

Artigo Original

Associação entre saúde autorreferida e disfunção sexual em mulheres brasileiras: um estudo transversal

Association between self-rated health and sexual dysfunction in Brazilian women: a cross-sectional study

Ana Beatriz da Fonseca Nunes¹, Maria Fernanda Rodrigues Bezerra¹, Laiane Santos Eufrásio¹, Vanessa Patrícia Soares de Sousa

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz, RN, Brasil.

RESUMO

Introdução: A saúde autorreferida é uma medida epidemiológica que avalia a saúde geral, mas sua relação com a função sexual ainda é pouco explorada. Este estudo comparou a função sexual de mulheres brasileiras com diferentes percepções de saúde autorreferida. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado entre agosto de 2021 e março de 2023, com 341 mulheres entre 18 e 49 anos, sexualmente ativas e em relações heterossexuais. Foram utilizados um formulário de caracterização da amostra e o Female Sexual Function Index (FSFI). O teste de Qui-quadrado e a regressão logística binária identificaram associações entre disfunção sexual e variáveis independentes. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de 29,76±7,19 anos. Mulheres com percepção negativa de saúde tiveram 2,227 vezes mais chances de apresentar disfunção sexual (IC95%: 1,404-3,531; p = 0,001). **Conclusão:** A percepção positiva da saúde autorreferida está associada a um menor risco de disfunção sexual, destacando a importância dessa avaliação na identificação precoce de problemas na saúde sexual feminina.

Palavras-chave: Dados de saúde gerados pelo paciente. Saúde sexual. Mulheres. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Self-reported health is an epidemiological measure that assesses general health, but its relationship with sexual function remains underexplored. This study compared the sexual function of Brazilian women with different perceptions of self-reported health. **Methods:** This cross-sectional study was conducted between August 2021 and March 2023, including 341 sexually active women aged 18 to 49 years in heterosexual relationships. A sample characterization form and the Female Sexual Function Index (FSFI) were used. The Chi-square test and binary logistic regression identified associations between sexual dysfunction and independent variables. **Results:** The mean age of participants was 29.76±7.19 years. Women with a negative perception of their health were 2.227 times more likely to present sexual dysfunction (95% CI: 1.404-3.531; p = 0.001). **Conclusion:** A positive perception of self-reported health is associated with a lower risk of sexual dysfunction, highlighting the importance of this assessment in the early identification of female sexual health issues.

Keywords: Patient Generated Health Data. Sexual Health. Women. Women's health.

Autor(a) para correspondência: Ana Beatriz da Fonseca Nunes – beatriznunesf120898@gmail.com.

Conflito de Interesses: Os(As) autores(as) declaram que não há conflito de interesses.

Submetido em 31/03/2025 | Aceito em 03/07/2025 | Publicado em 18/07/2025

DOI: 10.36517/rfsf.v12i1.95382

INTRODUÇÃO

A saúde autorreferida é uma medida epidemiológica amplamente utilizada tanto em ambientes clínicos quanto de pesquisa, envolvendo indivíduos que avaliam sua saúde geral em uma escala, geralmente variando de excelente a ruim^{1,2}. Essa avaliação subjetiva individual de saúde é feita através de uma pergunta simples: “Em geral, você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?”, e a resposta é influenciada pelo conhecimento da própria saúde, normas sociais ou expectativas de doença³. Esta medida teve origem na década de 1950 e tornou-se cada vez mais popular, particularmente em contextos médicos e epidemiológicos, devido à sua simplicidade e confiabilidade na previsão de resultados futuros de saúde, morbidade e mortalidade¹.

A extensão da multimorbidade, significando a presença de múltiplas condições crônicas, influencia significativamente a saúde autorreferida, de forma que é possível observar um padrão consistente na qual um aumento no número de condições crônicas se correlaciona com um declínio na saúde autorreferida¹. Vários fatores adicionais também contribuem para a saúde autorreferida, abrangendo aspectos sociais como a ligação social e a solidão, fatores ambientais como a experiência de quedas, mas principalmente os elementos individuais, como a idade, o funcionamento físico e a saúde sexual^{1,4}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006)⁵, a saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Ademais, ressalta-se a importância de uma abordagem positiva e respeitosa para garantir experiências sexuais prazerosas e seguras.

