

EMESCAM - BIBLIOTECA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM

MAYARA KELI MARTINS PAIVA

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM
MULHERES ESTUDANTES DE NÍVEL SUPERIOR**

VITÓRIA

2009

MAYARA KELI MARTINS PAIVA

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM
MULHERES ESTUDANTES DE NÍVEL SUPERIOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para graduação do curso de Fisioterapia.

Orientador (a): Maria Regina Fonseca Batista.

VITÓRIA

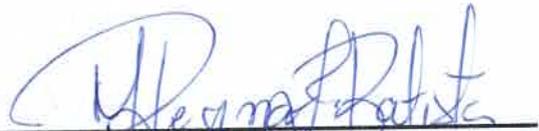
2009

MAYARA KELI MARTINS PAIVA

**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM
MULHERES ESTUDANTES DE NÍVEL SUPERIOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para graduação do curso de Fisioterapia.

Aprovado em 03 de 12 2009



Orientadora: Maria Regina Fonseca Batista
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória -EMESCAM,



Raquel Coutinho Luciano
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória -EMESCAM,

Valquiria Cuin Borges

Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória -EMESCAM,

*“ Você pode ser e ter o quiser, basta pedir e ter fé
O segredo!”*

RESUMO

Introdução: A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. Mais do que uma mera função biológica reprodutiva, a sexualidade é uma experiência humana fundamental que engloba o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas. A disfunção sexual feminina ocorre quando há alterações em qualquer fase do ciclo da resposta sexual. Esta pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com freqüente desgaste emocional. **Objetivo:** Verificar a prevalência de disfunção sexual em estudantes universitárias, em um estudo descritivo transversal, onde foi utilizado um questionário alto-aplicativo (FSFI). **Resultados:** A amostra foi composta de 46 questionários com idade de 18 a 51 anos, das quais foram entregues 66 questionários, 52 devolveram, 6 estavam em branco. Das participantes 31 estavam em atividade sexual e 15 sem atividade sexual. **Conclusão:** As disfunções sexuais podem acontecer em qualquer faixa etária, inclusive mulheres mais jovens que na literatura questiona-se se podem ser consideradas como tal já que não há experiência suficiente.

Palavras-Chaves: Sexualidade, Disfunção sexual, Resposta Sexual Feminina.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	5
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GERAL	15
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
4. MATERIAIS E MÉTODOS	16
4.1 TIPO DE ESTUDO	16
4.2 LOCAL	16
4.3 PARTICIPANTES.....	16
4.3.1 Critérios de Inclusão	16
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	17
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	17
5. RECURSOS	18
6. RESULTADOS	19
7. DISCUSSÃO	26
8. CONCLUSÃO	28
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
APÊNDICE A -	32
ANEXO A -	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos (LEITE et al., 2007). No século XX, o comportamento sexual tornou-se objeto de estudo empírico, afastando-se da classificação nosológica médica de crimes e perversões sexuais que abundaram no século anterior (LOYOLA, 2003). Mais do que uma mera função biológica reprodutiva, a sexualidade é uma fundamental experiência humana que engloba o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas (FERREIRA et al., 2007a).

Antes de Kinsey "normalidade" quanto à atividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Os estudos populacionais desse pesquisador revelaram outra realidade: as mais diferentes práticas sexuais ocorriam entre os americanos e envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato (ABDO, 2006).

Em sociedades muçulmanas, para evitar caos social, as esposas deveriam tomar certas medidas: não se masturbar e exacerbar secreções vaginais; a circuncisão traria vantagens, uma vez que eliminaria a prática, impedindo a excitação "excessiva" dos lábios vaginais, uma visão abjeta e que compromete a potência do esposo, segundo dizem as fontes islâmicas consultadas (VENCHI, 2008).

Uma discussão sobre direitos das mulheres em sociedades muçulmanas, seus corpos e vontades individuais, envolve os conceitos de autonomia e técnicas de escrutínio do corpo, determinados por marcadores de gênero e geração, que, por sua vez, se encontram situados em contextos de conversão religiosa, um tema recorrente em narrativas islamizadas que tratam de sexualidade, etnicidade e tecnologias de violência (VENCHI, 2008).

A sociedade ocidental tem-se tornado progressivamente mais liberal em relação às questões ligadas à sexualidade humana. Cada vez de maneira mais precoce, homens e mulheres apresentam questões ligadas à sua vida sexual. Da mesma forma, a expectativa de vida da população tem aumentado nas últimas décadas, na maioria dos países, e a preocupação das pessoas tem-se voltado para a sua qualidade de vida, e, entre seus indicadores, a atividade sexual satisfatória tem sido um dos mais citados (CORDÁS; LARANJEIRAS, 2006).

Mais uma vez, nos anos 60 e 70 do século passado, assistimos a um certo deslocamento das mulheres do destino da maternidade, provocado pela possibilidade concreta de separar a sexualidade da reprodução, com o advento da pílula contraceptiva. A partir daí, não só as mulheres puderam se ver livres de uma função quase que imposta a seus corpos, como também exerceram o ato da escolha de terem ou não filhos. A possibilidade de arbítrio sobre o próprio corpo e o acesso a uma sexualidade não reprodutiva foi, sem dúvida, umas das principais conquistas das mulheres (ARÂN, 2003).

A sexualidade hoje é uma especialidade médica que como trata e aborda as disfunções sexuais, que são dificuldade de ter ou manter cada uma das fases da resposta sexual ou de completar uma relação sexual com o parceiro proposto. Essa dificuldade é muito valorizada atualmente porque a sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida, cuja melhora tem sido um dos objetivos principais da abordagem de quem ajuda, seja o médico, o fisioterapeuta, o psicólogo ou outro profissional de saúde. Assim, a busca e manutenção de uma relação sexual e afetiva adequada é muito importante para a manifestação ou percepção do bem-estar (CABRAL; FARIA, 2007).

