliação da função sexual. Os resultados mostraram que os prejuízos na função sexual foram maiores nas pacientes com IMC mais elevado e estavam associados com disfunção da excitação sexual. Essa diversidade de resultados observada nos estudos acima pode ser justificada pelo uso de diferentes instrumentos para a avaliação da resposta sexual, pelas diferentes etnias e culturas das amostras, pela associação da obesidade com outras morbidades, pela complexidade da sexualidade feminina e outros fatores que necessitam ser esclarecidos em novas pesquisas.

Das 37 mulheres obesas que responderam ao QS-F, 64,9% afirmaram que não pensam ou pensam pouco em sexo. Porém, para 83,9% das pacientes, o interesse por sexo é suficiente para participar da relação sexual com vontade, 91,9% sentem-se estimuladas pelas preliminares, 89,2% sentem-se lubrificadas, 86,5% sentem-se estimuladas para o sexo à medida que percebem a excitação do parceiro aumentar, 94,6% relaxam a vagina para facilitar a penetração do pênis, 78,3% não se queixam de dor durante a relação sexual, 86,4% envolvem-se na relação sexual sem distrações, 86,5% evoluem para o orgasmo, e 75,6% sentem satisfação e motivação para ter relações sexuais outras vezes e em outros dias. A análise destes dados sugere o modelo de resposta sexual circular de Rosemary Basson (Basson, 2001), em que as pacientes, a partir de um estado de neutralidade sexual, podem ficar mais receptivas a estímulos que despertam o desejo erótico. Esposito *et al.* (2007) observaram, em estudo realizado com 52 mulheres italianas obesas e com disfunção sexual ~~obesas~~, que a obesidade pode comprometer as diversas fases da resposta sexual e que o desejo sexual foi o único domínio que mostrou relação positiva com o IMC, sustentando a hipótese de que a resposta sexual feminina poderia não ser representada apenas por uma progressão linear. Segundo Shah (2009), novos estudos são necessários para investigar se a obesidade pode ou não comprometer o modelo circular de Basson.

Na análise das respostas ao QS-F de duas pacientes, que apresentaram escore total de 62 e 64 pontos, observa-se que as mesmas pontuaram baixos escores nas respostas que avaliam orgasmo e dor na relação sexual. Portanto, haveria a

possibilidade de diagnóstico de disfunção sexual em pontuações próximas ao ponto de corte (60 pontos). A falta de sinceridade ao responder as questões, a dificuldade na compreensão das perguntas ou a necessidade em dar uma resposta socialmente aceita poderiam mascarar os resultados, se consideramos que questões sobre satisfação sexual são íntimas e as respostas nem sempre são fidedignas (Abdo *et al.*, 2004; Kasheniro *et al.*, 2008; Adolfsson *et al.*, 2004).

Neste estudo, também se observou que, quanto maior o IMC, maior é o comprometimento da qualidade de vida (Kolotkin *et al.*, 2001 Nov; Fontaine *et al.*, 2001). Dentre as 37 mulheres obesas, 5 pacientes com obesidade Grau II (IMC = 35 a 39,9) pontuaram escores elevados do IWQOL-Lite, o que é compatível com expressivo comprometimento da qualidade de vida. Estudo sobre obesidade e qualidade de vida sexual (Kolotkin *et al.*, 2006) mostrou que os prejuízos na função sexual foram maiores nas mulheres com obesidade mais acentuada (grau III), e estavam associados à ausência de prazer e de desejo sexual, dificuldades no desempenho sexual e tendência a evitar encontros amorosos. Portanto, o grau de obesidade poderia ser considerado um fator determinante na relação negativa entre obesidade e qualidade de vida sexual. Vários autores já observaram que, quanto maior o grau da obesidade, maior é a associação com prejuízos à saúde física, emocional e psicossocial, e consequente comprometimento na qualidade de vida sexual (Fontaine *et al.*, 2001; Kolotkin *et al.*, 2006; Esposito *et al.*, 2007).

A correlação entre o Quociente Sexual Feminino e os domínios do IWQOL-Lite das 37 mulheres obesas selecionadas no presente estudo demonstrou que, quanto melhor o desempenho sexual, melhor a qualidade de vida. A relação entre obesidade e problemas de saúde sexual pode ser devida a mecanismos sociopsicológicos e físicos. Fatores sociais podem interferir negativamente sobre o comportamento sexual, principalmente na mulher obesa, que sofre pressão social mais evidente. Fatores psicológicos, como a baixa autoestima, podem inibir a permissão ou a iniciação da relação sexual ou fatores biológicos, como dores musculares ou articulares, podem dificultar a mobilidade no ato sexual (Kolotkin *et al.*, 2006; Bajos *et al.*, 2010).

Kadioglu *et al.* (2010), em estudo realizado na Turquia com 64 mulheres obesas, referiram que os escores do Inventário de Depressão de Beck estavam mais elevados nessas pacientes do que no grupo controle e foram negativamente correlacionados com a função sexual.

No presente estudo, a correlação também foi negativa e estatisticamente significativa entre o Quociente Sexual Feminino e o Inventário de Depressão de Beck, isto é, quanto melhor o desempenho sexual das pacientes, menor foi a possibilidade de depressão.

Os resultados desta pesquisa não têm relevância epidemiológica devido ao pequeno tamanho da amostra, a falta de grupo controle, ao recrutamento de pacientes ter ocorrido na mesma região, cidade e clínica ginecológica e, por esta última ser privada e atender pacientes de grau de instrução e nível socioeconômico mais elevado. Os critérios de inclusão e exclusão também limitaram sobremaneira a seleção das mulheres obesas, principalmente devido a associação positiva da obesidade com morbidades, como citada em várias pesquisas (Lean *et al.*, 1999; Fontaine *et al.*, 2001; Shah, 2009).