A Associação Americana de Psiquiatria (2013)⁶ define a função sexual como “a capacidade de uma pessoa de responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual.” A definição de função sexual “normal” varia amplamente entre as mulheres devido à natureza complexa da sexualidade feminina, influenciada por fatores psicológicos, físicos e culturais, sendo o reconhecimento desta diversidade essencial para compreender e abordar a saúde sexual das mulheres⁷.

Em todas as faixas etárias, a função sexual tem uma importância significativa para muitas mulheres, estando intimamente ligada ao bem-estar geral e à satisfação no relacionamento⁸. A relevância da função sexual tende a persistir nas mulheres à medida que envelhecem. Vários fatores, como nível educacional, qualidade do relacionamento, depressão, ansiedade, estado geral de saúde, fadiga e imagem corporal, são reconhecidos como influenciadores da função sexual feminina⁹. Estudo recente, realizado com mulheres brasileiras em um amplo espectro de faixa etária, identificou que a prática de atividade física, a presença de incontinência urinária e o estado pós-menopausal estão associados à disfunção sexual¹⁰. Entretanto, tais estudos não consideraram analisar a influência de outros fatores sobre a função sexual feminina. Baseados nestas limitações, nós objetivamos explorar se a saúde autorreferida, juntamente com outros fatores socioeconômicos, ginecológicos e obstétricos estão associados à disfunção sexual em mulheres brasileiras em idade reprodutiva.

MÉTODOS

Design do Estudo e Aspectos éticos

Estudo observacional de caráter transversal, que foi realizado em ambiente virtual, através das plataformas *Google Forms* e *Google Meet*, entre agosto de 2021 e março de 2023.

A pesquisa foi do tipo aberta e seguiu as normas propostas pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)¹¹ e *The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES)¹² e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN) (parecer: 4.847.000, CAAE: 47466121.8.0000.5568). A autonomia e a garantia do anonimato das participantes foram respeitadas, como rege a declaração de Helsinki para pesquisas com seres humanos.

Seleção de participantes

O estudo incluiu mulheres que atenderam os seguintes critérios: (a) ter idade entre 18 e 49 anos, (b) estarem sexualmente ativas (com ou sem parceria) há, pelo menos, 4 semanas, (c) identificarem-se como mulheres cisgênero e de orientação heterossexual e (d) ter acesso à internet. O não preenchimento do protocolo de avaliação poderia resultar em exclusão da participante.

População e Amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres brasileiras. O cálculo amostral foi realizado no site “openepi.com”, em que foram inseridos os seguintes dados: população de mulheres brasileiras com 18 anos ou mais, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³ (109 milhões e 298 mil), a frequência antecipada de disfunção sexual (37.2%), intervalo de confiança de 95% e um efeito esperado de 0.28¹⁴. Desta forma, obteve-se uma amostra ideal de 101 participantes. A amostra final do estudo foi de 341 mulheres.

Instrumentos e Procedimentos de Pesquisa

O estudo foi divulgado através de redes sociais (*Instagram*), aplicativos de conversa (*WhatsApp*) e do setor de Comunicação da UFRN, através de um questionário online (*Google Forms*) que foi respondido pelas participantes, de forma voluntária. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado neste mesmo link.

Inicialmente, as participantes elegíveis assinaram o TCLE, consentindo o uso dos dados para fins da pesquisa, ademais, todas elas foram informadas que os dados seriam armazenados em local seguro e por um período de 5 anos. Posteriormente, elas responderam uma ficha de caracterização sociodemográfica, clínica, obstétrica e de hábitos de vida. Este questionário foi criado pela equipe responsável pela pesquisa, contendo perguntas relacionadas à: ocupação (área da saúde ou outras áreas), situação conjugal (não tem parceria ou tem parceria), escolaridade (até 12 anos ou acima de 12 anos), prática religiosa (não ou sim), uso de método contraceptivo (não ou sim), número de gestações, número de partos vaginais e prática de exercício físico (não ou sim).

Para identificar a saúde autorreferida, as participantes foram questionadas com a seguinte pergunta: “em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?”³. Para fins de análise, foram estabelecidos dois grupos de saúde autorreferida: boa a muito boa (n=223) e regular a muito ruim (n=118).

