



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA PEREIRA ALVES

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES UNIVERSITÁRIAS:
CONHECER PARA PROMOVER SAÚDE**

GOIÂNIA
2021

BRUNA PEREIRA ALVES

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES UNIVERSITÁRIAS:
CONHECER PARA PROMOVER SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como parte dos requisitos necessários para obtenção do Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Cristiane Leal de M. e Silva Ferraz

GOIÂNIA
2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA
AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: Avaliação da função sexual em mulheres universitárias: Conhecer para promover saúde

Acadêmico (a): Bruna Pereira Alves

Orientador (a): Prof. Ms. Cristiane Leal de M. Silva Ferraz

Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer as normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador: _____

Data: ____/____/____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS.....	10
4 DISCUSSÃO	13
5 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIA	16
ANEXO	
ANEXO I	20

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES UNIVERSITÁRIAS:
CONHECER PARA PROMOVER SAÚDE**

*ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION IN UNIVERSITY WOMEN: KNOWING TO
PROMOTE HEALTH*

Bruna Pereira Alves¹, Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz²

1 Acadêmica em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Goiânia/GO,

2 Docente e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO). Mestre em Ciências Ambientais e Saúde (PUC GO). Fisioterapeuta. Goiânia, GO.

(CAAE 33673820.2.0000.0037)

Estudo realizado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Curso de Fisioterapia. Praça, Universitária, 1440 – Setor Leste Universitário, Goiânia – GO, 74605-010. Brasil

Endereço para correspondência: Bruna Pereira Alves. Rua 4, N° 512, Vila Boa Esperança, Palmeiras de Goiás – GO 76190000. Brasil. bruna.250@hotmail.com

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar a função sexual de acadêmicas de um curso da área da saúde. A amostra foi constituída de 155 participantes, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo aplicado o instrumento Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) e um questionário contendo questões referente aos dados sociodemográficos. A caracterização da amostra foi realizada por meio de frequência absoluta (n) e, frequência relativa (%). Os domínios do FSFI foram descritos por meio de média, desvio padrão, mínimo e máximo. A associação da disfunção sexual com o perfil da amostra foi realizada aplicando-se o teste do Qui-quadrado de *Pearson/Posthoc*. A comparação dos domínios do FSFI com o perfil da amostra foi realizada por meio do teste de Análise da variância (ANOVA) seguido do teste de *Tukey*. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Verificou-se uma prevalência de 52,9% de disfunção sexual entre as acadêmicas, onde os domínios dor, orgasmo e desejo foram mais acometidos. Conclui-se que apenas o conhecimento anatômico e fisiológico do corpo humano não é o suficiente para evitar a disfunção sexual. Para a manutenção de uma boa função sexual feminina, é essencial promover a saúde física, mental e uma relação afetiva emocionalmente satisfatória para a mulher.

Descritores: Prevalência. Disfunções Sexuais Psicogênicas. Assexualidade. Orgasmo.

ABSTRACT: *The aim of this study was to evaluate the sexual function of students in a health course. The sample consisted of 155 participants, aged 18 years or older, with the use of the Female Sexual Function Index (FSFI) instrument and a questionnaire containing questions related to sociodemographic data. The characterization of the sample was carried out by means of absolute frequency (n), relative frequency (%). FSFI domains were described using mean, standard deviation, minimum and maximum. The association of sexual dysfunction with the profile of the sample was performed using Pearson's Chi-square / Posthoc test. The comparison of the FSFI domains with the sample profile was performed using the Analysis of Variance test (ANOVA) followed by the Tukey test. In all analyzes, the level of significance adopted was 5% ($p < 0.05$). There was a 52.9% prevalence of sexual dysfunction among academics, where the pain, orgasm and desire domains were most affected. It is concluded that only the anatomical and physiological knowledge of the human body is*

not enough to prevent sexual dysfunction. For the maintenance of a good female sexual function, it is essential to promote physical, mental health and an emotionally satisfying affective relationship for the woman.

