

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

EVELYN DOS SANTOS

SUYANE SANTOS CAVALCANTE BRAGA

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES DO
CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA UNIVERSIDADE DE
SERGIPE**

Aracaju

2020

EVELYN DOS SANTOS

SUYANE SANTOS CAVALCANTE BRAGA

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES DO
CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA UNIVERSIDADE DE
SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Tiradentes como um dos pré-
requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADOR(A): Dra. LICIA SANTOS SANTANA

Aracaju

2020

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA UNIVERSIDADE DE SERGIPE

Evelyn dos Santos¹; Suyane Santos Cavalcante Braga¹; Licia Santos Santana².

RESUMO

Disfunções Sexuais são caracterizadas por perturbações relacionadas a alterações psicofisiológicas no ciclo de resposta sexual ou à dor que se associa à relação sexual que acarreta sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal. O objetivo do estudo visa estimar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade de Sergipe, determinar os domínios da função sexual feminina mais afetados e por fim, analisar a existência de fatores associados. Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional com abordagem quantitativa, no qual foi aplicado um formulário, via online, devido a pandemia provocada pelo vírus COVID-19, com um questionário idealizado pelas pesquisadoras e o Female Sexual Function Index (FSFI). A amostra foi composta por 186 participantes de idade entre 18 a 35 anos e que mantinham vida sexual ativa. A associação entre a disfunção sexual em cada domínio e variáveis sociodemográficas foi verificada pelo teste qui-quadrado e a comparação entre as variáveis através do teste de Mann-Whitney, com nível de significância fixado em $p < 0,05$. A prevalência de disfunção sexual feminina foi de 48,96%, sendo que os domínios mais afetados foram: lubrificação, desejo sexual e orgasmo. Além disso, pode-se notar que 94,48% das entrevistadas apresentaram pelo menos um domínio afetado no FSFI. Observou-se uma diferença significativa na associação da disfunção sexual com o estado civil e frequência de relações sexuais. Concluiu-se que houve uma grande prevalência de DS em universitárias do curso de fisioterapia de uma Universidade de Sergipe. Portanto, esse desfecho evidencia a importância da criação de abordagens curativas, preventivas e educativas específicas voltadas à população feminina.

Descritores: Saúde da mulher. Prevalência. Disfunções Sexuais Fisiológicas. Estudantes.

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN ON PHYSIOTHERAPY COURSE AT A UNIVERSITY IN SERGIPE

Evelyn dos Santos¹; Suyane Santos Cavalcante Braga¹; Licia Santos Santana².

ABSTRACT

Sexual dysfunctions are characterized by disorders related to psychophysiological changes in the sexual response cycle or to the pain that is associated with sexual intercourse that causes psychological distress and difficulties in interpersonal relationships. The aim of the study is to estimate the prevalence of sexual dysfunction in women in the physiotherapy course at a university in Sergipe, to determine the domains of female sexual function most affected and, finally, to analyze the existence of associated factors. This is a cross-sectional, observational study with a quantitative approach, in which a form was applied, online, due to the pandemic caused by the COVID-19 virus, with a questionnaire designed by the researchers and the Female Sexual Function Index (FSFI). The sample consisted of 186 participants aged between 18 and 35 years and who maintained an active sex life. The association between sexual dysfunction in each domain and sociodemographic variables was verified by the chi-square test and the comparison between variables through the Mann-Whitney test, with a significance level set at $p < 0.05$. The prevalence of female sexual dysfunction was 48.96%, with the most affected domains being: lubrication, sexual desire and orgasm. In addition, it can be noted that 94.48% of the interviewees presented at least one affected domain in the FSFI. There was a significant difference in the association of sexual dysfunction with marital status and frequency of sexual intercourse. It was concluded that there was a high prevalence of SD in university students of the physiotherapy course of a University of Sergipe. Therefore, this outcome highlights the importance of creating specific curative, preventive and educational approaches aimed at the female population.

Descriptors: Women's health. Prevalence. Physiological Sexual Dysfunction. Students.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Neste sentido, a saúde sexual é um dos indicadores para uma boa qualidade de vida e recebe influência de diversos fatores que podem ser biológicos, psicológicos, socioeconômicos, éticos e espirituais (BARRETO et al., 2018).

. A sexualidade é uma característica humana, representada por um conjunto de comportamentos que se remetem à satisfação pessoal. Ao ser experimentada pelos indivíduos ela será ocasionada pela junção de elementos neurológicos, vasculares, musculares, psicológicos e hormonais que darão início ao ciclo de resposta sexual. Ele é constituído por componentes distintos e fases em sequência que possuirão sua própria neurofisiologia, mas que serão controladas pelo sistema nervoso central. (CARVALHO et al., 2017; CLAYTON; JUAREZ, 2019).

O ciclo se inicia pela fase do desejo, onde a mulher sente vontade de realizar o ato sexual. Ela pode acontecer de forma espontânea, através de influências psicológicas e biológicas, ou por motivação física quando se recebe estímulos de sua parceria. Em seguida, ocorre a excitação, que é uma sensação de prazer decorrente de estímulos impulsionados pelo desejo. Essa fase tem como característica dois fenômenos, a vasocongestão que provocará o aumento do aporte sanguíneo na região e a secreção do muco que é responsável pela lubrificação vaginal. Posteriormente, ocorre o orgasmo, onde ocorre o pico da excitação, ele acontece em poucos segundos e é caracterizado por uma série de contrações musculares rítmicas e intensas que podem se estender da região genital pelo corpo. Por fim, há a resolução que consiste no relaxamento corporal geral, após a involução dos níveis da tensão sexual. (LUCENA; CARMITA, 2012; LARA, 2017; DIAS et al. 2014).

No decorrer desse ciclo, a atuação dos fatores influenciáveis pode interferir negativamente na atividade sexual humana, o que provocará modificações parciais ou totais em uma ou mais das suas fases, desencadeando o que chamamos de Disfunções Sexuais (DS). Elas se caracterizam por

perturbações relacionadas a alterações psicofisiológicas no ciclo de resposta sexual ou à dor que se associa à relação sexual, que acarreta sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal. As DS podem ser divididas em primárias, onde os sinais e sintomas estão presentes desde o início da atividade sexual e em secundárias, quando a manifestação dos sintomas foi adquirida ao longo da vida. Assim como, podem ser classificadas em generalizada quando ela ocorre em toda atividade sexual, ou situacional, onde a aparição dos sintomas acontece devido a determinadas situações, circunstâncias ou parceria (COSTA et al., 2018; FAUBION; RULLO, 2015; POLLAND et al., 2019).