Considerando que um dos critérios do presente estudo foi excluir mulheres obesas com parceiros disfuncionais, poderíamos especular que, se essas pacientes tivessem sido incluídas no estudo, a prevalência de disfunção sexual teria sido maior (a disfunção do parceiro sexual pode levar a disfunção sexual feminina).

Apesar da elevada e crescente prevalência de obesidade na mulher, não existem estudos em número suficiente sobre resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida da mulher obesa sem comorbidades. No futuro, em diferentes serviços de saúde e regiões, com amostras maiores de mulheres obesas sem outras morbidades e com diferentes variáveis como raça, escolaridade, nível socioeconômico e idade, novas pesquisas poderão auxiliar no diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais que acometem essas mulheres.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

A maioria das mulheres obesas da amostra deste estudo teve desempenho sexual satisfatório, e não houve correlação entre a obesidade e a presença de disfunção sexual. A prevalência de disfunção sexual foi menor quando comparada com a da população em geral. Dentre as disfunções sexuais, a diminuição do desejo sexual e a disfunção do orgasmo foram as mais prevalentes, seguidas pela disfunção de excitação, vaginismo e dispareunia.

A correlação negativa entre a resposta sexual e os domínios de qualidade de vida das pacientes mostrou que o melhor desempenho sexual foi associado com a melhor qualidade de vida. O grau de obesidade também foi um fator determinante na relação negativa entre obesidade e qualidade de vida.

Houve correlação negativa e estatisticamente significativa entre o desempenho sexual e os sintomas de depressão e ansiedade, isto é, quanto melhor o desempenho sexual das pacientes, menor a possibilidade de depressão e ansiedade.

7 ANEXOS

ANEXO A – Entrevista Clínica

Identificação

Nome:

Data do nascimento:

Idade:

Estado civil:

Tempo de relacionamento conjugal:

Religião:

Profissão:

Cor:

Nacionalidade:

Grau de Instrução:

Queixa Principal:

História da Doença atual:

Ant. Pessoais:

Ant. Familiares:

Cirurgias:

Menarca: Ciclos menstruais: Última Regra: Contracepção:

Gesta: Para: Aborto: Evolução das gestações: Tipo de parto:

Função urinária:

Função intestinal:

Alergias:

Tabagismo: Etilismo: Drogas ilícitas:

Uso de medicamentos:

ANEXO B - Quociente Sexual Masculino (QS-M)

O QS-M é um questionário com 10 questões, autorresponsivo e de linguagem acessível. Foi elaborado e validado para ser aplicável à população brasileira. Cada questão é respondida numa escala de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”.

Responda este questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = na maioria das vezes

5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua parceira igualmente?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Seu desempenho sexual varia conforme sua parceira seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Após o estímulo sexual sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Cálculo do QS-M:

$2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10)$

As 10 questões do QS-M avaliam de forma gradual (de zero a cinco) e individualizada os vários domínios da função sexual, a saber: desejo (questão 1); autoconfiança (2); qualidade da ereção (5 a 7); controle da ejaculação (8); capacidade de atingir o orgasmo (9) e satisfação geral do indivíduo (3, 4 e 10) e de sua parceira (3 e 10) com as preliminares e o intercuro. As respostas com escores baixos (menor ou igual a 2) sinalizam quais os domínios afetados e em que intensidade.

Resultado: Padrão de desempenho sexual

82 a 100 pontos = bom a excelente

62 a 80 pontos = regular a bom

42 a 60 pontos = desfavorável a regular

22 a 40 pontos = ruim a desfavorável

0 a 20 pontos = nulo a ruim

ANEXO C - Quociente Sexual Feminino (QS-F)

O QS-F é um questionário com 10 questões, autorresponsivo e de linguagem acessível. Foi elaborado e validado para ser aplicável à população brasileira. Cada questão é respondida numa escala gradual de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”.

Responda este questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = na maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando você também se sente mais estimulada para o sexo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Para o cálculo do escore final, a questão 7 deverá ser transformada, pois está no sentido reverso. A transformação deverá ser feita por meio da seguinte fórmula: $5 - Q7$.

O escore final deverá ser calculado da seguinte maneira:

1. Soma dos escores das questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 + $(5 - \text{escore assinalado para a questão 7})$.

2. Multiplicar o resultado dessa soma por 2. Quanto menor o valor do escore da questão 7 e maior os valores dos escores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 e do escore final, melhor o desempenho/satisfação sexual da mulher.

Resultado:

Padrão de desempenho sexual

82 a 100 pontos = bom a excelente

62 a 80 pontos = regular a bom

42 a 60 pontos = desfavorável a regular

22 a 40 pontos = ruim a desfavorável

0 a 20 pontos = nulo a ruim

ANEXO D - Impacto do Peso sobre a Qualidade de Vida (IWQOL-Lite)

Responda às afirmações a seguir, circulando o número que corresponda à afirmação que melhor se aplique à sua condição na semana passada. Seja o mais franca possível. Não existem respostas certas nem erradas.

Para todas as funções avaliadas neste questionário (Função física; Autoestima; Vida sexual; Constrangimento em público; Trabalho), considere as seguintes pontuações:

5- Sempre verdade

4- Geralmente verdade

3 - Algumas vezes verdade

2- Raramente verdade

1- Nunca verdade

Função física

1. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em apanhar objetos.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

2. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em amarrar meus sapatos.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

3. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me levantar de cadeiras.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

4. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em subir e descer escadas.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

5. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me vestir e em tirar minha roupa.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

6. Devido ao meu peso, tenho problemas de mobilidade.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

7. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em cruzar as pernas.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

8. Sinto falta de ar mesmo com qualquer mínimo exercício.

() 5 () 4 () 3 () 2 () 1

9. Sofro de dores ou rigidez nas minhas articulações.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

10. Os meus tornozelos e a parte inferior das pernas incham no final do dia.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

