

Fisioter Bras 2016;17(5):442-9

ARTIGO ORIGINAL

Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados

Sexual dysfunction in young graduation students: prevalence and risk factors

Gustavo Fernando Sutter Latorre, M.Sc.*, Priscila Aparecida Bilck**, Andreia Pelegrini***, Joana Moreira dos Santos****, Fabiana Flores Sperandio*****

*Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, **Graduanda do curso de fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, ***Docente de graduação e pós-graduação do curso de Educação Física da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, ****Docente de graduação da Faculdade Anhanguera, São José/SC, *****Docente de graduação e pós-graduação do curso de Fisioterapia e Mestrado em Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC - Trabalho realizado no Grupo de Estudos em Saúde da Mulher do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis/SC

Recebido em 30 de junho de 2014; aceito em 18 de novembro de 2015.

Endereço para correspondência: Gustavo Fernando Sutter Latorre, Rua Olinda Rosa da Conceição, 664, 88058-336, Florianópolis SC, E-mail: gustavo@perineo.net, priscilabilck@gmail.com, andreia.pelegrini@udesc.br, joana@perineo.net, fabiana.sperandio@udesc.br

Resumo

Objetivo: Estudar a prevalência de disfunção sexual e fatores de risco associado em universitárias jovens do sul brasileiro. **Métodos:** A função sexual de estudantes de fisioterapia de três cidades foi avaliada por meio do Female Sexual Function Index (FSFI). A associação entre a disfunção sexual (DS) em cada domínio e variáveis sociodemográficas foi verificada pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher. Regressões logísticas binárias, bruta e ajustada, examinaram as associações. **Resultados:** Foram incluídas 244 estudantes, média etária 23 ± 6 anos, heterossexual (93,9%), solteira (68,9%), nuligesta (79,5%), usuária de anticoncepcional hormonal (75%), vivendo com mais três a cinco pessoas (64,6%), renda conjunta de R\$ 3.600,00 a R\$ 5.500,00 (26,4%), sendo 13,1 mães e 10% gestantes. Média etária dos parceiros 25,9 ± 6 anos, a maioria (58,2%) com nível superior de escolaridade, média etária do relacionamento atual 3,9 ± 3 anos. A prevalência total de DS foi de 25%, mas 90% das não afetadas apresentaram ao menos um domínio do FSFI afetado. Para as 244 voluntárias os domínios mais afetados foram lubrificação (61,7%), dor (58,8%), desejo (57,6%), orgasmo (54,3%), excitação (50,6%) e satisfação (31,7%). União estável, idade do parceiro ($p = 0,01$) e da mulher ($p = 0,00$) estiveram associadas à DS. A DS da excitação e lubrificação esteve associada à renda ($p = 0,01$). DS do orgasmo foi associada à união estável ($p = 0,01$), idade da mulher ($p = 0,03$) e do parceiro ($p = 0,01$) e do relacionamento ($p = 0,04$) e o uso de anticoncepcionais hormonais ($p = 0,04$). A DS da satisfação foi associada à união estável ($p = 0,00$), idade da mulher ($p = 0,03$), relacionamentos recentes ($p = 0,00$) e a gestação ($p = 0,00$). Dor sexual foi associada ao maior número de pessoas vivendo na mesma casa ($p = 0,00$). **Conclusão:** A DS feminina é prevalente em jovens universitárias no sul do país, sendo o problema associado ao estado civil, idades mais jovens da mulher e do parceiro, relacionamentos recentes, falta de privacidade, anticoncepcionais hormonais, gestação.

Palavras-chave: disfunção sexual feminina, prevalência, fatores de risco, universitárias.