As DS acometem cerca de 38% a 63% das mulheres em todo o mundo, mas esses números podem aumentar ou diminuir a depender das características da população avaliada. A síndrome do Desejo Sexual Hipoativo, ocasionada pela diminuição do interesse sexual, acomete cerca de 45% da população feminina, enquanto o Transtorno da Excitação e da Lubrificação, caracterizado pela dificuldade em ficar excitada e a ausência parcial ou total da lubrificação, acometem cerca de 8 a 15% das mulheres. A anorgasmia, que é a ausência do orgasmo, pode afetar 25% da população feminina. Já a dispareunia, definida pela dor antes, durante ou após o ato sexual, tem uma prevalência de 20 a 45% (LATORRE et al., 2016).

Jovens em idade reprodutiva costumam ser um dos maiores públicos no sistema de saúde, uma vez que há uma maior busca pela prevenção e tratamento de diversos distúrbios da saúde, no entanto, ainda há uma escassez de estudos a respeito do seu funcionamento sexual. Sendo assim, a escolha do tema se deu em virtude de ser uma ferramenta importante na análise quantitativa de dados atuais, a fim de que possa ser direcionado uma maior atenção ao público que enfrenta os infortúnios dessa disfunção. O presente estudo visa estimar a prevalência de disfunção sexual em mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade em Sergipe, determinar os domínios da função sexual feminina mais afetados e por fim, analisar a existência de fatores associados.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada através da internet, por intermédio da plataforma Google Forms. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa através de divulgações, via redes sociais (WhatsApp). Esse método foi escolhido visto que a internet é uma excelente ferramenta de comunicação social e disseminação de informações, outra justificativa se diz respeito ao momento vivenciado pela Pandemia provocada pelo vírus COVID-19. Desse modo, foi priorizado manter as normas e regras de distanciamento social para a prevenção à saúde das pesquisadoras bem como das participantes desse estudo.

2.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 186 mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade de Sergipe. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do ano de 2020, momento em que as participantes foram convidadas a responder o formulário da pesquisa.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas mulheres com idades entre 18 a 35 anos que mantinham uma vida sexual ativa e que fossem estudantes do curso de fisioterapia de uma determinada universidade de Sergipe. Já os critérios de exclusão foram: O preenchimento incorreto ou incompleto do formulário de avaliação proposto.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo cumpriu os termos da Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado pelas pesquisadoras e

entregue às participantes da pesquisa, via online, para que as mesmas pudessem ler e assinar ao consentir a sua participação (APÊNDICE 1).

2.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do emprego de um formulário que continha dois questionários. O formulário foi elaborado por intermédio do Google Forms que é uma plataforma online, gratuita e fornece grande parte das funcionalidades encontradas no Microsoft Office. Ela é uma ferramenta ágil e eficaz para a criação de perguntas que contribui para práticas pedagógicas no meio universitário e conseqüentemente na área da pesquisa acadêmica.

As participantes foram convidadas a responder o formulário, via aplicativo de mensagens (Whatsapp), após o convite pospor-se a instrução de clicar no link exibido na mensagem. Desse modo, a participante seria direcionada para plataforma Google Forms onde inicialmente havia informações a respeito de todos os trâmites burocráticos sobre o estudo e a opção de aceite com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tornando transparente a condição de que o aceite do termo era decisivo para a continuação da participação na presente pesquisa. Ao concordar em participar da pesquisa, a voluntária era norteada para os questionários.

Os primeiros questionamentos foram criados pelas pesquisadoras que colheram os seguintes dados: a confirmação de ser aluna do curso de fisioterapia de uma determinada universidade em Sergipe, já ter tido relações sexuais, idade, orientação sexual, estado civil, informações sobre a parceria, como o tempo de relacionamento, idade e escolaridade da mesma, tipo de método contraceptivo usado, frequência de relações sexuais, gravidez, número de filhos, número de gestações, tipo e quantidade de partos, uso de medicamentos antidepressivos, uso de drogas ilícitas e perguntas socioeconômicas (APÊNDICE 2).

Posteriormente as participantes responderam ao questionário de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) na versão brasileira sob adaptação dos autores Pacagnella e colaboradores (2009). Ele é um questionário rápido, que dispõe de 19 questões que avaliam a função sexual feminina nas últimas quatro semanas em seis campos: desejo sexual, lubrificação vaginal, excitação sexual, satisfação sexual, orgasmo e dor.

Para cada questão há um padrão de resposta onde as opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma progressiva em relação à existência da função questionada. A entrevistada foi instruída a selecionar em cada questão uma das seis alternativas possíveis que melhor descrevesse sua situação. A alternativa 0 indica que não houve relação sexual e as outras variam de 1 a 5. A análise foi realizada reunindo as respostas em seis domínios diferentes: Desejo itens 1 e 2; Excitação itens 3, 4, 5 e 6; Lubrificação itens 7, 8, 9, e 10; Orgasmo itens 11, 12 e 13; Satisfação itens 14, 15 e 16; Desconforto/Dor itens 17, 18 e 19. Somente nas questões relacionadas à dor a pontuação é contabilizada de forma contrária (Kholer et al., 2017).

Os escores dos domínios e a escala geral de escores do FSFI foram calculados da seguinte forma: Desejo: Variação do escore – (1 – 5), Fator – (0,6), Escore mínimo – (1,2), Escore máximo – (6,0); Excitação: Variação do escore – (0 – 5), Fator – (0,3), Escore mínimo – (0), Escore máximo – (6,0). Lubrificação: Variação do escore – (0 – 5), Fator – (0,3), Escore mínimo – (0), Escore máximo – (6,0); Orgasmo: Variação do escore – (1 – 5), Fator – (0,4), Escore mínimo – (0), Escore máximo – (6,0); Satisfação: Variação do escore – (0 – 5), Fator – (0,4), Escore mínimo – (0,8), Escore máximo – (6,0); Dor: Variação do escore – (0 – 5), Fator – (0,4), Escore mínimo – (0), Escore máximo – (6,0) (Kholer et al., 2017).