11. Estou preocupada com a minha saúde.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

Autoestima

1. Devido ao meu peso, fico constrangida.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

2. Devido ao meu peso, a minha autoestima não é o que deveria ser.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

3. Devido ao meu peso, sinto-me insegura de mim mesmo.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

4. Devido ao meu peso, não gosto de mim mesma.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

5. Devido ao meu peso, tenho medo de ser rejeitada.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

6. Devido ao meu peso, evito olhar para espelhos ou ver fotografias minhas.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

7. Devido ao meu peso, sinto vergonha de ser vista em lugares públicos.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

Vida sexual

1. Devido ao meu peso, não sinto prazer em atividades sexuais.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

2. Devido ao meu peso, sinto pouco ou nenhum desejo sexual.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

3. Devido ao meu peso, tenho dificuldade no desempenho sexual.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

4. Devido ao meu peso, evito encontros sexuais sempre que possível.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

Constrangimento em público

1. Devido ao meu peso, sou ridicularizada, sofro gozação ou atenção indesejada.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

2. Devido ao meu peso, me preocupo se vou caber ou não em assentos em lugares públicos (por exemplo, cinemas e teatros, restaurantes, carros ou aviões).

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

3. Devido ao meu peso, me preocupo se vou conseguir passar em corredores estreitos ou roletas.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

4. Devido ao meu peso, me preocupo em procurar cadeiras suficientemente fortes para aguentarem o meu peso.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

5. Devido ao meu peso, me sinto discriminada pelos outros.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

Trabalho (Obs.: Para donas de casa e aposentadas, respondam com relação às suas atividades diárias).

1. Devido ao meu peso, tenho dificuldade em desempenhar as minhas tarefas ou em cumprir as minhas obrigações.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

2. Devido ao meu peso, sou menos produtiva do que poderia ser.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

3. Devido ao meu peso, não recebo aumentos, promoções ou reconhecimento no trabalho.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

4. Devido ao meu peso, tenho medo de ir a entrevistas de trabalho.

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

ANEXO E - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno de número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1. 1 Não me sinto triste.
 2 Eu me sinto triste.
 3 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 4 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 1 Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
 2 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.
 3 Acho que nada tenho a esperar.
 4 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 1 Não me sinto um fracasso.
 2 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 3 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 4 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpada.
 - 1 Eu me sinto culpada grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpada.

6. 0 Não acho que esteja sendo punida.
 - 1 Acho que posso ser punida.
 - 2 Creio que serei punida.
 - 3 Acho que estou sendo punida.

7. 0 Não me sinto decepcionada comigo mesma.
 - 1 Estou decepcionada comigo mesma.
 - 2 Estou enojada de mim.
 - 3 eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 - 1 Sou crítica em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 - 1 Tenho ideias de me matar , mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritada agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritada o tempo todo.
 - 3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar

12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
 - 1 Estou preocupada por estar parecendo velha ou sem atrativos.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Acredito que pareço feia.

15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
 - 1 Não durmo tão bem como costumava.
 - 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansada do que o habitual.
1 Fico cansada com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansada ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupada com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupada com problemas físicos, tais como, dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessada por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessada em sexo atualmente
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO F - Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A)

Instruções

Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

0 = ausente

1 = intensidade leve

2 = intensidade média

3 = intensidade forte

4 = intensidade máxima

1. Humor ansioso----- ()

Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.

2. Tensão----- ()

Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação.

3. Medos----- ()

De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.

4. Insônia----- ()

Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.

5. Dificuldades intelectuais-----()

Dificuldades de concentração, falhas de memória, etc.

6. Humor deprimido-----()

Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.

7. Somatizações motoras-----()

Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.

8. Somatizações sensoriais-----()

Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.

9. Sintomas cardiovasculares-----()

Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extrassístoles, etc.

10. Sintomas respiratórios-----()

Pressão ou constrição no peito, dispneia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.

11. Sintomas gastrintestinais-----()

Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré e pós prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação e cólicas.

12. Sintomas geniturinários-----()

Polaciúria, urgência de micção, amenorreia, menorragia, frigidez, diminuição da libido, etc.

13. Sintomas neurovegetativos-----()

Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudação, tonturas, cefaleias de tensão, etc.

14. Comportamento durante a entrevista ()

Geral: tensa, pouco à vontade, inquieta, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa.

Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.

ANEXO G - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

As informações abaixo estão sendo oferecidas a você, para esclarecer sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar a influência da obesidade na qualidade de vida e na atividade sexual de mulheres obesas. Você será submetida a: entrevista sobre sua história de vida; medições da pressão arterial, da frequência cardíaca, do peso, da estatura; e cálculo do seu Índice de Massa Corpórea. Você também fará os seguintes exames laboratoriais: glicemia, TSH, colesterol total e frações, triglicérides, prolactina, testosterona total e SHBG. Seu parceiro responderá ao questionário Quociente Sexual Masculino (QS-M) e você ao Quociente Sexual Feminino (QS-F). Esses questionários têm 10 questões cada um e avaliam o desempenho sexual masculino e feminino, respectivamente. Você também responderá ao IWQOL-lite (questionário constituído de 31 itens e que avalia o impacto do peso na qualidade de vida). Você também será submetida à entrevista clínica para avaliar se tem algum problema psiquiátrico, como, por exemplo, depressão e ansiedade. Esta pesquisa pode acarretar desconfortos e algum risco (por exemplo: ansiedade, vergonha e culpa) e você será atendida em suas necessidades pela pesquisadora executante, ou seja, será disponibilizada assistência psicológica individual e orientação ao casal, quando necessários.

Espera-se que esta pesquisa ajude você e as mulheres obesas em geral a identificarem o impacto do excesso de peso corporal na sua qualidade de vida e em seu desempenho sexual.

Durante todo o estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra. Carmita Helena Najjar Abdo que pode ser encontrada no endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 785 - 1º andar- sala 1C, Telefone (11) 3069-6962. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel (11) 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, Fax: (11) 3069-6442 ramal 26. E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

É garantida a você a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento.