A sexualidade tem um contexto cultural e social muito mais importante do que o aspecto biológico estrito. Portanto, as pessoas padecem ou sofrem da sexualidade muito mais por condições sociais e culturais do que por condições estritamente orgânicas (CAVALCANTI, 1992).

Apesar dos avanços da mulher em relação à melhor viver e expressar a sua sexualidade, ainda prevalece certa passividade da mulher em discutir algumas questões. Até porque, de acordo com o padrão cultural brasileiro, quando um homem

faz abordagens sexuais e uma mulher não mostra resistência forte e consistente, pensa-se que ela está concordando com a relação sexual. Tal afirmação dessa inércia se dá até pela própria linguagem diária com que o brasileiro descreve suas relações sexuais, no qual o papel do macho é o de possuir e o papel da fêmea é o de ser possuída. Tal vocabulário dá indicativos de que a mulher é socializada para ser passiva e receptiva, enquanto os homens são socializados para perseguir, penetrar e dominar (TRINDADE; FERREIRA 2008).

A função sexual adequada é um fator importante de satisfação e qualidade de vida geral; mesmo assim, a disfunção sexual feminina continua altamente prevalente. Dados do National Health and Social Life Survey (NHSLs) referem que entre 30 e 50% de mulheres americanas têm algum tipo de disfunção sexual (THIEL et al., 2008). Entre as brasileiras, 30% apresentam alguma dificuldade sexual, e apenas 5% procuram tratamento (ABDO et al., 2002). Em Portugal, observou-se prevalência de 40,4% (LEITE et al., 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a disfunção sexual como problema de Saúde Pública e recomenda sua investigação por causar importantes alterações na qualidade de vida. A função sexual feminina resulta da interação de vários fatores, e os aspectos subjetivos tornam sua investigação mais complexa (THIEL et al., 2008).

Além disso, algumas informações não podem ser generalizadas para toda população feminina, porque as diferenças culturais e sociais afetam significativamente o comportamento e a resposta sexual (THIEL et al., 2008).

A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com freqüente desgaste emocional. Estudos demonstraram haver significativa associação entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como do bem-estar geral entre mulheres com desordens sexuais (LEITE et al., 2007).

As dificuldades sexuais são comuns entre as mulheres. Embora haja cada vez mais estudos, ainda hoje pouco se conhece sobre a epidemiologia das disfunções sexuais femininas (PACAGNELLA, 2008).

Situações do cotidiano feminino como o cansaço, o stress e as inúmeras preocupações que circundam o universo feminino foram apontados pelas mulheres como sendo fatores influenciadores para a falta de vontade para o sexo. O motivo pelo qual existe essa indisposição foi relacionado inicialmente às próprias atividades cotidianas, ou seja, o esforço das mulheres na luta diária, numa tentativa de garantir com seu trabalho a independência, sua afirmação pessoal e profissional, mas que conseqüentemente repercutem negativamente nas suas condições de saúde. (TRINDADE; FERREIRA 2008).

As sensações sexuais femininas podem ser despertadas por vários tipos de estímulos: fantasias, pensamentos eróticos, carícias, masturbação e coito. Uma vez desencadeada, a resposta sexual feminina se expressa através de uma sucessão de fases que se manifestam fisiologicamente de forma sequenciada e interligadas entre si, completando-se assim o ciclo da resposta sexual humana (FERREIRA et al., 2007a).

Uma das barreiras para o desenvolvimento desses estudos é a falta de consenso sobre o modelo ou paradigma para a compreensão da resposta sexual feminina. Novos modelos não lineares recentemente propostos contestam o modelo de Masters & Johnson (Pacagnella, 2008). Masters e Johnson criaram um modelo de quatro fases para categorizar a natureza seqüencial da resposta sexual (MOREIRA, 1988). Esse modelo se chamava EPOR- Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução, comum para ambos os sexos (CABRAL; FARIA, 2007). Hoje o modelo de quatro fases são: desejo, excitação, orgasmo e resolução é a base para a classificação das disfunções sexuais descritas na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamentos Mentais – DSM IV. Essas disfunções sexuais incluem: desejo sexual hipotativo (DSM-302.71), disfunção sexual por aversão sexual ou fobia sexual (DSM-302.79), disfunção da excitação (DSM-302.72), disfunção do orgasmo (DSM-302.73), dispareunia (DSM-302.76), vaginismo (DSM-306.51), (FERREIRA et al, 2007a).

A fase do desejo é a primeira fase do ciclo. Fatores cognitivos emocionais, comportamentais e fisiológicos podem influenciar a fase do desejo. A base hormonal do impulso sexual feminino está vinculada ao androgênio os baixos níveis encontrados na mulher na perimenopausa e naquelas submetidas a intervenções

cirúrgicas podem alterar drasticamente seu impulso sexual. Elevados níveis de prolactina interferem na atividade dopaminérgica central, levando à diminuição da libido. (FERREIRA et al., 2007a).

A fase de excitação é desencadeada pelo desejo e caracteriza-se por uma reação orgânica generalizada de miotonia, vasocongestão tanto dos vasos genitais locais como da pele e lubrificação vaginal. (FERREIRA et al., 2007a).

A fase do orgasmo consiste em contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, a intervalos de 0.8 segundos. Essas contrações são particularmente visíveis no terço inferior da vagina, formando a plataforma orgásmica, que consiste nos músculos e tecidos engrossados que circundam a entrada da vagina e também alguns dos músculos pélvicos (FERREIRA et al., 2007a).

Muita confusão e controvérsia estão ligadas ao papel do clitóris e da vagina no orgasmo, de acordo com Freud e boa parte de seus seguidores, a mulher madura e normal teria orgasmo provocados por estimulação vaginal; sensibilidade e erotismo clitorial foram vistos como sinal de patologia e imaturidade. A partir dos trabalhos de Masters e Johnson, chegou-se a certo consenso de que alguma estimulação clitorial, direta ou indireta, é, em regra geral, responsável pela produção do orgasmo feminino, tanto no coito como em outras atividades sexuais (MONTORO, 1983).