Em seguida, as participantes responderam o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), que foi traduzido para o uso em língua portuguesa por Hentschel e colaboradores em 2007¹⁵. Trata-se de um instrumento conciso e autoaplicável, contendo seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O FSFI é composto por 19 questões, que avaliam a função sexual nas últimas 4 semanas. As respostas variam de 0 a 5 pontos, em relação à presença da função avaliada. O escore final varia de 2 a 36 pontos, de forma que quanto maior o valor, melhor a função sexual. Valores menores ou iguais a 26,55 pontos são indicativos da presença de disfunção¹⁶. A seleção desse ponto de corte foi baseada em estudos prévios, envolvendo mulheres brasileiras^{17,18}.

Os instrumentos utilizados na pesquisa (ficha de caracterização e questionário FSFI) foram descritos de modo claro, para minimizar os vieses decorrentes da dificuldade de compreensão das questões. Todo o protocolo de pesquisa foi respondido pelas próprias participantes, de forma individual. Os contatos da equipe foram disponibilizados, caso a voluntária tivesse dúvidas ou desejasse ser entrevistada. Entretanto, nenhuma participante entrou em contato.

Armazenamento de Dados e Análise estatística

Todos os questionários utilizados nesta pesquisa foram transformados em recursos eletrônicos (*Google Forms*) que permitiram a criação automática de uma tabela online com os dados das participantes. O pesquisador responsável fez o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, de modo a assegurar a confidencialidade dos dados das participantes.

O armazenamento e processamento dos dados foram realizados no Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS, versão 20.0). A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A técnica de *bootstrapping*¹⁹ foi utilizada para adequar as variáveis quantitativas ao pressuposto de distribuição paramétrica.

A caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos, de saúde sexual e ginecológica e hábitos de vida das participantes foi realizada por meio de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) ou de frequências (absolutas e relativas), a depender do tipo de variável.

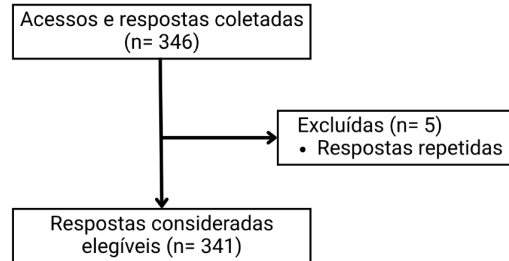
O teste de Qui-quadrado foi utilizado para identificar a associação entre a presença de disfunção sexual e as variáveis independentes (saúde autorreferida, ocupação, situação conjugal, escolaridade, prática religiosa, uso de métodos contraceptivos, número de gestações e de partos vaginais e prática de atividade física). As variáveis que apresentaram associação significativa ($P < 0.05$) com a presença de disfunção sexual (saúde autorreferida, ocupação e escolaridade)

foram inseridas no modelo de regressão logística binária. Para reportar os resultados foram utilizados: o nível de significância (p), adotando-se $p < 0,05$; Odds Ratio (OR) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Todos os pressupostos para o uso da regressão logística binária foram atendidos²⁰.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 341 mulheres (Figura 1). A média de idade das participantes foi de $29,76 \pm 7,19$ anos (faixa etária de 18 a 49). As demais características sociodemográficas, e relacionadas à saúde sexual, ginecológica e de hábitos de vida estão expostas na Tabela 1.

Figura 1. Fluxograma da amostragem do estudo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra quanto à saúde autorreferida, aos dados sociodemográficos, ginecológicos, obstétricos e de hábitos de vida das participantes (n=341).

	Presença de disfunção sexual		Total
	Não (n=206)	Sim (n=135)	
	% (n)	% (n)	% (n)
Saúde autorreferida			
Boa a muito boa	72,8% (150)	54,1% (73)	65,4% (223)
Regular a muito ruim	27,2% (56)	45,9% (62)	34,6% (118)
Ocupação			
Área da saúde	61,2% (126)	50,4% (68)	56,9% (194)
Outras áreas	38,8% (80)	49,6% (67)	43,1% (147)
Situação conjugal			
Não tem parceria	9,2% (19)	13,3% (18)	10,9% (37)
Tem parceria	90,8% (187)	86,7% (117)	89,1% (304)
Escolaridade			
Até 12 anos	11,7% (24)	20% (27)	15% (51)
Mais de 12 anos	88,3% (182)	80% (108)	85% (290)
Prática religiosa			
Não	19,9% (41)	19,3% (26)	19,6% (67)
Sim	76,2% (157)	75,6% (102)	76% (259)
Uso de métodos contraceptivos			
Não	44,7% (92)	40,7% (55)	43,1% (147)
Sim	55,3% (114)	59,3% (80)	56,9% (194)
Número de gestação			
0	55,3% (114)	57% (77)	56% (191)
1 ou mais	41,3% (85)	42,2% (57)	41,6% (142)
Número de partos vaginais			
0	83,5% (172)	87,4% (118)	85% (290)
1 ou mais	16% (33)	11,9% (16)	14,4% (49)
Prática de exercício físico			
Não	41,7% (86)	49,6% (67)	44,9% (153)
Sim	58,3% (120)	50,4% (68)	55,1% (188)