As informações obtidas por este estudo serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

Você terá direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais e totais da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

É nosso compromisso utilizar os dados e o material coletado somente em pesquisa, congressos ou afins.

Eu, (nome da paciente) _____, acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa "Correlação entre resposta sexual e qualidade de vida em mulheres obesas". Discuti com a Dra. Regina Maria Volpato Bedone (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos constantes. Ficou claro também que minha participação é livre de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

De acordo

.....

Assinatura da paciente

.....

Assinatura do parceiro da paciente

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente.

.....

Assinatura da pesquisadora executante

.....

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO H - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16.06.10, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 004/10 intitulado: "**Correlação entre resposta sexual e qualidade de vida em mulheres obesas**" e seus anexos, apresentado pelo Departamento de Psiquiatria.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa.

Pesquisador (a) Responsável: **Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo**
 Pesquisador (a) Executante: **Regina Maria Volpato Bedone**

Encaminhe-se a CPG-FMUSP
 para as devidas providências.
 S.P., 05/10/2010

CEP-FMUSP, 16 de junho de 2010.

 Prof. Dra. Elia Garcia Caldini
 Programa Fisioterapia Experimental
 Pós-Graduação em Ciências
 Coordenador

 Prof. Dr. Eduardo Massad
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa

Recebido: 25/06/10, às 9h
 Departamento de Psiquiatria da FMUSP

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Abdo CHN. *Descobrimento sexual do Brasil*. São Paulo:Summus, 2004.
2. Abdo CHN, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women- results of the Brazilian study on sexual behavior. *Int J Impot Res*. 2004;16:160-6.
3. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*. 2006;63(9):477-82.
4. Abdo CHN. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med*. 2007;4:382-9.
5. Adolfsson B, Elofsson S, Rossner S, Undén AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obes Res*. 2004;12(10):1702-8.
6. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care*. 2004;27(1):S11-4.
7. Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Panayiotopoulos S, Hyphantis T, Iconomou G, Kalfarentzos F. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obes Surg*. 2011;21:362-6.
8. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: syatematic review of epidemiological studies. *Int J Obes*. 2008;32:881-91.
9. Aziz A, Brannstrom M, Bergquist C, Silfverstolpe G. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril*. 2005;83:1021-8.
10. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*. 2010;340:c2573.
11. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(1):33-43.
12. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S *et al*. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):24-34.

13. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res*. 2008;20(5):466-78.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
15. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*. 1999;54(3):385-91.
16. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function. *World J Urol*. 2002;20(2):111-8.
17. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*. 2007;369:597-611.
18. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, Sax HC, Roye GD, Ryder BA *et al*. Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2011;7(1):1-7.
19. Borges R, Temido P, Souza L, Azinhais P, Conceição P, Pereira B *et al*. Metabolic Syndrome and Sexual (Dys) function. *J Sex Med*. 2009;6:2958-75.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf. Acesso em 16/01/2014.
21. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*. 2000;90:251-7.
22. Chedraui P, Pérez-López FR, Blumel JE, Hidalgo L, Barriga J. Hyperglycemia in postmenopausal women screened for the metabolic syndrome is associated to increased sexual complaints. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26(2):86-92.
23. Davison SL, Bell R, Donath S, Montalto JG, Davis SR. Androgen levels in adult female: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:3847-53.
24. Dong C, Sanchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(6):790-5.
25. Drosdzol A, Skrzypulec V, Mazur B, Pawlińska-Chmara. Quality of life and marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *Folia Histochem Cytobiol*. 2007;45(1):93-7.

26. Engel SG, Kolotkin RL, Teixeira PJ, Sardinha LB, Vieira PN, Palmeira AL, *et al.* Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life-lite (IWQOL-lite) questionnaire. *Eur Eat Disorders Rev.* 2005;13:133-43.
27. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K *et al.* Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(12):5801-7.
28. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res.* 2005;17(3):224-6.
29. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R *et al.* Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.* 2007;19(4):353-7.
30. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res.* 2008;20:358-65.
31. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res.* 2010;22:178-84.
32. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res.* 2002;53(4):935-42.
33. Flegal KM, Carrol MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA.* 2010;303(3):235-41.
34. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev.* 2001;2(3):173-82.
35. Ford ES; Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third national health and nutrition examination survey. *JAMA.* 2002;287:356-9.
36. Friedman, MA, Brownell, KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull.* 1995;117(1):3-20.
37. Garrow JS, Webster J. Quetelet's Index (W/H^2) as a measure. *Int J Obes.* 1985;9(2):147-53.
38. Gorenstein C, Andrade L, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* Cap.10 e 16. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

39. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
40. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP. Modelo de termo de consentimento livre e esclarecido. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/cappesq/impresos.htm>. Acesso em 02/11/2008.
41. International Society for the Study of the Aging Male. Free & Bioavailable Testosterone calculator. Disponível em <http://www.issam.ch/freetesto.htm>. Acesso em 10/04/2013.
42. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res*. 2001;9 Suppl 4:228-33.
43. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *J Public Health*. 2005;27(2):156-64.
44. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(4):434-40.
45. Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, Gazioglu N, Oral G, Sanli O, Onem K *et al*. Sexual Dysfunction in women with hyperprolactinemia: A pilot study report. *J Urol*. 2005;174:1921-5.
46. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int*. 2010;106:1357-61.
47. Kaplan HS. *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
48. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *Int J Obes*. 2008;(32):558-66.
49. Kasheniro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body Mass Index and sexual behavior. *Obstet Gynecol*. 2008;112(3):586-92.
50. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M. Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res*. 1995;3(1):49-56.
51. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001;9(2):102-11.
52. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obes Res*. 2001;2(4):219-29.
53. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Östbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity*. 2006;14(3):472-9.

54. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Östbye T, Mitchell JE, Hartley G. Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. *Int J Impot Res*. 2008;20:487-92.
55. Kolotkin RL, Zunker C, Östbye T. Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity*. 2012;20:2325-33.
56. Laumann EO, Paik A, Rose RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
57. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E et.al. Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in the Global Study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17:39-57.
58. Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med*. 1999;159(8):837-43.
59. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006;13:46-56.
60. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):35-9.
61. Llana P, Gonzles C, Fernandez-Iarrea J, Alonso A, Arnott I, Ferrer-Barriendos J. Insulin resistance and health-related quality of life in postmenopausal women. *Fertil Steril*. 2009;91:1370-3.
62. Lordelo RA, Mancini MC, Cercato C, Halpern A. Eixos hormonais na obesidade: causa ou efeito? *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007;51(1):34-41.
63. Ma J, Xiao L. Obesity and depression in US women: Results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*. 2010;18:347-58.
64. Mansson M, Norstrm K, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Landn M. Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;155:161-5.
65. Masters WH, Johnson VE. *A conduta sexual humana*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Civilizao Brasileira, 1981.
66. Mendona CP, dos Anjos LA. Dietary and physical activity factors as determinants of the increase in overweight/obesity in Brazil. *Cad Sade Pblica*. 2004;20(3):698-709.

67. Moran L, Gibson-Helm M, Teede H, Deeks A. Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options. *J Psychos Obstet Gynecol*. 2010;31(1):24-31.
68. Murphy JM, Horton NJ, Burke JD Jr, Monson RR, Laird NM, Lesage A *et al*. Obesity and weight gain in relation to depression: findings from the Stirling County Study. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33(3):335-41.
69. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell M, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006;295(13):1549-55.
70. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol*. 2003;158:1139-47.
71. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
72. Östbye T, Kolotkin RL, He H, Overcash F, Brouwer R, Binks M, *et al*. Sexual Functioning in obese adults enrolling in a weight loss study. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(3):224-35.
73. Ponholzer A, Rauchenwald M, Marszalec M, Madersbacher S. Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *Int J Impot Res*. 2008;20:100-4.
74. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the Obese at Greater Risk for Depression? *Am J Epidemiol*. 2000;152(2):163-70.
75. Ryan D. Obesity in women: a life cycle of medical risk. *Int J Obes*. 2007;31(Suppl 2):3-7.
76. Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, Girolamo G de, *et al*. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes*. 2008;32:192-200.
77. Shah MB. Obesity and sexuality in women. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2009;36:347-60.
78. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, *et al*. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):824-30.
79. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P *et al*. Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(1):32-9.

80. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):330-7.
81. Talakoub L, Munarriz R, Hoag L, Gioia M, Flaherty E, Goldstein I. Epidemiological characteristics of 250 women with sexual dysfunction who presented for initial evaluation. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(1):217-24.
82. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002;106(25):3143-421.
83. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999;84:3666-72.
84. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT *et al*. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med*. 2009;6:1561-8.
85. Vetter ML, Wadden TA, Lavenberg J, Moore RH, Volger S, Perez JL *et al*. Relation of health-related of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. *Int J Obes*. 2010;1-8.
86. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31:1-20.
87. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series, 894).
88. World Health Organization. The World Health Organization. Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.
89. Yaylali GF, Tekekoglu S and Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Imp Res*. 2010;22:220-2.
90. Zabelina DL, Erickson AL, Kolotkin RL, Crosby RD. The effect of age on weight-related quality of life in overweight and obese individuals. *Obesity*. 2009;17:1410-3.

APÊNDICES

Apêndice A: Respostas às Questões (Q) e os QS-M dos parceiros das 37 mulheres obesas.

Parceiro da Paciente Nº	Q1	Q2	Q3	Q4	Q6	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	QS-M
1	5	3	2	4	5	5	4	3	5	4	80
2	4	2	5	5	4	5	4	4	5	4	84
3	4	5	5	0	5	5	5	3	5	4	82
4	3	3	5	4	4	4	4	4	5	4	80
5	5	4	4	4	5	5	5	3	5	4	88
6	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	92
7	4	3	3	4	3	5	5	4	5	5	82
8	4	4	3	5	5	5	5	5	5	4	90
9	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	90
10	5	4	5	4	5	5	5	2	5	5	90
11	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	94
12	4	1	3	2	5	5	4	4	4	2	68
13	5	5	4	4	4	4	4	3	4	4	82
14	4	4	5	5	4	4	4	2	5	2	78
15	4	4	5	4	3	4	3	2	4	3	72
16	4	4	5	1	5	5	4	5	5	4	84
17	5	5	5	1	5	5	5	4	5	4	88
18	5	2	5	5	4	5	5	1	5	4	82
19	4	4	5	4	5	4	3	1	5	4	78
20	5	2	5	0	5	5	5	0	5	5	74
21	5	5	5	1	5	5	5	4	2	4	82
22	5	3	5	0	5	5	5	3	5	5	82
23	5	4	4	1	5	5	4	2	5	5	80
24	5	5	5	1	5	5	5	4	5	4	88
25	4	3	5	5	5	5	5	4	5	4	90
26	4	2	5	2	5	5	3	4	5	5	80
27	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	94
28	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	90
29	5	4	4	3	5	5	4	4	5	5	88
30	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	82
31	3	3	5	5	4	4	4	3	4	4	78
32	5	4	4	5	5	5	4	3	5	5	90
33	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	90
34	5	5	5	4	5	5	5	4	5	3	92
35	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	94
36	5	5	5	1	5	5	5	4	5	4	88
37	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	76

Valor correspondente: 0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Às vezes; 3 = Aproximadamente 50% das vezes; 4 = Na maioria das vezes; 5 = Sempre.

Apêndice B – Respostas às Questões (Q) e os QS-F das 37 mulheres obesas.