Abstract

Purpose: To study the prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in young graduation students in southern Brazil. **Methods:** The sexual function of physical therapy students from three different cities was evaluated by the Female Sexual Function Index (FSFI). Association between sexual dysfunction (SD) in each domain and sociodemographic data was tested by chi-square test or Fisher's exact. Binary logistic regressions examined the associations. **Results:** 244 students were included, mean age 23 ± 6 years old, heterosexual (93.9%), single (68.9%), nuligesta (79.5%), users of hormonal contraceptives (75%), living with three to five people (64.6%), income between R\$ 3,600.00 to R\$ 5,500.00 (26.4%), 13.1% mothers and 10% pregnant. Mean age of partner 25.9 ± 6 years old, mainly (58.2%) with higher

level of education. Average age of the current relationship was 3.9 ± 3 years. Total prevalence of SD was 25%, but 90% of unaffected women showed at least one domain of FSFI affected. For 244 volunteers the most affected domains were lubrication (61.7%), pain (58.8%), desire (57.6%), orgasm (54.3%), arousal (50.6%) and satisfaction (31.7%). Stable union, partner's age ($p = 0.01$) and women ($p = 0.00$) were associated with DS. The arousal and lubrication SD were associated with income ($p = 0.01$). Orgasm SD was associated with stable union ($p = 0.01$), woman's ($p = 0.03$) and partner's ($p = 0.01$) age, recent relationship ($p = 0.04$), use of hormonal contraceptives ($p = 0.04$). Satisfaction SD was associated with stable union ($p = 0.00$), woman's age ($p = 0.03$), recent relationship ($p = 0.00$) and pregnancy ($p = 0.00$). Sexual pain was associated with high number of people living in the same household ($p = 0.00$). *Conclusion:* SD is prevalent in female graduation students in southern Brazil, and the problem is associated with marital status, young age of woman and partner, recent relationships, lack of privacy, hormonal contraceptives and pregnancy.

Key-words: female sexual dysfunction, prevalence, risk factors, graduation students.

Introdução

As disfunções sexuais (DS), definidas como a incapacidade de participar do ato sexual como desejado [1], são consideradas um problema de saúde pública [2]. Caracterizada por disfunções nas fases de desejo, excitação e orgasmo, ou pela presença de dor relacionada à relação sexual [3], a DS é também frequente em amostras jovens [4,5].

Considerada problema prevalente por acometer 40-45% das mulheres em todo o mundo, a disfunção no domínio desejo tem sido descrita como a mais frequente, além de relacionada ao aumento da idade. Já as disfunções da excitação e da lubrificação acometem de 8-15% das mulheres, podendo alcançar de 21-28% dependendo da população em questão. A disfunção no domínio orgasmo pode chegar a 25%, mas até 80% das mulheres podem reportar algum grau de problema neste domínio [6,7]. A prevalência de dor sexual feminina orbita os 20-45% [6,8], podendo ultrapassar os 67,8% [9] dependendo das características da população. No Brasil a prevalência de DS feminina oscila de 38,1% [10], dependendo do domínio estudado, até 63% [11], em função das propriedades sociodemográficas da população.

O interesse científico no tema, alavancado pelo interesse popular, vem crescendo nos últimos tempos [3], contudo ainda não há consenso a respeito da epidemiologia da DS. Enquanto alguns autores descrevem o problema como prevalente nas faixas etárias mais jovens [2,12], outros apresentam frequência maior nos estratos superiores [13,15], havendo assim a necessidade de novos estudos epidemiológicos [6].

Considerando a necessidade do conhecimento das prevalências de DS em populações de contextos sociais particulares, como grupos socioeconômicos, profissionais ou etários específicos, o presente estudo descreveu a prevalência de disfunção sexual feminina em universitárias do sul brasileiro, no estado de Santa Catarina.

Material e métodos

Foi realizado estudo descritivo transversal, com amostra conveniente, no período compreendido entre outubro de 2012 e maio de 2013, em cursos de fisioterapia da Grande Florianópolis, região que compreende, além da capital, os municípios de São José, Palhoça e Biguaçu. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Universidade do Estado de Santa Catarina (Parecer nº 204/2011).

Após convite realizado no intervalo das aulas, as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e responderam a um questionário composto pelas questões do Female Sexual Function Index (FSFI) previamente validado para o Brasil [16] além de questões de cunho sociodemográfico. Para a predição de disfunção sexual foi utilizado o valor de corte de 26,55 para o escore total do FSFI, além dos escores de corte específicos para cada um dos seis domínios do instrumento [13].

