

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE – CEFID
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

PRISCILLA GERALDINE WITTKOPF

**FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE PARTICIPANTES, COM E SEM DOR CRÔNICA
MUSCULOESQUELÉTICA, ENGAJADOS EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO
CARDIOPULMONAR E METABÓLICA COM ÊNFASE NO EXERCÍCIO FÍSICO.**

FLORIANÓPOLIS –SC

2013

PRISCILLA GERALDINE WITTKOPF

**FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE PARTICIPANTES, COM E SEM DOR CRÔNICA
MUSCULOESQUELÉTICA, ENGAJADOS EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO
CARDIOPULMONAR E METABÓLICA COM ÊNFASE NO EXERCÍCIO FÍSICO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientador: Fernando Luiz Cardoso

PRISCILLA GERALDINE WITTKOPF

FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE PARTICIPANTES, COM E SEM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA, ENGAJADOS EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E METABÓLICA COM ÊNFASE NO EXERCÍCIO FÍSICO.

Banca examinadora

Orientador: _____
Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso

Membro 1: _____
Prof. Dr. Tales de Carvalho

Membro 2: _____
Prof. Dra. Giovana Zarpellon Mazo

Membro 3: _____
Prof. Dra. Andréia Pelegrini

Membro 4: _____
Prof. Dra. Juliana Barcellos de Souza

*Dedico este trabalho aos meus pais,
que estiveram ao meu lado em todo o processo
e que, com amor, me ensinaram a ser
ética, honesta e – sobretudo- compassiva.
Edson Wittkopf e Margout de Lima Wittkopf*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais, Edson Wittkopf e Margout de Lima Witkopf, pela oportunidade e apoio para que eu pudesse fazer e estudar o que gosto.

Aos meus irmãos Dimitri Boris Wittkopf e Alexander Gyork Wittkopf por me protegerem, e ao mesmo tempo, me ensinarem a lutar.

Ao meu companheiro Thiago Vilas Boas que me ajudou, me apoiou e me ensinou a viver com mais leveza.

Ao meu Orientador Dr. Fernando Luiz Cardoso pelos ensinamentos e pela inspiração em manter-me atualizada e produtiva.

À Professora Fabiana Flores Sperandio pelo companheirismo e ajuda em todo o processo, não apenas profissional como pessoal.

À banca examinadora Dr. Tales de Carvalho, Dra. Giovana Zarpellon Mazo, Dra. Andréia Pelegrini e Dra. Juliana Barcellos de Souza, os quais eu admiro e agradeço por aceitarem participar deste processo.

À colega de mestrado e amiga Marcela Almeida Zequinão, pelo companheirismo, ajuda e apoio nos momentos mais difíceis. Agradeço-te por tudo que me ensinaste e te admiro por te manteres confiante e focada, mesmo com as adversidades que a vida apresenta.

Aos meus colegas do Laboratório de Gênero Sexualidade e Corporeidade, que nestes seis anos me ensinaram e me transformaram em pesquisadora.

À colega de mestrado Sabrina Sties e aos membros do Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, que abriram as portas e me ajudaram em todo o processo.

Aos meus colegas de mestrado que me ensinaram muito e compartilharam momentos inquietos, em que me acalmaram e me ajudaram a focar no que realmente importa.

À Professora Patrícia Vieira de Souza por todos os ensinamentos e, principalmente, por um modelo a ser seguido.

Aos meus colegas da Clínica Corpo e Movimento pela ajuda e companheirismo.

*“Regrets, I’ve had a few
But then again, too few to mention
I did what I had to do
And saw it through without exemption*

*I’ve planned each charted course
Each careful step along the byway
And more, much more than this
I did it my way”*

Frank Sinatra (My way)

RESUMO

WITTKOPF, Priscilla Geraldine. Função sexual e qualidade de vida de participantes, com e sem dor crônica musculoesquelética, engajados em programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica com ênfase no exercício físico. 2013. Dissertação (mestrado)–Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

Fundamentação: Participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica podem apresentar comorbidades e dor musculoesquelética em função do envelhecimento e do compartilhamento de fatores de risco. Estes atuam como agentes estressantes que influenciam negativamente a qualidade de vida e a função sexual. Objetivo: avaliar a função sexual e a qualidade de vida de participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica com e sem dor crônica musculoesquelética. Método: Foram entrevistados 100 participantes de dois programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Avaliação do Sistema Locomotor, Escala Graduada de Dor Crônica para investigação dos domínios da dor: intensidade, incapacidade e frequência, versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36, Índice Internacional de Função Erétil e Female Sexual Function Index – FSFI. Resultados: 47% dos participantes referiu sentir alguma dor musculoesquelética, sendo que eles apresentaram maior IMC (Md= 30,17, M=30,19) e maior prevalência nas mulheres (79,2%). A curva ROC indicou ponto de corte de IMC > 28,04Kg/m². Os locais mais acometidos pela dor em repouso foram: a lombar (29,8%), os joelhos (23,4%) e os ombros (10,6%). 30% dos participantes eram limitados pela dor e 18% referiram dor piorada ou desencadeada pelo exercício físico, sendo a maior concentração de queixas nos membros inferiores. Não foram observadas associações entre vida sexual ativa e presença de dor musculoesquelética, assim como não foi constatada diferença na função sexual masculina quando comparados os participantes com e sem dor. 41,7% dos participantes com dor apresentou disfunção erétil. Os participantes com dor apresentaram menores escores nos domínios capacidade funcional, aspectos emocionais e saúde mental do questionário de qualidade de vida. Verificou-se correlação positiva entre satisfação sexual geral e função erétil com capacidade funcional relacionada à qualidade de vida. Conclusão: Foi observado presença de dor em aproximadamente metade dos participantes, sendo parte deles limitados por ela. Além disso, participantes com dor musculoesquelética apresentaram piores escores de qualidade de vida. Salienta-se a importância de avaliar função sexual, qualidade de vida e condições musculoesqueléticas de participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica tanto no início quanto na evolução do tratamento, principalmente naqueles com IMC superior a 28,04 Kg/m².

Palavras chave: dor musculoesquelética, doenças cardiovasculares, reabilitação, exercício, comportamento sexual, qualidade de vida.

ABSTRACT

WITTKOPF, Priscilla Geraldine. Função sexual e qualidade de vida de participantes, com e sem dor crônica musculoesquelética, engajados em programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica com ênfase no exercício físico. 2013. Dissertação (mestrado)—Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

Background: Participants in cardiopulmonary and metabolic rehabilitation programs may have comorbidities and musculoskeletal pain due to aging and the sharing of risk factors. These, act as stressors that negatively influence the quality of life and sexual function. **Objective:** To assess sexual function and quality of life of participants of cardiopulmonary and metabolic rehabilitation program with and without chronic musculoskeletal pain. **Method:** We interviewed 100 participants from two cardiopulmonary and metabolic rehabilitation programs. The instruments used were: musculoskeletal system assessment, the chronic pain grade scale to research in the fields of pain: intensity, frequency and disability, the Brazilian version of the quality of life questionnaire SF-36, the International Index of Erectile Function and Female Sexual Function Index - FSFI. **Results:** 47% of participants reported feeling some musculoskeletal pain, and they had higher Body mass index (BMI) (Md = 30.17, M = 30.19) and a higher prevalence in women (79.2%). The ROC curve showed a cutoff of BMI > 28.04 kg /m². The sites most affected by pain were: lumbar (29.8%), knees (23.4%) and shoulder (10.6%). 30% of participants were limited by pain and 18% reported pain worsened or triggered by exercise, with the largest concentration of complaints in the lower limbs. No associations were observed between active sex life and the presence of musculoskeletal pain, and no difference was found in male sexual function comparing participants with and without pain. 41.7% of participants with pain had erectile dysfunction. Participants with pain had lower scores for physical functioning, role emotional and mental health evaluated with the quality of life questionnaire. There was a positive correlation between overall sexual satisfaction and erectile function with functional capacity related to quality of life. **Conclusion:** We observed the presence of pain in approximately half of the participants, some of them being limited by it. Furthermore, participants with musculoskeletal pain had worse quality of life scores. Stresses the importance of assessing sexual function, quality of life and musculoskeletal conditions for participants of cardiopulmonary and metabolic rehabilitation programs at both the beginning and progress of treatment, especially in those with a BMI greater than 28.04 kg / m².

Keywords: musculoskeletal pain, cardiovascular disease, rehabilitation, exercise, sexual behavior, quality of life.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Diagrama de fluxo de inclusão e exclusão dos estudos publicados nas bases de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Science direct.....18
- Figura 2 - Diagrama de fluxo de inclusão e exclusão dos estudos publicados nas bases de dados PubMed, Science direct e Medline Ovid web.....24
- Figura 3: Curva de Característica de Operação do Receptor para índice de massa corporal.....32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem dos graus de dor.	34
Gráfico 2: Associação entre presença de dor musculoesquelética e disfunção erétil.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: Pubmed, Science direct, SciELO, e Lilacs	16
Quadro 2 - Descrição dos principais resultados de estudos elegíveis referente ao efeito da DCME na QV.....	19
Quadro 3 - Análise dos resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados de acordo com a Classificação Hierarquia da Evidência e as ecomendações da STROBE.	20
Quadro 4 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: <i>MEDLINE OVID WEB, Science Direct, PubMed</i>	23
Quadro 5 - Descrição dos principais resultados de estudos elegíveis referente ao efeito da dor crônica na função sexual	25
Quadro 6- Análise dos resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados de acordo com a Classificação Hierarquia da Evidência e as recomendações da STROBE.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e fatores de risco.....	32
Tabela 2: Descrição das dores musculoesqueléticas.....	33
Tabela 3 Comparação das características da dor entre sexo:	33
Tabela 4: Descrição da dor piorada/desencadeada pelo exercício físico:.....	34
Tabela 5: Caracterização das participantes do estudo quanto a variáveis sociodemográficas.....	38
Tabela 6. Comparação entre função sexual masculina e presença de dor.....	38
Tabela 7: Comparação dos domínios de qualidade de vida entre os participantes com e sem dor crônica musculoesquelética.....	39
Tabela 8. Correlação entre os domínios da qualidade de vida e da função sexual masculina.....	40

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário Sócio demográfico e Clínico	54
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – ABEP	56
ANEXO B – Inventário de Avaliação do Sistema Locomotor (IASL)	57
ANEXO C - Escala Graduada de dor crônica Brasil (EGDC-Br)	58
ANEXO D – FEMALE SEXUAL FUNCTION ÍNDEX (FSFI)	59
ANEXO E – ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL (IIFE)	61
ANEXO E – ANEXO F – Questionário de qualidade de vida SF-36	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CAPÍTULO I.....	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Efeito da Dor Crônica Musculoesquelética nas Diversas Dimensões da Qualidade de vida: Revisão Sistemática de Literatura	17
3 CAPÍTULO II.....	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Efeito da Dor Crônica na Função Sexual de Indivíduos Adultos e Idosos: Revisão Sistemática de Literatura.....	23
4 CAPÍTULO III.....	31
4.1 Objetivo Geral	31
4.2 Objetivos Específicos.....	31
4.3 Presença de Comorbidades Musculoesqueléticas e Percepção de Dor em Participantes de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica com Ênfase no Exercício Físico	31
5 CAPÍTULO IV	37
5.1 Objetivo Geral	37
5.2 Objetivos Específicos.....	37
5.3 Função Sexual e Qualidade de Vida de Participantes de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica Sob o Viés da Dor Musculoesquelética	37
6 CONCLUSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, resultado de baixa mortalidade e natalidade e aumento da expectativa de vida, fruto do grande empenho científico na busca e alcance da longevidade. Porém, esse fenômeno vem acompanhado do aumento na incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, como as doenças cardiovasculares (EPPS, 2001; UNITED NATIONS, 2009; IBGE, 2010).

As doenças cardiovasculares são causa de aproximadamente 17 milhões de mortes ao ano (BRAIG et al., 2011). Nos pacientes que sobrevivem ao evento cardíaco, e naqueles que convivem com a doença, observa-se limitações físicas e impacto psicológico, que refletem negativamente na percepção da saúde e na qualidade de vida (QV) (FAVARATO et al., 2006). O crescente impacto das doenças cardiovasculares na saúde e na economia fez com que fossem desenvolvidas estratégias de prevenção, tratamento e controle. Sendo um dos principais componentes dessa estratégia, auxiliar o indivíduo a adquirir as habilidades para manter-se saudável e ativo (ADAMS et al., 2007).

Neste contexto, foram implantados os programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM), que se caracteriza como um processo de terapia multidisciplinar, cujo enfoque no exercício físico tem como coadjuvante técnicas de auxílio para redução dos níveis de stress, instruções acerca da alimentação e controle de fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, diabetes e obesidade (LESSA, 2003; CARVALHO, 2006; KOMOROVSKYA et al., 2008). O exercício físico, que atua como a base a RCPM, efetivamente melhora a capacidade funcional, reduz a mortalidade cardiovascular, amortiza os sintomas relacionados à isquemia, reduz o risco de eventos coronarianos subsequentes, melhora a função sexual (FS) e a qualidade de vida (QV) dos participantes. (NIEBAUER, 1997; VAZ e NODIN, 2005; KLEIN *et al.*, 2007; REBELO *et al.*, 2007; TREAT-JACOBSON e LINDSQUIT, 2007; SHABANI et al., 2010; MOSAYEBI et al., 2011; GHASHGHAEI et al., 2012; STEIN, 2006).

Apesar de a RCPM ser reconhecida como padrão ouro na gestão de doenças cardiovasculares (LAVIE et al., 1993; WITT et al., 2004), nos últimos anos vem crescendo a preocupação com a coexistência de doenças crônicas e seu impacto na vida dos pacientes (JADAD et al., 2011). Essa combinação de doenças crônicas, além da doença principal, é denominada de comorbidades, e sua ocorrência influencia as decisões de profissionais de diversas áreas da saúde, no que diz respeito à prevenção, à complexidade do tratamento e à utilização dos serviços de saúde (FRIED e GURALNIK, 1997; CAUGHEY et al., 2008).

Dentre as principais comorbidades associadas às doenças cardiovasculares estão as de origem musculoesquelética (SA et al., 2008; CDC, 2009), cujo principal sintoma é a dor crônica (DELLAROZA et al., 2007). Segundo a European Commission (2003), a dor crônica musculoesquelética (DCME) é definida como uma experiência sensitiva desagradável, durante um período de seis meses ou com três episódios nos últimos três meses e que acomete articulações, ossos, cartilagens, ligamentos, tendões, bainhas dos tendões, bursas e músculos. Na Europa a DCME de moderada a alta intensidade acomete cerca de 20% dos adultos (BREIVIK et al., 2006), chegando a uma estimativa brasileira de 85,5% (DOS REIS et al., 2008; SANTOS et al., 2010).

Ao passo que a doença arterial coronariana (DAC) é a maior causa de morte no mundo (WHO, 2008), as comorbidades musculoesqueléticas são a maior causa de morbidade e incapacidade (WHO, 2003 BROOKS, 2006). Sabe-se que a combinação de comorbidades é preditor de mortalidade, de pior estado funcional, de pior QV e de maior utilização dos serviços de saúde (GIJSEN et al., 2001; SLATER et al., 2011). Apesar disso, pouca atenção tem se dado a coexistência de comorbidades, e ao efeito delas nas atividades laborais, recreativas e sexuais, assim como, na QV.

Separadamente estudos apontam o efeito deletério das doenças cardiovasculares e da DCME na FS (AMBLER et al., 2001; STEIN, 2004; LUNELLI et al., 2008; TAJAR et al., 2011; BAHOUQ et al., 2013) e na QV (FAVARATO et al., 2006; ARVIDSSON et al., 2008; NAKAMURA et al., 2011). Entretanto, observa-se uma lacuna na literatura no que diz respeito aos efeitos da associação dessas comorbidades. Diante disso questiona-se: Como se comporta a função sexual e a qualidade de vida de participantes com e sem dor crônica musculoesquelética, engajados em programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica com ênfase no exercício físico?

Esta dissertação será apresentada em quatro capítulos. Cada capítulo apresentará um objetivo geral e os respectivos objetivos específicos, assim como a fundamentação, os métodos, os resultados e a discussão de cada um dos estudos estruturados em forma de artigo científico. Desta forma o capítulo número 1 compreende um artigo de revisão sistemática sobre dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida. Seguindo, o capítulo 2 apresenta outro artigo de revisão sistemática sobre dor crônica e função sexual. No capítulo 3 está descrito o primeiro artigo original intitulado “Presença de comorbidades musculoesqueléticas e percepção de dor em participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica com ênfase no exercício físico”. Por fim, o capítulo 4 desta dissertação apresentado os resultados descritos no artigo: “Função sexual e qualidade de vida de participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica sob o viés da dor musculoesquelética”. Ao final, são apresentadas as conclusões gerais do trabalho e as considerações finais.

2 CAPÍTULO I

2.1 Objetivo Geral

Identificar e resumir estudos que avaliaram o efeito da dor crônica musculoesquelética nas diversas dimensões da qualidade de vida.

2.2 Efeito da Dor Crônica Musculoesquelética nas Diversas Dimensões da Qualidade de vida: Revisão Sistemática de Literatura

INTRODUÇÃO

A Dor crônica é um problema de saúde pública, com prevalência de 9% a 24 % em diferentes cidades da Europa, América e Ásia. É o sintoma mais referido pela comunidade no sistema de atendimento primário, totalizando cerca de 20% de todas as visitas ambulatoriais nos Estados Unidos (NG et al., 2002; ERIKSEN et al., 2003; RUSTØEN et al., 2004; BREIVIK et al., 2006; YEO e TAY, 2009).

Dentre as dores crônicas, uma das mais prevalentes é a de origem musculoesquelética. Segundo a European Commission (2003), a dor crônica musculoesquelética (DCME) é definida como uma experiência sensitiva desagradável, durante um período de seis meses ou com três episódios nos últimos três meses e que acomete articulações, ossos, cartilagens, ligamentos, tendões, bainhas dos tendões, bursas e músculos. Na Europa a DCME de moderada a alta intensidade acomete 19% dos adultos (BREIVIK et al., 2006), chegando a uma estimativa brasileira de 85,5% (DOS REIS et al., 2008; SANTOS et al., 2010).

Atualmente, as comorbidades musculoesqueléticas, que geram dor, são as maiores causas de morbidade e incapacidade (WHO, 2003; BROOKS, 2006). Essa condição gera limitações nas atividades diárias conferindo impacto psicológico o que acaba por interferir na qualidade de vida (QV). Esta, por sua vez, é definida pela Organização mundial da Saúde (OMS) como “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. (THE WHOQOL GROUP, 1995). Este constructo apresenta três aspectos fundamentais: 1) Subjetividade, em que a perspectiva do indivíduo é o que está em questão; 2) Multidimensionalidade, em que a qualidade de vida é composta por diversas dimensões e 3) Presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999).

Sabe-se, que a DCME interfere na QV das pessoas, entretanto, diante dos aspectos apresentados pela OMS, questiona-se qual a influência da DCME nas diferentes dimensões que abrangem o constructo QV. Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar e resumir estudos que avaliaram o efeito da DCME nas diversas dimensões da QV.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo exploratório-documental, por meio de análise de conteúdo. Em revisões desta natureza, os documentos estudados são selecionados por meio de um método sistemático a partir da separação por temáticas e eixos de pesquisa (GIL, 1991). Para esta revisão sistemática foi utilizado como protocolo a Declaração PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (MOHER et al., 2009).

O levantamento dos estudos foi realizado entre os dias 18 de maio ao dia 5 de junho de 2013. Utilizou-se o termo *MeSh* dor crônica musculoesquelética “*chronic musculoskeletal pain*” combinado com o termo qualidade de vida “*quality of life*”, utilizando o operador lógico “AND” entre eles. Os termos foram pesquisados nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed, Lilacs e *Science Direct*, nos campos título, resumo e palavras-chave “*Title-Abstr-Key-words*”, conforme quadro 1.