Legenda: SM, Salário-mínimo; N, frequência relativa; %, frequência absoluta.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A saúde autorreferida ($P < 0.001$), a ocupação ($P = 0.049$) e a escolaridade ($P = 0.034$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de disfunção sexual na análise bivariada. No modelo multivariado de regressão logística binária, os resultados indicaram que a saúde autorreferida apresentou uma associação significativa com a disfunção sexual. Mulheres que relataram uma saúde autorreferida de regular a muito ruim tiveram 2,227 vezes mais chances de apresentar disfunção sexual (IC95%: 1,404 a 3,531; $p = 0,001$) em comparação com aquelas identificaram a saúde autorreferida como boa a muito boa. As variáveis ocupação (OR = 1,346; IC95%: 0,842 a 2,151; $p = 0,214$) e escolaridade (OR = 0,607; IC95%: 0,320 a 1,152; $p = 0,127$) não apresentaram associações significativas com a disfunção sexual. A Tabela 2 exibe as análises detalhadas.

Tabela 2. Análise bivariada e multivariada de associação entre a presença de disfunção sexual e variáveis relacionadas à saúde autorreferida, aos dados sociodemográficos, ginecológicos, obstétricos e de hábitos de vida.

	Bivariada		Multivariada	
Saúde autorreferida		OR (CI95%) P	β	OR (CI95%) P
Boa a muito boa	-	0.44 (0.27 to 0.69)	0.80	2.22 (1.40 to 3.53) 0.001
Regular a muito ruim	1	<0,001		
Ocupação				
Área da saúde	-	0.65 (0.41 to 0.99)	0.29	1.34 (0.84 to 2.51) 0.21
Outras áreas	1	0.049		
Situação conjugal				
Não tem parceria	-	1.51 (0.76 to 3.00)	-	
Tem parceria	1	0.23		
Escolaridade				
Até 12 anos	-	1.89 (1.04 to 3.45)	-0.49	0.60 (0.32 to 1.15) 0.12
Mais de 12 anos	1	0.034		
Prática religiosa				
Não	-	0.97 (0.56 to 1.69)	-	
Sim	1	0.93		
Uso de métodos contraceptivos				
Não	-	0.85 (0.59 to 1.32)	-	
Sim	1	0.47		
Número de gestação				
0	-	1.00 (0.64 to 1.56)	-	
1 ou mais	1	0.97		
Número de partos vaginais				
0	-	1.41 (0.74 to 2.68)	-	
1 ou mais	1	0.28		
Prática de exercício físico				
Não	-	1.37 (0.88 to 2.12)	-	
Sim	1	0.15		

Legenda: 1, categoria de referência; OR, Odds Ratio; P, nível de significância, β , coeficiente; IC95%, intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

A saúde e o bem-estar sexual são indicadores importantes da qualidade de vida entre as mulheres e do bem-estar geral da população ao longo do ciclo da vida²¹ em idade reprodutiva²². Neste estudo, identificamos que mulheres com saúde autorreferida de regular a muito ruim, têm 2,227 vezes mais chances de apresentar disfunção sexual, o que evidencia a relação entre percepção de saúde e função sexual. Estes achados, são inéditos para mulheres em idade reprodutiva, todavia, estudos anteriores já demonstraram associações semelhantes em mulheres idosas^{23,24}, o que reforça o papel da saúde autorreferida como uma possível condicionante da saúde sexual.

A relação entre saúde autorreferida e função sexual pode ser influenciada tanto por fatores físicos, como psicológicos^{25,26}. Doenças físicas como as crônicas, estão frequentemente associadas a transtornos como ansiedade e depressão^{25,26}, ou vice-versa, que, por sua vez, podem impactar negativamente na função sexual. Além disso, um estilo de vida pouco saudável²⁷ e fatores sociais, como renda e relações interpessoais²⁸, também estão ligados à autopercepção de saúde. A

literatura aponta que a saúde percebida influencia não apenas o uso de serviços de saúde, mas também aspectos como sofrimento emocional, morbidade e mortalidade²⁹, o que reforça sua importância no contexto clínico e levanta a hipótese da visão positiva da saúde autopercebida como um fator protetor contra disfunções sexuais.