Paciente Nº	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	QS-F
1	0	4	5	5	4	5	0	4	4	3	78
2	5	5	5	4	5	4	0	4	4	5	92
3	3	5	4	4	5	3	4	5	5	5	80
4	2	4	4	5	5	5	0	4	4	4	84
5	2	4	5	4	5	4	1	4	4	5	82
6	2	1	2	0	2	4	0	2	1	2	42
7	2	3	5	4	2	5	0	4	3	2	70
8	4	3	5	5	5	5	1	5	5	4	90
9	2	5	5	5	5	5	0	5	4	5	92
10	4	5	5	5	5	5	0	4	4	5	94
11	2	3	4	4	4	4	1	4	4	4	74
12	2	4	5	5	5	5	0	5	5	2	86
13	3	4	4	5	5	5	1	4	4	3	82
14	1	5	5	5	4	5	0	5	4	5	88
15	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	100
16	2	5	4	5	4	5	3	4	5	4	82
17	4	5	5	5	5	5	4	3	5	4	84
18	2	4	5	5	5	5	0	5	5	5	92
19	2	5	5	5	5	5	0	4	4	5	90
20	2	5	5	5	5	5	0	4	5	4	90
21	2	2	4	4	2	4	5	3	2	2	50
22	2	3	5	3	4	4	2	4	4	4	72
23	4	5	5	4	5	5	2	5	5	5	92
24	5	4	5	5	5	5	0	4	4	5	94
25	2	2	4	4	3	5	0	4	3	3	70
26	2	5	5	4	5	5	0	4	4	5	88
27	3	5	5	5	5	4	1	4	4	4	86
28	2	5	5	5	5	5	1	5	4	4	88
29	2	5	5	5	5	5	1	5	4	5	90
30	2	0	2	1	1	2	1	1	2	1	32
31	3	5	5	5	4	4	1	4	4	5	86
32	1	1	2	2	2	2	1	1	1	0	32
33	2	5	4	2	5	5	2	2	4	2	68
34	4	5	5	3	5	4	4	5	4	4	80
35	4	5	5	5	4	5	0	5	4	4	92
36	1	4	5	5	3	5	1	1	1	2	62
37	0	1	3	5	4	5	0	4	4	2	66

Valor correspondente: 0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Às vezes; 3 = Aproximadamente 50% das vezes; 4 = Na maioria das vezes; 5 = Sempre.

Apêndice C - Respostas aos domínios: Função Física, Autoestima, Vida Sexual, Constrangimento em Público e Trabalho do IWQOL-Lite das 37 mulheres obesas e o IWQOL-Lite Total.

Paciente Nº	FF1	FF2	FF3	FF4	FF5	FF6	FF7	FF8	FF9	FF10	FF11	FF Total
1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	4	5	22
2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	16
3	4	1	1	3	1	3	2	2	4	1	5	27
4	4	5	2	4	4	3	5	3	4	5	4	43
5	1	1	1	4	1	3	2	5	4	1	3	26
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	15
7	3	3	1	5	1	4	3	5	3	1	5	34
8	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	4	19
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	13
11	3	3	2	2	3	2	2	2	1	5	5	30
12	1	2	1	3	3	1	1	1	1	3	3	20
13	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	5	18
14	5	5	5	5	3	1	1	5	3	5	5	43
15	3	5	1	2	5	2	5	5	5	5	5	43
16	4	1	5	3	1	1	3	5	5	5	5	38
17	1	1	1	2	1	1	1	1	3	5	2	19
18	3	1	3	1	2	1	5	2	5	5	5	33
19	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	4	18
20	2	4	1	2	3	3	5	5	5	4	3	37
21	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	5	23
22	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	46
23	2	3	1	3	2	1	3	2	1	5	5	27
24	3	2	2	1	2	2	2	2	3	3	5	27
25	5	3	4	3	4	2	4	1	3	2	4	35
26	2	2	1	3	1	1	2	4	3	1	4	24
27	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	5	27
28	1	4	1	2	1	1	3	2	2	1	5	23
29	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	17
30	1	2	1	5	2	2	2	4	2	2	2	29
31	3	4	1	2	1	1	3	2	1	1	4	23
32	1	5	1	2	1	1	5	1	5	5	5	32
33	3	3	3	5	1	2	2	3	3	5	5	35
34	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	5	46
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
36	3	2	1	1	1	3	5	1	3	1	2	23
37	4	5	4	5	4	3	5	5	3	2	5	45

FF= Função Física

Paciente Nº	AE1	AE2	AE3	AE4	AE5	AE6	AE7	AE Total
1	3	3	1	1	1	1	1	11
2	1	2	1	1	1	3	1	10
3	2	3	3	1	1	1	1	12
4	5	5	4	4	2	2	1	23
5	2	2	1	1	1	2	3	12
6	2	2	3	1	1	1	1	11
7	5	5	5	4	4	4	5	32
8	3	1	1	1	1	1	1	9
9	1	1	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	7
11	3	5	4	2	4	4	3	25
12	3	2	1	1	1	3	1	12
13	3	3	3	2	2	1	1	15
14	5	5	5	5	5	5	5	35
15	5	5	5	5	5	5	5	35
16	5	5	5	3	1	4	1	24
17	1	1	1	1	1	1	1	7
18	5	5	5	5	1	5	1	27
19	5	4	4	1	2	1	1	18
20	4	3	3	1	2	1	1	15
21	5	5	5	5	5	5	5	35
22	3	4	3	3	3	2	2	20
23	3	3	1	1	1	2	1	12
24	3	2	2	2	2	1	1	13
25	4	4	4	4	3	3	2	24
26	1	3	2	1	1	3	1	12
27	4	5	3	1	2	2	1	18
28	1	2	2	1	1	1	1	9
29	3	4	1	1	1	1	1	12
30	1	3	2	2	1	1	1	11
31	3	4	1	1	1	1	1	12
32	1	1	1	1	1	1	1	7
33	3	3	3	3	5	5	1	23
34	5	5	5	1	3	3	4	26
35	1	1	1	1	1	1	1	7
36	5	5	5	5	5	5	3	33
37	5	4	3	2	2	4	2	22