Quadro1 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: *Pubmed, Science direct, SciELO, e Lilacs*

<i>Pubmed,</i>	<i>Science direct</i>	<i>SciELO</i>	<i>Lilacs</i>
<i>In the Title/abstract field: Chronic musculoskeletal pain AND Quality of life Limited: from 2003 to 2013 Original Article</i>	<i>In the Title/abstract/key words field: Chronic musculoskeletal pain AND Quality of life Limited: from 2003 to 2013 Original Article</i>	Todos os índices: Dor cônica musculoesqueléica AND Qualidade de vida	Todos os índices: Dor cônica musculoesqueléica AND Qualidade de vida

Fonte: Produção próprio autor

Todos os artigos foram analisados por dois avaliadores independentes, inicialmente pelos títulos e resumos e, por fim, pelo texto completo. Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigo original, como ensaios clínicos controlados randomizados, quais randomizados, estudo aleatórios, estudos de coorte, caso-controle retrospectivo; estudo que abordasse o tema dor crônica musculoesquelética e qualidade de vida; publicados entre 2003 a junho de 2013. Os artigos excluídos foram: editoriais ou atualizações de protocolos; artigos não disponíveis em texto completo nas bases; artigos que não escritos em Inglês ou em Português; artigos que utilizaram instrumentos não validados para avaliar a dor ou a qualidade de vida, estudos com objetivos terapêuticos, ou que não utilizaram grupo controle com participantes saudáveis. Também foram excluídos estudos pilotos, revisões, estudos ou relatos de caso, conferências e annais. Após a seleção final dos artigos incluídos, foi realizada a busca manual, na lista de referências de cada um dos cinco artigos (PATEL et al., 2012).

Em função da heterogeneidade dos desenhos e das amostras dos estudos selecionados não foi possível realizar análise quantitativa dos resultados, mas sim uma avaliação qualitativa (PATEL et al., 2012). A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada segundo as recomendações STROBE (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*) (ELM et al., 2008). Para tanto, a ferramenta apresenta um *checklist* de 22 itens que devem ser contemplados, sendo classificados em três categorias: Boa (estudos que preenchem $\geq 80\%$ dos critérios), moderada (estudos que preenchem de 50% a 80% dos critérios) e ruim (estudos que preenchem $< 50\%$ dos critérios) (ELM et al., 2008). Apesar das recomendações STROBE não terem sido desenvolvidas para análise metodológica de artigos publicados, recentemente tem sido utilizada como uma ferramenta para análise qualitativa de estudos observacionais por diversos autores (SANDERSON et al., 2007; OLMOS et al., 2008; LYSTAD et al., 2009; ORRIOLS et al., 2009; SWAIN et al., 2011).

Outra ferramenta utilizada para análise e interpretação qualitativa dos artigos elegíveis foi o sistema hierárquico da evidência, descrito por Sackett et al. (2000), que tem por objetivo determinar o nível da evidência de pesquisas.

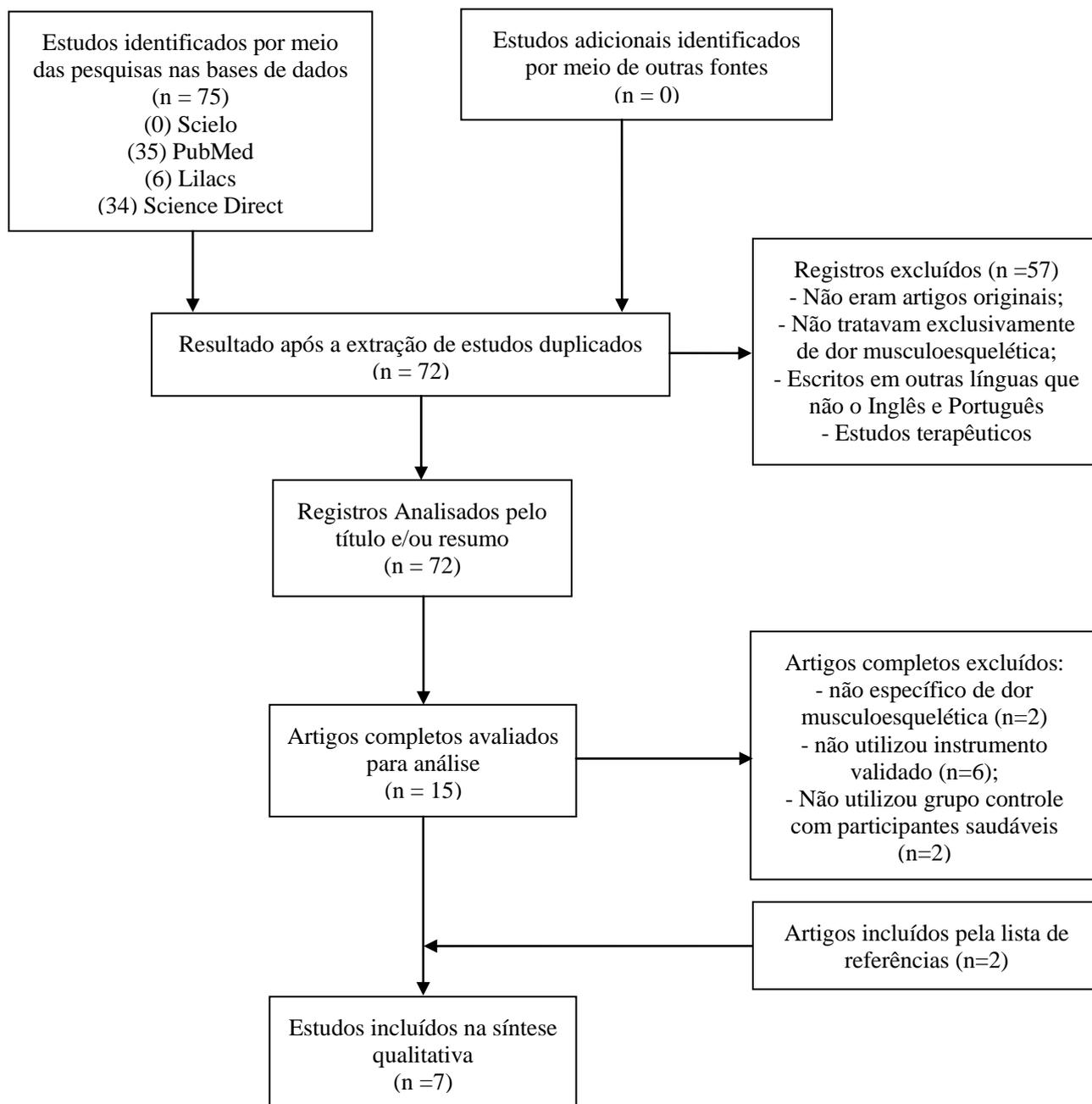
RESULTADOS

Dos 75 artigos encontrados nas bases de dados, três eram duplicados e 57 foram avaliados pelo título e resumo. De acordo com os critérios de exclusão, 15 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra e, por fim, sete artigos foram selecionados. A descrição do processo pode ser vista na figura 1.

Dos sete artigos selecionados para análise foi possível observar a variada distribuição de países de origem, sendo quatro do continente europeu, um do asiático e dois do continente americano. Demonstrando que o interesse em estudos, no que tange a influência da DCME na QV, é uma preocupação mundial.

Quando analisados os tipos de estudos, foi possível observar que a maior parte são estudos descritivos exploratórios transversais. Cerca de quatro dos sete artigos analisados estudaram a DCME proveniente da Fibromialgia.

Figura 1 - Diagrama de fluxo de inclusão e exclusão dos estudos publicados nas bases de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Science direct.



Fonte: Produção próprio autor

Quanto aos instrumentos de avaliação de dor e de QV, foi possível verificar que diferentes questionários de dor foram utilizados, já para a QV o Questionário SF-36 foi a opção de todos os autores.

Ao analisar os resultados destacou-se a tendência de pior QV em todas as dimensões entre os participantes com DCME. Foi possível observar, também, que algumas dimensões podem modificar de acordo com o número de locais de dor, com o tempo ou a gravidade da mesma (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição dos principais resultados de estudos elegíveis referente ao efeito da DCME na QV.

Referência	País	Desenho (n)	Comorbidade	Idade em anos	Instrumentos QV/ DCME	Resultados Principais	Outros resultados
Nakamura et al., 2011	Japão	Epidemiológico (11507)	Não especificado	18	FIQ SF-36 EVA	Pior QV em participantes com dor.	Dor referida por 1770 indivíduos; Dor lombar em 65% dos casos; Dor cervical e ombros em 55% cada;
Arvidsson et al., 2008	Suécia	Coorte Longitudinal (8 anos) (1849)	Não especificado	20	SF-36 Epipain questionnaire	Pior QV em participantes com dor, tanto no início quanto após 8 anos.	Após 8 anos Piora de todos os escores de QV nos participantes sem dor; Piora dos domínios CF, dor, AS e AE para os participantes com dor.
Bergman et al., 2004	Suécia	Coorte Longitudinal (3 anos) (1852)	Não especificado	20	SF-36	Pior QV em participantes com dor.	Após 3 anos: Piora de todos os escores de QV para os participantes que desenvolveram dor, com exceção dos domínios LAF, AE e SM nos participantes que desenvolveram dor generalizada; Melhora nos domínios CF, LAF, dor e vitalidade para os participantes que evoluíram para nenhuma dor; Participantes com queixas de dor localizada e desenvolveram a dor generalizada, verificou-se deterioração nos aspectos: EGS, vitalidade, AS e SM; Participantes que evoluíram de dor generalizada para nenhuma dor melhoraram a dor e o EGS. Aqueles que se mantiveram com dor generalizada pioraram a vitalidade
Angel et al., 2012	Espanha	Descritivo transversal com controle (83)	Fibromialgia	51,79 ± 8,02	FIQ SF-36	Pior QV em participantes com dor.	Diferença nos domínios vitalidade e SM em relação à gravidade da doença
Santos et al., 2006	Brasil	Descritivo transversal com controle (40)	Fibromialgia	GE 47,6 ± 7,23 GC 49,7 ± 5,04	FIQ SF-36	Pior QV em participantes com dor.	Não se aplica
Lobbezoo et al., 2004	Holanda	Descritivo exploratório com controle (250)	Dor Craniomandibular, Cervicalgia, Fibromialgia	34,0 ± 13,3	SF-36 McGill EVA	Pior QV em participantes com dor.	Quanto maior o número de locais de dor pior a QV
Pagano et al., 2004	Brasil	Descritivo exploratório com controle (80)	Fibromialgia	GE 49,48 ± 7,65 GC 49,43 ± 5,95	FIQ SF-36	Pior QV em participantes com dor.	Não se aplica

FIQ = Fibromyalgia; Impact Questionnaire; SF-36= Questionário de qualidade de vida SF-36; EVA = Escala visual analógica; GE= grupo estudo; GC = grupo controle; CF = capacidade funcional; LAF= limitações por aspectos físicos; AE = aspectos emocionais; e saúde mental; EGS = estado geral de saúde.

Fonte: Produção próprio autor

A qualidade metodológica dos estudos analisados variou de moderada a boa como apresentado no quadro 3. Os estudos que apresentaram maior pontuação na avaliação da qualidade metodológica foram aqueles com melhores desenhos de pesquisa, como estudos epidemiológicos e de coorte, e estudos com amostras maiores. De forma geral, as falhas metodológicas foram: não especificação de todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés, falta de informações sobre os participantes nos resultados, não apresentação de limitações do estudo e não explanação sobre a determinação do tamanho amostral. Quanto à análise hierárquica de evidência, verificou-se que a maior parte dos artigos apresentam fracos níveis de evidência, variando de IV a IIB.

Quadro 3 - Análise dos resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados de acordo com a Classificação Hierarquia da Evidência e as recomendações da STROBE.

Autor/ano	Nakamura, et al, 2011	Bergman et al. 2004	Arvidsson et al, 2008	Santos et al, 2006	Ángel et al, 2012	Pagano et al, 2004	Lobbezoo et al, 2004
1. Título e resumo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
INTRODUÇÃO							
2. Contexto/justificativa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Objetivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MÉTODO							
4. Desenho do estudo	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗
5. Contexto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Participantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Variáveis	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
8. Fonte de dados;	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Viés	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓
10. Tamanho do estudo	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓
11. Variáveis quantitativas	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
12. Método estatístico	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
RESULTADOS							
13. Participantes	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗
14. Dados descritivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15. Desfecho	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16. Resultados principais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17. Outras análises	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DISCUSSÃO							
18. Resultados principais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19. Limitações	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗
20. Interpretações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21. Generalizações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
OUTRAS INFORMAÇÕES							
22. Financiamentos	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗
%	86%	95%	95%	77%	77%	77%	77%
Classificação	A	A	A	B	B	B	B
Sistema hierárquico da evidência	IIB	IIB	IIC	IV	IV	IV	IV

✓ =Sim

✗ =Não

Fonte: Produção próprio autor

DISCUSSÃO

A investigação da presença de DCME, e seus efeitos na saúde e na QV tem-se demonstrado preocupante dado o aumento na incidência de comorbidades e dores tanto em países desenvolvidos como em fase de desenvolvimento (FEJER e RUHE, 2012; MIRANDA et al., 2012). Este fato justifica a grande distribuição de origem dos artigos analisados no presente estudo.

Especificamente, as queixas de DCME aumentaram entre duas e quatro vezes nos últimos 40 anos (BROOKS, 2005; HARKNESS et al., 2005; BROOKS, 2006), já na última década, houve aumento de 30% na prevalência de artrose (WHO, 2008). Tal fato pode ser atribuído ao envelhecimento da população e aumento da prevalência de fatores de risco, como obesidade e tabagismo (ESPELAND et al., 2007; ALTMAN, 2010). Estes aspectos podem explicar as altas prevalências de dores na coluna lombar, nos joelhos e nos ombros (CHOPRA et al., 2002; CHOPRA, 2004; ZENG et al., 2004; COTE et al., 2008; MANCHIKANTI, 2009; HOY et al., 2010). Neste sentido, salienta-se a importância da investigação do efeito das DCME focais como as causadas por lombalgias, e de dores geradas por outras comorbidades, como artrose, na depleção dos quadros de QV. Isso encontra substrato teórico uma vez que majoritariamente os estudos desta revisão tiveram como objetivo avaliar a DCME proveniente da fibromialgia (LOBBEZOO et al., 2004; PAGANO et al., 2004; SANTOS et al., 2006; ANGEL et al., 2012), dado que esta enfermidade acomete entre 0,66 e 4,4% da população mundial (BRANCO et al., 2010).

Para melhor investigar e compreender o aumento da incidência de DCME e sua relação com outros aspectos da saúde, foram desenvolvidos instrumentos com intuito de quantificar tais efeitos. No presente estudo,

constatou-se uma variação de questionários e escalas para avaliação da dor, em que nem sempre questões como intensidade e frequência de dor estiveram formuladas de modo simples e claro. Por outro lado, todos os artigos utilizaram o questionário de QV SF-36 para avaliação deste aspecto. Este instrumento genérico e mundialmente utilizado avalia a QV com base em oito dimensões, demonstrado-se confiável e útil na avaliação deste construto (WARE et al., 1987; WARE et al., 1990; WARE et al., 1992; WARE et al. 1993; WARE et al., 1994; ÁLONSO et al., 1995; CICONELLI et al., 1999; FERREIRA, 2000; VILAGUT et al., 2005).

Além de confirmar a alta incidência de DCME, os resultados obtidos por meio desta revisão sistemática confirmam a hipótese de que a DCME apresenta efeito significativo na QV dos sujeitos. No estudo epidemiológico japonês, realizado por Nakamura et al. (2011), os autores observaram que em 15,4% dos 11507 participantes sentiram DCME sendo a coluna lombar, os ombros e o pescoço os locais mais citados. Os autores confirmaram que os sujeitos que referiram sentir dor apresentaram pior escore de QV em todos os domínios do questionário SF-36, quando comparados aos participantes sem dor.

Similarmente, Arvidsson et al. (2008) observaram que os escores de QV dos participantes com DCME eram mais baixos que os dos participantes sem dor. Entretanto, após oito anos da primeira avaliação, todos os escores de qualidade de vida dos participantes sem dor piorou, porém para os participantes com dor, apenas os domínios capacidade funcional, dor, aspectos sociais e emocionais apresentaram deterioração significativa. Os autores ainda observaram que fatores como: sentir-se descansado após o sono, ter suporte emocional, e não fumar ou ser ex-fumante são preditores de melhor saúde e QV.

Colaborando com os estudos supracitados, Lobbezo et al. (2004) observaram pior QV em todos os domínios avaliados nos participantes com DCME, e, também, constataram que quanto maior o número dos locais de dor, pior eram os escores nos diferentes aspectos de QV e maior a probabilidade dos participantes apresentarem distúrbios do sono.

Em estudo que comparou a QV de participantes sem DCME, com DCME localizada e generalizada, Bergman et al. (2004) observaram que após 3 anos da primeira avaliação houve deterioração de todos os escores de QV para os participantes que desenvolveram dor, com exceção dos domínios limitações por aspectos físicos, aspectos emocionais e saúde mental nos participantes que desenvolveram DCME generalizada. Os autores ainda verificaram melhora nos domínios capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor e vitalidade para os participantes que evoluíram de DCME localizada para nenhuma dor e nos domínios dor e estado geral de saúde para aqueles que se isentaram da DCME generalizada. Por fim, nos participantes que tinham dor localizada e desenvolveram a dor generalizada verificou-se deterioração do estado geral de saúde, da vitalidade, dos aspectos sociais e da saúde mental. Neste estudo foi verificado, ainda, que piores escores, tanto nos domínios físicos como psicológicos, são preditores do desenvolvimento de DCME.

Nos três artigos cuja amostra foi composta exclusivamente por mulheres fibromiálgicas, verificou-se o mesmo padrão, em que as mulheres com dor apresentaram pior QV em comparação às mulheres sem dor (PAGANO et al., 2004; SANTOS et al., 2006; ANGEL et al., 2012). Além disso, no estudo de Angel et al. (2012), os autores observaram diferenças significativas nos domínios vitalidade e saúde mental entre as participantes com fibromialgia moderada e grave, em que as últimas apresentaram piores escores.

Quanto à qualidade metodológica, os artigos foram classificados como moderados (LOBBEZOO et al., 2004; PAGANO et al., 2004; SANTOS et al., 2006; ANGEL et al., 2012) e bons (BERGMAN et al., 2004; ARVIDSSON et al., 2008; NAKAMURA et al., 2011). Observou-se que os estudos que apresentaram desenhos mais robustos e amostras maiores foram mais bem qualificados. Paralelamente, a classificação de evidências demonstrou que três artigos apresentaram evidência bastante forte e quatro, nível de evidência fraco.

A demanda pela melhor qualidade metodológica e maior nível de evidência das pesquisas, reflete diretamente a exigência de alta qualidade nos cuidados em saúde. Atualmente, profissionais da área da saúde baseiam suas práticas, como decisões clínicas e manejo do paciente, na busca por respostas na literatura científica, a qual exige a melhor evidência disponível. Neste sentido, salienta-se a importância da realização de estudos de melhor qualidade com publicações de maiores níveis de evidência no que tange o efeito da DCME nas diversas dimensões da QV (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

CONCLUSÃO

Os nove artigos selecionados para este estudo sugerem significativo efeito negativo da dor crônica musculoesquelética na qualidade de vida, tanto no âmbito físico quanto psicológico. Entretanto, esses aspectos podem variar de acordo com o tempo de acompanhamento, o número de locais de dor e a gravidade da doença.