Outro achado deste estudo foi a ausência de associação significativa entre escolaridade, ocupação e disfunção sexual. Embora estudos anteriores tenham indicado que mulheres com baixo nível educacional possam ter dificuldades em relatar problemas de saúde³⁰, nossos achados corroboram com o estudo de Prado et al. (2010)³¹, que observaram que existem outros fatores determinantes da disfunção sexual, além da escolaridade e ocupação da mulher, como estresse e sobrecarga de responsabilidades. Tanto mulheres com maior escolaridade, expostas a um ambiente de alta competitividade, quanto aquelas com menor nível educacional, que frequentemente acumulam múltiplas funções domésticas e profissionais, podem ter sua qualidade de vida comprometida, impactando a função sexual de maneiras distintas.

Tais achados evidenciam a importância de se utilizar medidas autorreferidas na avaliação da saúde da mulher, uma vez que a percepção subjetiva de saúde pode oferecer informações prognósticas significativas³². Como potencialidades da pesquisa destacam-se o fato de abordarmos uma amostra representativa da população-alvo; o uso de diretrizes estruturadas e instrumentos confiáveis para a mensuração das variáveis-desfecho. Além do ineditismo na análise da relação entre percepção de saúde autorreferida e função sexual na população estudada.

O estudo apresenta algumas limitações importantes. Como, o fato do recrutamento e a coleta de dados terem sido realizados exclusivamente por meios digitais, o que pode ter gerado viés de seleção. Essa estratégia restringiu a amostra a mulheres com acesso à internet e familiaridade com tecnologia, o que limita a representatividade dos resultados para populações em situação de maior vulnerabilidade digital. Além disso, o uso de informações autorreferidas para os desfechos e variáveis explicativas pode ter introduzido viés de informação, já que as respostas dependem da compreensão, memória e percepção individual das participantes. Para minimizar esta limitação, as perguntas foram descritas de forma clara e simples, entretanto, não se pode descartar a possibilidade de inconsistências nas respostas. Tais aspectos devem ser considerados na interpretação e generalização dos achados.

Outra limitação considerável, refere-se à restrição da amostra a mulheres cisgênero e heterossexuais. Essa escolha objetivou garantir maior homogeneidade na análise dos dados, tendo em vista que a disfunção sexual pode apresentar manifestações distintas entre diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, o que acarretaria na necessidade de aplicar instrumentos específicos para o público mais amplo. Apesar disto, os autores reconhecem que essa delimitação reduz a aplicabilidade dos achados a toda a diversidade de mulheres brasileiras. A ausência de representatividade maior de mulheres, reforça a necessidade de novos estudos que contemplem essa diversidade, considerando as particularidades psicossociais e de saúde sexual desses grupos.

CONCLUSÃO

Portanto, concluímos que mulheres com percepção positiva da saúde apresentam menor risco de disfunção sexual, destacando a importância de avaliar a saúde autorreferida no contexto clínico. Logo, apesar de não ser possível se estabelecer uma relação de causa-efeito, os resultados deste estudo já sinalizam para a importância dos profissionais avaliarem a saúde autorreferida das mulheres em junção com a função sexual, já que esta pode variar de acordo com as percepções globais de saúde a partir de uma perspectiva pessoal. Estudos longitudinais são necessários para compreender melhor essa relação ao longo do tempo e aprofundar a investigação dos mecanismos que influenciam a função sexual feminina.

FINANCIAMENTOS E AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fisioterapia na Saúde da Mulher (UFRN-FACISA) e do Laboratório de Fisioterapia na Saúde da Mulher (UFRN) pelo apoio na condução desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, et al. How do individual, social, environmental, and resilience factors shape self-reported health among community-dwelling older adults: a qualitative case study. *BMC Geriatr.* 2023; 23(1):8. doi: 10.1186/s12877-023-03726-3.
2. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, Ploeg J, Griffith LE, Phillips SP, Wister A, Fisher K. Self-reported health and the well-being paradox among community-dwelling older adults: a cross-sectional study using baseline data from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Geriatr.*