A aversão ou fobia sexual se refere à eterna recusa ou esquiva persistente ou recorrente de todo contato sexual genital com um ou com todos os parceiros sexuais. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal e não é explicada por outro transtorno do Eixo I (transtornos mentais propriamente ditos, como neurose e psicoses). Os critérios diagnósticos para os transtornos da excitação sexual feminina denotam a incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter resposta de excitação sexual de lubrificação-turgescência até a conclusão da atividade sexual. (FERREIRA et al., 2007a).

A dispareunia é a dor genital recorrente ou persistente associada ao intercurso sexual sua etiologia permanece ainda bastante relacionada aos fatores orgânicos. O

diagnóstico diferencial da dispareunia é feito com o vaginismo, lubrificação vaginal inadequada, atrofia vaginal e vulvodínea. Cistites e cistites intersticiais também podem levar á dor durante a relação sexual. (FERREIRA et al., 2007a).

O vaginismo é o espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina, que interfere no intercuro sexual. O diagnóstico é um pouco difícil, visto que a dor, por si própria, pode impedir a penetração vaginal e causar contrações musculares vaginais involuntárias. Acredita-se haver maior correlação entre vaginismo e fatores etiológicos psicológicos quando se observa maior prevalência de vaginismo nas mulheres com distúrbios psiquiátricos, alterações do humor e usuárias de antidepressivos. Dessa forma, as disfunções sexuais femininas são definidas como os distúrbios que ocorrem no desejo, na excitação, orgasmo e/ou vaginismo e dispareunia, que resultam em angústias pessoais e podem influenciar tanto nas relações interpessoais quanto na qualidade de vida da mulher (FERREIRA et al., 2007a).

O avanço da idade tem efeito significativo na resposta sexual feminina, principalmente devido à falência ovariana que ocorre na menopausa. O desejo sexual e a frequência do coito diminuem com a idade na mulher, embora o interesse no sexo continue e o potencial para o prazer sexual permaneça pelo resto da vida das mulheres. É fato que, com a idade, as mudanças anatômicas ocorrem e, além destas, a fisiologia sexual feminina também altera com o passar dos anos. Apesar de estar ligada à fisiologia do envelhecimento, também podem ocorrer por conta das alterações fisiológica predispuerem às mulheres a episódios mais frequentes de vulvovaginites e infecções do trato urinário que, junto com uma menor lubrificação vaginal podem causar dor durante o ato sexual (BEREK, 1998).

Os novos modelos sugerem que possivelmente a resposta sexual não seja comum a ambos os sexos, pois para a mulher haveria um componente subjetivo. Se o estímulo é visto potencialmente como positivo, a estimulação é desfrutada; se é visto potencialmente como negativo, culpa, vergonha, embaraço ou medo são disparados. De fato, essas inter-relações foram observadas em estudos de validação de questionários e podem ser tomadas como evidência da natureza multifatorial das disfunções sexuais femininas (PACAGNELLA, 2008).

Segundo o último modelo proposto de análise das múltiplas razões que levam a mulher a se engajar na relação sexual, segundo este modelo, a mulher inicia a relação com ou sem consciência do desejo, ou porque é receptiva e responsiva a um estímulo erótico que resulta em excitação subjetiva com resposta física, ou porque tem excitação subjetiva que desencadeia a consciência do desejo que leva ao aumento gradativo da excitação e mais desejo. Este complexo de prazer e entrega pode culminar ou não em alívio orgástico, resultando em satisfação física e emocional que a torna receptiva para relações sexuais posteriores. Portanto, é importante frisar que a mulher, mesmo não atingindo o orgasmo em uma relação sexual, pode se sentir totalmente satisfeita. A disfunção sexual se caracteriza pela alteração desde a manifestação instintiva até ausência de resposta ao estímulo e alterações nas fases do desejo, excitação e orgasmo. A investigação se inicia com uma identificação cuidadosa da paciente por ser esta, com frequência, o aspecto mais importante na gênese da patologia sexual (LARA et al., 2008).

A sexualidade das mulheres é diferente da dos homens e os conceitos atualmente elaborados para compreender a resposta sexual e os transtornos sexuais são inadequados para tratar da função e das disfunções sexuais das mulheres, devido às conotações médicas veiculadas pelo termo de disfunção (GIAMI, 2007).

O diagnóstico de disfunção sexual, de acordo com a 4ª edição do American Psychiatric Association (DSMI-IV), baseia-se em três critérios: a) manifestações psicofisiológicas, isto é, falta de orgasmo, falta de desejo sexual, dor durante a relação sexual e outros transtornos sexuais não especificados; b) acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal; c) quando a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (que são os transtornos mentais propriamente ditos como neuroses e psicoses) nem se deve exclusivamente a efeitos fisiológicos diretos de drogas de abuso, medicamentos ou uma condição médica geral (FERREIRA et al., 2007b).

Para identificar disfunção sexual, devem ser aplicadas e adaptadas diretrizes apropriadas. Inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos para facilitar a coleta e a avaliação da história sexual (LEITE et al., 2007). O uso de questionários validados pode ser um facilitador internacional para o avanço das pesquisas, por obedecerem a

regras rígidas de tradução e confiabilidade e por favorecerem trabalhos multicêntricos que possibilitem a comparação dos resultados. Instrumentos genéricos de qualidade de vida desenvolvidos para investigar a saúde e o bem-estar geral são insuficientes para avaliar a função sexual e não fornecem informações necessárias para estabelecer propostas terapêuticas (THEIL et al., 2008).

Para alguns autores, os instrumentos mais adequados para se avaliar a função sexual feminina, considerando-se a característica subjetiva da resposta sexual feminina seriam os questionários auto-aplicados, que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Dentre os mais estudados atualmente estão o Brief Sexual Function Index for Women e o Female Sexual Function Index (FSFI), um instrumento que congrega as características de ser prático para aplicação em estudos de campo, avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis (PACAGNELLA, 2008).