Keyword: Prevalence. Sexual Dysfunctions, Psychological. Asexuality. Orgasm.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a saúde sexual é definida como um estado físico, emocional e social de bem-estar em relação à sexualidade. Sendo um tema importante a ser incorporado nas ações de atenção básica de saúde¹.

A função sexual por sua vez, é definida como fator importante na personalidade de qualquer indivíduo e em seu relacionamento como casal, capaz de gerar impacto decisivo na qualidade de vida e no desempenho sexual².

Dentro da função sexual encontra-se a resposta sexual feminina, que se dá através de uma sucessão de fases fisiológicas que podem ser descritas como: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo e a excitação se complementam e são despertados em resposta a estímulos sexuais, já o orgasmo é o ápice do prazer sexual que leva a fase de resolução, onde há uma sensação de bem-estar geral e relaxamento³.

Muitas mulheres, por algum motivo, apresentam alterações nestas fases, o que interfere de maneira significativa em sua vida sexual. Estas alterações ou a presença de dor associada ao ato sexual caracteriza o que chamamos de Disfunção Sexual Feminina (DSF)⁴.

Dentro da DSF encontra-se uma ampla variedade de condições clínicas, que inclui: desejo sexual hipoativo ou ausência de libido sexual, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtorno doloroso, como a dispareunia e o vaginismo⁵.

Todas as alterações podem ser associadas às condições médicas, medicamentos, aspectos socioculturais, violência sexual, traição, repressão sexual, hormônios, desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual e disfunção sexual prévia⁸.

Deste modo, a DSF é caracterizada como um problema complexo¹⁰, prevalente em 25,6% das mulheres entre 18 e 43 anos, sendo os domínios mais afetados: falta de desejo sexual (34,6%) e ausência de orgasmo (29,3%)¹¹.

Apesar da DSF gerar impactos negativos na vida das mulheres, grande maioria delas não buscam ajuda médica, por vergonha, por frustração, medo ou por falhas de tentativas de tratamento, com isso as disfunções sexuais acabam sendo subdiagnosticadas e negligenciadas não entrando para estatísticas¹².

No contexto universitário, os estudos a respeito da temática são mínimos, porém demonstraram que 90% dessa população apresentam algum tipo de disfunção sexual. Isso mostra que, mesmo com todo conhecimento a respeito da anatomia e fisiologia humana, a mulher pode apresentar dificuldades para exercer sua função sexual de maneira saudável^{12,13,14}.

Com isso, o presente estudo busca avaliar a função sexual de mulheres universitárias, a fim de identificar e analisar as disfunções sexuais nesta população. Acredita-se que esta pesquisa contribuirá para a compreensão do tema proposto e servirá de alerta para a real situação vivenciada por acadêmicas da área da saúde.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional com 155 acadêmicas de um curso da área da saúde em uma instituição de ensino superior de Goiânia-GO, através de um questionário online aplicado no período de agosto a novembro de 2020. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUC Goiás (CAAE 33673820.2.0000.0037).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser do sexo feminino, estar matriculada no curso de fisioterapia, idade igual ou superior a 18 anos, que aceitasse participar formalmente da pesquisa e que, lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE clicasse no item “Li e concordo” disponibilizado no início do questionário virtual.

Os critérios de exclusão foram: questionários respondidos de maneira incompleta e situações nas quais as pesquisadoras identificaram fraude ou irregularidades no preenchimento do questionário. Cabe ressaltar que, nenhum questionário foi excluído da pesquisa.

As participantes do estudo acessaram o questionário através de um link disponibilizado por meio das mídias sociais. Inicialmente, foi apresentado o TCLE para ciência sobre estudo e, após a leitura do termo, foram orientadas a clicar na opção “Li e concordo” caso quisessem participar da pesquisa. A coleta de dados foi composta por duas etapas: a primeira relacionada aos dados sociodemográficos das

participantes contendo questões como: orientação sexual, religião, estado civil e renda familiar; a segunda contendo o questionário Índice da Função Sexual Feminina (FSFI).