Os estudos que compuseram esta revisão sistemática apresentaram evidências do efeito deletério da dor crônica musculoesquelética na qualidade de vida, no entanto, a lacuna de estudos de alta qualidade que investiguem diferentes locais e as possíveis causas de dores musculoesqueléticas, assim como as comorbidades associadas, ainda, permanece inexplorada. São necessários, contudo, estudos que investiguem não apenas os efeitos da dor crônica musculoesquelética na qualidade de vida, como também a interação entre seus múltiplos e variados aspectos.

3 CAPÍTULO II

3.1 Objetivo Geral

Identificar e resumir estudos que avaliam o efeito da dor crônica em todos os domínios da função sexual nos diferentes locais de dor.

3.2 Efeito da Dor Crônica na Função Sexual de Indivíduos Adultos e Idosos: Revisão Sistemática de Literatura

INTRODUÇÃO

A dor é uma condição multidimensional e de difícil compreensão, referida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real. Esse fenômeno é considerado crônico quando tem duração mínima de três meses, tem a etiologia incerta e não desaparece com a cura de uma lesão ou com procedimentos terapêuticos convencionais (MERSKEY & BOGDUK, 1994; SMITH et al., 2000).

A dor crônica tem prevalência estimada na população mundial de 7% a 40% (PICAVET & SCHOUTEN, 2003) e é um problema de elevado custo econômico, sendo causa frequente de consultas médicas e de incapacitações para o trabalho (CAVANAUGH & WEINSTEIN, 1994; BREIVIK et al., 2006; ARNSTEIN, 2000; YEO & TAY, 2009; TEIXEIRA et al., 2001).

Quanto às regiões acometidas pela dor, as mais comuns relatadas pelos doentes são a dor de cabeça, face e boca, a dor musculoesquelética, podendo abranger a coluna vertebral e membros superiores ou inferiores, a dor abdominal e a dor pélvica ou genital (MERSKEY & BOGDUK, 1994; LOESER, 2001). Dentre essas, a dor musculoesquelética apresenta-se com a mais prevalente na população mundial, acometendo sujeitos de todas as faixas etárias (CROMBIE et al., 1999).

O indivíduo com dor crônica passa a apresentar inaptidões que vão modificar a sua vida cotidiana. Mais de um terço da população brasileira considera a dor crônica um fator agravante por prejudicar sua qualidade de vida em função das limitações causadas nas atividades de lazer, no relacionamento social e na convivência familiar, incluindo, neste contexto, a insatisfação com a vida sexual (MARUTA et al., 1981; TEIXEIRA, 2003; LEÃO e CHAVES, 2007).

A atividade sexual é um importante fator na qualidade de vida dos indivíduos e seus parceiros, uma vez que constitui um dos índices para se medir essa variável, sendo considerado fator chave para alegria ou tristeza na vida dos indivíduos (BERNARDO et al., 2007; MAIGNE et al., 2001). A ausência de disfunções e a manutenção da vida sexual melhoraram ou mantêm a qualidade de vida, por proporcionar elementos constitutivos de uma vida saudável. (CARDOSO, et al. 2012). Sabe-se, igualmente, que a sexualidade é um conceito multifatorial influenciado por fatores anatômicos, fisiológicos, psicológicos e culturais. Uma função sexual apropriada contribui para a integridade dos principais sistemas corpóreos (FAYAD et al., 2004).

A função sexual é estudada por meio de domínios, quais sejam o desejo sexual, a excitação, o orgasmo e a satisfação, em que o desejo sexual consiste na vontade de ter sexo (MANNOCCI, 1995), a excitação compreende o sentimento subjetivo de prazer sexual, sexualmente estimulada (MASTERS e JOHNSON, 1984; KOTTKE e LEHMANN, 1994; RUBINSTEIN, 1995), o orgasmo é o clímax de prazer sexual, (SIPSKI e ALEXANDER, 2002) e a satisfação relaciona-se às características e ao comportamento do parceiro, às emoções, aos comportamentos sexuais, como frequência sexual, sexo oral e genital, experiência amorosa e orgasmo (TROMPETER et al., 2012).

Indivíduos com dor crônica costumam ter menos interesse na relação sexual desestimulados pelos quadros de dor (INFANTE, 1981). Pesquisadores como Flor et al., (1987) e Osborne e Maruta (1980) avaliaram o impacto da dor crônica nas relações conjugais e observaram que a dor crônica afeta negativamente a frequência de atividade sexual.

Diante deste contexto, ainda não está claro como os diferentes tipos de dores influenciam os domínios da função sexual. Desse modo, o objetivo desse artigo foi identificar e resumir estudos que avaliam o efeito da dor crônica em todos os domínios da função sexual nos diferentes locais de dor.

MÉTODOS

Esta revisão sistemática utilizou como protocolo as orientações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (MOHER et al., 2009; URRÚTIA; BONFILL, 2010).

O levantamento dos estudos foi realizado entre os dias 06 e 26 de junho de 2013. Utilizou-se o termo MeSh dor crônica “*chronic pain*” combinado com o termo comportamento sexual “*sexual behavior*” e com os termos função sexual “*sexual function*” e atividade sexual “*sexual activity*” respectivamente, junto ao operador

booleano “AND” entre eles. A pesquisa foi realizada nas bases de dados indexadas: *MEDLINE (OVID WEB)*; *Science Direct e PubMed*, conforme quadro 4.

Quadro 4 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: *MEDLINE OVID WEB, Science Direct, PubMed*.

MEDLINE (OVID WEB)	PubMed	Science Direct
1 Chronic pain/ 2 (chronic* adj2 pain).tw. 3 or/1- 2 4 sexual function/ 5 (sex* adj2 function*).tw. 6 sexual behavior/ 7 (sex* adj2 behav*).tw. 8 sexual activity/ 9 (sex* adj2 activ*).tw. 10 or/4-9 11 3 and 10	In the title/abstract: 1 chronic pain AND sexual function 2 chronic pain AND sexual behavior 3 chronic pain AND sexual activity	In the title/abstract: 1 chronic pain AND sexual function 2 chronic pain AND sexual behavior 3 chronic pain AND sexual activity

Fonte: produção próprio autor

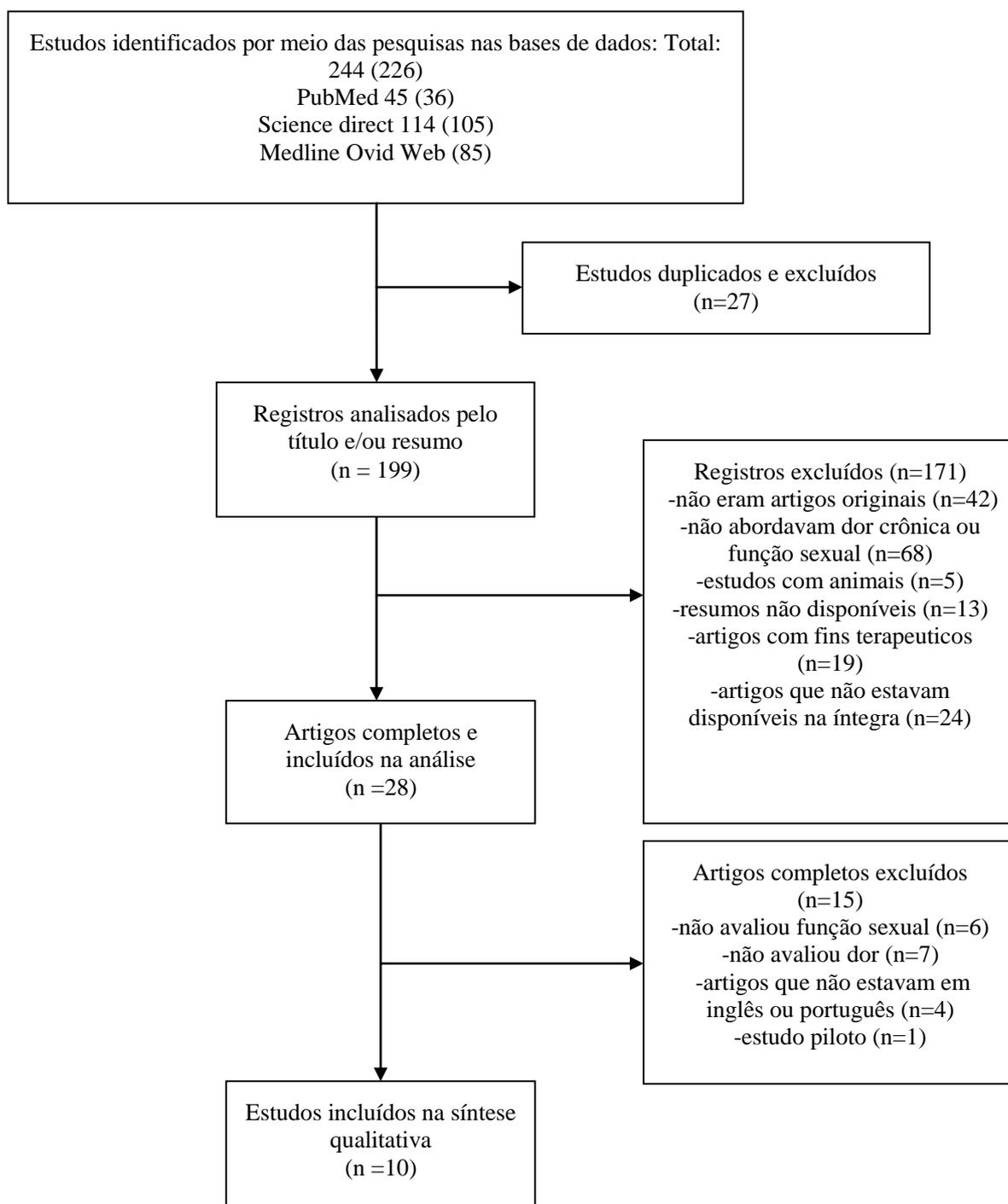
Todos os títulos e resumos recuperados pela busca eletrônica foram analisados manualmente por dois revisores, de forma independente. Após a seleção feita, procedeu-se a leitura integral dos documentos. Os estudos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigo original, como ensaios clínicos controlados randomizados, quasi randomizados, estudo aleatórios, estudos de coorte, caso-controle retrospectivo; estudo que abordasse o tema dor crônica e função sexual; estudo que disponibilizasse o resumo; estudos em humanos. Os artigos excluídos foram: editoriais ou atualizações de protocolos; artigos não disponíveis em texto completo na base; artigos que não foram escritos em Inglês ou em Português; estudos com objetivo terapêutico. Também foram excluídos estudos pilotos, revisões, estudos ou relatos de caso, conferências e anais.

A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada de acordo com as recomendações STROBE (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*) (ELM et al., 2008). Embora as recomendações STROBE não tenham sido desenvolvidas para esse fim, atualmente diversos estudos utilizam-se dessa ferramenta para analisar qualitativamente os estudos observacionais (SANDERSON et al., 2007; OLMOS et al., 2008; LYSTAD et al., 2009; ORRIOLS et al., 2009; SWAIN et al., 2011). Essa escala é composta de um checklist de 22 itens e, de acordo com o score final do estudo, este recebe uma classificação: Boa (estudos que preenchem $\geq 80\%$ dos critérios), moderada (estudos que preenchem de 50% a 80% dos critérios) e ruim (estudos que preenchem $< 50\%$ dos critérios) (ELM et al., 2008). O sistema hierárquico da evidência, desenvolvido por Sackett et al. (2000), foi, igualmente, utilizado para avaliar a interpretar a qualidade dos estudos, graças à determinação do nível da evidência dos artigos selecionados em estudos desta natureza.

RESULTADOS

Foram encontrados 226 artigos nas bases de dados, em que os artigos duplicados entre os descritores da mesma base não foram considerados. De acordo com os critérios de exclusão 28 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra e, por fim, dez artigos compuseram o escopo dessa revisão. A descrição do processo pode ser vista na figura 2.

Figura 2 - Diagrama de fluxo de inclusão e exclusão dos estudos publicados nas bases de dados *MEDLINE OVID WEB, Science Direct, PubMed*.



Fonte: Produção do próprio autor

Dos dez artigos selecionados foi possível observar a variada distribuição de países de origem, sendo seis do continente europeu, um do asiático, dois do continente americano e um do africano.

Quando analisados os tipos de estudos, observou-se que a maior parte são estudos descritivos exploratórios transversais sem cálculo amostral ou amostra representativa. Quanto ao local de dor avaliado pelos estudos, apenas dois dos dez artigos eram sobre dor musculoesquelética enquanto os outros oito abordavam a dor pélvica/genital.

Quanto aos instrumentos de avaliação de dor constatou-se uma variação de questionários e escalas, como a escala visual analógica (EVA), eleita no controle do quadro álgico por três estudos (AASVANG et al., 2006;

BAHOUC et al., 2013; BARTOLETTI et al., 2007), o National Institutes Of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), utilizado por quatro artigos (BARTOLETTI et al., 2007; LIANG et al., 2010; LUTZ et al., 2005; SÖNMEZ et al., 2011) e o Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ), escolhido por um dos trabalhos selecionados (AMBLER et al., 2001). Do mesmo modo, em alguns estudos outros instrumentos e/ou o próprio exame clínico foram utilizados para a mensuração tanto da dor quanto da função sexual (AASVANG et al., 2006; AMBLER et al., 2001; FLORIDO et al., 2008; SÖNMEZ et al., 2011; CIFTICI et al., 2011; PÜHSE et al., 2012). Um estudo (BAHOUC et al., 2013) utilizou o The Sexual Quality Of Life (SQOL), cinco deles (BARTOLETTI et al., 2007; CIFTICI et al., 2011; LIANG et al., 2010; PÜHSE et al., 2012; SÖNMEZ et al., 2011) selecionaram o International Index of Erectile Function (IIEF), dois (LUTZ et al., 2005; PÜHSE et al., 2012) optaram pelo Brief Male Sexual Function Inventory (BMSFI) e um (SÖNMEZ et al., 2011) pelo Arizona Sexual Function Questionnaire (ASFQ).

Ao analisar os resultados destacou-se uma alta taxa de disfunção sexual e uma pior função sexual entre os participantes com dor. Relacionando os tipos de dores com os domínios da função sexual, os dois estudos sobre dor musculoesquelética (AMBLER et al., 2001; BAHOUQ et al., 2013) relataram problemas no domínio satisfação sexual, um referiu comprometimento no domínio desejo (BAHOUC et al., 2013) e, o outro, (AMBLER et al., 2001) no domínio excitação. Já, nos estudos sobre dor pélvica/genital, um dos estudos (AASVANG et al., 2006) não descreveu o domínio afetado, quatro (BARTOLETTI et al., 2007; CIFTICI et al., 2011; LIANG et al., 2010; LUTZ et al., 2005) estudos relataram problemas no domínio desejo, cinco (BARTOLETTI et al., 2007; LIANG et al., 2010; LUTZ et al., 2005; PÜHSE et al., 2012; SÖNMEZ et al., 2011) no domínio excitação, dois (CIFTICI et al., 2011; PÜHSE et al., 2012) no domínio orgasmo e quatro (CIFTICI et al., 2011; FLORIDO et al., 2008; LUTZ et al., 2005; PÜHSE et al., 2012) no domínio satisfação sexual. Essas informações podem ser verificadas no Quadro 5.

Quadro 5- Descrição dos principais resultados de estudos elegíveis referente ao efeito da dor crônica na função sexual

Referência	País	Desenho	Comorbidade/Local de dor	Média de idade (anos)	Instrumentos Dor/Função Sexual	Domínios da Função Sexual comprometidos	Resultados
Aasvang et al, 2006	Dinamarca	Estudo retrospectivo	Herniorrafia Inguinal (Dor pélvica)	33 anos	EVA Questionário próprio sobre dor inguinal e função sexual	Não específica	22,1% relataram dor durante a atividade sexual, 9,4% relataram comprometimento da função sexual devido à dor
Ambler et al, 2001	Estados Unidos	Estudo transversal	Dor musculoesquelética (Dor musculoesquelética)	47 anos	PSEQ Questionário próprio para função sexual	Excitação Satisfação	73% relataram algum grau de problema sexual
Bahouq et al, 2013	Marrocos	Estudo transversal	Dor lombar (Dor musculoesquelética)	43,28 anos	EVA e SQOL	Desejo Satisfação	81% dos participantes apresentaram dificuldades sexuais relacionadas à dor crônica
Bartoletti et al, 2007	Alemanha	Estudo caso controle	Dor pélvica crônica/prostatite (Dor pélvica)	34,9 anos	NIH-CPSI EVA IIEF	-Desejo -Excitação	Desejo sexual, disfunção erétil e ejaculação precoce foram mais prejudicados em participantes do que o grupo controle
Ciftci et al, 2011	Turquia	Estudo caso controle	Dor testicular crônica (Dor genital)	37,6 anos	IIEF Exame físico para identificar o local de dor	Desejo Orgasmo Satisfação	Indivíduos com dor testicular crônica possuem pior função sexual que o grupo controle
Florido et al, 2008	Espanha	Estudo caso controle	Dor pélvica crônica (DPC) (Dor pélvica)	32,8 anos	Subjetivamente sobre atividade e função sexual	Satisfação	Mulheres com DPC tiveram uma duração da vida sexualmente ativa, em média 2,7 anos menor que o grupo controle e 1/3 das mulheres com DPC apresentam dispareunia
Liang et al, 2010	China	Estudo transversal	Prostatite crônica (Dor pélvica)	33,8 anos	NIH-CPSI IIEF	Desejo Excitação	23,6% tiveram função sexual diminuída; 8,2% tiveram a libido diminuída; 15,3% tiveram problemas com ejaculação precoce
Lutz et al, 2005	Estados Unidos	Estudo transversal	Dor pélvica crônica/prostatite (Dor pélvica)	61,6 anos	NIH-CPSI BMSFI	Desejo Excitação Satisfação	Homens com mais DPC apresentaram pior função sexual
Pühse et al, 2012	Alemanha	Estudo caso controle	Dor testicular crônica (Dor genital)	35,2 anos	IIEF-5 BMSFI Subjetivamente a dor fantasma, sensação fantasma e presença de dor testicular	Excitação Orgasmo Satisfação	Indivíduos com dor testicular crônica possuem pior função sexual que o grupo controle
Sönmez et al, 2011	Turquia	Estudo caso controle	Dor pélvica crônica/prostatite (Dor pélvica)	33,7 anos	NIH CPSI Arizona Sexual Function Questionary Form IIEF Subjetivamente sobre disfunção erétil, ejaculação precoce e dor na ejaculação	Excitação	Indivíduos com DPC possuem pior função sexual que o grupo controle

Fonte: produção próprio autor

A qualidade metodológica dos estudos analisados foi de moderada para boa como apresentado no quadro 6. De forma geral, as principais falhas metodológicas foram: não especificar as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés (90%), não explicar como se determinou o tamanho amostral (70%), não descrever o

número de participantes em cada etapa do estudo (40%) e não indicar o desenho do estudo no título ou no resumo (40%). Quanto à análise hierárquica de evidência, verificou-se que a maior parte dos artigos apresentam fracos níveis de evidência.

Quadro 6- Análise dos resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados de acordo com a Classificação Hierárquica da Evidência e as recomendações da STROBE.