AE = Autoestima

Paciente Nº	VS1	VS2	VS3	VS4	VS Total	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP Total
1	1	2	2	1	6	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
4	1	4	4	1	10	2	1	1	1	1	6
5	1	1	1	1	4	1	1	1	4	1	8
6	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
7	2	4	3	5	14	1	2	5	5	5	18
8	2	1	2	1	6	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
11	3	3	3	3	12	2	2	2	3	2	11
12	1	3	1	1	6	1	1	1	1	1	5
13	2	2	2	1	7	1	1	1	1	1	5
14	1	1	4	1	7	3	1	5	5	5	19
15	1	1	1	1	4	2	1	1	5	5	14
16	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
17	1	1	2	1	5	2	3	1	3	2	11
18	1	1	1	1	4	1	5	2	3	1	12
19	1	1	2	1	5	1	1	1	1	2	6
20	1	1	3	1	6	2	1	1	1	2	7
21	4	3	4	4	15	1	1	1	2	1	6
22	3	3	3	2	11	2	1	1	1	2	7
23	1	1	2	1	5	1	1	1	2	1	6
24	1	1	3	1	6	2	2	2	3	2	11
25	4	4	4	4	16	2	1	2	3	3	11
26	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
27	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
28	1	1	1	1	4	1	1	2	3	1	8
29	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	5
30	5	5	4	3	17	1	1	1	1	1	5
31	1	1	2	1	5	2	1	1	2	2	8
32	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
33	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	5
34	2	3	4	2	11	1	1	1	2	1	6
35	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5
36	5	3	3	3	14	3	3	1	1	1	9
37	4	4	4	4	16	2	4	4	4	2	16

VS= Vida Sexual; CP= Constrangimento em Público

Paciente Nº	T1	T2	T3	T4	T Total	IWQOL- Lite Total
1	1	1	1	1	4	48
2	1	1	1	1	4	39
3	1	4	1	1	7	75
4	1	1	1	1	4	86
5	1	1	1	1	4	54
6	1	1	1	1	4	39
7	4	5	1	3	13	111
8	1	1	1	1	4	43
9	1	1	1	1	4	31
10	1	1	1	1	4	33
11	2	3	2	2	9	87
12	1	1	1	1	4	47
13	1	2	1	1	5	50
14	3	3	1	5	12	116
15	5	4	1	5	15	111
16	1	3	1	1	6	78
17	2	2	1	1	6	48
18	1	2	1	1	5	71
19	1	2	1	1	5	52
20	1	1	1	1	4	69
21	1	1	1	1	4	83
22	2	3	1	1	7	91
23	1	1	1	1	4	55
24	1	1	1	1	4	61
25	3	4	3	4	14	100
26	1	1	1	1	4	49
27	1	3	1	1	6	60
28	1	2	1	2	6	50
29	1	1	1	1	4	42
30	2	2	1	1	6	68
31	1	3	1	1	6	54
32	1	1	1	1	4	52
33	1	5	1	1	8	76
34	2	2	1	1	6	95
35	1	1	1	1	4	31
36	1	2	1	5	9	88
37	3	2	1	1	7	106

T= Trabalho

Apêndice D – Respostas às questões (Q) do Inventário de Depressão de Beck (BDI) das 37 mulheres obesas.

Paciente Nº	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
5	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	3	1
6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7	1	1	1	1	2	3	1	1	0	1	2	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
12	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1
13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
14	2	1	1	0	1	0	1	2	0	1	2	2
15	2	3	3	3	1	3	1	1	1	1	2	1
16	0	0	0	1	0	3	1	2	1	1	1	1
17	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0
18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
19	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
20	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
21	1	1	1	1	2	0	1	2	0	1	2	2
22	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
25	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
26	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
27	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
28	0	0	1	0	3	2	1	2	0	0	1	0
29	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
30	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
31	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
32	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
34	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
36	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	3	0
37	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1

Nota: Escores indicativos de depressão ≥ 20

Paciente Nº	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Escore Total
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	6
2	2	0	0	0	1	0	1	1	0	8
3	2	0	1	0	2	0	0	1	1	15
4	0	1	0	0	1	0	0	0	1	11
5	0	2	1	0	1	0	0	0	0	12
6	0	1	0	0	0	0	1	1	1	5
7	2	2	1	1	1	0	0	1	1	24
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	1	0	0	1	0	0	0	1	6
12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	8
13	0	0	0	1	1	0	0	0	1	6
14	1	1	1	1	1	0	0	1	0	19
15	2	3	1	1	3	0	0	0	0	32
16	2	1	2	1	2	0	0	2	1	22
17	0	0	0	1	1	0	0	1	0	8
18	0	1	0	2	0	0	0	1	0	7
19	0	2	0	1	1	0	0	1	0	8
20	0	2	0	1	0	0	0	1	0	7
21	2	3	1	1	2	0	0	0	1	24
22	0	2	0	0	1	0	1	0	1	8
23	0	0	0	0	1	0	2	0	0	4
24	0	0	0	0	0	0	3	0	0	6
25	0	2	0	0	1	0	0	1	1	9
26	0	1	1	2	1	0	0	1	0	11
27	1	2	0	0	0	0	0	1	0	6
28	0	0	0	0	1	0	0	0	0	11
29	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5
30	1	0	0	0	0	0	1	0	3	8
31	0	1	0	3	1	0	0	1	0	8
32	1	0	1	1	1	0	0	1	2	14
33	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4
34	0	1	0	1	1	0	0	1	1	11
35	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
36	2	2	2	1	1	1	0	1	1	18
37	1	1	1	1	1	0	0	1	2	17

Nota: Escores indicativos de depressão ≥ 20

Apêndice E - Respostas às Questões (Q) da Escala Classificatória de Hamilton para Ansiedade (HAM-A) das 37 mulheres obesas.