- 2022; 22(1):112. doi: 10.1186/s12877-022-02807-z.
3. Banerjee D, Perry M, Tran D, et al. Self-reported health, functional status and chronic disease in community dwelling older adults: untangling the role of demographics. *J Community Health*. 2010;35(2):135-41. doi: 10.1007/s10900-009-9208-y.
4. Hidalgo DA, Dewitte M. Individual, Relational, and Sociocultural Determinants of Sexual Function and Sexual Satisfaction in Ecuador. *Sex Med*. 2021;9(2):100307. doi: 10.1016/j.esxm.2020.100307.
5. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization, 2006.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
7. Domoney C. Sexual function in women: what is normal? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20 Suppl 1:S9-17. doi: 10.1007/s00192-009-0841-x.
8. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018; 45(4):709-722. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.013.
9. Lammerink EAG, de Bock GH, Pascal A, et al. A Survey of Female Sexual Functioning in the General Dutch Population. *J Sex Med*. 2017; 14(7):937-949. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.04.676.
10. Fabricio AMF, Sato TO, Gomes da Silva S, et al. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in Brazilian women: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*. 2023; 24, 34(10):2507-11. doi: 10.1007/s00192-023-05562-w.
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(4):344-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.
12. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004; 6(3):e34. doi: 10.2196/jmir.6.3.e34.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: Informações sobre domicílio, acesso e utilização dos serviços de Saúde: Brasil, grandes Regiões e Unidades da federação. Rio de Janeiro: 2020; 2019. 1-89 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>.
14. Dantas JH, Dantas TH de M, Pereira ARR, et al. Sexual function and functioning of women in reproductive age. *Fisioter mov*. 2020;33:e003307. doi: 10.1590/1980-5918.33.AO07.
15. Hentschel H, Alberton DL, Goldim JR, et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev. HCPA* 2007;27(1). Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164528/000970443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan-Feb;31(1):1-20. doi: 10.1080/00926230590475206.
17. Da Luz RA, de Deus JM, Valadares ALR, et al. Evaluation of sexual function in Brazilian women with and without chronic pelvic pain. *J Pain Res*. 2018; 2761-2767. doi: 10.2147/JPR.S176851.
18. Satake JT, Pereira TRC, Aveiro MC. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *Sao Paulo Med J*. 2018;136(4):333-8. doi =: 10.1590/1516-3180.2018.0005240418.
19. Haukoos JS, Lewis RJ. Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. *Acad Emerg Med*. 2005; 12(4):360-5. doi: 10.1197/j.aem.2004.11.018.
20. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons. 2013. doi: 10.1002/9781118548387.
21. Mitchell KR, Lewis R, O'Sullivan LF, et al. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*. 2021;6(8):e608-e613. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00099-2.
22. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med*. 2016;13(11):1642-1650. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.08.011.
23. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009;16(6):1139-48. doi: 10.1097/gme.0b013e3181a4e317.
24. Nejhadadgar N, Ziapour A, Abbas J, et al. Correlation between general health and sexual function in older women in an Iranian setting. *J Educ Health Promot*. 2020;9:300. doi: 10.4103/jehp.jehp_316_20.
25. Black SA, Goodwin JS, Markides KS. The association between chronic diseases and depressive symptomatology in older Mexican Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998;53:M188-94. doi: 10.1093/gerona/53a.3.m188.
26. Xiang, L., Yang, J., Yamada, M. et al. Association between chronic diseases and depressive

- inclinations among rural middle-aged and older adults. *Sci Rep.* 15(1):7784. doi: 10.1038/s41598-025-91679-5.
27. Kiely KM, Butterworth P. The contribution of financial hardship, socioeconomic position and physical health to mental health problems among welfare recipients. *Aust N Z J Pub Health.* 2013;37:589–90. doi: 10.1111/1753-6405.12121.
28. Cene CW, Halladay JR, Gizlice Z, Roedersheimer K, Hinderliter A, Cummings DM, et al. Associations between subjective social status and physical and mental health functioning among patients with hypertension. *J Health Psychol.* 2016;21:2624–2635. doi: 10.1177/1359105315581514.
29. Maier H, Smith J. Psychological predictors of mortality in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1999;54(1):P44-54. doi: 10.1093/geronb/54b.1.p44.
30. Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health Care Women Int.* 2009; 30: 971-988. doi: 10.1080/07399330903052152.
31. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet].* 2010, 32:139–43. doi: 10.1590/S0100-72032010000300007.
32. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci. Rep.* 2020; 10, 4886. doi: 10.1038/s41598-020-61603-0.