O FSFI é um questionário composto por 19 questões que aborda perguntas relacionadas aos sentimentos e respostas sexuais das participantes durante as últimas quatro semanas. Ele avalia a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para cada questão existe um padrão de resposta cuja pontuação pode variar de 0 a 5 e quanto maior a pontuação melhor a avaliação do domínio.

Ao final da aplicação do questionário é apresentado um escore total, este escore é resultado da soma dos valores das questões, multiplicados por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total e, então, somado os valores de cada domínio. Vale ressaltar que este fator é definido pelo próprio instrumento. O escore total pode variar entre 2 a 36, porém, é definido um ponto de corte (26), também descrito pelo próprio instrumento, onde valores iguais ou abaixo deste ponto de corte indicam presença de disfunção sexual.

A caracterização da amostra foi realizada por meio de frequência absoluta (n), frequência relativa (%). Os domínios do FSFI foram descritos por meio de média, desvio padrão, mínimo e máximo. A tendência central, simetria e dispersão dos domínios do FSFI foram apresentados por meio do gráfico Boxplot. A associação da disfunção sexual com o perfil da amostra foi realizada aplicando-se o teste do Qui-quadrado de *Pearson/Posthoc*. A comparação dos domínios do FSFI com o perfil da amostra foi realizada por meio do teste de Análise da variância (ANOVA) seguido do teste de *Tukey*. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 155 acadêmicas, com idade igual ou superior a 18 anos de idade. De acordo com a Tabela 1, a maioria das participantes eram heterossexuais (87,7%), católicas (49,0%), solteiras (85,8%) e com renda familiar entre R\$ 1.000 a R\$ 2.000 (36,1%).

Tabela 1. Caracterização do perfil da amostra (n = 155).

	n	%
Orientação sexual		
Bissexual	13	8,4
Heterossexual	136	87,7
Homossexual	6	3,9
Região		
Agnóstica	3	1,9
Atéia	3	1,9
Católica	76	49,0
Espírita	5	3,2
Evangélica	56	36,1
Nenhuma	12	7,7
Estado Civil		
Casada	17	11,0
Namorando	5	3,2
Solteira	133	85,8
Renda familiar		
Entre 1.000 a R\$ 2.000	56	36,1
Entre 2.000 R\$ 3.000	47	30,3
Entre 3.000 e R\$ 4.000	22	14,2
Mais de R\$ 4.000	30	19,4

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

O escore total médio do FSFI entre as acadêmicas foi de 22,6, sendo a prevalência geral de disfunção sexual entre as participantes 52,9%. Quando analisado o grau de afecção dos domínios do FSFI das acadêmicas com escore abaixo do ponto de corte (22,6) verificou-se que dor (2,5), orgasmo (3,6) e desejo (3,8) foram os domínios mais afetados (Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos domínios do FSFI.

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Desejo	3,8	1,1	1,2	6,0
Excitação	4,1	1,8	0,0	6,0
Lubrificação	4,2	2,0	0,0	6,0
Orgasmo	3,6	2,0	0,0	6,0
Satisfação	4,3	2,1	0,0	6,0
Dor	2,5	1,3	0,0	5,2
FSFI (Total)	22,6	8,8	1,2	33,0

A Tabela 3 traz a correlação entre a presença de disfunção sexual e o perfil sociodemográfico das participantes do estudo. A maioria das participantes que apresentaram disfunção sexual eram heterossexuais (90,2%), católicas (56,1%), solteiras (90,2%) e com renda familiar entre R\$ 1.000 a R\$ 2.000 (41,5%).

O estado civil foi a única variável com significância estatística ($p < 0,05$), com presença de disfunção sexual na maioria das participantes namorando (4,9%). Nas casadas, verificou-se que, a maioria não apresentou disfunção sexual (17,8%).

Tabela 3. Associação da disfunção sexual com o perfil da amostra.