O cálculo amostral para um nível de confiança de 95%, considerando um erro amostral de 5%, foi estimado para uma população de 650 acadêmicas de acordo com dados fornecidos pelas universidades arroladas e, considerando uma prevalência máxima de DS de 49% [15], revelou a necessidade de uma amostra de 242 mulheres [17]. Foram incluídas acadêmicas de fisioterapia sexualmente ativas e maiores de 18 anos. Foram excluídas aquelas que não responderam três ou mais questões por domínio.

A partir do questionário sociodemográfico foram controladas as variáveis: idade, orientação sexual, estado civil, idade do parceiro, escolaridade do parceiro, idade conjugal, número de filhos, gestações, estado gestacional, partos vaginais, partos cesáreos, número de pessoas com que vive sob o mesmo teto, renda mensal conjunta, uso de anticoncepcionais, reposição hormonal, antidepressivo, esteroides anabolizantes e drogas ilícitas.

O cálculo dos escores do FSFI a partir de algoritmo específico [18] foi realizado com o auxílio do SPSS v.20, licenciado para Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). O teste de Kolmogorov-Smirnov revelou que as variáveis não apresentaram distribuição normal.

Os dados foram tratados por estatística descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequência) e inferencial. As associações entre a DS e as demais variáveis foram verificadas por meio do teste qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Regressões logísticas binárias, bruta e ajustada, foram empregadas para examinar as associações entre os desfechos com as variáveis exploratórias, estimando-se as razões de chance e os intervalos de confiança. Todas as variáveis investigadas foram introduzidas ao mesmo tempo no modelo de regressão multivariável, independentemente do valor de significância p alcançado da análise bruta.

Resultados

Das estudantes convidadas responderam aos questionários um total de 273 mulheres. Destas, 29 foram excluídas do estudo por se caracterizarem como sexualmente inativas nas últimas quatro semanas ou por não responderem a mais de três questões por domínio. A média etária foi $23 \pm 4,5$ anos, sendo a maioria heterossexual (93,9%), solteira (68,9%), nuligesta (79,5%), usuária de anticoncepcional hormonal (75%), vivendo com mais três a cinco pessoas (64,6%) e com renda conjunta compreendida entre R\$ 3.600,00 a R\$ 5.500,00 (26,4%). A média etária dos parceiros foi $25,9 \pm 6$ anos e a maioria (58,2%) apresentou nível superior de escolaridade. O tempo médio de convivência com o atual parceiro foi $3,9 \pm 3$ anos. Dentre as 32 (13,1%) voluntárias com ao menos um filho 19 (7,8%) realizaram parto cesáreo contra 10 (4,1%) de partos vaginais. Cinco delas estavam no primeiro trimestre gestacional e outras cinco no segundo.

O escore total médio do FSFI entre as acadêmicas foi $28,59 \pm 4$, sendo a prevalência geral de DS 25%. Para as 61 voluntárias cujos escores totais estiveram abaixo de 26,55, o grau de afecção para cada domínio foi de 96,7% (orgasmo), 93,3% (excitação), 90% (lubrificação), 88,3% (dor), 83,3% (desejo) e 73,3% (satisfação).

Contudo, mesmo as 183 mulheres que obtiveram escores totais acima do valor preditivo de DS apresentaram ao menos um domínio específico negativamente afetado. A maioria delas (90,1%) apresentou ao menos um domínio com escore preditivo de disfunção específica, sendo lubrificação o mais afetado (52,5%), seguido pelos domínios dor (49,2%), desejo (49,2%), orgasmo (40,4%), excitação (36,6%) e satisfação (18%). Apenas 18 voluntárias (6,6%) apresentaram todos os domínios dentro dos valores de normalidade.

Para o conjunto total das voluntárias, tanto aquelas cujos escores totais foram ou não compatíveis com o diagnóstico de DS, o domínio mais afetado foi o de lubrificação (61,7%), seguido pelos domínios dor (58,8%), desejo (57,6%), orgasmo (54,3%), excitação (50,6%) e satisfação (31,7%).