O FSFI é um questionário desenvolvido para ser auto-aplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor (PACAGNELLA, 2008). A introdução de perguntas de tipo psicológico e relacional no próprio cerne desse instrumento de avaliação da "função sexual feminina" assinala a diferença essencial em comparação com a avaliação dos homens. Por exemplo, o transtorno "perturbação da excitação sexual" (Sexual Arousal Disorder) é definido como:

"A incapacidade persistente ou recorrente de atingir ou manter uma excitação sexual suficiente, o que causa aflição pessoal. Esse transtorno pode ser expresso como ausência a de excitação subjetiva ou ausência de lubrificação, de umidificação genital ou outras respostas somáticas".

(ROSEN et al., 2000, p. 193)

O FSFI é o primeiro instrumento para avaliação da função sexual feminina validado em português e que cumpre todos os requisitos propostos para o protocolo de validação internacional (THEIL et al., 2008). Para isso, são apresentadas dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. (adaptação). Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual (Pacagnella, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

As disfunções sexuais femininas podem alcançar alta incidência em qualquer faixa etária e são subdiagnosticadas, porque as pacientes não se queixam devido à inibição ou porque o médico não investiga por constrangimento ou por desconhecimento da resposta sexual humana e seus tratamentos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de disfunção sexual em estudantes universitárias.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar os resultados do questionário confrontando com resultados de outras pesquisas.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo transversal

4.2 LOCAL/PERÍODO

O estudo foi realizado na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), no período do 2º semestre de 2009.

4.3 Participantes

A amostra de conveniência foi constituída por aproximadamente 40 estudantes do sexo feminino do curso de Fisioterapia da EMESCAM independente da idade.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Estudantes do sexo feminino do curso de Fisioterapia da EMESCAM que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que já iniciaram atividade sexual independente da idade.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- a) Mulheres que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.
- b) Mulheres que ainda não iniciaram atividade sexual.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações obtidas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados usando o programa microsoft office excel 2003. Os resultados foram expressos em valores absolutos em percentuais.

5 RECURSOS

Foi utilizado o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) (anexo A) para avaliar a resposta sexual feminina. Antes da aplicação dos questionários foi realizada uma palestra dirigida aos estudantes sobre a importância da pesquisa. Os questionários separadamente do termo de consentimento foram entregues em envelopes a todas as alunas e aquelas que desejaram participar da pesquisa posteriormente colocaram o questionário respondido em uma urna na Secretaria do Departamento do Curso de Fisioterapia da Emescam em envelopes fechados. As participantes foram instruídas a lerem as instruções com atenção antes de preencher o questionário.

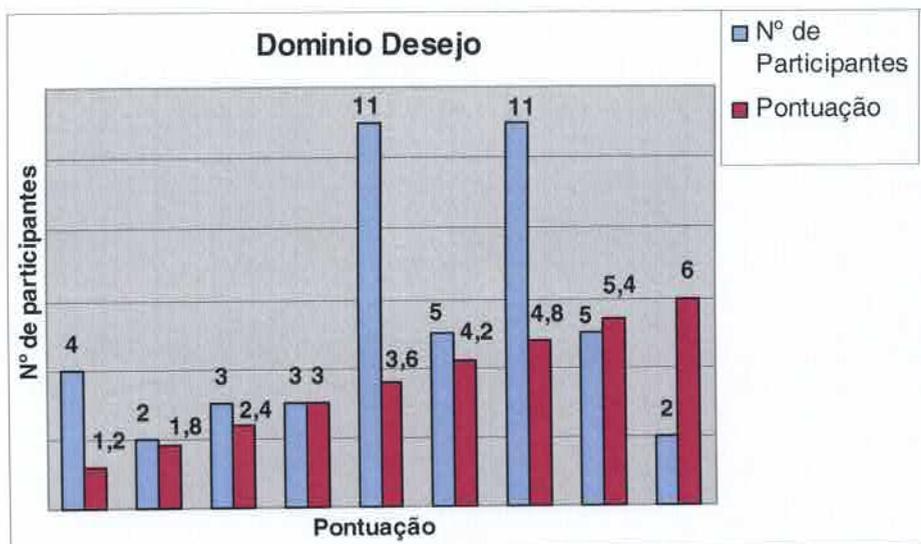
6 RESULTADOS

A amostra foi composta de 46 questionários com idade de 18 a 51 anos, das quais foram entregues 66 questionários, 52 devolveram, 6 estavam em branco. Das participantes 31 estavam em atividade sexual e 15 sem atividade sexual.

Os questionários contêm 19 itens e 6 domínios entre eles; desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e dor. Cada domínio possui uma quantidade de questões. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. Para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio que possuem um fator de multiplicação.

O domínio desejo possui 2 questões com as seguintes perguntas: Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual? Nas últimas 4 semanas como você avalia seu grau de desejo ou interesse sexual?