	Disfunção sexual (FSFI)		<i>p</i>
	Não	Sim	
Orientação sexual			
Bissexual	6 (8,2)	7 (8,5)	0,19*
Heterossexual	62 (84,9)	74 (90,2)	
Homossexual	5 (6,8)	1 (1,2)	
Religião			
Católica	30 (41,1)	46 (56,1)	0,31*
Evangélica	31 (42,5)	25 (30,5)	
Outra	4 (5,5)	4 (4,9)	
Nenhuma	8 (11,0)	7 (8,5)	
Estado Civil			
Casada	13 (17,8)	4 (4,9)	0,02**
Namorando	1 (1,4)	4 (4,9)	0,04**
Solteira	59 (80,8)	74 (90,2)	0,07**
Renda familiar			
Entre 1.000 a R\$ 2.000	22 (30,1)	34 (41,5)	0,32*
Entre 2.000 R\$ 3.000	22 (30,1)	25 (30,5)	
Entre 3.000 e R\$ 4.000	11 (15,1)	11 (13,4)	
Mais de R\$ 4.000	18 (24,7)	12 (14,6)	

*Qui-quadrado de *Pearson*; **Qui-quadrado *Posthoc*
n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Por fim, a tabela 4 traz uma análise comparativa entre os domínios do questionário FSFI com perfil sociodemográfico das participantes do estudo, onde verificou-se uma associação de disfunção sexual entre as variáveis orientação sexual e estado civil. Na correlação entre orgasmo e orientação sexual, verificou-se que as participantes homossexuais obtiveram uma média maior (5,1), com $p=0,01$ do orgasmo. Por sua vez, a análise do estado civil evidenciou que as mulheres casadas obtiveram média maior nos domínios lubrificação (5,4) e orgasmo (4,8), com $p=0,01$ e $p=0,03$, respectivamente.

Tabela 4. Resultado da comparação dos domínios do FSFI com o perfil da amostra.

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI (Total)
Orientação sexual	$p = 0,12$	$p = 0,07$	$p = 0,12$	$p = 0,01$	$p = 0,14$	$p = 0,97$	$p = 0,04$

Bissexual	4,3 ± 0,8	4,9 ± 0,7	5,1 ± 0,9	4,6 ± 1,1a	5,1 ± 1,2	2,7 ± 0,8	26,7 ± 2,7a
Heterossexual	3,8 ± 1,1	4,0 ± 1,9	4,1 ± 2,1	3,5 ± 2,0b	4,2 ± 2,2	2,5 ± 1,4	22,0 ± 9,2b
Homossexual	4,2 ± 0,8	5,1 ± 0,8	5,5 ± 0,6	5,1 ± 1,7a	5,7 ± 0,3	2,9 ± 0,2	28,4 ± 3,0a
Religião	p = 0,17	p = 0,08	p = 0,34	p = 0,22	p = 0,40	p = 0,93	p = 0,33
Católica	3,7 ± 1,1	3,9 ± 1,8	4,2 ± 1,9	3,4 ± 2,0	4,1 ± 2,2	2,5 ± 1,3	21,8 ± 8,9
Evangélica	4,0 ± 1,0	4,1 ± 2,0	4,2 ± 2,2	3,7 ± 2,1	4,5 ± 2,2	2,5 ± 1,4	22,9 ± 9,6
Nenhuma	3,9 ± 1,0	4,7 ± 1,6	4,9 ± 1,6	4,6 ± 1,1	5,1 ± 1,3	2,6 ± 1,2	25,9 ± 4,3
Outra	4,4 ± 1,0	4,6 ± 1,2	4,2 ± 2,5	4,0 ± 1,9	3,9 ± 2,3	2,2 ± 1,4	23,3 ± 8,6
Estado Civil	p = 0,26	p = 0,45	p = 0,01	p = 0,03	p = 0,14	p = 0,07	p = 0,04
Casada	4,1 ± 0,9	4,8 ± 0,8	5,4 ± 0,8a	4,8 ± 1,1a	5,5 ± 0,6	2,9 ± 0,2	27,4 ± 3,1a
Namorando	3,1 ± 1,0	4,1 ± 1,2	4,2 ± 0,8b	3,1 ± 1,5b	4,9 ± 1,0	3,5 ± 0,8	23,0 ± 3,4b
Solteira	3,8 ± 1,1	4,0 ± 1,9	4,1 ± 2,1b	3,5 ± 2,0b	4,2 ± 2,2	2,4 ± 1,4	22,0 ± 9,3b
Renda familiar	p = 0,55	p = 0,31	p = 0,35	p = 0,80	p = 0,14	p = 0,36	p = 0,41
Entre 1.000 a R\$ 2.000	3,8 ± 1,1	4,0 ± 1,8	4,0 ± 2,1	3,6 ± 2,0	4,4 ± 2,2	2,4 ± 1,3	22,0 ± 8,8
Entre 2.000 R\$ 3.000	3,8 ± 1,3	3,9 ± 1,9	4,3 ± 2,1	3,5 ± 2,0	3,9 ± 2,3	2,4 ± 1,4	21,7 ± 9,5
Entre 3.000 e R\$ 4.000	3,8 ± 1,0	4,2 ± 1,9	4,4 ± 1,9	3,7 ± 2,0	4,6 ± 2,0	2,7 ± 1,2	23,4 ± 9,1
Mais de R\$ 4.000	4,1 ± 0,6	4,5 ± 1,7	4,6 ± 1,8	4,0 ± 1,8	4,9 ± 1,8	2,7 ± 1,0	24,7 ± 7,5