Fatores de risco associados à disfunção sexual

A análise bruta dos escores preditivos de disfunção sexual com as variáveis sociodemográficas revelou a associação da DS com a idade da mulher, do parceiro e do relacionamento. No entanto após o ajuste com as demais variáveis apenas as idades da mulher e do parceiro mantiveram a associação, e o regime de união estável alcançou significância. Deste modo, mulheres mais jovens apresentaram quase o dobro de chances de estarem afetadas quando comparadas aquelas com 21 anos ou mais ($p = 0,00$). Parceiros do estrato 21 a 25 anos incrementaram em cerca de um terço ($p = 0,01$) as chances de disfunção em suas parceiras. Relacionamentos com menos de um ano refletiram num aumento de 1,7 vezes na chance de DS ($p = 0,01$), enquanto o regime de união estável foi relacionado ao aumento em 7,3 vezes nas chances de afecção quando comparado ao estado de divorciada ($p = 0,01$).

As demais variáveis sociodemográficas não alcançaram suficiente significância estatística para a inferência de associação à disfunção sexual, todavia houve uma tendência quanto à relação do problema ao uso de medicamento antidepressivo ($p = 0,19$).

Disfunção do desejo sexual

Na análise bruta foi verificada associação entre a disfunção do desejo sexual com o estado gestacional. Quando esta análise foi ajustada por todas as variáveis independentes o estar grávida deixou de se associar ao desfecho. Houve ainda uma tendência de a orientação homossexual se revelar protetora sobre este domínio ($p = 0,07$), ao contrário do uso de antidepressivos ($p = 0,13$) e drogas ilícitas ($p = 0,08$) que tenderam ao risco de DS, todas, no entanto, sem alcançar significância estatística.

Disfunção da excitação sexual

Foi observado na análise bruta que as variáveis estado civil, estado gestacional e renda estiveram associadas à disfunção da excitação sexual. Quando a análise foi ajustada por todas as variáveis, apenas a variável renda permaneceu associada, revelando que as mulheres com renda entre R\$ 2.100 a R\$ 3.500 apresentaram 80% mais chance desta disfunção quando comparadas aquelas com renda inferior, de R\$ 1.300 a R\$ 2.000. Houve ainda uma tendência de associação entre a DS da excitação e o uso de drogas ilícitas ($p = 0,08$) e a idades mais jovens ($p = 0,07$).

Disfunção da lubrificação

Para o domínio lubrificação, a análise bruta revelou que a renda mensal e relacionamento estiveram associados à disfunção. No entanto, após o ajuste com as demais variáveis, apenas a renda mensal manteve a significância, mostrando que as mulheres do estrato econômico de R\$ 3.600 a R\$ 5.500 apresentaram 1,4 vezes maior chance de disfunção ($p = 0,01$) quando comparadas as pares do estrato de menor prevalência do problema, de renda entre R\$ 2.100 a R\$ 3.500.

Mulheres submetidas ao parto cesáreo e ao uso de anticoncepcionais hormonais orais, injetáveis, intradérmicos ou vaginais, quando comparado ao uso de preservativo e DIU, tenderam à associação ($p = 0,08$).

Disfunção do orgasmo

Já a análise bruta do domínio orgasmo revelou associação desta DS específica com as idades da mulher, do parceiro e do relacionamento, o uso de anticoncepcionais hormonais, o número de pessoas vivendo na mesma casa, o estado gestacional e a reposição hormonal. Contudo apenas a idade da mulher, do parceiro, do relacionamento e o uso de anticoncepcionais hormonais mantiveram a associação após o ajuste com as demais variáveis, enquanto o regime de união estável alcançou significância ($p = 0,01$).