Paciente Nº	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Escore Total
1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	2	3	0	12
2	1	0	0	2	1	0	2	0	0	0	1	0	1	1	9
3	4	2	1	1	1	2	3	0	1	0	0	0	2	0	17
4	2	2	2	1	1	1	2	2	0	2	3	3	0	0	21
5	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
6	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	8
7	3	4	1	3	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	16
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
11	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
12	1	2	0	0	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	9
13	2	3	3	3	2	2	1	1	1	2	2	1	1	0	24
14	3	3	3	3	4	4	2	3	0	0	4	0	0	0	29
15	4	4	2	3	4	4	4	2	4	2	0	0	3	3	39
16	3	3	2	4	0	2	4	4	1	1	0	1	1	3	29
17	2	2	2	1	1	2	2	0	0	0	2	3	0	0	17
18	4	2	0	0	3	3	3	0	0	0	1	0	0	0	16
19	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
20	0	0	3	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	8
21	3	4	4	3	1	3	3	2	0	0	0	2	3	2	30
22	2	4	0	1	2	2	3	1	1	1	1	0	2	2	22
23	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	6
24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25	2	1	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	1	0	12
26	1	0	0	4	2	1	3	0	0	1	1	0	0	0	13
27	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
28	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	7
29	2	1	0	0	2	1	0	2	0	0	2	0	0	0	10
30	1	0	0	0	4	2	0	0	0	1	0	4	0	1	13
31	1	2	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	2	0	12
32	1	3	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	9
33	0	1	1	1	1	0	2	1	2	0	0	0	2	0	11
34	1	2	0	1	2	3	1	0	0	1	0	0	1	1	13
35	3	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	7
36	1	2	0	1	3	2	3	4	0	0	1	2	2	2	23
37	3	4	0	3	1	2	2	0	2	2	0	3	2	1	25

NOTA: Escores indicativos de ansiedade ≥ 18

Apêndice F – Exames laboratoriais das 37 mulheres obesas.

Paciente Nº	Glicose	Colest T	HDL	LDL	Triglic	TSH	Prolactina	Testo Total	SHBG	Testo Livre
1	79	247	27	196	120	2,28	11,7	0,83	17,8	0.020
2	87	171	41	122	39	1,26	8,7	1,24	99,7	0,010
3	82	160	52	90	93	2,59	19,6	0,27	18,1	0,006
4	102	210	58	124	142	2,5	11,7	0,79	142	0.004
5	96	196	48	111	186	1,82	6,3	0,69	28	0.013
6	87	188	49	122	86	1,37	15,9	0,20	33,8	0,035
7	93	201	26	151	119	5,13	14,8	0,58	33,9	0,010
8	88	234	47	163	119	1,3	5	0,72	23	0,015
9	97	172	47	101	119	2,59	13,8	1,24	72,4	0.013
10	91	157	67	78	62	2,82	23,6	0,83	259	0.002
11	102	192	55	100	185	1,6	8	1,49	20	0.034
12	97	203	41	132	152	1,57	11,6	0,52	51,6	0,006
13	97	226	55	155	82	0,91	8	0,69	32,8	0.012
14	97	226	45	156	125	3,34	12,5	0,20	25,6	0.004
15	80	164	52	93	95	5,36	6,1	0,69	121	0.004
16	88	204	52	132	100	1,77	11,4	0,31	58	0.003
17	73	124	59	52	66	1,18	15,7	0,40	29,2	0,007
18	84	165	63	85	86	2,52	29,2	0,10	299	0.0003
19	87	230	42	164	121	0,993	8,3	0,38	57,3	0.004
20	83	227	65	140	109	3,11	16,2	0,38	299	0.001
21	75	138	32	70	183	0,92	3,5	1,6	46	0.023
22	79	138	54	68	82	1,67	8,1	0,20	186	0.0009
23	87	229	66	140	118	2,55	9,4	0,69	333	0.001
24	85	236	56	157	117	1,06	18,1	0,65	45,2	0.009
25	70	214	57	134	113	2,3	18,2	1,59	383	0.003
26	88	213	60	102	258	0,43	11,8	0,99	110	0.007
27	96	195	58	93	221	1,06	21,2	1,42	311	0.067
28	89	199	48	124	134	3,02	20	0,83	200	0.003
29	85	218	58	140	99	2,67	8,5	1,21	53,3	0.016
30	98	159	44	100	75	1,06	13,2	1,45	45,6	0,021
31	89	230	51	149	153	2,48	8,6	2,15	27,7	0,043
32	96	185	48	116	105	1,26	13,6	0,58	33,9	0.010
33	72	151	42	87	113	1,6	29,3	0,52	55	0.006
34	98	123	48	67	53	2,76	25,4	1,94	55,3	0.006
35	83	192	49	86	284	1,5	10,7	1,07	45,9	0.015
36	77	136	64	63	44	1,31	8,1	1,49	45,6	0.021
37	90	159	66	69	121	1,77	18,1	0,69	28	0.013

Apêndice G – Peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC) das 37 mulheres obesas.

Paciente N°	Peso	Altura	IMC
1	96,00	1,69	33
2	97,40	1,58	39
3	82,00	1,64	30
4	87,00	1,57	35
5	82,80	1,63	31
6	80,40	1,56	33
7	94,00	1,60	36
8	71,50	1,53	31
9	79,00	1,62	30
10	91,50	1,72	31
11	92,00	1,63	34
12	77,00	1,59	30
13	85,50	1,62	33
14	116,00	1,72	39
15	100,00	1,62	38
16	82,00	1,56	34
17	88,50	1,53	37
18	94,00	1,68	33
19	77,00	1,58	31
20	73,00	1,54	31
21	91,40	1,71	31
22	80,00	1,55	33
23	77,00	1,58	31
24	90,00	1,68	32
25	96,00	1,60	37
26	84,70	1,64	32
27	80,00	1,58	32
28	90,00	1,58	36
29	86,40	1,63	32
30	82,20	1,63	32
31	84,20	1,55	35
32	72,00	1,48	33
33	77,00	1,51	34
34	100,00	1,60	39
35	83,60	1,60	32
36	73,30	1,56	30
37	111,00	1,72	38