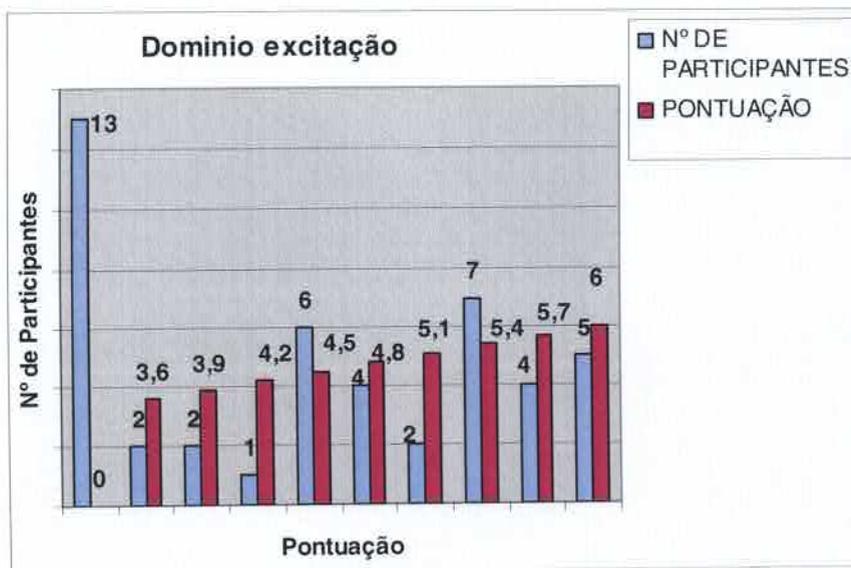
4 participantes (8,69%) tiveram pontuação de 1,2; 2 (4,34%) 1,8; 3 (6,52%) 2,4; 3 (6,52%) 3,0; 11 (23,91%) 3,6; 5 (10,86%) 4,2; 11 (23,91%) 4,8; 5 (10,86%) 5,4; 2 (4,34%) 6,0.



(Gráfico 1 Domínio Desejo)

O domínio Excitação possui 4 questões com as seguintes perguntas: Nas ultimas 4 semanas, com frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou no ato sexual? Nas ultimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual? Nas ultimas 4 semanas, como você avalia seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual? Nas ultimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

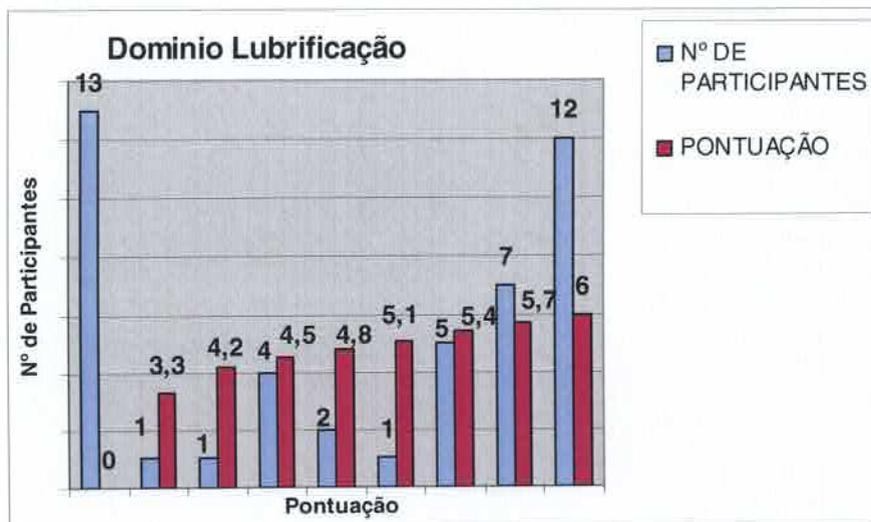
13 (28,26%) participantes tiveram pontuação de 0; 2 (4,34%) 3,6; 2 (4,34%) 3,9; 1 (2,17%) 4,2; 6 (13,04%) 4,5; 4 (8,69%) 4,8; 2 (4,34%) 5,1; 7 (15,21%) 5,4; 4 (8,69%) 5,7; 5 (10,86%) 6.



(Gráfico 2 Domínio Excitação)

O domínio lubrificação possui 4 questões com as seguintes perguntas: Nas ultimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade ou ato sexual? Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante a atividade ou ato sexual? 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? Nas últimas 4 semanas, qual foi a sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

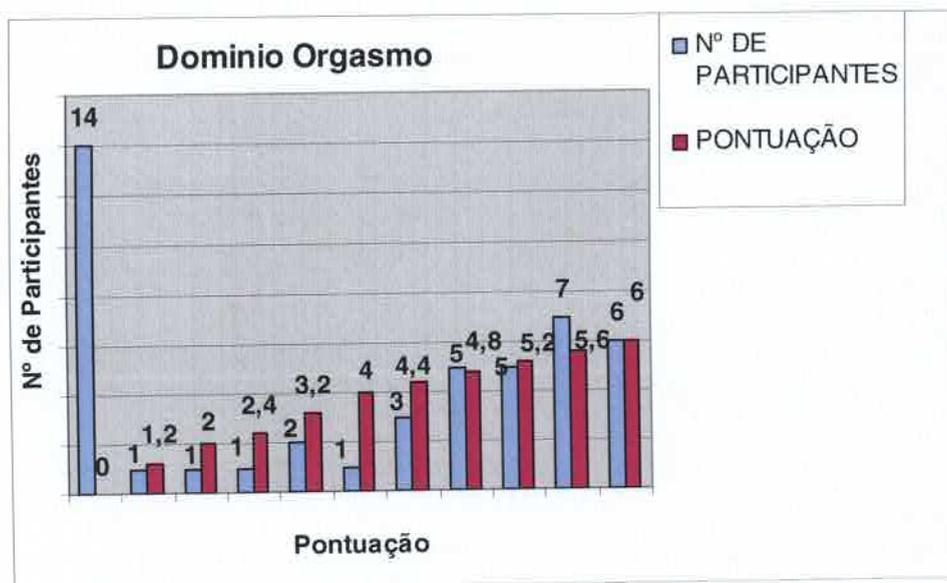
13 (28,26%) participantes tiveram pontuação 0; 1 (2,17%) 3,3; 1 (2,17%) 4,2; 4 (8,69%) 4,5; 2 (4,34%) 4,8; 1 (2,17%) 5,1; 5 (10,86%) 5,4; 7 (15,21%) 5,7; 12 (26,08%) 6,0.



(Gráfico 3 Domínio Lubrificação)

O domínio Orgasmo possui 3 questões com as seguintes perguntas: Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)? Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi a sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“climáx /gozou”)? Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com a capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante a atividade ou ato sexual?