Autor/ano	Aasvan g et al, 2006	Amble r et al, 2001	Bahou q et al, 2013	Bartolet ti et al, 2007	Ciftic i et al, 2011	Florid o et al, 2007	Lian g et al, 2010	Lutz et al, 200 5	Pühs e et al, 2012	Sonne z et al, 2010
23. Título e resumo	x	x	x	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
INTRODUÇÃO										
24. Contexto/justificativa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25. Objetivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MÉTODO										
26. Desenho do estudo	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27. Contexto	✓	x	x	✓	x	✓	✓	✓	✓	✓
28. Participantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29. Variáveis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30. Fonte de dados;	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31. Viés	x	x	x	✓	x	x	x	x	x	x
32. Tamanho do estudo	x	x	x	x	x	x	✓	✓	✓	x
33. Variáveis quantitativas	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓
34. Método estatístico	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	✓
RESULTADOS										
35. Participantes	✓	✓	✓	✓	x	x	x	✓	✓	x
36. Dados descritivo	✓	x	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓
37. Desfecho	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓
38. Resultados principais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
39. Outras análises	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DISCUSSÃO										
40. Resultados principais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
41. Limitações	x	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	x
42. Interpretações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
43. Generalizações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OUTRAS INFORMAÇÕES										
44. Financiamentos	x	x	x	x	x	✓	x	x	x	x
Escore total	16	16	17	20	15	16	19	19	20	17
%	73%	73%	77%	90%	68%	73%	86%	86%	90%	77%
Classificação	B	B	B	A	B	B	A	A	A	B
Sistema hierárquico da evidência	IIIC	IV	IV	IIIB	IIC	IV	IV	IV	IIIC	IIIC

✓ =Sim

x =Não

Fonte: produção próprio autor

DISCUSSÃO

É notável que a dor crônica e suas repercussões venham se tornando uma preocupação mundial. Na presente revisão, encontramos dez estudos que relatam o efeito da dor crônica na função sexual e esta função sexual foi afetada em todos os estudos. No entanto, para os artigos que analisaram a dor musculoesquelética, o domínio satisfação, foi referido como comprometido em sua totalidade. Em análises específicas sobre dor pélvica/genital, o domínio excitação, apresentou-se como prejudicado em 62,5% dos estudos.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor crônica afeta 30% da população mundial e vem sendo investigada por pesquisadores ao redor do mundo (GEORGE, 1998). Dado este, confirmado por nossos achados, em que se percebeu grande distribuição de países de origem dos artigos analisados.

Indivíduos com dor crônica perdem a vontade de viver, reduzem a sensação de bem-estar emocional, fadiga e fraqueza, apresentam problemas com o sono e com a vida sexual (Turk et al., 2008; Robinson et al., 2005). São esses prejuízos relatados que impulsionam pesquisadores a desenvolverem instrumentos para poder mensurar a dor e a implicação desta na vida das pessoas em curto e longo espaço de tempo (Turk et al., 2003).

Verificou-se uma variedade de instrumentos de mensuração para avaliação da dor, quais sejam: a EVA, o NIH-CPSI e o PSEQ. Ao mesmo tempo, diversos meios foram, igualmente, utilizados para avaliação da função sexual ou parte dela com o SQOL, o IIEF, o BMSFI, e o *Arizona Sexual Function Questionnaire*. Sabe-se que é um desafio medir o grau de satisfação sexual e de função sexual, já que são variáveis distintas, tais como as biológicas, as psicológicas, as fisiológicas e as culturais e que interagem entre si, podendo influenciar na medida final, (GONZALEZ et al., 2006).

Dores crônicas localizadas, como a dor pélvica ou genital, estão diretamente relacionadas à função sexual, enquanto a dor crônica musculoesquelética e a função sexual ainda permanecem pouco exploradas (TAJAR et al., 2011). A complexidade e subjetividade das variáveis envolvidas neste contexto, a dificuldade de avaliação e o elevado número de fatores que influenciam tanto a função sexual quanto a dor crônica musculoesquelética podem explicar o reduzido número de estudos empíricos identificados na presente revisão (AMBLER et al., 2001).

Quando analisamos a função sexual, percebeu-se que a função sexual é estudada por meio de domínios, quais sejam o desejo sexual, a excitação e o orgasmo. O desejo sexual consiste em fantasias a cerca da atividade sexual e da vontade de ter sexo (MANNOCCI, 1995), a excitação compreende o sentimento subjetivo de prazer sexual, que pode ser psicológica ou física e inicia quando a pessoa percebe ao ser sexualmente estimulada (MASTERS e JOHNSON, 1984; KOTTKE e LEHMANN, 1994; RUBINSTEIN, 1995). O orgasmo é o clímax de prazer sexual, se caracteriza por aumentos adicionais na frequência cardíaca e respiratória e na pressão arterial. Ocorrem também contrações involuntárias rítmicas na musculatura do períneo (SIPSKI e ALEXANDER, 2002). Por fim, a satisfação relaciona-se às características e ao comportamento do parceiro, às emoções, aos comportamentos sexuais, como frequência sexual, sexo oral e genital, experiência amorosa e orgasmo (TROMPETER et al., 2012) Cada um desses domínios contempla um fator importante para a totalidade da função sexual dos indivíduos.

Por meio dos achados obtidos com esta revisão sistemática, foi possível confirmar a hipótese de que a dor crônica apresenta efeito significativo na função sexual dos indivíduos. No estudo de Pühse et al, (2012), na Alemanha, os autores confirmaram que 95,4% dos homens estudados apresentaram pior dor crônica testicular e maior disfunção sexual, com consequente redução da satisfação sexual de uma forma global. Similarmente, Ciftci et al, (2011), observaram que 78% dos indivíduos com dor testicular crônica apresentaram diminuição do desejo e da frequência sexual. Em ambos os estudos, foi possível verificar que os domínios orgasmo e satisfação encontravam-se depreciados, indicando uma possível relação entre a dor crônica testicular e disfunções decorrentes dos domínios orgasmo e satisfação sexual.

Do mesmo modo, Bertoletti et al (2007), Sönmez et al (2010), Liang et al (2010) e Lutz et al (2005) analisaram a dor pélvica crônica masculina e perceberam prejuízo na função sexual destes, com dificuldades na excitação sexual.

Em contrapartida, Florido et al, (2008), avaliaram a função sexual de mulheres com e sem dor pélvica crônica e perceberam um menor tempo de vida sexualmente ativa, comparadas ao grupo controle em função da dispareunia. Essas mulheres tiveram como domínio comprometido a satisfação sexual.

Aasvang et al (2006) encontraram uma incidência de 22,1% de dor relacionadas à disfunção sexual, com um ano após herniorrafia inguinal. Esse estudo não especificou os domínios da função sexual afetados.

Bahouq et al, (2013) avaliaram a dor crônica lombar e Ambler et al (2001) a dor musculoesquelética geral e eles encontraram altas taxas de disfunção sexual. Cerca de 81% dos 140 sujeitos apresentaram dificuldades sexuais relacionadas à dor crônica e, 73% dos 237 indivíduos com dor musculoesquelética geral relataram algum grau de problemas sexuais. A satisfação sexual foi o domínio mais prejudicado nestes estudos, indicando, desse modo uma razoável relação entre dor musculoesquelética e comprometimento na satisfação sexual.

Ao analisar a qualidade metodológica dos estudos, verificou-se que quatro foram classificados como de boa qualidade (LUTZ et al., 2005; BARTOLETTI et al., 2007; LIANG et al., 2010; PÜHSE et al., 2012) e cinco como moderada (AMBLER et al., 2001; AASVANG et al., 2006; SONMEZ et al., 2010; CIFTICI et al., 2011; BAHOUQ et al., 2013). Constatou-se que as principais falhas estavam relacionadas ao tamanho amostral e a

potenciais fontes de viés. Por outro lado, a classificação de evidência demonstrou que apenas um artigo apresentou evidência bastante forte (CIFTICI et al., 2011), os outros nove artigos apresentaram evidência fraca (AASVANG et al., 2006; BARTOLETTI et al., 2007; FLORIDO et al., 2007; LIANG et al., 2010; LUTZ et al., 2005; PÜHSE et al., 2012; SONMEZ et al., 2010; AMBLER et al., 2001; BAHOUQ et al., 2013). Sabe-se que o conjunto de boas evidências gera conhecimento (SAMPAIO e MANCINI, 2007), e este se faz imprescindível para a melhor prática clínica (PELÁ et al., 1995) minimizando eventuais custos e potenciais erros diagnósticos e/ou terapêuticos.

Embora todos os artigos encontrados sobre dor crônica e função sexual tenham sido revisados de forma sistematizada, imagina-se que esse trabalho tenha algumas limitações. Os estudos publicados em outros idiomas que não o português ou inglês foram excluídos, automaticamente, pelos filtros nas bases de dados das bases eletrônicas usadas. Mesmo assim, acredita-se que essa revisão tenha conseguido reunir os principais estudos existentes sobre a temática em questão.

CONCLUSÃO

Os achados desta revisão auxiliam e estruturam de forma prática, lógica e eficiente a clínica dos profissionais da área da saúde, uma vez que os resultados atestam o efeito negativo da dor crônica na função sexual dos indivíduos. Enquanto os estudos que avaliaram a dor pélvica/genital apresentaram um maior comprometimento na excitação, os que se preocuparam com a dor musculoesquelética tiveram a satisfação, como principal domínio prejudicado nos artigos revisados.

Contudo, ressalvas ainda devem ser feitas ao afirmar o grau desse efeito negativo, uma vez que há escassez de publicações científicas com boas evidências que comprovem efetivamente tal relação.

Investigações com desenhos metodológicos mais refinados sobre diferentes tipos de dores e como estas comprometem a função sexual de homens e mulheres, podem permitir uma melhor qualidade de vida e evitar sofrimentos e desconfortos que acabam por incrementar as estatísticas nacionais.

4 CAPÍTULO III

4.1 Objetivo Geral

Identificar a presença de comorbidades musculoesqueléticas e descrever a percepção de dor relacionada a elas em participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar a existência de comorbidades musculoesqueléticas em participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica.

Descrever a percepção de dor crônica musculoesquelética de participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica.

4.3 Presença de Comorbidades Musculoesqueléticas e Percepção de Dor em Participantes de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica com Ênfase no Exercício Físico

INTRODUÇÃO

A reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) é reconhecida como padrão ouro na gestão de doenças cardiovasculares, especialmente após eventos como infarto do miocárdio, intervenção percutânea coronariana, revascularização do miocárdio e transplante cardíaco (LAVIE et al., 1993; WITT et al., 2004). O programa de RCPM, cujo enfoque é o exercício físico, tem como coadjuvante técnicas de auxílio para redução dos níveis de stress, instruções acerca da alimentação e controle de fatores de risco como, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabete e obesidade (LESSA, 2003; CARVALHO, 2006; KOMOROVSKYA et al., 2008).

Estudos apontam que a RCPM efetivamente melhora a capacidade funcional, a qualidade de vida, reduz a mortalidade cardiovascular, amortiza os sintomas relacionados à isquemia e reduz o risco de eventos coronarianos subsequentes (REBELO et al., 2007; TREAT-JACOBSON e LINDSQUIT, 2007; SHABANI et al., 2010; MOSAYEBI et al., 2011; GHASHGHAEEI et al., 2012). Entretanto, em paralelo ao envelhecimento populacional, nota-se que os participantes de programas de RCPM estão cada vez mais idosos e, somado a isto, a prevalência de obesidade nesta população está crescendo rapidamente (RICHARDSON et al., 2000; AUDELIN et al., 2008). Esses dois fatores, tanto a idade avançada como a obesidade, estão altamente relacionados à presença de comorbidades e de dor musculoesquelética (KORTT e BALDRY, 2002; PELTONEN et al., 2003; SHIRI et al., 2009; HEUCH et al., 2010; FEJER e RUHE, 2012).

Atualmente, a incidência de comorbidades e de dor musculoesquelética está crescendo, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (MIRANDA et al., 2012; FEJER e RUHE, 2012). Ao passo que as queixas de dor osteomioarticulares aumentaram entre duas e quatro vezes nos últimos 40 anos (BROOKS, 2005; HARKNESS et al., 2005; BROOKS, 2006), na última década houve aumento de 30% na prevalência de artrose (WHO, 2008). Na literatura está estabelecido que a coexistência de comorbidades é preditora de mortalidade, de pior estado funcional, de pior qualidade de vida e de maior utilização dos serviços de saúde (GIJSEN et al., 2001; FORTIN et al. 2004; MARENGONI et al., 2011; SLATER et al., 2011).

Ao passo que a doença arterial coronariana (DAC) é a maior causa de morte no mundo (WHO, 2008), as comorbidades musculoesqueléticas são a maior causa de morbidade e incapacidade (WHO, 2003; BROOKS, 2006). Separadamente, essas condições impõem grande impacto físico e psicológico ao paciente, e combinadas este impacto é intensificado (MARZOLINI et al., 2012).

Ao longo do tempo, dentre os estudos que investigaram a presença de comorbidades musculoesqueléticas em participantes de programas de RCPM, nenhum, até o momento, analisou os domínios da dor crônica musculoesquelética. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a presença de comorbidades musculoesqueléticas e descrever a percepção de dor relacionada a elas em participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo exploratório de corte transversal e amostragem não probabilística. Foram incluídos no estudo 100 participantes, que frequentavam há pelo menos seis meses, dois programas de RCPM da grande Florianópolis, com diagnóstico DAC.

Após explanação dos objetivos do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (149/2011).

Inicialmente foram coletados dados antropométricos e funcionais. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pela razão entre massa corporal e estatura ao quadrado (kg/m^2) e a circunferência abdominal (CA) foi mensurada no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca (CRAWFORD et al., 1996). Os dados referentes à capacidade funcional foram extraídos do prontuário dos participantes, e utilizou-se o valor do consumo de oxigênio (VO_2) no teste cardiopulmonar prévio.

Em seguida deu-se início a entrevista com aplicação de questionário semiestruturado com perguntas que abordaram idade, estado civil e características clínicas como presença de fatores de risco cardiovascular e tipo de intervenção.

Para classificação socioeconômica foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008 da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, que avalia itens existentes na residência do participante e a escolaridade do chefe da família. O questionário tem alta relação com a renda familiar ($r=0,785$ e $r^2=62\%$) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012).

Para avaliar a dor foi utilizado o Inventário de Avaliação do Sistema Locomotor (IASL) (CARVALHO et al., 2010). Este instrumento contém duas partes: a primeira com questões com respostas dicotômicas relacionadas à existência e ao tratamento de problemas musculoesqueléticos, e a segunda com o objetivo de apontar o local e a intensidade (de zero a cinco) de eventual dor em repouso e piorada pelo exercício físico.

Além do IASL para avaliar a dor, foi utilizada a Escala Graduada de Dor Crônica Brasil (EGDC) traduzida e validada por Brecher (2008). Este instrumento é composto por oito itens que avaliam a frequência, a intensidade e a incapacidade associada à dor, nos últimos três meses (VON KORFF et al., 2002). A frequência da dor é avaliada por meio do número de dias em que houve a presença de dor. Já o escore “persistência da dor” é calculado considerando-se dor persistente aquela presente em 50% ou mais dos dias. O escore “intensidade característica da dor” assim como o escore “incapacidade” variam entre zero e 100 revelando quanto maior o número maior a intensidade de dor e incapacidade. Com os resultados da intensidade da dor e da incapacidade classifica-se o participante em cinco graus, sendo grau 0 ausência de dor, grau I dor de baixa intensidade, grau II dor de alta intensidade, grau III dor moderadamente limitante e grau IV dor gravemente limitante.

Os dados da pesquisa foram tabulados e analisados no programa computadorizado *statistical package for the social science* (SPSS for Windows) versão 20.0. Inicialmente utilizou-se o teste de normalidade de Kolmogorov smirnov para verificar se os dados atendiam os pressupostos paramétricos. Em seguida, realizou-se a estatística descritiva (média, mediana, intervalo interquartil e distribuição de frequência) e estatística inferencial por meio do teste U de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos e Qui quadrado para associações.

Para identificação do ponto de corte nos valores de IMC para a presença de dor, os dados foram tabulados no programa Medcalc e utilizou-se a análise da curva de Característica de Operação do Receptor (ROC), tendo como pressuposto o valor de área sob a curva superior a 0,5.

RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 observou-se que os participantes que refeririam sentir dor apresentaram IMC elevado em comparação aos participantes sem dor. Além disso, verificou-se associação entre a presença de dor e sexo, em que as mulheres em maior porcentagem relataram sentir dor musculoesquelética.

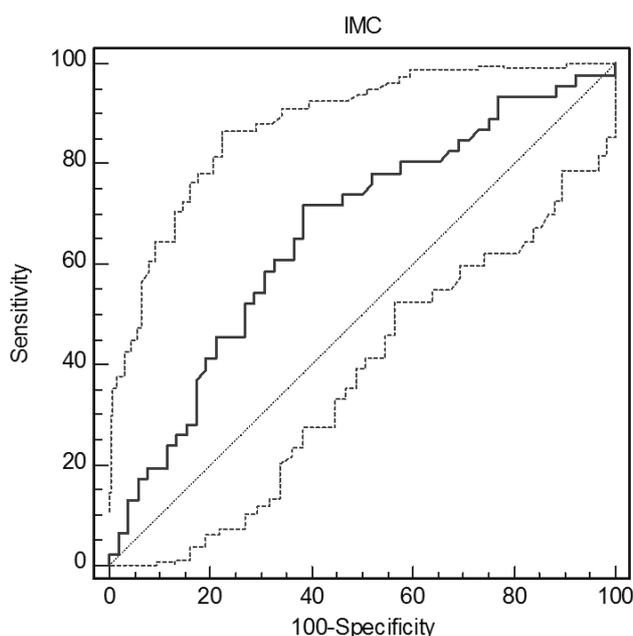
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e fatores de risco

Variável	Com Dor N = 47			Sem Dor N = 53			U	p
	M	Md	IQ	M	Md	IQ		
Idade	64,77	67,00	17	64,72	65,50	7	1220,5	,863
IMC (Kg/m ²)*	30,17	30,19	5,17	26,79	26,29	5,97	808,5	,006
CA (cm)**	102,76	104,50	15,25	94,56	92,25	14,00	996,5	,155
VO2***	18,17	17,00	3,13	23,74	24,50	7,78	46,0	,004
	N	%		N	%		X ²	p
Mulher	19	79,2		5	20,8		13,11	0,001
Homem	28	36,8		48	63,2			
Casado/União estável	37	78,7		40	75,5		,149	0,442
Solteiro/Divorciado/ Viúvo	10	21,3		13	24,5			
ABEP							4,374	0,112
A	10	23,3		5	10,2			
B	24	55,8		26	53,1			
C	9	20,9		18	36,7			
Condições clínicas								
HAS****	35	74,5		34	65,4		,964	0,223
Diabetes	16	34		16	31,4		,079	0,473
Dislipidemia	26	55,3		27	54		,017	0,529
Nunca fumou	23	48,9		17	32,1		2,951	0,65
Ex-fumante	24	51,1		36	67,9			
Tipo de intervenção							3,598	0,165
Angioplastia	10	21,3		19	35,8			
RM*****	12	25,5		15	28,3			
Tratamento clínico	25	53,2		19	35,8			

* IMC= índice de massa corporal; ** CA = Circunferência abdominal; *** VO2 avaliado por meio do teste cardiopulmonar n = 18 com dor, 13 sem dor; **** HAS = hipertensão arterial sistêmica; ***** RM = revascularização do miocárdio. M= média; Md = mediana; IQ = intervalo interquartil.

Fonte: produção do próprio autor

A figura 3 demonstra a curva ROC utilizada para identificação do ponto de corte nos valores de IMC, o valor da área sob a curva foi de 0,663 e p=0,0033 indicando viabilidade para esta análise. Consideraram-se valores acima de 28,04 Kg/m² como ponto de discriminação para os participantes com dor musculoesquelética.



Fonte: produção do próprio autor

Figura 3: Curva de Característica de Operação do Receptor para índice de massa corporal

A tabela 2 apresenta a descrição das dores musculoesqueléticas e demonstra que 47% dos participantes referiram sentir dor sendo os locais mais citados a coluna lombar, os joelhos e os ombros. Dos 47 participantes que relataram sentir dor, 30 (63,8%) relataram ter procurado médico e apenas 19 (40,4%) sabiam o diagnóstico, sendo artrose o mais citado por 9 (19,1%) sujeitos. Em seguida foram citadas as doenças reumáticas, como artrite reumatoide, por 8 (15%) e por fim as doenças inflamatórias como tendinite por 3 (6,3%) participantes. Em média os participantes relataram sentir dor há $6,16 \pm 6,58$ anos.