Assim, a união estável foi associada ao aumento de 2,7 vezes nas chances do problema quando comparado às divorciadas. Mulheres contidas no estrato etário entre 26 e 30 anos apresentaram quase o dobro de chances de apresentar DS do orgasmo ($p = 0,03$) quando comparadas às pares do estrato de referência, 31 anos ou mais, cuja prevalência do problema foi de 35%. Parceiros mais jovens, de 18 a 20 anos, incrementaram em 1,3 vezes as chances de DS orgástica em suas parceiras quando comparados a parceiros com 21 anos ou mais ($p = 0,01$). Mulheres com menos de um ano de relacionamento apresentaram 1,1 mais chances de afecção ($p = 0,04$) quando comparadas àquelas em relacionamentos mais antigos. O uso de anticoncepcionais hormonais aumentou em mais de 1,5 vezes o risco de afecção ($p = 0,04$). Tenderam à associação mulheres que sofreram partos cesáreos ($p = 0,09$) e a utilização de drogas ilícitas ($p = 0,08$).

Disfunção da satisfação

Para este domínio apresentaram associação tanto na análise bruta quanto na ajustada o estado de união estável ($p = 0,00$), representando aumento de 6,5 vezes na chance maior de disfunção quando comparado ao estado de divorciada, no qual a frequência do problema foi a

menor (10,5%). Mulheres casadas apresentaram uma prevalência de 26,7% de DS da satisfação, contra 77,8% daquelas sob o regime de união estável. Novamente os(as) parceiros(as) mais jovens, de 18 a 20 anos, aumentaram em 1,8 vezes ($p = 0,03$) o risco de DS em suas parceiras. Da mesma forma, relacionamentos mais recentes, com menos de um ano, foram associados ($p = 0,00$) ao incremento de 1,7 vezes no risco de disfunção da satisfação. O estado gestacional também esteve fortemente associado à insatisfação sexual ($p = 0,00$). Gestantes apresentaram um risco mais de três vezes maior de afecção. Houve tendência na associação do uso de anticoncepcionais hormonais com a disfunção ($p = 0,15$).

Disfunção sexual dolorosa

A análise bruta do domínio relacionado à dor sexual revelou a associação do problema com o número de pessoas vivendo sob o mesmo teto e o uso de anticoncepcionais hormonais, porém apenas a primeira variável manteve a significância após o ajuste. Assim, mulheres convivendo com duas ou mais pessoas apresentaram 1,5 vezes mais chance de apresentar o problema ($p = 0,00$) quando comparadas aquelas que viviam sozinhas ou com o parceiro.

Discussão

O presente estudo revelou uma prevalência geral de 25% de disfunção sexual em universitárias de fisioterapia. Praticamente todas as afetadas apresentaram disfunção nos domínios orgasmo e excitação, e a grande maioria esteve afetada também nos domínios lubrificação, dor, desejo e satisfação. No entanto mais de 90% das mulheres que obtiveram escores totais preditivos de boa função sexual apresentaram ao menos um domínio específico cujo escore esteve abaixo do funcional. Apenas 6,6% das estudantes apresentaram escores dentro dos padrões de normalidade para todos os domínios. No geral os domínios mais afetados para todas as mulheres foram, respectivamente, lubrificação, dor, desejo, orgasmo, excitação e satisfação.

A maioria das estudantes (98%) esteve compreendida na faixa etária de 18 a 35 anos. A disfunção sexual feminina é problema prevalente nas mais diversas populações, inclusive nas mais jovens. Na Alemanha, Wallwiener *et al.* [12] descreveram, a partir do FSFI, uma prevalência de 32,4% de DS entre estudantes de medicina em que a faixa etária de 18 a 35 anos abarcou 99% da amostra. Considerando a forte colonização europeia característica do sul brasileiro e o contexto social semelhante das estudantes de fisioterapia e medicina, nota-se que, quanto à prevalência neste tipo de população, os resultados de ambos os estudos se corroboram.

A DS esteve associada fortemente ao fator idade, sendo as mulheres mais jovens, entre 18 a 20 anos, sujeitas ao dobro de chances da afecção ($p = 0,00008$). Houve tendência à associação desta faixa etária com a disfunção do desejo. Estas observações divergem das definições do painel de experts de 2010 [6], onde a conclusão foi de que o risco de DS aumenta com a idade, mas aqueles padrões foram calculados para mulheres de todas as faixas etárias, inclusive no climatério. Por outro lado nossas observações concordam com efetuadas por Laumann *et al.* [2], que estudando mulheres com idades compreendidas entre 18 e 59 anos apontaram uma prevalência maior de DS nas mais jovens.