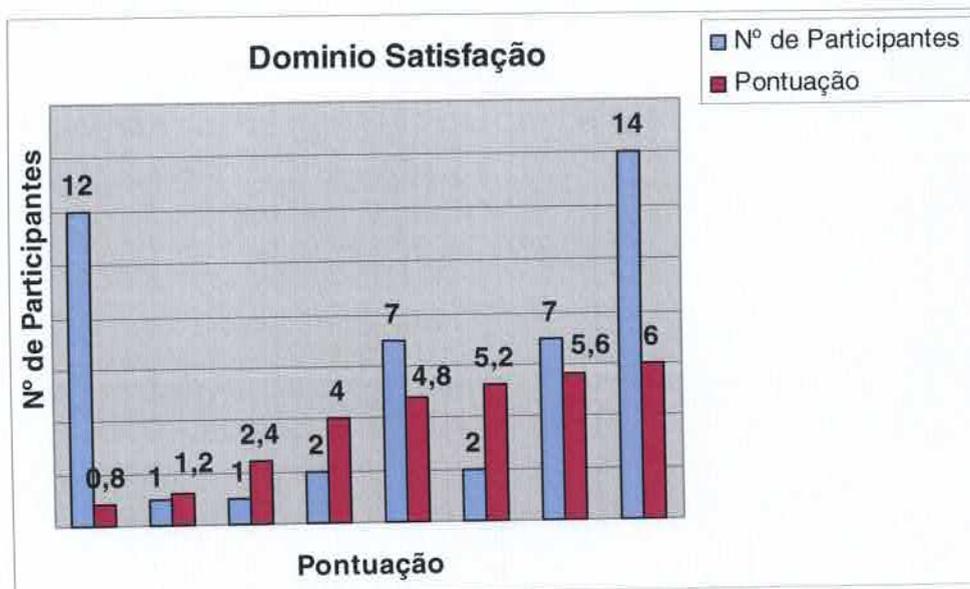
14 (30,41%) participantes tiveram pontuação de 0; 1 (2,17%) 1,2; 1 (2,17%) 2,0; 1 (2,17%) 2,4; 2 (4,34%) 3,2; 1 (2,17%) 4,0; 3 (6,52%) 4,4; 5 (10,86%) 4,8; 5 (10,86%) 5,2; 7 (15,21%) 5,6; 6 (13,04%) 6,0.



(Gráfico 4 Domínio Orgasmo)

O domínio satisfação possui 3 questões com as seguintes perguntas: Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual? Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita entre o relacionamento sexual em entre você e o seu parceiro? Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a sua vida sexual de um modo geral?.

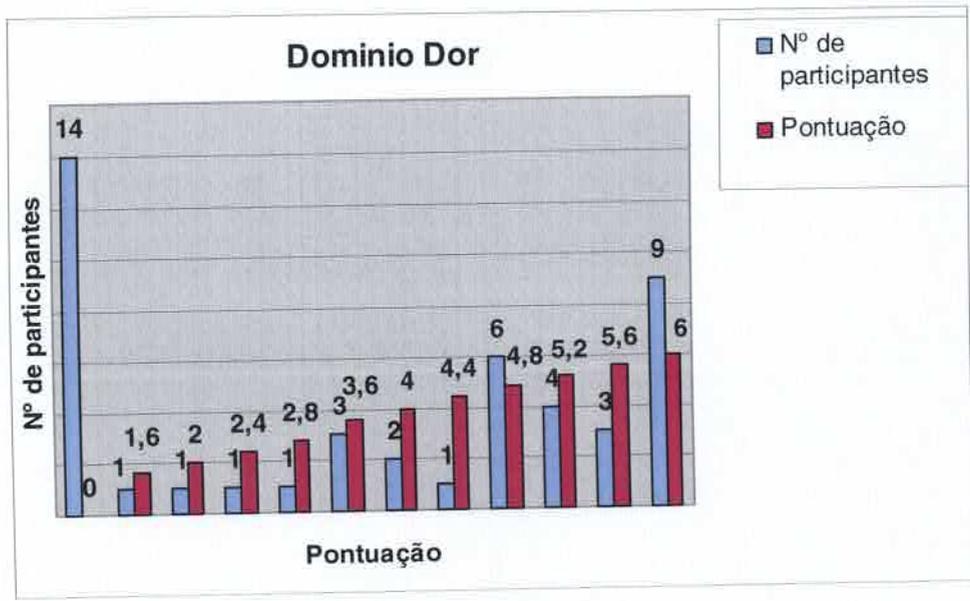
12 (26,08%) participantes tiveram pontuação de 0,8; 1 (2,17%) 1,2; 1(2,17%) 2,4; 2 (4,34%) 4,0; 7 (15,21%) 4,8; 2 (4,34%) 5,2; 7 (15,21%) 5,6; 14 (30,43%) 6,0.



(Gráfico 5 Domínio Satisfação)

O domínio dor possui 3 questões com as seguintes perguntas: Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal? Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal? Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

14 (30,43%) participantes tiveram pontuação de 0; 1 (2,17%) 1,6; 1(2,17%) 2,0; 1(2,17%) 2,4; 1(2,17%) 2,8; 3 (6,52%) 3,6; 2 (4,34%) 4,0; 1(2,17%) 4,4; 6 (13,04%) 4,8; 4 (8,69%) 5,2; 3 (6,52%) 5,6; 9 (19,56%) 6,0.



(Gráfico 6 Domínio Dor)

7 DISCUSSÃO

As disfunções sexuais caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, o que afeta uma ou mais das fases deste ciclo. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente (ABDO; FLEURY, 2006).