Para a contagem dos domínios, somaram-se os escores individuais e foi multiplicado pelo fator correspondente. Para que se pudesse obter o escore total da escala foi somado os escores para cada domínio. Deve-se ressaltar que dentro dos domínios, um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas. Os escores totais variam de 2 a 36 pontos e as maiores pontuações representam uma melhor função sexual. Então pacientes com FSFI \leq 26,55 pontos já sugerem disfunção sexual feminina. Para a análise dos domínios foram utilizados seguintes pontos de corte: Desejo: 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo: 5,05, Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51 (Kholer et al., 2017). (ANEXO 1)

2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística

descritiva e analítica, com as medidas de posição (média), de dispersão (desvio padrão) e frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6.

Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro Wilk. Para associação entre as variáveis foi utilizado o teste de qui quadrado. Para comparação entre as variáveis foi realizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 186 mulheres, das quais 41 foram excluídas por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Portanto, 145 foram selecionadas por apresentarem critérios compatíveis para colaborar com a pesquisa (FIGURA 1).

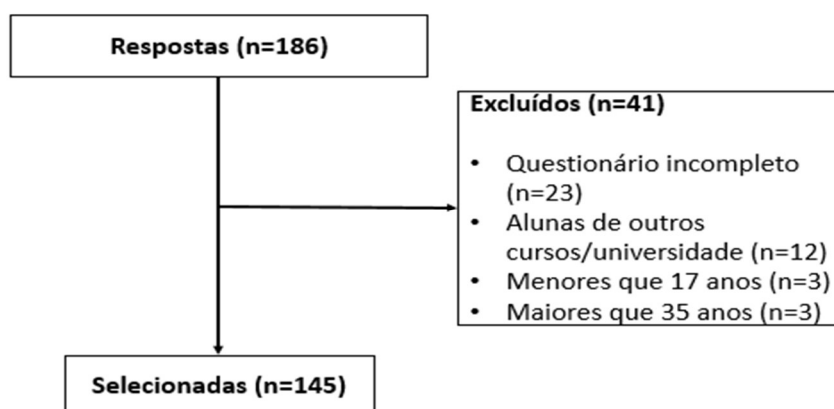


Figura 1: Fluxograma do estudo.

Em relação ao perfil social das voluntárias, a média de idade da maioria foi de 22,44 anos ($DP \pm 3,23$), sendo que a maior parte tem como orientação sexual, ser heterossexual (91,3%), está “em um relacionamento sério/aberto” (53,10%), já tiveram relações sexuais pelo menos uma vez na vida (100%), não tem filhos (94,48%), não usuárias de antidepressivos (91,03%) e não usuárias de drogas ilícitas (93,79%) (TABELA 1).

Tabela 1: Perfil social das voluntárias. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Perfil social	Média \pm Desvio Padrão e n (%)
Idade (anos)	22,44 \pm 3,23
Orientação sexual	
Bissexual	9 (6,21%)
Heterossexual	132 (91,03%)
Homossexual	4 (2,76%)
Estado civil	
Solteira	51 (35,17%)
Em um relacionamento sério/aberto	77 (53,10%)
Casada	17 (11,72%)
Já teve relações sexuais	
Sim	145 (100%)
Não	0
Tem filhos	
Sim	8 (5,52%)
Não	137 (94,48%)
Medicamentos antidepressivos	
Sim	13 (8,97%)
Não	132 (91,03%)
Drogas ilícitas	
Sim	9 (6,21%)
Não	136 (93,79%)

Quando questionadas sobre a sua parceria, foi visto que a maioria tem parceria com média de idade 26,37 anos (DP \pm 6,91), possuem nível superior de escolaridade (73,4%) e vivem um relacionamento com tempo médio de cinco anos ou mais (27,66%) (TABELA 2).

Tabela 2: Dados gerais dos parceiros/parceiras das voluntárias. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Dados do parceiro/parceira	Média \pm Desvio Padrão e n (%)
Idade do parceiro/parceira (anos)	26,37 \pm 6,91
Nível de escolaridade	
Fundamental	2 (2,13%)
Médio	23 (24,47%)
Superior	69 (73,40%)
Tempo de relacionamento	
Menor que 6 meses	5 (5,32%)
De 6 meses à 1 ano	8 (8,51%)
1 ano	15 (15,96%)
2 anos	12 (12,77%)
3 anos	13 (13,83%)
4 anos	15 (15,96%)
5 anos ou mais	26 (27,66%)

No momento em que foram indagadas sobre os seus dados sexuais, foi visto que a maioria tem frequência de relações sexuais de ao menos uma vez na semana (32,41%), seu método contraceptivo é hormonal (40%), nuligestas (91,03%), não gestantes (97,24%) e nulíparas de partos vaginais e cesárianos (97,93% e 95,86%) (TABELA 3).

Tabela 3: Dados sexuais das voluntárias. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Dados sexuais	n (%)
Frequência de relações sexuais	
Nenhuma	32 (22,07%)
1x/semana	47 (32,41%)
2x/semana	21 (14,48%)
3x/semana	32 (22,07%)
4x/semana	5 (3,45%)
5x/semana	4 (2,76%)
6x/semana	1 (0,69%)
7x/semana	3 (2,07%)
Método contraceptivo	
Nenhum	26 (17,93%)
Preservativo	53 (36,55%)
Hormonal	58 (40,00%)
Coito interrompido	8 (5,52%)
Número de gestações	
Nenhuma	132 (91,03%)
Uma	11 (7,59%)
Duas	2 (1,38%)
Está grávida	
Sim	4 (2,76%)
Não	141 (97,24%)
Número de partos vaginais	
0	142 (97,93%)
1	3 (2,07%)
Número de partos cesáreos	
0	139 (95,86%)
1	6 (4,14%)

No que se diz respeito aos seus dados socioeconômicos, foi visto que a maioria habita com três pessoas sob o mesmo teto (28,97%) e possui uma renda mensal conjunta de até dois salários mínimos (24,14%) (TABELA 4).