Tabela 2: Descrição das dores musculoesqueléticas.

Variável	N	%
Participantes com dor	47	47
Local		
Lombar	14	29,8
Joelho	11	23,4
Ombro	5	10,6
Perna	5	10,6
Pés	4	8,5
Cervical	3	6,4
Quadril	3	6,4
Dorsal	2	4,3
Quantidade de dores	N	%
1 dor	28	58,7
2 dores	11	23,9
3 dores	7	15,2
5 dores	1	2,2
Concentração das dores	N	%
MMII	23	48,9
Esqueleto axial	19	40,4
MMSS	5	10,6

MMII = membros inferiores; MMSS = membros superiores

Fonte: produção do próprio autor

Ao analisar os dados da Escala graduada de dor crônica é possível observar que a frequência de dor é persistente, atingindo 50% ou mais dos dias, entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre os sexos em nenhuma das variáveis (Tabela 3).

Tabela 3 Comparação das características da dor entre sexo:

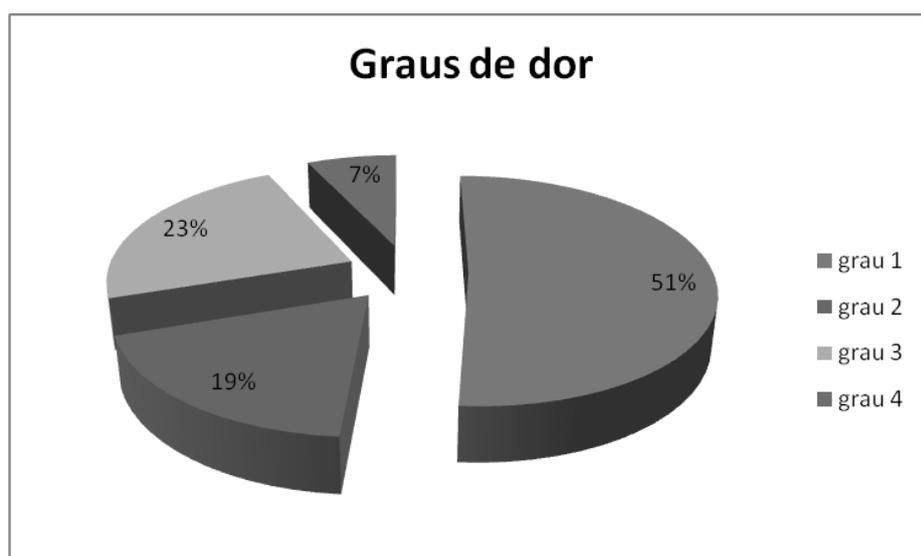
Variável	Total			Homens 28			Mulheres 18			U	p
	M	MD	IQ	M	MD	IQ	M	MD	IQ		
Tempo que sente dor (anos)	5,40	5,00	7,00	5,70	5,00	8,00	4,95	3,00	6,00	242,00	,600
Frequência da dor (dias)	54,15	45,0	60,0	51,22	41,00	64,0	58,55	45,00	51,3	197,50	,125
Intensidade	43,33	43,33	18,33	43,08	43,33	30,00	43,70	43,33	14,17	244,00	,779
Incapacidade	22,81	16,66	40,00	17,28	0,00	30,00	31,11	21,66	51,67	175,00	,101

M = média; Md= mediana; IQ = intervalo interquartil.

Fonte: produção do próprio autor

Por meio dos escores de intensidade e incapacidade da Escala Graduada de dor Crônica foi possível classificar os graus de dor dos participantes. Observou-se em maior porcentagem a dor de baixa intensidade (grau1), seguida pela dor moderadamente limitante (grau 3), pela dor de alta intensidade (grau 2) e por fim a dor gravemente limitante (grau4) (Figura 1).

Gráfico 1: Porcentagem dos graus de dor.



Fonte: produção do próprio autor

Dos participantes com dor em repouso 12 referiram dor piorada durante o exercício físico, e dentre os participantes sem dor em repouso quatro reportaram dor desencadeada pelo exercício físico (Tabela 4).

Tabela 4: Descrição da dor piorada/desencadeada pelo exercício físico:

Variável	N	%
participantes com dor	18	18%
Local	N	%
Joelho	7	38,9
Perna	4	22,2
Pés	3	16,7
Lombar	2	11,1
Ombro	2	11,1
Concentração das dores	N	%
MMII	14	77,77
Esqueleto axial	2	11,1
MMSS	2	11,1
Intensidade da dor	N	%
Leve	3	16,7
Moderada	6	33,3
Um pouco forte	3	16,7
Forte	5	27,8
Insuportável	1	5,6

MMII = membros inferiores; MMSS = membros superiores

Fonte: produção do próprio autor

DISCUSSÃO

As comorbidades musculoesqueléticas e as doenças cardiovasculares são doenças crônicas comuns, caracterizadas por incapacidade e, conseqüente, fardo social e econômico (Brooks, 2006; Centers for Disease Control and Prevention, 2009; Verbrugge e Juarez, 2008). A existência de problemas musculoesqueléticos em participantes de programas de exercício físico já foi reportada em outros estudos, como o de Sedgwick et al (1988), em que os autores observaram existência de dor musculoesquelética em 56% dos 991 participantes de um programa de exercício físico.

Em nosso estudo observamos que quase metade dos participantes (47%) relatou sentir alguma dor crônica musculoesquelética, sendo que estes apresentaram maior IMC e as mulheres em maior porcentagem foram as que

mais se queixaram de dor. Além disso, a análise da curva ROC indicou que valores de IMC superiores a 28,04 Kg/m² eram discriminatórios para presença de dor. Este achado vai ao encontro dos resultados de Marzolini et al, (2012), que ao observar 1803 participantes de um programa de reabilitação cardíaca verificaram que 56% reportaram alguma comorbidade musculoesquelética, com valor médios de IMC 28,7 Kg/m², os autores também observaram associação entre dor e sexo.

A obesidade é considerada fator desencadeante e progressivo de dor e comorbidades musculoesqueléticas (Kortt e Baldry, 2002; Shiri et al, 2009), principalmente na coluna e nos membros inferiores (Hootman et al, 2001; Peltonen et al, 2003; Heuch et al, 2010). Acredita-se que a sobrecarga crônica das articulações durante as atividades diárias predispõe a problemas osteomioarticulares como a artrose (Aoyagi ETA La, 2002; Powell et al, 2005). Esse aspecto pode ser observado no presente estudo, em que a lombalgia foi com maior frequência citada pelos participantes e, quando agrupados por regiões, os membros inferiores foram origem da maior parte das queixas de dor.

Além do sexo e da obesidade, outro fator que vem sendo relacionado à dor e às comorbidades musculoesqueléticas é a capacidade física. Autores observaram que metade dos participantes de um programa de reabilitação cardíaca referiu alguma comorbidade musculoesquelética e estes apresentaram menores valores de VO² no teste cardiopulmonar (Marzolini et al, 2010). Corroborando com nosso estudo, em que foram observados menores valores de VO² nos participantes que referiram dor musculoesquelética.

As queixas de dor mais comuns em idosos concentram-se na região lombar, nos joelhos e nos ombros (Zeng et al, 2004; Chopra et al, 2002; Chopra, 2004). Os participantes do nosso estudo seguiram este padrão, assim como os do estudo de Goel, (2010), o qual observou, em participantes de programa de reabilitação cardíaca, maior frequência de dor na coluna (29%) e nos joelhos (17%). A literatura aponta que a lombalgia acomete cerca de 80% dos adultos em fase produtiva, e parte significativa desses episódios tende a se tornar crônica na terceira idade, gerando barreiras funcionais e problemas psicológicos (Manchikanti, 2009; Hoy et al, 2010; Cote et al, 2008).

Neste sentido, salienta-se que cerca de 30% dos participantes do presente estudo são limitados pela dor. Com intuito de avaliar a limitação física, Slater et al (2011), observaram que a coexistência de comorbidades musculoesqueléticas e cardiovasculares aumentam o risco de limitações físicas em pelo menos 80%. Outro estudo demonstrou que parcela significativa dos participantes de um programa de reabilitação cardíaca com dor ou desordem musculoesquelética apresentou limitações nas atividades de vida diária incluindo caminhar, tomar banho e vestir-se (Goel et al, 2010).

A limitação física é considerada medida global de incapacidade e restringe inúmeras atividades cotidianas, inclusive a prática de exercício físico (Miller, 2003; Slater et al, 2011). Nossos dados revelaram que 18% dos participantes referiram dor piorada ou desencadeada pelo exercício físico. Similarmente, Carvalho et al, (2010), utilizando o mesmo instrumento, verificaram que 13,6% dos participantes apresentaram queixas de piora da dor em função da prática física. Números análogos foram observados por Marzolini et al, (2010), em que após 3 meses de participação em um programa de reabilitação cardíaca 15,2% dos entrevistados referiram novas comorbidades musculoesqueléticas, e destes 55% não haviam relatado comorbidades no início do programa. Estes achados são importantes, pois tais limitações podem diminuir a aderência em programas de reabilitação, como observado no estudo de Marzolini et al, (2008) em que os autores verificaram desistência de 25% dos participantes em função de problemas musculoesqueléticos.

CONCLUSÃO

Queixas de dor musculoesqueléticas foram referidas por quase metade dos participantes dos programas de RCPM, sendo a lombar e os joelhos os locais mais acometidos. Além disso, aproximadamente 1/5 apresentaram dores pioradas ou desencadeadas pelo exercício físico predominantemente nos membros inferiores.

De uma forma geral estes resultados ressaltam a importância de avaliar as condições musculoesqueléticas e a presença de dor em participantes de programas de RCPM, principalmente naqueles como IMC superior a 28,04 Kg/m². Este processo se faz necessário tanto no início quanto durante a evolução do tratamento. Avaliar e tratar o paciente de forma global não só pode evitar desistências e aumentar a aderência em programas de RCPM, como também otimizar o treinamento.

5 CAPÍTULO IV

5.1 Objetivo Geral

Avaliar a função sexual e a qualidade de vida de participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, com e sem dor crônica musculoesquelética.

5.2 Objetivos Específicos

Identificar a existência de dor crônica musculoesquelética em participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica.

Comparar a função sexual e a qualidade de vida de participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica com e sem dor crônica musculoesquelética.

Relacionar a função sexual e a qualidade de vida de participantes de programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica

5.3 Função Sexual e Qualidade de Vida de Participantes de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica Sob o Viés da Dor Musculoesquelética

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem os maiores problemas de saúde em Países desenvolvidos e, de acordo com a Organização mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 17 milhões de pessoas morrem por ano em sua decorrência (BRAIG et al., 2011). Entretanto, o aumento na expectativa de vida e os avanços nos tratamentos, resultaram no aumento do número de pessoas que sobrevivem ao evento cardíaco e que convivem com a doença (GARCÍA et al., 2010). Nesses pacientes é possível observar que as doenças cardiovasculares geram limitações físicas e impacto psicológico, refletindo negativamente na percepção da saúde e na qualidade de vida (QV) (FAVARATO et al., 2006).

Atualmente, o prognóstico das doenças cardiovasculares tem sido melhorado em função da prevenção e do tratamento associados a programas de reabilitação (GARCÍA et al., 2010). De forma geral, o exercício físico que atua como a base da reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) (CARVALHO et al., 2006), efetivamente melhora a capacidade funcional, reduz a mortalidade cardiovascular, amortiza os sintomas relacionados à isquemia, reduz o risco de eventos coronarianos subsequentes, melhora a função sexual (FS) e a QV dos participantes (NIEBAUER, 1997; REBELO *et al.*, 2007; TREAT-JACOBSON e LINDSQUIT, 2007; SHABANI et al., 2010; MOSAYEBI et al., 2011; GHASHGHAEI et al., 2012; STEIN, 2006; KLEIN *et al.*, 2007; VAZ e NODIN, 2005).

Contudo, apesar de os programas de RCPM estarem bem estabelecidos para o tratamento de doenças cardiovasculares, nos últimos anos vem crescendo a preocupação com a coexistência de doenças crônicas e seu impacto na vida dos pacientes. Sabe-se que a combinação de comorbidades é preditor de mortalidade, de pior estado funcional, de pior QV e de maior utilização dos serviços de saúde (GIJSEN et al., 2001; SLATER et al., 2011). Além disso, enquanto a doença arterial coronariana (DAC) apresenta maior taxa de mortalidade no mundo (WHO, 2008) as comorbidades musculoesqueléticas, que geram dor, são a maior causa de morbidade e incapacidade (WHO, 2003 Brooks, 2006).

Os efeitos negativos das doenças cardiovasculares e da dor crônica musculoesquelética (DCME) na FS e na QV já foram relatados, separadamente, na literatura (LUNELLI et al., 2008; STEIN, 2004; BAHOUQ et al., 2013; AMBLER et al., 2001; TAJAR et al., 2011; FAVARATO et al., 2006; NAKAMURA et al., 2011; ARVIDSSON et al., 2008). Entretanto, supõe-se que a combinação dessas condições crônicas tenha efeito ainda maior nessas variáveis. Com base no acima exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a função sexual e a qualidade de vida de participantes de programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, com e sem dor crônica musculoesquelética.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo exploratório de corte transversal e amostragem não probabilística. Foram incluídos no estudo 100 participantes, que frequentavam há pelo menos seis meses, dois programas de RCPM da grande Florianópolis com diagnóstico DAC.

Após explanação dos objetivos do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina sob número 117/2010.

Inicialmente foram coletados dados antropométricos. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pela razão entre massa corporal e estatura ao quadrado (kg/m^2) e a circunferência abdominal (CA) foi mensurada no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca (CRAWFORD et al., 1996).

Em seguida deu-se início a entrevista com aplicação de questionário semiestruturado com perguntas que abordaram idade, estado civil e características clínicas como presença de fatores de risco cardiovascular e tipo de intervenção.

Para classificação socioeconômica foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008 da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, que avalia itens existentes na residência do participante e a escolaridade do chefe da família. O questionário tem alta relação com a renda familiar ($r=0,785$ e $r^2=62\%$) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012).

Para avaliar a dor foi utilizado o Inventário de Avaliação do Sistema Locomotor (IASL) (CARVALHO et al., 2010). Este instrumento contém duas partes: a primeira com questões com respostas dicotômicas relacionadas à existência e ao tratamento de problemas musculoesqueléticos, e a segunda com o objetivo de apontar o local e a intensidade (de zero a cinco) de eventual dor em repouso e piorada pelo exercício físico. Para o presente estudo foi utilizada apenas a questão referente à dor em repouso.

Para mensurar a QV foi utilizada a Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 (CICONELLI, 1999). Esse questionário é constituído por 36 perguntas nos seguintes domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental. As respostas são analisadas de acordo com os escores no intervalo de 0, pior QV, a 100 melhor QV.

A investigação da FS masculina deu-se por meio da aplicação do questionário do Índice Internacional de Função Erétil - IIFE (GONZÁLES et al., 2013 no prelo) composto por 15 questões divididas em cinco domínios: função erétil, satisfação sexual, função orgásmica, desejo sexual e satisfação sexual geral. Cada questão tem um valor que varia de 1 a 5 e a soma das respostas gera escore final para cada domínio, indicando com valores baixos qualidade da vida sexual ruim. Além disso, por meio do domínio função erétil pode-se determinar o grau de disfunção erétil como suave (17 a 21 pontos), moderadamente suave (12 a 16 pontos), moderada (8 a 11 pontos) e severa (5 a 7 pontos).

Por fim, para avaliar a FS feminina foi utilizado o questionário *Female Sexual Function Index* – FSFI (THIEL, 2008), formado por 19 questões agrupadas em seis domínios: desejo, excitação (subjetivo), lubrificação (objetivo), orgasmo, satisfação e dor. Para cada domínio calcula-se um escore e com a soma dos escores se obtém a pontuação da FS, que varia de 2 a 36 pontos, considerando-se que quanto menor o escore obtido, pior será a função sexual feminina.

Os dados da pesquisa foram tabulados e analisados no programa computadorizado Statistical Package for the Social Science (SPSS for Windows) versão 20.0. Inicialmente utilizou-se o teste de normalidade de *Kolmogorov smirnov* para verificar se os dados atendiam os pressupostos paramétricos. Em seguida, realizou-se a estatística descritiva (média, mediana, intervalo interquartil e distribuição de frequência) e estatística inferencial por meio do teste de *Mann-Whitney* para comparação entre dois grupos e correlação de *Spearman*.

RESULTADOS

Como se pode analisar na tabela , 47% dos participantes relataram alguma queixa de dor musculoesquelética, sendo que estes apresentaram significativamente maiores valores de IMC, estando classificados como obesos. Outro dado importante que se pode observar é maior prevalência de dor nas mulheres em relação aos homens. Não foram observadas associações significativas entre presença dor e estado civil, classe socioeconômica, condições clínicas e tipo de intervenção, indicando que a amostra é homogênea quando levados em conta estes aspectos.

Tabela 5: Caracterização das participantes do estudo quanto a variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEL	Com Dor N = 47			Sem Dor N = 53			U	p
	M	Md	IQ	M	Md	IQ		
Idade	64,77	67,0	17	64,72	65,50	7	1220,5	,863
IMC (Kg/m ²)*	30,17	30,19	5,17	26,79	26,29	5,97	808,5	,006
CA (cm)**	102,76	104,50	15,25	94,56	92,25	14,00	996,5	,155
	N	%	N	%	X ²	p		
Mulher	19	79,2	5	20,8	13,1170	0,001		
Homem	28	36,8	48	63,2				
Casado/União estável	37	78,7	40	75,5	,149	0,442		
Solteiro/Divorciado/ Viúvo	10	21,3	13	24,5				
ABEP					4,374	0,112		
A	10	23,3	5	10,2				
B	24	55,8	26	53,1				
C	9	20,9	18	36,7				
Condições Clínicas					3,598	0,165		
HAS***	35	74,5	34	65,4				
Diabetes	16	34	16	31,4	,964	0,223		
Dislipidemia	26	55,3	27	54	,079	0,473		
Nunca fumou	23	48,9	17	32,1	,017	0,529		
Ex-fumante	24	51,1	36	67,9	2,951	0,65		
Tipo de Cirurgia					3,598	0,165		
Angioplastia	10	21,3	19	35,8				
RM****	12	25,5	15	28,3				
Nenhuma cirurgia	25	53,2	19	35,8				
Vida sexual ativa	14	30,4	34	60,7	0,866			
Sem vida sexual ativa	32	69,9	22	39,3				0,235

* IMC= índice de massa corporal; ** CA = Circunferência abdominal; *** HAS = hipertensão arterial sistêmica; **** RM = revascularização do miocárdio; M= média; Md= mediana; IQ = intervalo interquartil.

Fonte: produção do próprio autor

Verificou-se que 87% das mulheres haviam passado pela menopausa, e quando analisada a associação entre vida sexual ativa e a presença de dor, não foi constatado valor significativo.

Ao analisar a FS dos participantes, foi observado que apenas 9 (39,13%) mulheres referiram ter tido atividade sexual nas quatro semanas que antecederam a coleta de dados. Fato este, que impossibilitou a comparação da FS feminina entre as participantes com e sem dor.

Em contrapartida, constatou-se que 57 homens (72,2%) relataram vida sexual ativa, o que viabilizou a comparação dos domínios da FS masculina entre os participantes com e sem dor. Contudo, não foram observadas diferenças significativas entre os domínios (tabela 2).