Neste estudo 12 (26,08%) das participantes ficaram abaixo da média no domínio desejo e 34 (73,91%) ficaram acima da média. Ferreira et al. (2007b), em estudo descritivo, tipo corte transversal, no qual foram incluídas mulheres sexualmente ativas com idade entre 20 e 39 anos, atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção à Mulher (CAM), Recife, constatou que 11% destas eram portadoras da disfunção do desejo. Em estudo realizado por MOREIRA JUNIOR et al. (2005) de inquérito populacional realizado pela Faculdade Oswaldo Cruz (pesquisa por telefone), discagem aleatória, conduzida no Brasil em 2001 e 2002 entre homens e mulheres de 40 a 80 anos em uma amostra de 728 mulheres, 22,7% relataram falta de interesse sexual. Em estudo realizado por Abdo (2002) entre fevereiro e abril de 2000 com uma amostra de 2,835 indivíduos, maiores de 18 anos e residentes em sete cidades brasileiras, 34,6% referiram falta de desejo.

13 (28,26%) ficaram abaixo da média e 33 (71,73%) ficaram acima da média no domínio de excitação. Segundo Ferreira et al. (2007b) 8% tinham disfunção da excitação em seu estudo.

13 (28,26%) ficaram abaixo da média e 33 (71,73%) ficaram acima da média no domínio de lubrificação, destas 12 (26,08%) referiram não ter relação sexual no momento. Moreira Junior et al (2005) relatou que 23,4% tiveram dificuldade de lubrificação em seu estudo. Sendo este transtorno observado mais em mulheres mais velhas.

17 (36,95%) ficaram abaixo da média e 29 (63,04%) ficaram acima da média no domínio orgasmo. Abdo et al. (2002) relatou que 29,3% das mulheres tiveram dificuldades de orgasmo em sua pesquisa.

14 (30,43%) ficaram abaixo da média e 32 (69,56%) ficaram acima da média no domínio de satisfação. De Lorenzi e Sacilato (2006) em um estudo transversal com 206 mulheres pós-menopausicas entre 45 a 60 anos atendidas em um serviço universitário na região sul do Brasil entre junho e outubro de 2002. A atividade sexual foi avaliada pelo número de relações sexuais no último mês e a sintomatologia climatérica pelo Índice de Kupperman. Cerca de 25,7% das entrevistadas negaram prazer ou satisfação sexual.

18 (39,13%) ficaram abaixo da média e 28 (60,86%) ficaram acima da média no domínio de dor. Queixa de dor durante a relação sexual foi muito comum entre as mulheres 21,1% segundo Abdo et al. (2002). Dispareunia foi uma das causas de diminuição da frequência da atividade sexual 12% das mulheres entrevistadas no estudo de De Lorenzi e Sacilato (2006).

De acordo com Abdo e Fleury (2006) a queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental. Deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção. Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela paciente. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. Outra relevante consideração para diagnóstico, tratamento e prognóstico é a distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceiro) e situacional (presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias).

Segundo Abdo e Fleury (2006) deve-se considerar, ainda, a idade da mulher e a sua experiência sexual. Mulheres jovens e/ou principiantes costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que é bastante compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente.

8 CONCLUSÃO

Desde o início dos estudos sobre a sexualidade feminina, as mulheres vem apresentando disfunções sexuais e ainda hoje estas alterações trazem muitas dúvidas aos profissionais de saúde e ainda grandes transtornos às mulheres.

As disfunções sexuais podem acontecer em qualquer faixa etária, inclusive nas mulheres mais jovens que na literatura questiona-se se podem ser consideradas como tal já que não há experiência suficiente. Mas atualmente a vida sexual inicia-se cada vez mais cedo e uma mulher jovem tanto pode já ter experiência sexual como pode apresentar alguma disfunção.

Novas pesquisas com relação ao uso de medicamentos, tempo de sintomatologia e idade da coitarca, correlacionadas com as disfunções sexuais deveriam ser feitas, objetivando a criação de novos questionários que contenham estes itens.

O distúrbio que mais prevaleceu nesta pesquisa foi dor com 39,13% seguido por distúrbios do orgasmo com 36,95%. Sugere-se um número maior de amostra já que um número significativo de participantes 32,6% estava sem atividade sexual no momento o que pode ter influenciado o resultado deste estudo.

É importante reconhecer que mesmo em mulheres jovens que ainda não apresentam nenhuma alteração orgânica em suas genitálias a disfunção sexual pode estar presente. Este fato pode ser devido à inexperiência, à iniciação sexual desastrosa ou mesmo por uma educação repressora. Caso estas disfunções não sejam abordadas adequadamente estes transtornos podem persistir por longos anos ou para sempre interferindo na qualidade de vida destas mulheres.

Portanto é necessário que o profissional da saúde seja ele o fisioterapeuta, o ginecologista ou o terapeuta sexual ao diagnosticar uma disfunção sexual em sua paciente, considere as possíveis implicações deste transtorno à saúde e qualidade de vida desta mulher e desta forma proporcione a ela orientações a respeito do assunto e disponibilize os possíveis tratamentos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA, J.R.W.M.; MOREIRA, E.D.; FITTIPALDI, J.A.S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. **RBM ver.bras.med**, v.59, n.4, p.242-257, abr. 2002.
- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.**, São paulo, 33 (3); 162-167, 2006.
- ARÁN, M. **Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026x2003000200004&lng=pt&nrm=isso> Acesso em:24/03/2009.
- BEREK, J.S. **Novo tratado de ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- CAVALCANTI; CAVALCANTI. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1992.
- CORDÁS, T.A.; LARANJEIRAS, M. **Efeitos dos psicofarmacos na espera sexual**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.php?script=sciarttext&pid=5001001-6083200060003000007&lng=pt&nrm=iso>> Acesso em: 24/10/08.
- CABRAL, R.; FARIA, L.C.A. Sexualidade. In: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada á obstetria, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.270-279.
- DE LORENZONI, D.R.S. ;SACILOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo; 52(4), 256-60, jul-ago.2006.
- FERREIRA, A. L. C. G. ; SOUZA, A. I.; ARDISSON, C.L.; KATZ, L. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, p.689-695, nov. 2007a.