Tabela 4: Dados socioeconômicos das voluntárias. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Dados socioeconômicos	n (%)
Número de pessoas na casa	
1	8 (5,52%)
2	32 (22,07%)
3	37 (25,52%)
4	42 (28,97%)
5	18 (12,41%)
6 ou mais	8 (5,52%)
Renda mensal conjunta	
Menos de um salário mínimo	3 (2,07%)
Até um salário mínimo	14 (9,66%)
Até dois salários mínimos	35 (24,14%)
Até três salários mínimos	29 (20,00%)
Até quatro salários mínimos	19 (13,10%)
Até cinco salários mínimos	13 (8,97%)
Até seis salários mínimos	12 (8,28%)
Mais de seis salários mínimos	20 (13,79%)

O escore total médio do FSFI entre as acadêmicas foi 23,72 (DP± 9,45), com resultado abaixo do valor normal de $\geq 26,55$. Quando analisadas as médias de escores para cada domínio, todas ficaram abaixo dos valores de corte, com desejo/libido de 3,92 (DP± 1,05), excitação 3,85 (DP± 2,06), lubrificação vaginal 3,99 (DP± 2,18), orgasmo 3,65 (DP± 2,11), satisfação sexual 4,52 (DP± 1,52) e dor 3,78 (DP± 2,33) (FIGURA 2).

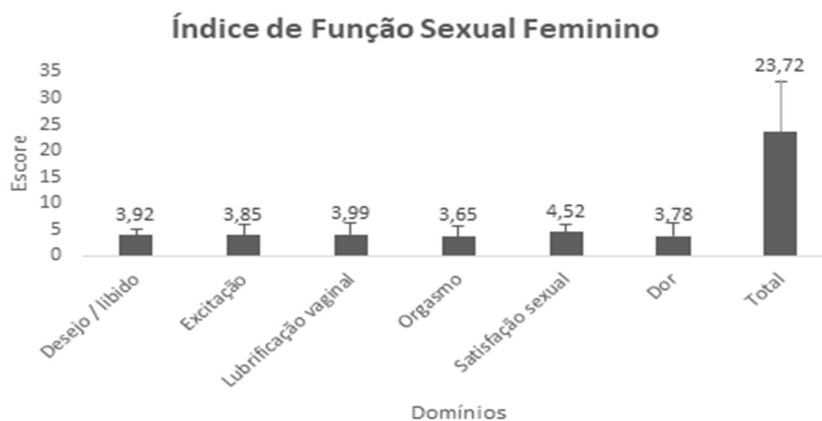


Figura 2: Índice de Função Sexual Feminino por domínio e escore total das voluntárias. Valores apresentados em média ± desvio padrão.

Com o resultado do escore total médio de cada entrevistada, foi possível observar que 71 (48,96%) delas possuem algum tipo de DS. No entanto, 137 (94,48%) das participantes apresentaram pelo menos um domínio afetado. Quando avaliados individualmente, tanto em mulheres cujos escores totais foram ou não compatíveis com o diagnóstico de DS, o domínio mais afetado foi o de lubrificação vaginal (71,03%), seguido pelos domínios desejo/libido (66,90%), orgasmo (66,21%), dor (64,14%), excitação (60,69%) e satisfação sexual (50,34%) (TABELA 5).

Tabela 5: Grau de disfunção sexual medido através do Índice de Função Sexual Feminino por domínio e escore total das voluntárias. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Índice de Função Sexual Feminino	Com disfunção	Sem disfunção
Desejo / libido	97 (66,90%)	48 (33,10%)
Excitação	88 (60,69%)	57 (39,31%)
Lubrificação vaginal	103 (71,03%)	42 (28,96%)
Orgasmo	96 (66,21%)	49 (33,79%)
Satisfação sexual	73 (50,34%)	72 (49,65%)
Dor	93 (64,14%)	52 (35,86%)
Total	71 (48,96%)	74 (51,03%)
Disfunção em pelo menos um domínio	137 (94,48%)	8 (5,51%)

A análise em sua totalidade de função sexual com as possíveis variáveis sociodemográficas, mostrou que houve diferença significativa na associação da DS com o estado civil e a frequência de relações sexuais. Destarte, mulheres solteiras (47,89%), apresentaram maior índice de DS ($p=0,007$) em conjunto com aquelas que tinham baixa frequência de relações sexuais semanais ($p=0,005$). As demais variáveis não alcançaram significância suficiente estatística para inferência de correlação (TABELA 6 e 7).

Tabela 6: Comparação entre a idade das voluntárias avaliadas de acordo com a função sexual. Teste de Mann-Whitney, $*p<0,05$.

	Função sexual		p
	Com disfunção	Sem disfunção	
Idade (anos)	22,20 ± 3,24	22,67 ± 3,22	0,199

Tabela 7: Associação entre as variáveis e a função sexual das voluntárias avaliadas. Teste de qui-quadrado, * $p < 0,05$.

	Função sexual		p
	Com disfunção	Sem disfunção	
Orientação sexual			
Bissexual	2 (2,82%)	7 (9,46%)	0,253
Heterossexual	67 (94,36%)	65 (87,84%)	
Homossexual	2 (2,82%)	2 (2,70%)	
Estado civil			
Solteira	34 (47,89%)	17 (22,97%)	0,007*
Em um relacionamento sério/aberto	31 (43,66%)	46 (62,16%)	
Namorando	6 (8,45%)	11 (14,86%)	
Método contraceptivo			
Preservativo	26 (36,62%)	27 (36,49%)	0,878
Hormonal	30 (42,25%)	28 (37,84%)	
Coito interrompido	3 (4,22%)	5 (6,76%)	
Nenhum	12 (16,90%)	14 (18,92%)	
Antidepressivo			
Sim	6 (8,45%)	7 (9,46%)	1,000
Não	65 (91,55%)	67 (90,54%)	
Drogas ilícitas			
Sim	3 (4,22%)	6 (8,11%)	0,495
Não	68 (95,77%)	68 (91,89%)	
Gravidez atualmente			
Sim	2 (2,82%)	2 (2,70%)	1,000
Não	69 (97,18%)	72 (97,30%)	
Gestação prévia			
Sim	5 (7,04%)	8 (10,81%)	0,564
Não	66 (92,56%)	66 (89,19%)	
Parto vaginal			
Sim	2 (2,82%)	1 (1,35%)	0,615
Não	69 (97,18%)	73 (98,65%)	
Parto cesáreo			
Sim	2 (2,82%)	4 (5,40%)	0,681
Não	69 (97,18%)	70 (94,59%)	
Filhos			
Sim	3 (4,22%)	5 (6,76%)	0,719
Não	68 (95,77%)	69 (93,24%)	
Nível de escolaridade do parceiro			
Fundamental	1 (2,13%)	1 (2,13%)	0,484
Médio	14 (29,79%)	9 (19,15%)	
Superior	32 (68,08%)	37 (78,72%)	
Tempo de relacionamento			
Menor que 6 meses	4 (8,51%)	1 (2,13%)	0,626
De 6 meses à 1 ano	5 (10,64%)	3 (6,38%)	
1 ano	6 (12,76%)	9 (19,15%)	