Tabela 6. Comparação entre função sexual masculina e presença de dor

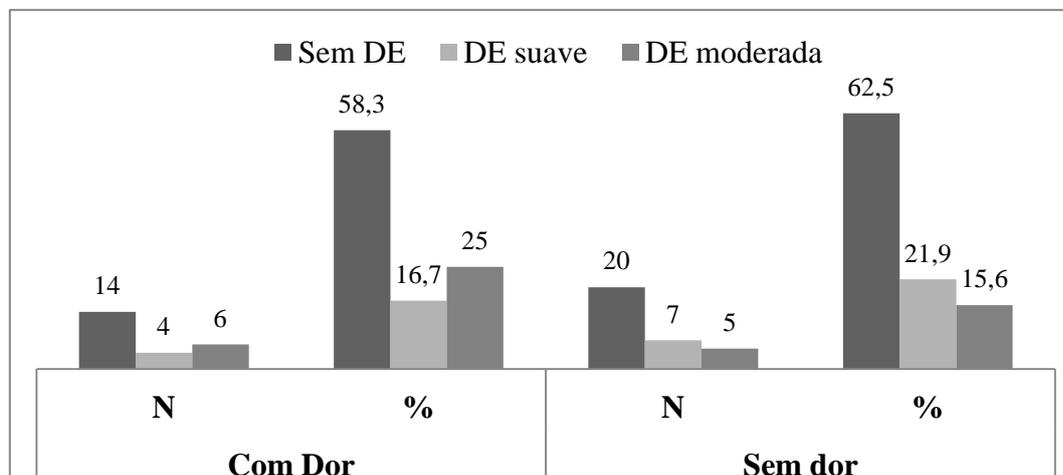
Variável	Com dor			Sem dor			U	p
	Média	Mediana	IQ	Média	Mediana	IQ		
Satisfação geral	11,04	11,00	2	11,24	12,00	3	361,500	,572
Função orgásmica	9,08	10,00	2	8,94	10,00	2	357,000	,465
Desejo	7,67	8,00	1	7,64	8,00	3	393,500	,967
Satisfação sexual	7,38	7,50	3	7,79	8,00	2	341,500	,366
Função erétil	24,17	26,00	9	24,94	27,00	7	367,000	,636

M= média; Md= mediana; IQ = intervalo interquartil.

Fonte: produção do próprio autor

Por meio da categorização dos escores do domínio função erétil (CAPPELLERI et al., 1999) observou-se que 39,2% de todos os homens participantes do estudo apresentaram disfunção erétil, sendo metade deles disfunção suave e a outra metade moderada. Vale salientar que, apesar de não haver associação significativa entre presença de dor e disfunção erétil ($X^2 = 0656$; $p = 0842$), 41,7% dos homens com dor apresentaram algum grau de disfunção (Figura 1).

Gráfico 2: Associação entre presença de dor musculoesquelética e disfunção erétil.



Fonte: produção do próprio autor

Ao comparar os domínios do questionário de QV entre os participantes com e sem dor, foi observada diferença significativa nos domínios capacidade funcional, aspectos emocionais e saúde mental em que os participantes sem dor apresentaram maiores escores demonstrando melhor QV referente a estes domínios.

Tabela 7: Comparação dos domínios de qualidade de vida entre os participantes com e sem dor crônica musculoesquelética.

Variável	Com dor			Sem dor			U	p
	M	Md	IQ	M	Md	IQ		
Capacidade funcional	71,33	75,00	30	82,32	90,00	30	840,500	,002
Limitação por aspectos físicos	71,67	100,00	75	79,02	100,00	25	1172,000	,345
Dor	49,33	50,00	10	49,82	50,00	0	1210,000	,530
Estado Geral de Saúde	47,78	50,00	18	50,00	50,00	20	1149,00	,445
Vitalidade	51,96	52,50	15	55,27	55,00	10	1036,500	,085
Aspectos sociais	48,64	50,00	0	48,64	50,00	0	1240,500	,672
Aspectos emocionais	80,43	100,00	33	92,73	100,00	0	1043,500	,027
Saúde mental	55,65	56,00	10	60,87	60,00	8	936,000	,016

M= média; Md= mediana; IQ = intervalo interquartil.

Fonte: produção do próprio autor

A correlação encontrada ao analisar os domínios ligados a QV e a FS possibilitou a observação de que pacientes que se apresentam menos satisfeitos sexualmente e com pior função erétil são aqueles com pior QV relacionada a capacidade funcional.

Tabela 8. Correlação entre os domínios da qualidade de vida e da função sexual masculina

	CF	LAF	Dor	EGS	Vitalidade	AS	AE	SM
Satisfação Sexual Geral	,358**	,015	,076	,027	-,124	,002	,155	,062
Função Orgasmica	,194	,042	-,073	-,067	,044	-,107	,080	,049
Desejo Sexual	,083	,092	,053	-,137	-,063	,085	-,013	-,034
Satisfação Sexual	,049	,012	-,027	-,195	-,159	-,048	-,081	-,049
Função Erétil	,319*	,063	-,187	-,065	-,174	-,212	-,203	,002

CF = capacidade funcional; LAF= limitações por aspectos físicos; AE = aspectos emocionais; SM = saúde mental; EGS = estado geral de saúde.

Fonte: Produção do próprio autor

DISCUSSÃO

Estudos com o intuito de investigar a presença de disfunções e de dor musculoesquelética em participantes de programas de reabilitação cardíaca já foram realizados. Tais estudos corroboram com nossos achados em que os participantes com dor apresentam IMC maior que os participantes sem dor. Além disso, apesar de o número de mulheres participantes ser inferior ao número de participantes homens, observou-se associação entre presença de dor e sexo, em que as mulheres relataram em maior porcentagem a presença de alguma dor crônica musculoesquelética (MARZOLINI et al., 2012; MARZOLINI et al., 2010; GOEL et al., 2010).

Dos 100 sujeitos incluídos na pesquisa apenas 23% (23) eram mulheres, esta tendência pode ser observada em outros estudos, já que a literatura aponta que apenas 30% dos participantes elegíveis, efetivamente participam de programas de reabilitação cardíaca, sendo em maioria homens (75%) (WITT et al., 2004; WITT et al., 2005). Além disso, verifica-se que as mulheres aderem menos aos programas de treinamento, atribuindo-se a este fato maior número de queixas de dor e comorbidades musculoesqueléticas e a idade, em média 2 anos, superior aos homens (MARZOLINI e BROOKS, 2008; YOHANNES et al., 2007; HALM et al., 1999).

Grande parcela das mulheres apresentou alguma queixa de dor e menos da metade relatou ter vida sexual ativa. Durante o ciclo da vida a mulher passa por diferentes experiências que influenciam sua vida sexual, como a gestação e a menopausa (WOODS et al., 2010; VALENÇA et al., 2010; SACOMORI et al., 2012). Estudos apontam que aproximadamente 40% das mulheres após o período da menopausa apresentam alguma disfunção sexual (ORNATA et al., 2013; PÉREZ-LÓPEZ 2012). No presente estudo constatou-se que 87% das mulheres já haviam passado pela menopausa, sugerindo que este fato possa contribuir para o baixo número de mulheres ativas sexualmente.

Por outro lado, 72,2% dos homens relataram ter vida sexual ativa. Este relato vai ao encontro de pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2004) demonstrando que 74% dos homens mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Os homens não apenas mantêm-se mais ativos sexualmente como também dão mais importância à frequência e à satisfação sexual, tanto na juventude como na velhice (CARDOSO et al., 2012). A literatura aponta para uma herança do processo evolutivo da espécie humana, em que este comportamento masculino é baseado na autoafirmação social, cujo objetivo é adquirir mais status e acesso às mulheres (MASTERS e JOHNSON, 1966; HITE, 1987; SANCHEZ e FUERTES 1989; BUCHHEIT et al., 2004; LAURENTINO et al., 2006).

A vida sexual de homens e mulheres pode ser influenciada por diversos fatores, dentre eles a presença de dor musculoesquelética. Como observado por Flor et al., (1987), que ao avaliar o impacto da dor crônica nas relações de casais, observaram que 47% cessaram completamente a atividade sexual. Outro estudo com o mesmo objetivo revelou que apenas 27% dos participantes com dor estavam satisfeitos com a capacidade de atingir o orgasmo, além disso, 56% dos homens com dor apresentou disfunção erétil (MONGA et al., 1998).

Antagonicamente, estudos sugerem que muitos pacientes após longos períodos de exposição ao stress da dor crônica, geram estratégias de adaptação, e desenvolvem FS satisfatória e bom relacionamento com suas parceiras (SMITH et al., 2007; KWAN et al., 2005). Estes achados vão ao encontro dos resultados de Tajar et al. (2011) que ao avaliar a FS de 3206 homens revelaram que a relação entre presença de dor musculoesquelética e FS depende do tempo de exposição à dor (aguda ou crônica). No presente estudo não foi observada diferença nos domínios da FS entre os participantes com e sem dor musculoesquelética, porém ressalta-se que os participantes relataram conviver com a dor há em média seis anos ($\pm 4,9$). Os participantes ao longo do tempo podem de certa forma, ter adaptado sua rotina sexual, para melhor satisfação, sem a presença da dor, modificando posições ou frequência das relações por exemplo.

Dentre os problemas sexuais enfrentados pelos homens a disfunção erétil é mais estudada, e sua prevalência na população americana é de 31% (LAUMAN, et al., 1999). Já no Brasil, Abdo et al. (2006),

demonstraram que 45,1% dos 2.862 homens avaliados, apresentaram disfunção erétil e destes, 31,2% apresentou grau leve, 12,2% moderado e 1,7% grave. Nossos resultados seguem esta tendência, em que 39,2% de todos os homens participantes do estudo apresentaram disfunção erétil sendo metade deles disfunção suave e a outra metade moderada. Salienta-se que 41,7% dos participantes com dor apresentaram disfunção erétil. Este achado vai ao encontro dos resultados de Sjogren e Fugl-Meyer (1981), que observaram existência de disfunção erétil em 37% dos homens com dor lombar crônica.

A ausência de disfunções e a manutenção da vida sexual é uma das maneiras de melhorar a QV, proporcionando elementos que preservem uma vida saudável. (CARDOSO, et al., 2012). Neste sentido as limitações geradas pela dor não refletem apenas na atividade sexual, como também afetam diretamente as atividades diárias, apresentando influência negativa na QV dos indivíduos. (SAARNI et al., 2006; TÜZÜN, 2007; ORENIUS et al., 2012;). Fato comprovado por Kwan et al. (2005), que identificaram baixos escores de FS e de QV em pacientes com dor crônica predominantemente de origem musculoesquelética.

A ausência de dor foi considerada, por coronariopatas, um dos principais fatores para uma boa QV (VILA e ROSSI, 2008). No presente estudo observamos que os participantes com dor apresentaram pior QV tanto em domínios referentes a componentes físicos, como capacidade funcional, quanto mentais, como saúde mental. Corroborando com os achados de Otani et al. (2012) que observaram em pacientes com lombalgia, baixos escores em todos os domínios da QV. Similarmente, Bergman et al. (2004) demonstraram não apenas que os participantes com dor musculoesquelética apresentam pior QV, como constatou que após três anos mudanças nos escores de QV estavam relacionados com melhora ou piora no status de dor, e que a pontuação inicial do questionário SF-36, teve caráter preditivo pra a evolução da dor em três anos. Salientando-se a importância da avaliação deste construto principalmente em pacientes com dor musculoesquelética.

Nota-se que tanto a presença de dor musculoesquelética como a de disfunção sexual são consideradas sério problema de saúde relacionado à QV (BACHMAN e AVCI, 2004). Estudos indicam que a dor musculoesquelética, a baixa funcionalidade, a depressão e a disfunção sexual são fatores de risco para pior QV (HARVEY-KELLY et al., 2013; VLACHOPOULOS et al., 2013; GOTT e HINCHLIFF, 2003; CAKAR et al., 2007). Seguindo esta tendência, os participantes, do presente estudo, que apresentaram menor satisfação sexualmente e pior função erétil são aqueles com pior QV relacionada à capacidade funcional.

O domínio capacidade funcional avaliado pelo questionário de QV SF-36, tem como objetivo medir limitações presentes no cotidiano dos avaliados (FERREIRA, 2000). No presente estudo sugere-se que parcela dessas limitações seja consequência da coexistência da cardiopatia com a dor musculoesquelética, influenciando negativamente não apenas a QV dos participantes como também a FS. Salienta-se a importância de práticas avaliativas e intervencionistas, cujo enfoque na melhora da funcionalidade tenha como objetivos a evolução dos padrões de saúde relacionados tanto à QV quanto à FS não apenas no âmbito, predominantemente, fisiológico da função erétil como no psicológico da satisfação sexual.

CONCLUSÃO

Dores musculoesqueléticas foram referidas por aproximadamente metade dos participantes dos programas de RCPM. Não foram observadas associações entre vida sexual ativa e presença de dor musculoesquelética, assim como não foi constatada diferença na FS masculina quando comparados os participantes com e sem dor. Salienta-se, ainda, que parcela dos participantes com dor apresentou disfunção erétil. Em contrapartida averiguou-se que os participantes com dor musculoesquelética apresentaram pior QV.

Diante dos dados observados, reitera-se a importância de avaliar a função sexual e a qualidade de vida dos participantes de programas de RCPM, para que medidas interventivas possam ser estudadas e aplicadas visando não somente a melhoria da FS e da QV, como a valorização e a preservação do bem-estar, buscando a otimização nos programas dos quais estes participantes estão inseridos.

6 CONCLUSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a função sexual e a qualidade de vida de participantes, com e sem dor crônica musculoesquelética, engajados em programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, com ênfase no exercício físico.

Quanto às queixas de dor crônica musculoesqueléticas, foi observado que quase metade dos participantes relatou sentir dor, sendo a lombar e os joelhos os locais mais acometidos. Além disso, aproximadamente 1/5 apresentaram dores pioradas ou desencadeadas pelo exercício físico predominantemente nos membros inferiores.

Em relação à função sexual e à qualidade de vida, não foram observadas associações entre vida sexual ativa e presença de dor musculoesquelética, assim como não foi constatada diferença na função sexual masculina quando comparados os participantes com e sem dor crônica musculoesquelética. Salienta-se, que parcela dos participantes com dor apresentou disfunção erétil. Em contrapartida averiguou-se que os participantes com dor musculoesquelética apresentaram pior qualidade de vida.

De uma forma geral estes resultados ressaltam a importância de avaliar a função sexual, a qualidade de vida, as condições musculoesqueléticas e a presença de dor em participantes de programas de RCPM, principalmente naqueles como IMC superior a 28,04 Kg/m². Este processo se faz necessário tanto no início quanto durante a evolução do tratamento, para que medidas interventivas possam ser estudadas e aplicadas visando não somente a melhoria da função sexual e da qualidade de vida, como a valorização e a preservação do bem-estar.

Para isso, necessita-se de equipe multidisciplinar integrada com conhecimento e suporte, para completa atenção ao paciente. Salienta-se, a importância do Fisioterapeuta cujo enfoque na analgesia e na reabilitação do sistema locomotor, torna-se indispensável para que o paciente seja tratado de forma global, visando não só evitar desistências e aumentar a aderência em programas de RCPM, como também otimizar o treinamento.

REFERÊNCIAS

- AASVANG, E.K.; MOHL, B.; BAY-NIELSEN, M.; KEHLET, H. Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. *Pain*, v.122, p.258–263, 2006.
- ABDO, C.H.N. et al. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 6, Dezembro, 2006.
- ADAMS, S.G.; SMITH PK, A.P.F.; ANZUETO, A.; PUGH, J.A.; CORNELL, J.E.; Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Archives of Internal Medicine*. v. 167, p. 551-561, 2007.
- ÁLONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J. M. La versión española de SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, v.104, p. 771-776, 1995.
- ALTMAN, R. Early management of osteoarthritis. *American Journal of Managed Care*, v. 16, p. S41–S47, 2010.
- AMBLER, N.; WILLIAMS, A.C. de C.; HILL, P.; GUNARY, R.; CRATCHLEY, G. Sexual Difficulties of Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain*. v. 17, p. 138–145, 2001.
- ANGEL, L. R. P.; CAMPOS, M. A. S.; MEZA, J. A. M.; FERNANDEZ, M. D.; HEREDIA, J. M. Análise das capacidades físicas de mulheres com fibromialgia segundo o nível de gravidade da enfermidade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. v. 18, n. 5, set/out. 2012.
- AOYAGI K, R. P.; OKANO, K.; et al. Association of body mass index with joint pain among community-dwelling women in Japan. *Aging Clin Exp Res*, v.14, p. 378-81, 2002.
- ARNSTEIN, P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, v. 22, n. 17, p. 794-801, nov. 2000.
- ARVIDSSON, S.; ARVIDSSON, B.; FRIDLUND, B.; BERGMAN, S. Health predicting factors in a general population over an eight-year period in subjects with and without chronic musculoskeletal pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 6, n. 98, p. 1-9, nov. 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP – 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>, acessado em 02/jul/2012.
- AUDELIN, M. C.; SAVAGE, P. D.; ADES, P. A. Changing clinical profile of patients entering cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 1996 to 2006. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, v. 28, p. 299-306, 2008.
- BACHMAN, G.A.; AVCI, D. Evaluation and management of female sexual dysfunction. *Endocrinologist*, Baltimore, v.14, p.337- 45, 2004.
- BAHOUC, H.; FADOUA, A.; HANAN, R.; IHSANE, H.; NAJIA, H. Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v.14, n. 63, 2013.
- BARTOLETTI, R.; CAI, T.; MONDAINI, N.; DINELLI, N.; PINZI, N.; PAVONE, C.; GONTERO, P.; GAVAZZI, A.; GIUBILEI, G.; PREZIOSO, D.; MAZZOLI, S.; BODDI, V.; NABER, K.G. Prevalence, Incidence Estimation, Risk Factors and Characterization of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in Urological Hospital Outpatients in Italy: Results of a Multicenter Case-Control Observational Study. *The Journal of Urology*, v. 178, p. 2411-2415, 2007.
- BERGMAN, S.; JACOBSSON, L.T.; HERRSTRÖM, P.; PETERSSON, I.F. Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain*. v. 108, p. 115–123, 2004.
- BERMAN, J.R.; ADHIKARI, S.P.; GOLDSTEIN, I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *European Urology*; v. 38, p. 20–29, 2000.
- BERNARDO, B.C.; LORENZATO, F.R.B.L.; FIGUEIROA, J.N.; KITOKO, P.M. Disfunção sexual em pacientes com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 29, n.2, p.85-90, 2007.

BHADAURIA, S. et al. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. v. 172, n. 2 p. 580–587, 1995.

BRAIG, S.; PETER, R.; NAGEL, G.; HERMANN, S.; ROHRMANN, S.; LINSEISEN, J.; The impact of social status inconsistency on cardiovascular risk factors, myocardial infarction and stroke in the EPIC-Heidelberg cohort. *Biomedical Central Public Health*, v.11, p. 104, 2011.

BRANCO, J. C.; BANNWARTH, B.; FAILDE, I.; CARBONELL, J. A.; BLOTMAN, F.; SPAETH, M.; SARAIVA, F.; NACCI, F.; THOMAS, E.; CAUBÈRE, J. P.; LE LAY, K.; TAIEB, C.; MATUCCI-CERINIC, M. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Philadelphia, v. 39, n. 6, p. 448-453, June. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRECHER, E., S., B. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

BREIVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDDA, V.; COHEN, R.; GALLACHER, D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, v.10, n. 4, p. 287–333, 2006.

BROOKS, P. M. Issues with chronic musculoskeletal pain. *Rheumatology*, v. 44, p. 831–833, 2005.

BROOKS, P. M. The burden of musculoskeletal disease a global perspective. *Clinical Rheumatology*, v. 25, p. 778–781, 2006.