Kruskal Wallis seguido do teste de Nemenyi representado pelas letras. (Letras diferentes representa diferenças significativas)

4 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou uma alta prevalência de disfunção sexual entre as participantes. Das 155 acadêmicas do curso de fisioterapia, 52,9% apresentaram disfunção sexual de acordo com o questionário FSFI. Este valor é bem próximo ao encontrado em um estudo comparativo entre universitárias brasileiras e italianas do curso de enfermagem, no qual 51,4% das entrevistadas apresentaram disfunção sexual¹². Por sua vez, em um estudo realizado com acadêmicas de fisioterapia em uma universidade do sul brasileiro, verificou-se que apenas 25% das participantes apresentaram disfunção sexual¹³.

Por se tratar de estudos envolvendo universitárias da área da saúde, os dados mostram que apenas o conhecimento anatômico e fisiológico do corpo humano não é o suficiente para evitar a disfunção sexual. Sabe-se que a DSF possui etiologia multifatorial, onde doenças endócrinas e vasculares, alterações hormonais (amamentação, menopausa) uso de medicamentos (anticoncepcionais e antidepressivos), disfunções do assoalho pélvico, fatores psicológicos (ansiedade, depressão, experiências sexuais traumáticas, histórico de abuso sexual, baixa autoestima), fatores sociodemográficos (idade, estado civil, renda familiar) e nível de interação entre o parceiro são considerados fatores de risco para desenvolver a disfunção sexual^{10,5,8}.

No que concerne ao estado civil, observou-se a prevalência de disfunção sexual em acadêmicas solteiras (90, 2%). Diversos estudos evidenciaram maior presença de disfunção sexual em mulheres solteiras. No estudo de Pereira *et al* (2013)¹⁷, houve uma pior função sexual em mulheres solteiras (60,9%) em comparação com mulheres em relacionamentos estáveis. Bezerra *et al* (2018)¹², também verificou uma prevalência de 96,3% de disfunção sexual em acadêmicas que relataram não estar em nenhum tipo de relacionamento. Sabe-se que para a manutenção de uma boa saúde sexual é essencial a integração de elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, afim de que enriqueçam e potencializem a personalidade, a comunicação e o amor, conforme dita a OMS. Contudo, a sociedade impõe alguns padrões sociais, onde a mulher para se sentir sexualmente satisfeita se faz necessário a presença de um parceiro e de um relacionamento estável.

Sendo assim, uma possível explicação seria que, para maioria das mulheres a relação sexual é diretamente motivada pelos fatores sentimentais como, amor, paixão, intimidade e compromisso. Quando não encontra motivações afetivas por parte do parceiro, os fatores emocionais acabam influenciando negativamente a resposta sexual ^{17, 19, 20}.