2 anos	4 (8,51%)	8 (17,02%)	
3 anos	7 (14,89%)	6 (12,76%)	
4 anos	8 (17,02%)	7 (14,89%)	
5 anos ou mais	13 (27,66%)	13 (27,66%)	
Frequência de relações sexuais			
Nenhuma	27 (38,03%)	5 (6,76%)	
1x/semana	23 (32,39%)	24 (32,43%)	
2x/semana	5 (7,04%)	16 (21,62%)	
3x/semana	12 (16,90%)	20 (27,03%)	0,005*
4x/semana	1 (1,41%)	4 (5,40%)	
5x/semana	2 (2,82%)	2 (2,70%)	
6x/semana	0	1 (1,35%)	
7x/semana	1 (1,41%)	2 (2,70%)	
Número de pessoas na casa			
1	3 (4,22%)	5 (6,76%)	
2	16 (22,53%)	16 (21,62%)	
3	16 (22,53%)	21 (28,38%)	0,522
4	24 (33,80%)	18 (24,32%)	
5	10 (14,08%)	8 (10,81%)	
6 ou mais	2 (2,82%)	6 (8,11%)	
Renda mensal conjunta			
Menos de um salário mínimo	3 (4,22%)	0	
Até um salário mínimo	8 (11,27%)	6 (8,11%)	
Até dois salários mínimos	19 (26,76%)	16 (21,62%)	
Até três salários mínimos	16 (22,53%)	13 (17,57%)	0,247
Até quatro salários mínimos	7 (9,86%)	12 (16,22%)	
Até cinco salários mínimos	3 (4,22%)	10 (13,51%)	
Até seis salários mínimos	6 (8,45%)	6 (8,11%)	
Mais de seis salários mínimos	9 (12,68%)	11 (14,86%)	

4 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a ocorrência de DS feminina, determinar os domínios mais afetados e os fatores que podem estar associados. Nesse sentido, os dados evidenciaram uma prevalência de 48,96%, ou seja, 71 participantes apresentavam ao menos um tipo de DS. Porquanto, o domínio mais afetado foi a lubrificação vaginal 71,03%, seguido pelos domínios desejo/libido 66,90%, orgasmo 66,21%, dor 64,14%, excitação 60,69% e satisfação sexual 50,34%. Além disso, pode-se observar que os estados civis e a frequência de relações sexuais podem ter correlação com a incidência de disfunções.

A sexualidade para Dantas et al. (2020), é um componente importante das mulheres para qualidade de vida geral, sendo definida como um complexo produto de experiências, atitudes, características genéticas, comportamentos culturais, religiosos e aspectos associados ao gênero. À medida que elas passam por determinadas situações ou mudanças em vários aspectos em seu

meio interno ou externo, a função sexual é considerada um problema e elas vivenciam um desequilíbrio em sua satisfação geral e qualidade de vida. Essas alterações justificam a necessidade de identificar a prevalência de DS.

O resultado desse estudo respalda estudos anteriores, no que se diz respeito à incidência total de jovens com algum tipo de DS, tendo em vista um valor de 49,96% afetadas. Silva; Damasceno (2019) avaliaram jovens com idade entre 18 e 35 anos e relataram uma prevalência total de DS de 30%, enquanto Ferreira et al. (2007), apresentou um total de 36% em mulheres com idade entre 20 a 39 anos. Todavia, estudos mostram uma variação de prevalência entre 22% e 87% em diferentes populações femininas. Para Correia et al. (2016), o que explica essa grande variação é a dimensão das características das participantes das amostras, tipos de testes realizados e tipos de questionários utilizados, além de questões culturais, religiosas e da falta de conhecimento do próprio corpo que é diferente a depender de diversos fatores socioculturais da população estudada.

A amostra apontou que a DS mais dominante entre as participantes foi a lubrificação vaginal, que segundo Amidu et al. (2010) essa insuficiência pode ser justificada pela dificuldade em obter a sensação de excitação, que é gerada quando a mulher é exposta a um estímulo sexual seja pelo toque, beijo, cena erótica, ou fantasia sexual (pensamento sexual estimulante), sendo assim, elas não conseguem atingir e/ou manter a lubrificação vaginal que pode provocar desconforto ou dor durante na maior parte da relação sexual. Além disso, ainda pode dificultar ou impedir o orgasmo, gerando um ciclo de resposta sexual feminina incompleto.

A segunda DS mais recorrente foi a Síndrome do Desejo Sexual Hipoativo, esse resultado pode estar correlacionado com a falta de motivação pelo parceiro, tão quanto por experiências sexuais negativas, uma vez que a neurofisiologia da libido recebe influências físicas, psicológicas e biológicas. Fitz (2015), em seu estudo relata que de acordo com uma pesquisa do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, 51% das mulheres brasileiras referem alguma DS, e dentre as mais prevalentes, o desejo sexual hipoativo foi o mais frequente, indicando similaridade com a presente pesquisa.

A terceira DS mais recorrente foi a anorgasmia, que segundo Lakeman et al. (2011) pode ocorrer devido a inaptidão na prática sexual do casal, pela falta de conhecimento anatômico e das áreas erógenas, pela dificuldade de entrega

(medo, insegurança, por ser ou ter sido vítima de violência geral e/ou sexual), por prolapso genital, incontinência urinária, etc. Esses fatores podem ser determinantes na redução da excitação o que conseqüentemente impossibilita o orgasmo. Conforme o artigo de Fonseca; Beresin (2008), 40,9% das estudantes avaliadas referiram que na maioria das vezes atingiam o orgasmo nas relações sexuais que realizavam, além de possuírem bom desempenho sexual e que sentiam desejo a maior parte do tempo. Esses achados diferem dos resultados encontrados no presente estudo, uma vez que 66,21% do público avaliado demonstrou distúrbios nesse domínio. Ribeiro; Magalhães; Mota (2013) realizaram uma pesquisa em uma população de mulheres com idade entre 18 a 58 anos e evidenciou o distúrbio orgásmico presente em 55,8% das entrevistadas estando em consonância com o estudo vigente.