BUCHHEIT, M.; SIMON, C.; VIOLA, A. U.; DOUTRELEAU, S.; PIQUARD, F.; BRANDENBERGER, G.; Heart rate variability in sportive elderly.: relationship with daily physical activity. *Journal of Science and Medicine in Sport*, v. 36, n. 4, p. 601-605, 2004.

BUCKWALTER, K.C.; WERNIMONT, T.; BUCKWALTER, J.A. Musculo-skeletal conditions and sexuality (part II). *Sexuality and Disability*. v. 5, n. 4, p 195-207, 1982.

CAKAR, E., et al. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clinical Rheumatology*, v. 26, n. 10, p. 1607-1613, out. 2007.

CAPPELLERI, J. C.; ROSEN, R. C.; SMITH, M. D.; MISHRA, A.; OSTERLOH, I. H.; Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*, v. 54, n. 2, p. 346-351, Agosto, 1999.

CARDOSO, F. L., MAZO, G. Z., SILVEIRA, R. A. da, VIRTUOSO, J. F., MENEZES, E. C. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. *Arquivos Catarinense de Medicina*, v. 41, n. 1, p. 34-40, 2012.

CARVALHO, T. de (Ed.). *Diretriz De Reabilitação Cardiopulmonar E Metabólica: Aspectos Práticos E Responsabilidades*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 86, n. 1 p. 74-82, jan. 2006.

CARVALHO, T. de. *et al.* Avaliação do Sistema Locomotor de Pacientes de Programas de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 95, n. 2, p. 258-263, 2010.

CAUGHEY, G. E.; VITRY, A. I.; GILBERT, A. L.; ROUGHEAD, E. E. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC Public Health*, v. 8, n. 221, 2008.

CAVANAUGH, J. M.; WEINSTEIN, J. N. Low back pain: epidemiology, anatomy and neurophysiology. In: Wall PD, Melzack R, organizadores. *Textbook of pain*. New York (NY): Livingstone; 1994.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC: Arthritis as a potential barrier to physical activity among adults with heart disease—United States, 2005 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 58, p. 165-9, 2009.

CHARALAMBOS, V., GRAHAM J., CHISTODOULOS S., PIERO M. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *European Heart Journal Advance Access* April 24, 2013.

CHOPRA, A. COPCORD—an unrecognised fountainhead of community rheumatology in developing countries. *The Journal of Rheumatology*, v. 31, p. 2320–232, 2004.

CHOPRA, A.; SALUJA, M.; PATIL, J.; TANDALE, H. Pain and disability, perceptions and beliefs of a rural Indian population: A WHO-ILAR COPCORD study. *The Journal of Rheumatology*, v. 29, p. 614–621, 2002.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, mai/jun, 1999.

CIFTCI, H.; SAVAS, M.; GULUM, M.; YENI, E.; VERIT, A.; TOPAL, U. Evaluation of Sexual Function in Men with Orchialgia. *Archives of Sex Behavior*, v. 40, p.631–634, 2011.

COATES, R.; FERRONI, P.A. Sexual dysfunction and marital disharmony as a consequence of chronic lumbar spinal pain. *Sexual and Marital Therapy*. v. 6, n. 1, 1991.

COTE, P.; BALDWIN, M. L.; JOHNSON, W. G.; FRANK, J. W.; BUTLER, R. J. Patterns of sick-leave and health outcomes in injured workers with back pain. *European Spine Journal*, v. 17, n. 4, p. 484–93, apr. 2008.

COYTE, P. C.; ASCHE, C. V.; DIPGER, M.; CROXFORD, R.; CHAN, B. The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *Arthritis Care Res.* v. 11, p. 315-25 1998.

CRAWFORD, S.M.; ANTHROPOMETRY, In: DOCHERTY, D. *Measurement in pediatric exercise science: Human kinetics*. 1996. p.18 – 86.

CUERDA, R. C.; et al. Cardiac Rehabilitation Programs and Health-Related Quality of Life. State of the Art. *Revista Española de Cardiología*. v. 65, n. 1, p. 72–79, 2012.

DELLAROZA, M.; PIMENTA, C.; MATSUO, T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1151–1160, 2007.

DOS REIS, L.; MASCARENHAS, C.; DA COSTA, A.; SAMPAIO, L.; LESSA, R.; OLIVEIRA, T. Health conditions of elderly attended in a clinic of physiotherapy of the State University of the Southwest of Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 187–192, 2008.

ELM, V. E.; ALTMAN, D.G.; EGGER, M.; POCOCK, S.J.; GØTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 61, n. 4, p. 344-9, Apr. 2008.

EPPS, C.D. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatric Nursing*. v. 22, n. 2, p. 71-79, 2001.

ERIKSEN, J.; JENSEN, M. K.; SJØGREN, P.; EKHOLM, O.; RASMUSSEN, N.K. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, v. 106, n. 3, p. 221–8, dec. 2003.

ESPELAND, A.; NATVIG, N.; LØGE, I.; ENGBRETSSEN, L.; ELLINGSEN, J. Magnetic resonance imaging of the knee in Norway 2002–2004 (national survey): rapid increase, older patients, large geographic differences. *BMC Health Services Research*, v. 7, p.115, 2008.

EUROPEAN COMMISSION. Indicators for Monitoring Musculoskeletal Problems and Conditions. *Musculoskeletal Problems and Functional Limitation. The Great Public Health Challenge for the 21 Century*. October, 2003.

FAVARATO, M. E. C. S.; FAVARATO, D.; HUEB, W. A.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade De Vida Em Portadores De Doença Arterial Coronária: Comparação Entre Gêneros. *Revista da associação médica Brasileira*, v. 52. n. 4 p. 236-241, 2006.

- FAYAD, F.; LEFEVRE-COLAU, M.M.; POIRAUDEAU, S.; et al. Chronicity: recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, v.47, p.179–189, 2004.
- FEJER, R.; RUHE, A. What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. *Chiropractic & Manual Therapies*, v. 20, n. 1, sep. 2012.
- FERREIRA, P. L. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36 Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, v. 13, p. 55-66, 2000.
- FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21. N. 1 p. 19-28, 1999.
- FLOR, H.; TURK, D.C.; SCHOLZ, O.B. Impact of chronic pain on the spouse – marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 31, n. 1, p. 63-71, 1987.
- FLORIDO, J.; PEREZ-LUCAS, R.; NAVARRETE, L. Sexual behavior and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 139, p. 233–236, 2008.
- FORDYCE, W. E., SHELTON, J. L., DUNDORE, D. E. The modification of avoidance learning in pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 5, p. 405-414, 1982.
- FORTIN, M.; LAPOINTE, L.; HUDON, C. VANASSE, A. NTETU, A. L.; MALTAIS, D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 2, n. 51, 2004.
- FRIED, L. P.; GURALNIK, J. M. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 45, p. 92-100, 1997.
- GARCÍA, E., ANDRÉ E., DE PABLO, C., LÉON, M. Cardiologia preventiva y rehabilitacion. *Revista Española de Cardiologia*. V. 63, N. 1, P. 40, 2010.
- GEORGE, O. et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, v. 280, n. 2, p.147-151, 1998.
- GHASHGHAEI, F. E.; SADEGHI, M.; MOSTAFAVI, S.; HEIDARI H.; SARRAFZADEGAN, N. The effect of the cardiac rehabilitation program on obese and non-obese females with coronary heart disease. *Advanced Biomedical Research*, v. 1, n. 17, may. 2012.
- GIJSEN, R., HOEYMANS, N., SCHELLEVIS, F.G.; RUWAARD, D.; SATARIANO, W.A.; VAN DEN BOS, G.A.; Causes and consequences of comorbidity: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*. v. 54, p. 661-674, 2001.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1991.
- GOEL, K.; SHEN, J.; WOLTER, A. D.; BECK, K. M.; LETH, S. E.; THOMAS, R. J.; RAY, W. S.; PEREZ-TERZIC, C. M. Prevalence of Musculoskeletal and Balance Disorders in Patients Enrolled in Phase II Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, v. 30, p.235–239, 2010.
- GONZÁLES, A. et al. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. xx, n. xx, 2013.
- GONZALEZ, M.; VIAFARA, G.; CABA, F.; MOLINA, T.; ORTIZ, C.; Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas*, v. 53, n.1, p.1-10, 2006.
- GOTT, M.; HINCHIFF, S. How important is sex in later life? The views of older people *Social Science and Medicine*, v. 56, p. 1617–1628, 2003.
- HALM M., PENQUE, S.; DOLL, N.; BEAHR M. Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursin*, v. 13, p. 83–92, 1999.

HARKNESS, E. F.; MACFARLANE, G. J.; SILMAN, A. J.; MCBETH, J. Is musculoskeletal pain more common now than forty years ago?: two population- based cross-sectional studies. *Rheumatology*, v. 44, n. 7, p. 890–895, jul. 2005.

HARVEY K. F.; KANAKARIS, N. K.; OBAKPOVWE, O.; WETS, R. M.; GIANNOUDIS, P. V. Quality of Life and Sexual function following Traumatic Pelvic Fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma*, mar. 2013.

HEUCH, I.; HAGEN, K.; HEUCH, I.; NYGAARD Ø, ZWART JOHN-ANKER. The Impact of Body Mass Index on the Prevalence of Low Back Pain. *SPINE*, v. 35, n. 7, p 764–768, 2010.

HITE S. *Women and love: A cultural revolution in progress*. New York: Alfred Knopf; 1987.

HOOTMAN, J. M.; MACERA, C. A.; AINSWORTH, B. E.; MARTIN, M.; ADDY, C. L.; BLAIR, S. N. Association among physical activity level, cardiorespiratory fitness, and risk of musculoskeletal injury. *Am J Epidemiol*. V. 154 p. 251-258, 2001.

HOY, D.; BROOKS, P.; BLYTH, F.; BUCHBINDER, R. The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, v. 24, n. 6, p. 769–81, dec. 2010.

HUSKISSON, E. C.; Visual analogue scales. In: Melzack R (ed), *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press, 1983.

INFANTE, M. C. Sexual dysfunction in the patient with chronic back pain. *Sexuality and Disability*, v. 4, p.173–178, 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE: Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. In *Informação demográfica e socioeconômica*, Edited by. Rio de Janeiro: IBGE. n. 27, 2010.

JADAD, A. R.; CABRERA, A.; MARTOS, F.; SMITH, R.; LYONS, R. F. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. *International Journal of Integrated Care*, v. 11, jul-sep. 2011.

JOHAN, W.S; VLAEYENA, B.;STEVEN, J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*,v. 85, p. 317-332, 2000.

KLEIN, R. *et al.* The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, v. 14. n. 5 p. 672-678, 2007.

KOMOROVSKYA, B.; et al. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. v. 45, n. 7, p. Pages 979–985, July. 2008.

KORTT, M.; BALDRY, J. The association between musculoskeletal disorders and obesity. *Aust Health Rev*. v.25, p. 207-214, 2002.

KOTTKE, F.J.; LEHMANN, J.F. *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen*. 4. ed, v. 2, Sao Paulo: Manole, 1994.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. The epidemiology of erectile dysfunction: Results from the National Health and Social Life Survey. *International Journal of Impotence Research*, London, v.11, p.60-64, 1999.

LAURENTINO, N. R.S.; BARBOSA, D.; CHAVES, G.; BESUTTI F.; BERVIAN, S. A.; PORTELLA, M. R. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, p. 51-63, 2006.

LAVIE, C. J.; MILANI, R. V.; LITTMAN, A. B.; Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary prevention in the elderly. *J Am Coll Cardiol*. V.22, p.678-683, 1993.

LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Martinari. 2007

- LESSA I. Medical care and death due to coronary artery disease in Brazil, 1980-1999. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Salvador-BA, v. 81, n. 4 p. 329-335, 2003.
- LIANG, C.; HAO, Z.; LI, H.; WANG, Z.; XING, J.; HU, W.; ZHANG, T.; GE, W.; ZHANG, X.; ZHOU, J.; LI, Y.; ZHOU, Z. TANG, Z.; TAI, S. Prevalence of Premature Ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in chinese Men. *Urology*, v. 76, n. 4, 2010.
- LOBBEZOO, F.; VISSCHER, C. M.; NAEIJE, M. Impaired health status, sleep disorders, and pain in the craniomandibular and cervical spinal regions. *European Journal of Pain*. v. 8, p. 23–30, 2004.
- LÓPEZ, P. F. R.; FERNANDEZ, A. M.; TRABALÓN, P. M.; VARA, C.; CHEDRAUI, P. Research Group, Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sexual Function Index. *Menopause*, v. 19, p. 1224–30, 2012.
- LUNELLI, R. P. et al. Atividade Sexual Pós-Infarto do Miocárdio: Tabu ou Desinformação?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 90. n. 3 p. 172-176, 2008.
- LUTZ, M.C.; ROBERTS, R.O.; JACOBSON, D.J.; MCGREE, M.E.; LIEBER, M.M.; JACOBSEN, S.J. Cross-sectional associations of urogenital pain and sexual function in a community based cohort of older men: Olmsted County, Minnesota. *The Journal of Urology*, v.177, p.624–628, 2005.
- LYSTAD, R. P.; POLLARD, H.; GRAHAM, P. L. Epidemiology of injuries in competition taekwondo: a meta-analysis of observational studies. *Journal of Science and Medicine in Sport*, v. 12, n. 6, p. 614–21, nov. 2009.
- MAIGNE, J.Y.; CHATELLIER, G. Assessment of sexual activity in patients with back pain compared with patients with neck pain. *linical Orthopaedics and Related Research*, v.385, p.82-87, 2001.
- MANCHIKANTI, L.; SINGH, V.; DATTA, S.; COHEN, S. P.; HIRSCH, J. A. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*, v. 12, p. E35-E70, 2009.
- MANNOCCI, J. F. *Disfunções Sexuais: abordagem clinica e terapêutica*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995.
- MARENGONI A.; ANGLEMAN, S.; MELIS R.; et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, v. 10, p. 430– 439, 2011.
- MARUTA, T. et al. Chronic pain patients and spouses – marital and sexual adjustment. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 56, n. 5, p. 307-310, 1981.
- MARZOLINI, S.; BROOKS, D.; OH, P. I. Sex differences in completion of a 12-month cardiac rehabilitation programme: an analysis of 5922 women and men. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, v. 15, p. 698, 2008.
- MARZOLINI, S.; CANDELARIA, H.; OH, P.I. Prevalence and impact of musculoskeletal comorbidities in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. v. 30, p. 391-400, 2010.
- MARZOLINI, S.; OH, P. I.; ALTER, D.; STEWART, D. E.; GRACE, S. L.. Musculoskeletal Comorbidities in Cardiac Patients: Prevalence, Predictors, and Health Services Utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. v. 93, n. 5, p. 856-62, May. 2012.
- MASTERS W, JOHNSON V. *Human sexual response*. New York: Brown; 1966.
- MERSKE, Y. H.; BOGDUK, N. *Classification of chronic pain –descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2.ed. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1994.
- MIRANDA, V. S.; DE CARVALHO, V. B. F.; MACHADO, L. A. C.; DIAS, J. M. D. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in elderly Brazilians: a systematic review of the literature. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 13, n. 82, p. 1-11, 2012.
- MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta- analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 6, n.7, p. 1-6, July 2009.
- MONGA, T.N. *et al*. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, v. 20, n. 9, p. 317-329, 1998.

- MOSAYEBI, A.; JAVANMARD, S. H.; MIRMOHAMADSADEGHI, M.; RAJABI, R.; MOSTAFAVI, S.; MANSOURIAN, M. The Effects of Cardiac Tertiary Prevention Program after Coronary Artery Bypass Graft Surgery on Health and Quality of Life. *International Journal of Preventive Medicine*, v. 2, n.4, p. 269–274, Oct-Dec. 2011.
- NAKAMURA, M.; NISHIWAKI, Y.; USHIDA, T.; TOYAMA, Y. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. *Journal of Orthopaedic Science*, v. 16, n. 4, p. 424–432, jul. 2011.
- NFANTE, M. C. Sexual dysfunction in the patient with chronic back pain. *Sexuality and Disability*, v. 4, p.173–178, 1981.
- NG, K.F.; TSUI, S.L.; CHAN, W.S. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. *Clinical Journal of Pain*, v. 18, n. 5, p. 275–81, oct. 2002.
- NIEBAUER, J. *et al.* Attenuated Progression of Coronary Artery Disease After 6 Years of Multifactorial Risk Intervention. *Circulation*, n. 96. P. 2534-2541, 1997.
- OLMOS, M.; ANTELO, M.; VAZQUEZ, H.; et al. Systematic review and metaanalysis of observational studies on the prevalence of fractures in coeliac disease. *Digestive and Liver Disease*, v. 40, n. 1, p. 46–53, 2008.
- OLMOS, M.; ANTELO, M.; VAZQUEZ, H.; et al. Systematic review and metaanalysis of observational studies on the prevalence of fractures in coeliac disease. *Digestive and Liver Disease*, v. 40, n. 1, p. 46–53, 2008.
- ORNATA, L.; et al. Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, v. 5, p 261– 269, 2013.
- ORRIOLS, L.; SALMI LR, P. P; et al. The impact of medicinal drugs on traffic safety: a systematic review of epidemiological studies. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, v. 18, n. 8, p. 647–58, aug. 2009.
- OSBORNE, D.; MARUTA, T. Sexual adjustment and chronic back pain. *Medical Aspects Human Sexuality*, v. 14, p. 94-113, 1980.
- OTANI, K. et al., Locomotor dysfunction and risk of cardiovascular disease, quality of life, and medical costs: design of the Locomotive Syndrome and Health Outcome in Aizu Cohort Study (LOHAS) and baseline characteristics of the study population. *Journal of Orthopaedic Science*. v. 17, n. 3, p. 261-271, 2012.
- PAGANO, T.; MATSUTANI, L. A.; FERREIRA E. A. G.; MARQUES, A. P.; PEREIRA, C. A. B. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Medical Journal*, v. 122, n. 6, p. 252-8, 2004.
- PATEL, A. S., et al. The Impact and Burden of Chronic Pain in the Workplace: A Qualitative Systematic Review. *Pain Practice*, v. 12, n. 7, p. 578–589, 2012.
- FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 parte 1 – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, v. 13, p. 55-66, 2000.
- PELÁ, N.T.R. et al. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 6, n. 1, p. 99-113, 1995.
- PELTONEN, M.; LINDROOS, A.K.; TORGERSON, J.S. Musculoskeletal pain in the obese: a comparison with a general population and long-term changes after conventional and surgical obesity treatment. *Pain*, v. 104, p. 549-557, 2003.
- PICAVET, H.S.; SCHOUTEN, J.S. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. *Pain*, v.102, n.1-2, p.167-178, 2003.
- POWELL, A.; TEICHTAHL, A. J.; WLUKA, A. E. CICUTTINI, F. M. Obesity: a preventable risk factor for large joint osteoarthritis which may act through biomechanical factors. *Br J Sports Med*, v.39, p. 4-5, 2005.
- PÜHSE, G.; WACHSMUTH, J.U.; KEMPER, S.; HUSSTEDT, I.W.; EVERS, S.; KLIESCH, S. Chronic Pain Has a Negative Impact on Sexuality in Testis Cancer Survivors. *Journal of Andrology*, v. 33, n. 5, 2012.
- RAJARATNAM, B. S.; LIM, M. G.; CHIA, H. L. C.; et al. Clinical features associated with hemiplegic shoulder pain: a systematic review. *Physiotherapy Singapore*, v.11, p.11–7, 2008.