Também foi verificado no presente estudo que participantes com renda entre R\$ 1.000 a R\$ 2.000 apresentaram maior índice de disfunção sexual (41,5%). Na literatura, não há um consenso com relação a renda familiar e a disfunção sexual. Cavalcanti *et al* (2014)²¹ e Ferreira *et al* (2007)²², não encontraram associação entre a renda das participantes e a presença de disfunção sexual. Por sua vez, Diehl *et al* (2013)²³ identificou em seu estudo que, pacientes com renda familiar de até um salário mínimo apresentaram maior índice de disfunção sexual (51,4%). Da mesma forma, Madbouly *et al* (2020)²⁴ observou em seu estudo que mulheres com renda familiar baixa a moderada apresentaram maior índice de disfunção sexual (62,5%). Esta correlação se justifica pelo fato de pessoas com piores condições econômicas apresentarem piores condições de saúde. Como esse público não possui condições financeiras para investir em prevenção, só procuram atendimento médico quando quadro de saúde é agravado, com isso acabam utilizando com menor frequência os serviços de saúde. Além disso, estas pessoas apresentam maior vulnerabilidade a

fatores estressantes e emocionais, apresentando maiores impactos na vida sexual em comparação com pessoas com nível socioeconômico maior^{25, 15}.

O escore total médio do FSFI entre as acadêmicas do estudo foi de 22,6, sendo a prevalência geral de disfunção sexual entre as participantes de 52,9%. Importante ressaltar que, o FSFI define um ponto de corte (26), sendo valores iguais ou abaixo indicativos de disfunção sexual, além disso, o instrumento define que quanto maior a média dos domínios melhor a função sexual avaliada. Tendo em vista a interpretação do instrumento, o presente estudo verificou que dor (2,5), orgasmo (3,6) e desejo (3,8) foram os domínios mais afetados. Alguns autores encontraram em suas pesquisas resultados semelhantes. Abdo *et al* (2004)²⁶ verificou uma prevalência maior de afecção nos domínios desejo sexual (26,7%), dor (23,1%) e orgasmo (21%). Da mesma forma, Bezerra *et al*, (2018)¹², Madbouly *et al* (2020)²⁴ e Prado *et al* (2010)¹⁵ em seus estudos identificaram que desejo e orgasmo estiveram entre os principais domínios acometidos.

Por fim, quando comparado os domínios do questionário FSFI ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, verificou-se que mulheres casadas apresentaram uma média maior nos domínios lubrificação (5,4) e orgasmos (4,8) em comparação com acadêmicas solteiras e namorando, o que encontra respaldo na correlação entre estado civil e prevalência de disfunção sexual. Bezerra *et al* (2018)¹² observou em seu estudo que as acadêmicas solteiras apresentaram prevalência significativamente maior de problemas nos domínios lubrificação (3,38) e orgasmo (3,06). Pereira *et al* (2013)¹⁷, também verificou maior prevalência de distúrbios de lubrificação em mulheres solteiras em comparação com outros grupos (3.38).

5 CONCLUSÃO

A prevalência de DSF em acadêmicas de um curso da área da saúde foi de 52,9%, sendo os domínios mais afetados dor, orgasmo e desejo. Tais achados evidenciam que apenas o conhecimento anatômico e fisiológico do corpo humano não é o suficiente para evitar a disfunção sexual. Para a manutenção de uma boa função sexual feminina, é essencial promover saúde física, mental, uma relação afetiva emocionalmente satisfatória e a busca por autoconhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva [internet]. Brasília: MS; 2013 [citado em 01 abr 2020].1. ed. 54 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
2. Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. Afr Health Sci [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 16]; 18 (2): 227-234. doi: <https://dx.doi.org/10.4314%2Fahs.v18i2.5>
3. American Psychiatric Association. DSM V Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. [Citado em 27 de mar 2020] Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf
4. Antônio JZ, Silva A, Costa PP, Jung D, Pereira CF, Nunes EF, et al. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. Fisioter. Bras [Internet]. 2016 [citado em 25 mar 2020]; 17(6): f: 544-l: 550. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v17i6.695>
5. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Zapata AG, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. Femina [Internet]. 2012 [citado em 14 abr 2020]; 40(4)jul.-ago. 2012. Tab. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>
6. Clayton AH, Kingsberg SA, Goldstein I. Evaluation and management of hypoactive sexual desire disorder. Sex Med. [Internet]. 2018 [cited 2020 abr 14]; 6 (2): 59-74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.01.004>
7. Fleury HJ, Abdo CH. Excitação sexual feminina subjetiva. Diagn Tratamento [Internet]. 2018 [citado em 25 de mar 2020]; 23(2):66-9. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt_v23n2_66-69.pdf
8. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório de ginecologista. Femina [Internet] 2019 [citado em 01 de abr 2020]; Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/766-revista-femina-2019-vol-48-n-2>
9. Moreira RL. Vaginismo. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2013 [citado em 04 de abr 2020]; 23(3): 336-342doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130053>