Em relação aos fatores associados, quando analisado a variável da idade, a média de mulheres com DS nessa pesquisa foi de $(22,20 \pm 3,24)$, corroborando com Antônio et al. (2016), onde jovens (média etária $19,7 \pm 8$) apresentaram maior propensão à DS do que as ligeiramente mais velhas (média etária $26,8 \pm 9$). Em relação a análise funcional quando efetuada por meio dos domínios específicos do FSFI, apenas 10,2% da amostra apresentaram todos os escores dentro dos parâmetros normais. Enquanto na pesquisa vigente apenas 4,14% das avaliadas não apresentaram nenhum domínio afetado, tornando evidente uma fragilidade no ciclo de resposta sexual. Isso se justifica, pois, mulheres mais jovens estão diretamente associadas ao desgaste emocional por insatisfação sexual, além de associadas de modo inversamente proporcional à inteligência emocional.

Ainda para Antônio et al. (2016) e Lara et al. (2008), o uso de anticoncepcional hormonal esteve fortemente associado às DS, e isso pode ser motivado devido à sua popularidade atualmente como meio preventivo para evitar gravidez, porém os anticoncepcionais de baixa concentração de estrogênios, podem causar diminuição da lubrificação e modificações no trofismo da parede vaginal, que acarreta em repercussões negativas na fase da excitação genital. Essa notoriedade foi percebida nessa amostra com 40% das participantes usuárias de métodos contraceptivos hormonais, porém os resultados da análise estatística não mostraram associação significativa com as alterações no ciclo de resposta sexual.

No que concerne ao estado civil, o presente estudo demonstrou que a maior parte das entrevistadas vivenciam um relacionamento sério/aberto, entretanto, houve uma maior incidência de DS em mulheres solteiras. Em contrapartida, Silva et al. (2018), observou em seu estudo que a maioria das entrevistadas eram solteiras, isso justificou o bom resultado para o desempenho/satisfação sexual das mesmas, pois estudos mostram que na maioria das vezes é necessário que exista um estímulo para instigar o ato sexual entre o casal. Neste sentido, a busca pela relação sexual partindo da predisposição instintiva diminui com o evoluir do relacionamento.

Segundo Mathias et al. (2015), a elevada estimativa de DS pode ser decorrente de alterações comuns físicas e emocionais do período gestacional, que dificulta a estimulação adequada das zonas erógenas, do mesmo modo que pode estar associada a ausência de atração por sua parceria, conflitos conjugais, ansiedade pelo bem estar do seu filho e fadiga. Já no estudo de McDonald; Woolhouse; Brown (2015), foi visto que DS são extremamente comuns após o parto e as mulheres que realizaram um parto cesáreo tiveram mais chances equivalentes de relatar problemas de saúde sexual persistentes. No entanto, o presente estudo não apresentou similitude significativa, o que pode ser justificado pelo alto número de participantes nulíparas e nuligestas.

No estudo de Burri et al. (2012), sobre DS em mulheres que se relacionam com o mesmo sexo, pode-se constatar que houve uma maior prevalência no grupo de mulheres que faziam sexo com mulheres 23% do que no de mulheres que faziam sexo com homens 19%. Segundo Souza; Prado; Barreto (2018), isso ocorre, pois, mulheres com práticas homoafetivas declaram sofrimento discriminatório por parte dos seus familiares ou amigos/vizinhos e isso resulta negativamente nas relações afetivas e sexuais. No entanto, na presente pesquisa não foi possível relatar diferença significativa entre as associações com as orientações sexuais das universitárias, o que pode ser justificado pelo fato de apenas 2,76% e 6,21% das entrevistadas se declararam ser homossexuais e bissexuais respectivamente.

Em relação a frequência de relações sexuais, a presente pesquisa em sua amostra expôs uma forte evidencia de que mulheres menos ativas sexualmente estão mais propensas a DS. Consentindo com Schoenfeld et al. (2017), que em sua análise demonstrou que a redução da atividade sexual engloba aspectos

emocionais e interpessoais influenciadas pela qualidade do relacionamento de modo que a baixa frequência provoca um distanciamento entre o casal, sendo um propulsor de insatisfação sexual.

Consoante Diehl et al. (2013), mulheres que fazem uso de substâncias lícitas e ilícitas aumentam a vulnerabilidade a DS, visto que o consumo dessas substâncias tem sido associado com vários tipos de violência e a troca de sexo por drogas. Montejo et al. (2015), realizou um estudo sobre os efeitos colaterais sexuais de medicamentos antidepressivos e antipsicóticos e verificou que todos os antidepressivos com atividade serotoninérgica podem causar DS leve a grave, como diminuição da libido e orgasmo retardado com frequência > 60% ou anorgasmia e dificuldades de excitação às vezes 30%. Entretanto, o presente estudo não constatou diferença significativa entre a associação dessas variáveis com a DS.

De acordo com o estudo de Abdo et al. (2010), mulheres que têm filhos possuem maior propensão à perda da intimidade com seu parceiro, ou mesmo, redução de fantasias sexuais e investimento limitado em preliminares. Ainda nesse estudo, foi observado que mulheres com menor nível de escolaridade tem associação com transtorno de desejo sexual hipoativo. Todavia, no presente estudo não foi possível obter resultados que comprovem esses resultados.

Segundo o estudo de Leeman; Rogers (2012) sobre DS no pós-parto, foi visto que as DS não estão somente relacionadas a traumas e lacerações, mas também à intimidade do casal que está diretamente ligada a privacidade que pode ser restringida com um maior número de pessoas vivendo na mesma casa. No entanto, o presente estudo não apresentou diferença significativa.

As variáveis que se dizem respeito à idade e ao nível de escolaridade do parceiro e a renda mensal conjunta dos familiares não alcançaram significância suficiente estatística para inferência de associação com as DS na presente pesquisa.