Observamos ainda que a disfunção orgástica esteve fortemente associada às mulheres do estrato etário de 26 a 30 anos. Estas apresentaram o dobro de chances de afecção quando comparadas a mulheres com 31 anos ou mais ($p = 0,03$). Sendo assim a distribuição das prevalências de disfunção sexual através dos estratos etários de mulheres não climatéricas ainda não está clara, e a elucidação desta questão poderá potencializar a eficiência de estratégias preventivas específicas para cada grupo etário.

Relacionamentos mais recentes, com menos de um ano de duração, estiveram fortemente relacionados a quase o dobro de chances de DS em geral ($p = 0,01$), bem como para o domínio satisfação ($p = 0,000$). Houve uma tendência à associação de relacionamentos mais recentes com a disfunção no domínio lubrificação. Estas observações sugerem que variáveis relacionadas ao aumento da intimidade do casal poderiam, de fato, desempenhar um papel importante na proteção contra a DS.

A idade dos parceiros também esteve associada à disfunção. Parceiros com idades compreendidas na faixa de 18 a 20 anos aumentaram em 1,3 vezes as chances de disfunção orgástica em suas parceiras. No entanto quando se estudou a disfunção sexual como um todo, predita pelo escore total do FSFI, foram os parceiros com idades compreendidas entre 21 a 25

anos que aumentaram em um terço o risco de DS. Não encontramos explicação para este fenômeno, mas os achados também indicam falta de clareza na distribuição da DS feminina através dos estratos etários dos parceiros, para a qual maior estudo se faz mister.

O estado gestacional esteve fortemente relacionado a disfunções do desejo e satisfação sexual ($p = 0,000$). Quanto ao domínio satisfação, o risco de disfunção para as gestantes foi mais que o triplo. Todas as dez gestantes da amostra estiveram afetadas no domínio desejo, apresentando risco dobrado de disfunção do desejo, dados corroborados pelas observações de Leite *et al.* [19], que descrevem este como o domínio mais afetado em gestantes do primeiro semestre, quando avaliadas pelo FSFI. Fenômeno idêntico e de mesma magnitude foi descrito por Erol *et al.* [20], em seu estudo quase todas as gestantes (92,2%) apresentaram redução na libido. Os autores demonstraram que este déficit não foi associado aos hormônios andrógenos, responsáveis pelo desejo, sendo necessárias outras hipóteses para explicar o fenômeno. É possível que a explicação resida no quesito comportamental ou emocional, o que abre espaço para prevenção e terapia nestes sentidos.

O regime civil de união estável esteve associado ao domínio satisfação, mais do que sextuplicando o risco da disfunção ($p = 0,000$). O mesmo regime foi associado a mais que o dobro de chances de DS no domínio excitação ($p = 0,01$), quase o triplo de chances para a disfunção orgástica ($p = 0,01$) e mais de sete vezes para a DS como um todo ($p = 0,01$). O conjunto destas observações leva à inferência de que, especificamente, este estado civil seja preditivo de DS feminina em vários domínios.

Vários fatores podem estar relacionados a esta situação. É possível que, para a mulher, o significado do estado civil transcenda a esfera social, adquirindo valor pessoal e emocional importante. Por exemplo, uma situação de união estável poderia não se apresentar suficiente para um indivíduo, ao ponto de o desagrado gerado alcançar magnitude suficiente para interferir negativamente na vida e na função sexual do casal. Burri *et al.* [21] concluíram um estudo em gêmeas idênticas, a respeito das influências do meio sobre a função sexual, mostrando que fatores interpessoais podem, de fato, impactar a vida da mulher e produzindo efeitos deletérios tardios sobre a função sexual.