10. Doak DK, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am* [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 17]; doi: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2008.03.006>
11. Abdo CH, Abdo, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED. Perfil sexual da população brasileira: Resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. Moreira JR [Internet] 2000 [citado em 02 de abr 2020]; Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19449>
12. Bezerra KC, Feitoza SR, Vasconcelos CT, Karbage SA, Saboia DM, Oriá MO. Função sexual de universitárias: estudo comparativo entre Brasil e Itália. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado em 16 de mar 2020]; 71(suppl 3):1511-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0669>
13. Latorre GF, Bilck PA, Pelegrini A, Santos JM, Sperandio FF. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. *Fisioter Bras* [Internet]. 2016 [citado em 25 de mar 2020]; 17(5):442-449. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/679/1496>
14. Khalilian AR, Masoudzadeh A, Bandpei MA. Frequency of dysfunction in female students at Mazandaram Medical Sciences University. *Res. J. Biol. Sci.* [Internet]. 2007 [cited 2020 apr 14]; 2 (2): 143-146. Available from: <https://medwelljournals.com/abstract/?doi=rjbsci.2007.143.146>
15. Prado DS, Mota VP, Lima TI. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2010 [citado em 25 de mar 2020]; 32(3):139-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>
16. Lara LA, Silva ACJ, Romão AP, Junqueira FR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2008 [citado em 04 de mar 2021]; 30(6):312-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600008>
17. Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 16]; 35(1) – 55-61. doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000100007>
18. Oliveira EL, Rezende JM, Gonçalves JP. História da sexualidade feminina no Brasil: Entre tabus, mitos e verdades. *Revista Ártemis* [Internet]. 2018 [citado em 08 de Jun de 2021]; 1807 – 8214. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/37320/21729>

19. Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2005 [citado em 19 de mar 2021]; 41(4):597-604. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033292009.pdf>
20. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. JAMA [Internet]. 1999 [cited 2021 apr 06]; 281 (6): 537-44. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
21. Cavalcanti IF, Farias PN, Silva VM, Lemos A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2014 [citado em 23 de mar 2021]; 36(11):497-502. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004985>
22. Ferreira ALC, Souza AI, Amorim MM. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet]. 2007 [citado em 23 de mar 2021]; 7 (2): 143-150. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>
23. Diehl A, Silva RL, Laranjeira R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. Clinics [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 28]; 68(2):205-211. doi: [https://doi.org/10.6061/CLINICS/2013\(02\)OA14](https://doi.org/10.6061/CLINICS/2013(02)OA14)
24. Madbouly K, Al-Anazi M, Al-Anazi H, Aljarbou A, Almannie R, Habous M, et al. Prevalence and Predictive Factors of Female Sexual Dysfunction in a Sample of Saudi Women. Sex Med [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 29]; 9 (1): 100277. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.10.005>
25. World Health Organization. Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Geneva: 2006 [cited 2021 mar 23] Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
26. CHN Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). J Sex Med [Internet]. 2004 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9841>

ANEXO

ANEXO I

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA FISIOTERAPIA&PESQUISA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