Esse estudo traz uma importante contribuição científica, evidenciando que DS são comuns entre universitárias. O fato de o questionário ser anônimo e de autopreenchimento tentou contornar o possível enviesamento de respostas, além de que foi usada uma plataforma online que possibilitou a abrangência da pesquisa com uma boa quantidade de entrevistadas, assim como facilitou e

agilizou o processamento de respostas, bem como o retorno da pesquisa. Entretanto apresenta algumas limitações, como a delicadeza e intimidade do tema, que pode ter conduzido algumas participantes a responderem de acordo com o que pensariam ser mais aceito socialmente e não de acordo com a sua situação. Outras limitações do estudo se referem a população avaliada, idade e diferentes percepções de satisfação sexual, que podem influenciar no resultado final, logo, futuros estudos deverão considerar esses apontamentos para apresentação de resultados mais precisos.

5 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos neste estudo, conclui-se que houve uma grande prevalência de DS em universitárias do curso de fisioterapia de uma Universidade de Sergipe, sendo os domínios mais afetados: lubrificação vaginal, desejo sexual e orgasmo. Notou-se que o estado civil e a frequência de relações sexuais semais estão relacionados a um maior índice de DS. Esse desfecho sugere a importância da criação de abordagens curativas, preventivas e educativas específicas voltadas à população feminina, a fim de revigorar a saúde em seu aspecto geral e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das mesmas.

SOBRE OS AUTORES:

1- Graduandas do curso de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil.

2- Professora adjunta do curso de Fisioterapia da Universidade Tiradentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C.H. et al. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. **Menopause**. v. 17, n. 6, p. 1114-1121, 2010.

AMIDU, N. et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. **Reprod Biol Endocrinol**. v.1, n. 8, p. 106, 2010.

ANTÔNIO, J.Z. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioterapia Brasil**. v.17, n.6, p. 544-550, 2016.

BARRETO, A.P.P. et al. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 8, n. 4, p. 511-517, 2018.

BURRI, A. et al. The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 1, p. 198-206, 2012.

CARVALHO, Y.M.V.; CARVALHO, B.M.V. Tratamento da Anorgasmia. **Tópicos em Saúde Sexual**. v. 39, n. 7, p. 43-50, 2017.

CLAYTON, A.H.; JUAREZ, E.M.V. Disfunção Sexual Feminina. **Medical Clinics of North America**. v. 103, n. 4, p. 681-689, 2019.

CORREIA, L.S. et al. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**. v. 32, n. 6, p. 405-409, 2016.

COSTA, C.K.L. et al. Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico. **Fisioterapia Brasil**. v. 19, n. 1, p. 65-71, 2018.

DANTAS, J.H. et. al. Função sexual e funcionalidade de mulheres em idade reprodutiva. **Fisioterapia em Movimento**. v.33, n. 7, p. 01-11, 2020.

DIAS, J.C. et al. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, p. 322-325, 2014.

DIEHL, A.; SILVA, R.L.; LARANJEIRA, R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. **Clinics**. v. 68, n. 2, p. 205-211, 2013.

FAUBION, S.S.; RULLO, J.E. Disfunção Sexual em Mulheres: Uma Abordagem Prática. **American Family Physician**. v. 92, n.4 p. 281-288, 2015.

FERREIRA, A.L.C.G., SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 7, n. 2, p. 143-150, 2007.

FITZ, Fátima Faní. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 2, p. 165-180, 2015.

FONSECA, M.F.S.M.; BERESIN, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 430-436, 2008.

KOHLER, B.S.M. et al. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. **ConScientiae Saúde**. v. 16, n. 3, p. 360-366, 2017.

LAKEMAN, M.M.E et al. The Effect of Prolapse Surgery on Vaginal Sensibility. *Journal of Sexual Medicine*. v. 8, n. 4, p. 1239-1245, 2011.

LARA, L.A.S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

LARA, L.A.S. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Tópicos em Saúde Sexual**. v. 39, n. 7, p. 07-22, 2017.

LATORRE, G.F.S. et al. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. **Fisioterapia Brasil**. v. 17, n. 5, p. 442-449, 2016.

LEEMAN, L.M.; ROGERS, R.G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. **Obstet Gynecol**. v. 119, n. 3, p. 647-655, 2012.

LUCENA, B.B.; CARMITA, H.N.A. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. **Diagnóstico e Tratamento**. v. 17, n. 2, p. 82-85, 2012.

MATHIAS, A.E.R.A. et al. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. **ABCS Health Sciences**. v. 40, n. 2, p. 75-79 2015.

MCDONALD, E., WOOLHOUSE, H., BROWN, S.J. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. **Birth**. v. 42, n. 4, p. 354-361, 2015.

MONTEJO, A.L.; MONTEJO, L; NAVARRO-CREMADES, F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. **Current Opinion in Psychiatry**. v. 28, n. 6, p. 418-423, 2015.

POLLAND, A.R. et al. Associação entre comorbidades e disfunção sexual feminina: resultados da terceira Pesquisa Nacional de atitudes e estilos de vida sexuais (Natsal-3). **Jornal Internacional de Uroginecologia**, v. 30, n. 3, p. 377-383, 2019.

RIBEIRO, B.; MAGALHAES, A.T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.

ROGERS, R.G. et al. Um relatório conjunto da Associação Internacional Uroginecológica (IUGA) / Sociedade Internacional da Continência (ICS) sobre a terminologia para avaliação da saúde sexual de mulheres com disfunção do assoalho pélvico. **Jornal Internacional de Uroginecologia**, v.29, n. 5, p. 647-666, 2018.

SCHOENFELD, E.A. et al. Does Sex Really Matter? Examining the Connections Between Spouses' Nonsexual Behaviors, Sexual Frequency, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. **Arch Sex Behav**. v. 46, n. 2, p. 489-501, 2017.

SILVA, N.T., DAMASCENO, S.O. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. **Colloquium Vitae**. v. 11 n. 1, p. 01-06, 2019.

SILVA, T.R. et al. Análise da função sexual e imagem genital em primíparas e múltiparas pós-parto vaginal. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 12, n. 39, p. 97-111, 2018.

SOUZA, F.O.; FERNANDES, K. T. M. S.; SANDOVAL, R. A. Análise da satisfação sexual feminina de jovens e adultas: estudo transversal. **Revista Científica da Escola Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago" - RESAP**. v. 2, n. 1, p. 35-47, 2016.