O uso de anticoncepcionais hormonais, administrador por via oral, injetável, transdérmica ou intravaginal esteve associado ao aumento em 1,5 vezes nas chances de disfunção orgástica quando comparadas ao uso de preservativo ou DIU ($p = 0,04$). Houve uma tendência de associação destas drogas com as disfunções nos domínios lubrificação, satisfação e dor. Apesar de ser o método contraceptivo preferido pelas mulheres, o uso de anticoncepcionais hormonais está associado à disfunção sexual [22]. Ainda, o método é mais comumente empregado por casais em parceria fixa, as preliminares sexuais tendem a ser negligenciadas, originando disfunção sexual [23]. Novos estudos do impacto dos anticoncepcionais hormonais sobre a função sexual feminina considerem a inclusão da satisfação e/ou sucesso das preliminares sexuais como uma variável de controle.

O número de pessoas vivendo sobre o mesmo teto foi relacionado à disfunção sexual dolorosa ($p = 0,000$). Mulheres vivendo com três ou mais pessoas apresentaram 1,5 mais chances de afecção quando comparadas aquelas que viviam sozinhas ou em casal. Houve tendência à associação também com a disfunção orgástica. Leeman & Rogers [24] atentam ao fato de que boa parte da DS no pós-parto é relacionada não apenas a traumas e lacerações, mas também à necessidade de recuperação da intimidade do casal. Esta mesma ideia de falta de privacidade poderia também explicar o resultado observado de que o maior número de pessoas na mesma casa está associado à DS.

Houve tendência na associação do uso de medicamentos antidepressivos e a DS como um todo, predita pelo escore total do FSFI, bem como com a disfunção no domínio desejo. O uso da droga é descrito como preditivo de DS, especialmente do desejo e excitação, inclusive em mulheres jovens [25]. Outra tendência observada foi com relação à associação do uso de drogas ilícitas e as disfunções nos domínios desejo e excitação. A ação conhecida de algumas destas drogas é a inibição da atividade parassimpática, justamente a atividade precursora da resposta sexual nos estágios iniciais do ato sexual, as fases de desejo, excitação e platô [26,27].

Apesar de a orientação homossexual ter se apresentado protetora quanto a disfunções no domínio desejo ($p = 0,03$), a variável orientação sexual não mostrou associações com a DS em geral nem para os demais domínios.

Apenas 6,6% das 273 voluntárias apresentaram todos os domínios dentro dos padrões de higidez, de acordo com os escores de corte propostos. Dentre aquelas cujos escores totais foram superiores a 26,55, metade apresentou problemas significativos quanto à lubrificação e

ao desejo, pouco menos da metade quanto ao orgasmo, um terço quanto à excitação e um quinto quanto à satisfação. O total de 90% das voluntárias híidas apresentou algum domínio com DS, valor superior aos 49% descrito por Abdo *et al.* [15] ao estudarem jovens brasileiras em geral.

Há diferentes explicações para a observação de que a maioria das mulheres obteve ao menos um domínio afetado. A supervalorização das respostas para um determinado domínio é uma delas. No entanto o FSFI é capaz de modular exageros na medida em que um domínio com baixo escore, isoladamente, é incapaz de enquadrar a respondente como afetada, se para os outros domínios os escores forem máximos. Como resultado é possível observar domínios afetados em mulheres com escores máximos normais.

Todavia os escores de corte para disfunção em cada domínio do FSFI, desenvolvidos em 2005 [13], tiveram sua sensibilidade calibrada por diagnósticos clínicos de DS. É possível que a clínica não seja sensível a especificidade de cada domínio e, neste caso, a disfunção específica de apenas um domínio poderia ser encoberta. O resultado seria que mulheres potencialmente tratáveis seriam excluídas do foco de atenção e, neste caso, faz-se necessário o estudo de mulheres híidas pelos padrões do escore total do FSFI mas que apresentem domínios afetados.

O presente estudo forneceu informações específicas a respeito da função sexual de um grupo de contexto social restrito. Enquanto Abdo *et al.* [15] descreveram uma prevalência de 49% de disfunção sexual em algum domínio de brasileiras jovens de diversos contextos sociais, Morais & Carvalho [11] descreveram 64% de prevalência de disfunção do desejo em professoras do ensino fundamental e médio, de 19 a 60 anos, sendo 43% compreendidas na faixa de 30 a 39 anos. No contexto social específico abordado, a prevalência de DS foi superior. Ainda, a ocorrência mais frequente de disfunção em apenas um domínio, como observado, sugere a associação entre o contexto social e graus de disfunção sexual subestimados pelo valor de corte de 26,55 para o escore total do FSFI.