- REBELO, F. P. V.; GARCIA, A. S.; ANDRADE, D. F. de; WERNER C. R.; CARVALHO, T. de. Resultado Clínico e Econômico de um Programa de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 3 p. 321-328, 2007.
- REKPAATANAPIPAT P.; STANEK, M. S.; KOTLER, M. N. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? *Euro Heart Journal*.v. 22, n. 3, p. 201-8, 2001.
- RICHARDSON, L. A.; BUCKENMEYER, P. J.; BAUMAN, B. D.; ROSNECK, J. S.; NEWMAN, I.; JOSEPHSON, R. A. Contemporary cardiac rehabilitation: patient characteristics and temporal trends over the past decade. *J Cardiopulm Rehabil*, v. 20, p. 57-64, 2000.
- ROBINSON, M. E.; BROWN, J. L.; GEORGE, S. Z.; EDWARDS, P. S.; ATCHISON, J. W. et al. Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: the patient perspective. *Pain Medicine*, v. 6, p. 336-345, 2005.
- RUBINSTEIN, I. *Urologia Feminina*. São Paulo:B.Y.K, 1995.
- RUSTØEN, T.; WAHL, A.K.; HANESTAD, B. R.; LERDAL, A.; PAUL, S.; MIASKOWSKI, C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*, v. 8, n. 6, p. 555-65, dec. 2004.
- SA, .K; BAPTISTA, A.; MATOS, M.; LESSA, I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*, v. 139, n. 3, p. 498-506, 2008.
- SACKETT, D.L.; STRAUSS, S.E.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B. Evidence-based medicine: how to practice and teach. EBM. 2nd ed. London: Churchill Livingstone. How to find current best evidence, p.29-65, 2000.
- SACOMORI, C., CARDOSO, F. L., WITTKOPF, P. G., LATORRE, G. F. Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*, v.13, n. 6, nov/dez. 2012.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.
- SAMULI I.; et al. The impact of chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research*, v. 15, p. 1403-1414, 2006.
- SANCHEZ, F. L.; FUERTES, A. Para comprender la sexualidad. Estella (Navarra): Verbo Divino; 1989.
- SANDERSON, S.; TATT, I. D.; HIGGINS, J. P. T. Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, v. 36, n. 3, p. 666-76, jun. 2007.
- SANTOS, A. M. B.; ASSUMPCÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; PEREIRA, C. A. B.; LAGE, L. V.; MARQUES, A. P. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista brasileira de fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006.
- SARIYILDIZ, M. A. et al. Relationship of the sexual functions with the clinical parameters, radiological scores and the quality of life in male patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology International*. April 2012.
- SEDGWICK, A. W.; SMITH DS, D. M. J. Musculoskeletal status of men and women who entered a fitness programme. *Med J Aust.*; v.148, p.385-391, 1988.
- SHABANI, R.; GAEINI, A.; NIKOO, M. R.; NIKBACKT, H.; SADEGIFAR, M. Effect of Cardiac Rehabilitation Program on Exercise Capacity in Women Undergoing Coronary Artery Bypass Graft in Hamadan-Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, v. 1, n. 4, p. 247-251, 2010.
- SHIRI, R.; KARPPINEN, J.; LEINO-ARJAS, P.; SOLOVIEVA, S.; VIKARI-JUNTURA, E. The Association Between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. v. 171, n. 2, Dec. 2009.
- SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. 3. ed. v. 2. São Paulo: Manole, 2002.

- SJOGREN K, FUGL-MEYER AR. Chronic back pain and sexuality. *International Journal Rehabilitation Medicine*, v. 3, p. 19–25, 1981.
- SLATER, M.; PERRUCCIO, A. V.; BADLEY, E. M. Musculoskeletal comorbidities in cardiovascular disease, diabetes and respiratory disease: the impact on activity limitations; a representative population-based study. *BMC Public Health* v. 11, p. 77, 2011.
- SMITH B.H.; ELLIOTT, A.M.; CHAMBER, W.A. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*, v.18, p.292-299, 2001.
- SMITH, K. B.; PUKALL, C. F.; TRIPP, D. A.; NICKEL, J. C. Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic painsyndrome and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, v. 36, p. 301-11, 2007.
- SONMEZ, N.C.; KIREMIT, M.C.; GUNEY, S.; ARISAN, S.; AKCA, O.; DALKILIC, A. Sexual dysfunction in type III chronic prostatitis (CP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) observed in Turkish patients. *International Urology and Nephrology*, v. 43, p.309–314, 2011.
- STEIN, R. A. The Effect of Exercise Training on heart Rate During Coitus in the Post Myocardial Infarction Patient. *Circulation*, v.55. s.IV, set, 2004.
- STEIN, R.; HOHMANN, C. B. Atividade Sexual e Coração. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 86, n. 1, p. 61-67, 2006.
- SWAIN, M. S.; LYSTAD, R. P.; POLLARD, H.; BONELLO, R. Incidence and severity of neck injury in Rugby Union: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, v. 14, n. 5, p. 383-389, 2011.
- TAJAR, A. et al. The Effect of Musculoskeletal Pain on Sexual Function in Middle-aged and Elderly European Men: Results from the European Male Ageing Study. *The journal of reumatology*. v. 38, n. 2, 2011.
- TEIXEIRA, M.J. **Dor**: Contexto Interdisciplinar. Curitiba: editora Maio, 2003.
- TEIXEIRA, M.J.; MARCON, E.M.; ROCHA, R.O.; FIGUEIRÓ, J.A.B. Epidemiologia da dor. In: *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.
- THAKURTA, R. G.; SINGH, O. P.; BHATTACHARYA, A.; MALLICK, A. K.; RAY, P.; SEN, S. Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 34, n. 4, p. 365-70, 2012.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p.1403-09, 1995.
- TREAT-JACOBSON, D. J.; LINDQUIST, R. Exercise, quality of life, and symptoms in men and women five to six years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung*, v.36. n. 6 p. 387-397, nov-dez, 2007.
- TROMPETER, S. E.; BETTENCOURT, R.; BARRETT-CONNOR, E. Sexual Activity and Satisfaction in Healthy Communitydwelling Older Women. *The American Journal of Medicine*, v. 125, n. 1, January 2012.
- TURK, D. C.; DWORKIN, R. H.; ALLEN, R. R.; BELLAMY, N.; BRANDENBURG, N. et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, v. 106, p. 337–345, 2003.
- TURK, D. C.; DWORKIN, R. H.; REVICKI, D.; HARDING, G.; BURKE, L. B. et al. Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, v. 137, p. 276–285, 2008.
- TÜZÜN, E.H. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. v. 21, n. 3, p. 567–579, 2007.
- UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION: *World population ageing 2009*. New York: United Nations; 2009.
- VALENÇA, C. N.; FILHO J. M. N.; GERMANO, R. M.; 2010 Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade *Revista Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.2, p.273-285, 2010.

VAN BERLO, W.T. *et al.* Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Journal of Clinical Rheumatology*. v. 26, p. 30–38, 2007.

VAZ, R. A.; NODIN, N. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, v. 3. P. 329-339, 2005.

VERBRUGGE, L. M.; JUAREZ, L. Arthritis disability and heart disease disability. *Arthritis Rheum*, v. 59, p. 1445-57, 2008.

VILAGUT, G. *et al.* El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, v 19, n. 2. p. 135-50, 2005.

VON KORFF, M.; ORMEL, J.; KEEFE, F. J.; DWORKIN, S. F.; Grading the severity of chronic pain. *Pain*. v. 50, p. 133-49, 1992.

WARE, J. E. Measuring patient function and well-being: Some lessons from the Medical Outcomes Study. In: *Effectiveness and Outcomes in Health Care: Proceedings of an invitational conference by The Institute of Medicine, Division of Health Care Services*. Washington, DC: National Academy Press, p. 107-119, 1990.

WARE, J. E. Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, v. 40, p. 473-480, 1987.

WARE, J. E.; KELLER, E. D.; *The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*, Boston, MA, The Health Institute, 1994.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M. *et al.* *Sf-36 Health Survey. Manual and Interpretation guide*, Boston, New England Medical Center, 1993. WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I, Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, v. 30, p. 473-483, 1992.

WITT, B. J.; *et al.* Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 44, p. 988-996, 2004.

WITT, B. J.; THOMAS, R. J.; ROGER, V. L. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: a review to understand barriers to participation and potential solutions. *Eura Medicophys*, v. 41, p. 27-34, 2005.

WOODS, N. F.; MITCHELL, E. S.; JULIO, S. K. D. Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of women's health*, v. 19, n. 2, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO: *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium*. WHO Technical Report Series 919. Geneva: World Health Organization. 2003.

YEO, S. N.; TAY, K. H. Pain prevalence in Singapore. *ANNALS Academy of Medicine Singapore*, v. 38, n. 11, p. 937–42, nov. 2009.

YOHANNES, A.; YALFANI, A.; DOHERTY, P.; BUNDY, C. Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation*; v. 21, p. 222–229, 2007.

ZENG, Q. Y.; CHEN, R.; XIAO, Z. Y. *et al.* Low prevalence of knee and back pain in Southeast China; the Shantou COPCORD study. *The journal of Rheumatology*, v. 31, p. 2439–2443, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário Sócio demográfico e Clínico

Nº do Prontuário: _____

Nome: _____

Idade: _____

Estado civil:

1. () Solteiro
2. () Casado/União estável
3. () Separado/divorciado/viúvo

Há quanto tempo? _____

Escolaridade: _____

Profissão? _____

Salário _____

Peso _____ Estatura _____

Circ. Cintura _____

Diagnóstico: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tratamento: _____

Tempo de tratamento: _____

Fatores de risco:

Pressão alta? 1. () Sim 2. () Não

Diabete? 1. () Sim 2. () Não

Colesterol elevado? 1. () Sim 2. () Não

Tabagista? 1. () Sim 2. () Não

3. () ex-tabagista Carga-tabágica: _____

Há quanto tempo parou: _____

ANEXO

ANEXO A – ABEP

Posse de itens: (ABEP)

Quantidade de itens	0	1	2	3	4 ou +
Televisão de cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete/ DVD/BlueRay	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família:

Analfabeto primário incompleto	Analfabeto/ até 3ª série fundamental	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial completo/ colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

ANEXO B – Inventário de Avaliação do Sistema Locomotor (IASL)

1ª PARTE

1. Algum médico lhe disse que você possui problemas ósseo, muscular ou articular (juntas) (por exemplo, coluna, joelho, quadril, ombro)?
() SIM () NÃO
2. Algum médico lhe recomendou que fizesse tratamento específico para problema ósseo, muscular ou articular (juntas)?
() SIM () NÃO
3. Você costuma usar medicamentos para problema ósseo, muscular ou articular (juntas)?
() SIM () NÃO
4. Algum médico já lhe proibiu algum tipo de exercício físico?
() SIM () NÃO
5. Você sente dor óssea, muscular ou articular (juntas)?
() SIM () NÃO

** Caso você tenha respondido SIM à questão 5, siga para a próxima página

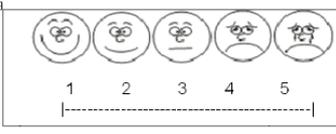
2ª PARTE ANAMNESE DIRIGIDA DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Nos desenhos do corpo humano de frente e de costas apresentados a seguir, coloque no local correspondente a sua NOTA referente à DOR óssea, articular (juntas) ou muscular em repouso.

OBSERVAÇÃO: Leve em consideração a seguinte escala:

OBSERVAÇÃO: Leve em consideração a seguinte escala:

(1) DOR LEVE
(2) DOR MODERADA
(3) DOR UM POUCO FORTE
(4) DOR FORTE
(5) DOR INSUPOORTÁVEL



Esquerdo Direto



FRENTE

Esquerdo Direto



COSTAS

6. Você sente dor óssea, muscular ou articular (juntas) piorada pelo exercício físico?
() SIM () NÃO

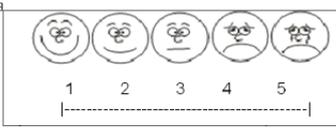
** Caso você tenha respondido SIM à questão 5, siga para a próxima página

Nos desenhos do corpo humano de frente e de costas apresentados a seguir, coloque no local correspondente a sua NOTA referente à DOR óssea, articular (juntas) ou muscular em repouso.

OBSERVAÇÃO: Leve em consideração a seguinte escala:

OBSERVAÇÃO: Leve em consideração a seguinte escala:

(1) DOR LEVE
(2) DOR MODERADA
(3) DOR UM POUCO FORTE
(4) DOR FORTE
(5) DOR INSUPOORTÁVEL



Esquerdo Direto



FRENTE

Esquerdo Direto



COSTAS

ANEXO C - Escala Graduada de dor crônica Brasil (EGDC-Br)

Faça as perguntas a seguir sobre a região (ou regiões) com dor, ou sobre a região mais incômoda, identificada pelas perguntas de triagem.

Nos seis meses que se passaram, em que lugar do corpo a dor mais incomodou você?

1. Quantos dias nos três meses que se passaram você sentiu dor no (local)? Lembre-se que seis meses têm 90 dias.

Dias com dor _____

Se a dor não esteve presente nos últimos três meses, não responda as perguntas abaixo.

2. Imagine que 0 significa “nenhuma dor”, e 10 significa “a pior dor possível”. Quanto está doendo o (local) agora?

Nenhuma dor											A pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Imagine que 0 significa “nenhuma dor”, e 10 significa “a pior dor possível”. Nos três meses que passaram, que nota você dá para a dor mais forte que sentiu no (local)?

Nenhuma dor											A pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Imagine que 0 significa “nenhuma dor”, e 10 significa “a pior dor possível”. Nos três meses que se passaram, que nota você dá para a dor no (local) que costumava sentir na maioria dos dias?

Nenhuma dor											A pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Nos três meses que se passaram quantos dias você não pode fazer suas atividades do dia a dia (trabalho, ir à escola, serviços domésticos), por causa da sua dor no (local)?

Dias sem fazer atividade _____

6. Nos três meses que passaram quanto sua dor no (local) atrapalhou suas atividades diárias (por exemplo vestir-se, tomar banho, comer, pegar condução)? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim.

Não atrapalhou em nada											Não deixou fazer nada até o fim
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Nos três meses que passaram quanto sua dor no (local) atrapalhou suas atividades de lazer com a família e amigos (ver televisão, passear visitar amigos)? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você participar de nenhuma atividade.

Não atrapalhou em nada											Não deixou participar de nenhuma atividade
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Nos três meses que passaram, quanto sua dor no (local) atrapalhou sua capacidade de trabalhar, incluindo serviços domésticos? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim.

Não atrapalhou em nada											Não deixou fazer nada até o fim
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ANEXO D – FEMALE SEXUAL FUNCTION ÍNDEX (FSFI)

1. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

1	2	3	4	5
Quase nunca ou nunca	Algumas vezes	Às vezes	Maior parte do tempo	Quase sempre ou sempre

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

1	2	3	4	5
Muito baixo ou nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Muito baixo ou nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

5. Durante as últimas 4 semanas, como estava sua confiança (segurança) em ficar excitada?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Sem confiança	Baixa confiança	Moderada confiança	Alta confiança	Altíssima confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nada difícil	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil ou impossível

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nada difícil	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil ou impossível

11. Durante as últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que **freqüência** você atingiu o orgasmo (clímax, gozou)?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

12. Durante as últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, que grau de dificuldade você teve para atingir o orgasmo (clímax, gozar)?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Nada difícil	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil ou impossível

13. Durante as últimas 4 semanas, que grau de satisfação você teve com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax, gozar) durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Indiferente	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, que grau de satisfação você teve com a intensidade do seu envolvimento emocional durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Indiferente	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Indiferente	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Indiferente	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

0	1	2	3	4	5
Não houve tentativa de penetração	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

18. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

0	1	2	3	4	5
Não houve tentativa de penetração	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (intensidade) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

0	1	2	3	4	5
Não houve tentativa de penetração	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Algumas vezes (metade do tempo)	Muitas vezes (mais da metade do tempo)	Sempre ou quase sempre

ANEXO E – ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL (IIFE)

1) Nas últimas quatro semanas, com que frequência você foi capaz de ter uma ereção durante a atividade sexual?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)	A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre ou sempre

2) Nas últimas quatro semanas, quando você teve ereções com estimulação sexual, com que frequência suas ereções foram rígidas o suficiente para penetração?

0	1	2	3	4	5
Sem atividade sexual	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)	A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre ou sempre

3) Nas últimas quatro semanas, quando você tentou penetrar a sua parceira, com que frequência você conseguiu?

0	1	2	3	4	5
Não tentei penetrar	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)	A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre ou sempre

4) Nas últimas quatro semanas, durante a relação sexual, com que frequência você foi capaz de manter sua ereção após ter penetrado na sua parceira?

0	1	2	3	4	5
Não tentei penetrar	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)	A maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre ou sempre

5) Nas últimas quatro semanas, durante a relação sexual, o quão foi difícil para você manter sua ereção até o fim da relação?

0	1	2	3	4	5
Não tentei penetrar	Extremamente difícil	Muito difícil	Difícil	Pouco difícil	Nada difícil

6) Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você tentou ter relação sexual?

0	1	2	3	4	5
Não tentei	Uma a duas tentativas	Três a quatro tentativas	Cinco a seis tentativas	Sete a dez tentativas	Onze ou mais tentativas

7) Nas últimas quatro semanas, quando você tentou ter relações sexuais, com que frequência foi satisfatória para você?

0	1	2	3	4	5
Não tentei ter relação sexual	Quase nunca/nunca	Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)	Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre/sempre

8) Nas últimas quatro semanas, qual o seu grau de prazer na relação sexual?

0	1	2	3	4	5
Nenhuma atividade sexual	Nenhum prazer	Não muito prazerosa	- Razoavelmente prazerosa	Muito prazerosa	Extremamente prazerosa

9) Nas últimas quatro semanas, quando você foi sexualmente estimulado ou teve uma relação sexual, com que frequência ejaculou?

0	1	2	3	4	5
Não tentei ter relação sexual	Quase nunca/nunca	Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)	Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre/sempre

10) Nas últimas quatro semanas, quando você foi sexualmente estimulado ou teve uma relação sexual, com que frequência você teve a sensação de orgasmo ou clímax?

0	1	2	3	4	5
Não tentei ter relação sexual	Quase nunca/nunca	Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)	Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre/sempre

11) Nas últimas quatro semanas, com que frequência você sentiu desejo sexual?

1	2	3	4	5
Quase nunca/nunca	Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)	Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)	Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)	Quase sempre/sempre

12) Nas últimas quatro semanas, como você classificaria seu nível de desejo sexual?

1	2	3	4	5
Muito baixo/nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

13) Nas últimas quatro semanas, qual seu grau de satisfação com sua vida sexual de maneira geral?

1	2	3	4	5
Muito baixo/nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

14) Nas últimas quatro semanas, qual seu grau de satisfação com o relacionamento sexual com sua companheira?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito

15) Nas últimas quatro semanas, qual seu grau de confiança de que você pode conseguir e manter uma ereção?

1	2	3	4	5
Muito baixo/nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

ANEXO F – Questionário de qualidade de vida SF-36

1-Em geral você diria que sua vida é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2-Comparada há um ano, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso quando?

a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

b) Atividades moderadas tais como mover uma mesa, passa aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

c) Levantar ou carregar mantimentos.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

d)Subir vários lances de escada.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

e)Subir um lance de escada.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

g)Andar mais de 1 quilômetro

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

h)Andar vários quarteirões

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

i)Andar um quarteirão

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

j)Tomar banho ou vestir-se

Sim, dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não, não dificulta em modo algum
1	2	3

4- Durante as ultimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

Sim	Não
1	2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

Sim	Não
1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.

Sim	Não
1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).

Sim	Não
1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

Sim	Não
1	2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

Sim	Não
1	2

c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?

Sim	Não
1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De Maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada quesito, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação, as últimas 4 semanas.

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?

Todo tempo	A Maior Parte do Tempo	Uma Boa Parte Do Tempo	Alguma Parte Do tempo	Uma Pequena Parte Do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.

Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
1	2	3	4	5

b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.

Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
1	2	3	4	5

c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.

Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
1	2	3	4	5

d) Minha saúde é excelente.

Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
1	2	3	4	5