SOUZA, L.F.; PRADO, D.S.; BARRETO, I.D.C. Disfunção Sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 29, n. 2, p. 28-35, 2018.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

autorizo a Universidade Tiradentes (UNIT), por intermédio das alunas Evelyn dos Santos e Suyane Santos Cavalcante Braga, devidamente assistidas pela orientadora Lícia Santos Santana, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1- Título da pesquisa: PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM UNIVERSITÁRIAS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES EM ARACAJU-SE

2- Objetivos primários e secundários: Estimar a prevalência de disfunções sexuais em jovens universitárias do curso de fisioterapia da Universidade Tiradentes em Aracaju-SE; Determinar o subtipo de disfunções sexuais femininas; Analisar a existência de fatores associados.

3- Descrição de procedimentos: Será aplicado dois questionários: Índice de Função Sexual Feminino (FSFI) e outro produzido pelas pesquisadoras com o intuito de obter informações sociais que determinem a existência de fatores associados. Eles serão respondidos pelas próprias participantes, de forma online e sem interferência das pesquisadoras.

4- Justificativa para a realização da pesquisa: As disfunções sexuais promovem diversos transtornos pessoais, no qual afeta diretamente a qualidade de vida de indivíduos do sexo feminino, tendo em vista que atualmente a fisioterapia na saúde da mulher tem ganhado maior espaço, devido a uma maior procura pela qualidade de vida e satisfação no âmbito sexual. Sendo assim, espera-se bons resultados desse estudo por ser uma ferramenta importante na

análise quantitativa de dados atuais, a fim de que possa ser direcionado uma maior atenção ao público que enfrenta os infortúnios dessa disfunção.

5- Desconfortos e riscos esperados: As participantes podem sentir-se desconfortáveis ao responderem alguma pergunta presente no questionário. Foi devidamente informada dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, o qual será de inteira responsabilidade das pesquisadoras.

6- Benefícios esperados: Espera-se estipular a prevalência de disfunções sexuais femininas em jovens universitárias, quais são os subtipos mais frequentes e determinar a associação de fatores sociodemográficos à disfunção denotada.

7- Informações: As participantes têm a garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. As pesquisadoras supracitadas também assumem o compromisso de fornecer informações atualizadas, obtidas durante a realização do estudo.

8- Retirada do consentimento: A voluntária tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano a este participante.

9- Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde - Brasília – DF.

10- Confiabilidade: As voluntárias terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) das participantes não serão divulgadas. Será assinado o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11- Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa. Mesmo assim, fica prevista a indenização, caso se faça necessário.

12- Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13- Dados do pesquisador responsável:

Nome: Licia Santos Santana e Daniela Teles De Oliveira

Endereço profissional: Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone:(79) 99146-5651

e-mail:licia2s@hotmail.com

Atenção: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/UNIT - DPE: Av. Murilo Dantas, 300

bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE Telefone: (79) 32182206 –
e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, _____ de _____ de 2020

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE 2**Formulário de Prevalência de Disfunção Sexual em mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade em Sergipe.**

Perfil da participante

1- Você é aluna do curso de fisioterapia da Universidade Tiradentes em Aracaju-SE?

Sim

Não

2- Você já teve relações sexuais pelo menos uma vez na vida?

Sim

Não

3- Qual a sua idade?

Resposta:

Orientação sexual e estado civil

4- Qual é a sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

5- Qual é o seu estado civil?

Solteira

Em um relacionamento sério/aberto

Casada

Divorciada

Viúva

Informações sobre a sua parceria

6- Faz quanto tempo que você está com a sua parceria?

menos de 6 meses

mais de 6 meses

1 ano

2 anos

3 anos

4 anos

5 anos ou mais

7- Qual a idade da sua parceria?

Resposta:

8- Qual é a escolaridade da sua parceria?

Educação infantil

Fundamental

Médio

Superior

Método contraceptivo e frequência de relações sexuais

9- Qual método contraceptivo você utiliza?

Hormonal (Ex: Anticoncepcionais, injetáveis etc.)

DIU

Preservativo

Coito interrompido

Laqueação/Vasectomia

Nenhum

10- Qual é a sua frequência de relações sexuais?

0/mês

1-5/mês

6-10/mês

11-15/mês

16/20/mês

22-30/mês

Gravidez

11- Você está grávida?

Sim

Não

12- Quantos filhos você tem?

0

1

2

3

4

13- Quantas gestações você já teve?

0

1

2

3

4

14- Quantos partos vaginais você já teve?

0

1

2

3

4

15- Quantos partos cesários você já teve?

0

1

2

3

4

Uso de antidepressivos e/ou drogas ilícitas

16- Você faz uso de antidepressivos?

Sim

Não

17- Você faz uso de drogas ilícitas?

Sim

Não

Perguntas Socioeconômicas

18- Incluindo você, quantas pessoas moram na sua casa?

1

2

3

4

5

6 ou mais

19- Qual é a renda mensal conjunta da sua casa?

Menos de um salário mínimo (R\$ 1.045)

Até um salário mínimo (R\$ 1.045)

Até dois salários mínimos (R\$ 2.090)

Até três salários mínimos (R\$ 3.135)

Até quatro salários mínimos (R\$ 4.180)

Até cinco salários mínimos (R\$ 5.225)

Até seis salários mínimos (R\$ 6.270)

Mais de seis salários mínimos (R\$ 6.270)

ANEXO 1

Questionário FSFI

QUESTIONÁRIO FSFI – ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININO

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

Perguntas

1- Nas últimas 4 semanas com que freqüência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

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

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Segurança muito alta
- 4 = Segurança alta
- 3 = Segurança moderada
- 2 = Segurança baixa
- 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?

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

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

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

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo("clímax/gozou")?

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

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

Domínio	Fórmula	Valor obtido
Desejo/Libido	$(Q1+Q2) \times 0,6$	
Excitação	$(Q3+Q4+Q5+Q6) \times 0,3$	
Lubrificação Vaginal	$(Q7+Q8+Q9+Q10) \times 0,3$	
Orgasmo	$(Q11+Q12+Q13) \times 0,4$	
Satisfação Sexual	$(Q14+Q15+Q16) \times 0,4$	
Dor	$(Q17+Q18+Q19) \times 0,4$	
Total		Soma de todos acima

FONTE: GOOGLE IMAGENS