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.** 2007b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s15193829200700020004&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24/10/08.

GIAMI, A. **Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010373331200700020006&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24/10/08.

LARA, I. A. S.; SILVA, A. C. J. S. S.; ROMÃO, A.P. M. S.; JUNQUEIRA, F.R.R. **Abordagens das disfunções sexuais femininas.** 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008600009&ing=pt&nrm=isso> Acesso em:24/03/2009.

LEITE, A.P.L.; MOURA, A. A. S. C.; MATTAR, R.; SOUZA, E.; CAMANO, L. **Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-72032007000800003&script=sci_arttext&ing=pt> Acesso em: 24/10/08.

LOYOLA, M.A. **Sexualidade e medicina: a revolução do século XX.** 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400002&lang=pt>. Acesso em:24/10/08.

MONTORO, G.C.F. Algumas características da resposta sexual feminina. **Femina**, Rio de Janeiro, v.11, n.6, p.436-441, jun.1983.

MOREIRA JUNIOR, E. D.; GLASSER, D. ; SANTOS, D.B. D.; GINGELL, C.; Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, 123(5):234-241, Sept.-Nov. 2005.

MOREIRA, R.L.B.D. Natureza não-sequencial da resposta sexual humana. **Femina**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.65-66, jan.1988.

PACAGNELLA, R.C.; VIEIRA, E.M.; RODRIGUES J.R.; SOUZA, C. **Adaptação transcultural do female sexual function index.** 2008. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2008000200021>. Acesso em:24/10/2008.

ROSEN, R. C. **The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function.** Journal of Sex & Marital Therapy, n. 26, p. 191–208, 2000.

TRINDADE, W.R.; FERREIRA, M.A. **Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres.** 2008. Disponível em:
<.http://www.scielo.php?script=ciarttex&pid=S0104-07072008000300002&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 24/03/2009.

THIEL, R.R.C.; DAMBROS, M.; PALMA, C.R.; THIEL, M.; RICCETTO, C.L.Z.; RAMOS, M.F. **Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index.**2008. Disponível em: <.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001000005&lng=pt&nrm=iso>Acesso em: 24/03/2009.

VENCHI, M. **Seduções e traições de gênero no Islã: a rainha de Sabá e o corpo feminino circuncidado.** 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332008000100012&lng=pt&nrm=iso>Acesso em: 07/03/2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"Prevalência de Disfunção Sexual em Mulheres Estudantes de Nível Superior"

O objetivo dessa pesquisa é verificar a prevalência de disfunção sexual em estudantes universitárias através do questionário auto-aplicado "Female Sexual Function Index (FSFI)". A pesquisa não envolve exposição a riscos, nem benefícios diretos para os participantes. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo à continuidade da pesquisa. A identificação da estudante não será divulgada e o mesmo ficará com uma cópia do termo. Não há despesas pessoais para a participante da pesquisa e nem compensação financeira relacionada à sua participação. Em caso de dúvida ou problemas decorrentes deste estudo procurar: Maria Regina Fonseca Batista, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luzia, CEP 29045-402, Vitória-ES, Tel.(27) 3334-3510, Departamento de Fisioterapia da EMESCAM ou o coordenador Elisardo Corral Vasquez ou a secretária Cristiane Talyuli Caqui no CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br no mesmo endereço.

Eu, _____, RG _____,

Abaixo qualificado, declaro para fim de participação em condição de (sujeito objeto de pesquisa/representante legal do sujeito da pesquisa), que fui devidamente esclarecida da pesquisa intitulada: "Prevalência de Disfunção Sexual em Mulheres Estudantes de Nível Superior", desenvolvido por Mayara Keli Martins Paiva, acadêmica do 4º ano de Fisioterapia, orientada pela professora Maria Regina Fonseca Batista, responsável pela disciplina de Saúde da Mulher do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória(EMESCAM).

(Paciente/Representante legal)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

(Responsável pelo estudo)

Data: ____/____/____ Vitória, ES

ANEXO A**Female sexual function index (FSFI)****Perguntas**

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

Opções de resposta e pontuação

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 ultimas 4 semanas como você avalia seu grau de desejo ou interesse sexual?

5=Muito alto

4=Alto

3=Moderado

2=Baixo

1=Muito baixo ou absolutamente nenhum

3. Nas ultimas 4 semanas, com freqüência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou no 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 ultimas 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 ultimas 4 semanas, como você avalia 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 Muita baixa ou sem segurança

6. Nas ultimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a 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 da metade do tempo)
- 2=Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1=Quase nunca ou nunca

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

- 0=Sem atividade sexual
- 5=Quase sempre ou sempre
- 4=A maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- 3=Algumas vezes (cerca da 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 a atividade ou ato sexual?

- 0=Sem atividade
- 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 da metade do tempo)

- 3=Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- 2=Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1=Quase nunca ou nunca

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

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

11. Nas últimas 4 semanas, quando você 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 da metade do tempo)
- 3=Algumas vezes (cerca da 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 a sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("climáx /gozou")?

- 0=Sem atividade
- 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 a capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante a atividade ou ato sexual?

- 0=Sem atividade sexual
- 5=Muito satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Quase igualmente satisfeita ou 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 durante a atividade sexual?

- 0=Sem atividade sexual
- 5=Muito satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita

- 3=Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- 2=Moderadamente insatisfeita
- 1=Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita entre o relacionamento sexual em entre você e o seu parceiro?

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

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

- 0=Sem atividade sexual
- 5=Muito satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Quase igualmente satisfeita ou 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 da metade do tempo)
- 3=Algumas vezes (cerca da 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 da metade do tempo)
- 3=Algumas vezes (cerca da 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

Idade:

Menopausa: ()sim ()não

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 Semanas.

Por Favor, responda as questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absolutamente sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta", "siririca") e ato sexual.

Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situação como carícias preliminares com o seu parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento de quere ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro 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).