Como limitações principais o presente estudo apresentou a escassez de parâmetros de prevalência de DS para o sul brasileiro, a falta de controle da variável satisfação com as preliminares sexuais. As correlações entre a disfunção sexual feminina em idades mais tenras, dentro de um contexto social particular, aliadas às evidências de afecção de domínios específicos da grande maioria das jovens, apontam a necessidade de atenção a esta faixa etária, e do fomento de estratégias de prevenção específicas para este público.

Conclusão

A prevalência de disfunção sexual feminina em acadêmicas de fisioterapia de universidades da região metropolitana da capital catarinense foi de 25%, sendo os domínios mais afetados orgasmo, excitação e lubrificação, com prevalência superior a 88% cada. Apenas 6,6 das mulheres apresentaram todos os domínios dentro dos padrões de normalidade, e 90% das consideradas híidas apresentaram ao menos um domínio com escores de disfunção específica. Houve correlação entre DS e idades mais jovens para as mulheres e os parceiros, além de associação da DS específica dos vários domínios com o tempo de conjugalidade, o estado gestacional, o estado civil, o uso de drogas ilícitas e ao número de pessoas vivendo na mesma casa. Estes achados sugerem a criação de abordagens preventivas específicas voltadas ao público de contextos sociais particulares.

Referências

1. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 2010. 2.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. JAMA 1999;281(6):537-44.
3. Basson R, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston S et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med 2004;1(1):24-34.
4. Zhang H, Yip PS. Female sexual dysfunction among young and middle-aged women in hong kong: prevalence and risk factors. J Sex Med 2012;9(11):2911-8.
5. Landry T, Bergeron S. How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. J Sex Med 2009;6(4):927-35.

6. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1(1):35-9.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Drogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163(3):888-93.
8. Hayes RD. The prevalence of dyspareunia. In: Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, eds. *Female sexual pain disorders*. Vol 1. Published Online: 17 mar 2009: Blackwell; 2009.
9. Sidi H, Abdullah N, Puteh SE, Midin M. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Malay version. *J Sex Med* 2007;4(6):1642-54.
10. Abdo CH, Valadares AR, Oliveira Jr VM, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause* 2010;17(6):1114-21.
11. Morais S, Carvalho F. Prevalência de disfunção sexual feminina em professoras da rede municipal de Foz do Iguaçu - PR. *Seminário de Fisioterapia Uniamérica* 2010;4(1).
12. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med* 2010;7(6):2139-48.
13. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31(1):1-20.
14. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med* 2009;55(2):113-20.
15. Abdo C, Oliveira Jr VM, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004;16(2):160-6.
16. Hentschel H, Alberton DL, Sawdy RJ, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Sexual function in women from infertile couples and in women seeking surgical sterilization. *J Sex Marital Ther* 2008;34(2):107-14.
17. Oliveira GE. Cálculo amostral [internet]. calculadora online. <http://calculoamostral.vai.la> 2013.
18. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsgh et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
19. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza ED, Camano L. Prevalência da disfunção sexual na gravidez. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(5):563-8.
20. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007;4(5):1381-7.
21. Burri A, Spector T, Rahman Q. A Discordant monozygotic twin approach to testing environmental influences on sexual dysfunction in women. *Arch Sex Behav* 2013; 42(6):961-72.
22. Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A et al. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2006;3(1):104-13.
23. Pechorro P, Diniz A, Vieira R. Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Psicológica [online]* 2009;27(1):10.
24. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* 2012;119(3):647-55.
25. Echeverry MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in Medellín, Colombia. *J Med Sex* 2010;7(8):2663-9.
26. Mialon A, Berchtold A, Michaud PA, Gmel G, Suris JC. Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *J Adolesc Health* 2012;51(1):25-31.
27. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Vol 1. New York: Bantam; 1966.