As submissões que atendem aos padrões estabelecidos e apresentados na Política Editorial da Fisioterapia & Pesquisa (F&P) serão encaminhadas aos Editores Associados, que irão realizar uma avaliação inicial para determinar se os manuscritos devem ser revisados. Os critérios utilizados para a análise inicial do Editor Associado incluem: originalidade, pertinência, metodologia e relevância clínica. O manuscrito que não tem mérito ou não esteja em conformidade com a política editorial será rejeitado na fase de pré-análise, independentemente da adequação do texto e qualidade metodológica. Portanto, o manuscrito pode ser rejeitado com base unicamente na recomendação do editor de área, sem a necessidade de nova revisão. Nesse caso, a decisão não é passível de recurso. Os manuscritos aprovados na pré-análise serão submetidos a revisão por especialistas, que irão trabalhar de forma independente. Os revisores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores para os revisores. Os Editores Associados irão coordenar o intercâmbio entre autores e revisores e encaminharam o pré parecer ao Editor Chefe que tomará a decisão final sobre a publicação dos manuscritos, com base nas recomendações dos revisores e Editores Associados. Se aceito para publicação, os artigos podem estar sujeitos a pequenas alterações que não afetarão o estilo do autor, nem o conteúdo científico. Se um artigo for rejeitado, os autores receberão uma carta do Editor com as justificativas. Ao final, toda a documentação referente ao processo de revisão será arquivada para possíveis consultas que se fizerem necessárias na ocorrência de processos éticos.

Todo manuscrito enviado para FISIOTERAPIA & PESQUISA será examinado pela secretaria e pelos Editores Associados, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. O manuscrito que não estiver de acordo com as normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Cabem aos Editores Chefes, com base no parecer dos

Editores Associados, a responsabilidade e autoridade para encaminhar o manuscrito para a análise dos especialistas com base na sua qualidade e originalidade, prezando pelo anonimato dos autores e pela isenção do conflito de interesse com os artigos aceitos ou rejeitados.

Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas, especialistas na temática no manuscrito, que não apresentem conflito de interesse com a pesquisa, autores ou financiadores do estudo, apresentando reconhecida competência acadêmica na temática abordada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade da avaliação. As decisões emitidas pelos pareceristas são pautadas em comentários claros e objetivos. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazerem ajustes que serão reexaminados. Na ocorrência de um parecerista negar e o outro aceitar a publicação do manuscrito, o mesmo será encaminhado a um terceiro parecerista. Uma vez aceito pelo Editor, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais, sem no entanto interferir no seu conteúdo científico. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da revista FISIOTERAPIA & PESQUISA. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas no manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ocorrer plágio, autoplágio, verbatim ou dados fraudulentos, devendo ser apresentada a lista completa de referências e os financiamentos e colaborações recebidas. Ressalta-se ainda que a submissão do manuscrito à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

Os autores devem estar aptos a se submeterem ao processo de revisão por pares e, quando necessário, realizar as correções e ou justificativas com base no parecer emitido, dentro do tempo estabelecido pelo Editor. Além disso, é de responsabilidade dos autores a veracidade e autenticidade dos dados apresentados nos artigos. Com relação aos critérios de autoria, só é considerado autor do manuscrito aquele pesquisador que apresentar significativa contribuição para a pesquisa. No caso de

aceite do manuscrito e posterior publicação, é obrigação dos autores, mediante solicitação do Editor, apresentar possíveis retratações ou correções caso sejam encontrados erros nos artigos após a publicação. Conflitos éticos serão abordados seguindo as diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE). Os autores devem consultar as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>) e da Comissão de Integridade na Atividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>) ou do Committee on Publication Ethics – COPE (<http://www.publicationethics.org/>).

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Reserva-se à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico na folha de rosto no momento da submissão. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (por ex. <http://clinicaltrials.gov>). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com

consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito.

A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA publica, preferencialmente, Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises e Artigos Metodológicos, sendo que as Revisões Narrativas só serão recebidas, quando os autores forem convidados pelos Editores. Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

Forma e preparação dos manuscritos

1- Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2- A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;

- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>) ou no Clinical Trials (<http://clinicaltrials.gov/>)

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3- Resumo, abstract, descritores e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o abstract devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br/>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4- Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em sequência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5- Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6- Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos,

elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7- Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas