

Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos

Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status

Artigo original

Palavras-chave

Disfunção sexual fisiológica
Coito
Comportamento sexual
Fatores socioeconômicos
Prevalência

Keywords

Sexual dysfunction, physiological
Coitus
Sexual behavior
Socioeconomic factors
Prevalence

Resumo

OBJETIVO: verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios da função sexual entre um grupo de mulheres atendido no serviço público e outro atendido no privado, e apurar se há associação entre disfunção sexual e renda familiar e escolaridade. **MÉTODOS:** estudo transversal no qual foram incluídas 201 mulheres sexualmente ativas, com idade de 18 a 45 anos, das quais 90 foram atendidas no serviço público e 111, no setor privado. Avaliaram-se idade, estado civil, uso de anticoncepção hormonal, renda e escolaridade, e todas as mulheres foram submetidas ao Índice da Função Sexual Feminina (IFSf), instrumento utilizado para avaliação da sexualidade. Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0, aplicando-se o teste do χ^2 para variáveis categóricas e o *t* de Student para amostras independentes. **RESULTADOS:** a comparação entre os grupos (setor público versus setor privado) não mostrou diferença significativa na prevalência de disfunção sexual (20 e 23,4%, $p=0,5$) nem nos escores dos domínios sexuais: desejo (3,9±1,3 e 3,8±1,0, $p=0,6$), excitação (4,5±0,8 e 4,4±0,9, $p=0,5$), lubrificação (5,2±1,2 e 5,0±0,9, $p=0,1$), orgasmo (5,0±1,2 e 4,9±1,1, $p=0,5$), satisfação (5,2±1,2 e 5,1±1,0, $p=0,9$), e dor (5,3±1,1 e 5,2±1,0, $p=0,8$). A disfunção sexual ocorreu em 28% das mulheres com renda entre dois e quatro salários mínimos, 17,5% daquelas com renda maior ou igual a cinco salários e em 14,3% daquelas com renda menor ou igual a um salário ($p=0,1$). Em relação à escolaridade, a disfunção ocorreu em 30,2% das mulheres com ensino fundamental, 24,2% daquelas com ensino médio e 13,4% e das mulheres com ensino superior ($p=0,09$). **CONCLUSÕES:** não se observou diferença significativa na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais entre os grupos, nem associação de disfunção sexual com renda ou escolaridade.

Abstract

PURPOSE: to identify if there is a difference in the prevalence of sexual dysfunction and in the sexual domain scores between a group of women attended at a public service and a group attended at a private service, and to investigate if there is an association between sexual dysfunction, family income and educational status. **METHODS:** transversal study including 201 sexually active women aged from 18 to 45 years, 90 of them from a public service and 111 from private services. We evaluated age, marital status, use of hormonal contraception, income and educational status, and all women were submitted to the Female Sexual Function Index (FSFI), an instrument for the evaluation of their sexuality. The Statistical Package for Social Sciences, version 15.0, was used for statistical analysis. The χ^2 test was applied for categorical variables and the Student's *t*-test to independent samples. **RESULTS:** there was no significant difference regarding the prevalence of sexual dysfunction between groups (public versus private) (20 and 23.4%, $p=0.5$), or concerning the domain scores, desire (3.9±1.3 and 3.8±1.0, $p=0.6$), sexual arousal (4.5±0.8 and 4.4±0.9, $p=0.5$), lubrication (5.2±1.2 and 5.0±0.9, $p=0.1$), orgasm (5.0±1.2 and 4.9±1.1, $p=0.5$), satisfaction (5.2±1.2

Correspondência:

Daniela Siqueira Prado
Avenida Franklin de Campos Sobral, 1.580, apto. 1.502, bloco
B – Grajeru
CEP 49027-000 – Aracaju (SE), Brasil
Fone: (79) 3231-0031
E-mail: danisprado@ig.com.br

Recebido

5/1/10

Aceito com modificações

22/3/10

Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

¹ Professora-assistente da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

² Acadêmica do sexto ano de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

³ Acadêmica do sexto ano de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflitos de interesse.

and 5.1 ± 1.0 , $p=0.9$), and pain (5.3 ± 1.1 and 5.2 ± 1.0 , $p=0.8$). Sexual dysfunction was detected in 28% of the women with income between two and four minimum wages, in 17.5% of those with an income of five wages or more, and in 14.3% among those with an income of one wage or less ($p=0,1$). The dysfunction occurred in 30.2% of women with elementary education, in 24.2% of those with high school education and in 13.4% of those with higher education ($p=0.09$). **CONCLUSIONS:** There was no significant difference in the prevalence of sexual dysfunction or in the sexual domain scores between groups, nor was there an association with income or education status.

Introdução

A disfunção sexual é um problema multidimensional, caracterizada segundo a Associação Americana de Psiquiatria como distúrbios do desejo e das alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais¹.

Em que pese a importância da função sexual para satisfação e qualidade de vida, a disfunção sexual feminina continua altamente prevalente², incidindo em 20 a 50% da população feminina³. O estudo epidemiológico americano National Health and Social Life Survey demonstrou que 43% das mulheres americanas têm algum tipo de disfunção sexual⁴. Em estudo recente realizado na Índia, das 149 mulheres participantes, 72,3% apresentaram disfunção sexual⁵. No Brasil, foi detectada uma prevalência de 30% através do estudo do comportamento sexual do brasileiro (ECOS)⁶. As principais queixas femininas neste estudo foram falta de desejo (34,65%) e dificuldades para obter o orgasmo (29,3%)⁶.

No entanto, embora frequente, a disfunção sexual feminina continua a ser pouco diagnosticada e tratada⁷, além de dificilmente reportada pelas mulheres acometidas⁸.

Vários fatores influenciam a resposta sexual feminina. As causas de disfunção sexual na mulher podem ser psicogênicas, vasculogênicas, neurogênicas, hormonais e musculogênicas⁹. Também interferem na função sexual a idade, o estado civil, o grau de instrução, a religião e a etnia⁴. A fotopletiografia, a avaliação da temperatura labial, a doplervelocimetria e a ressonância magnética nuclear podem fornecer medidas objetivas da resposta sexual¹⁰. No entanto, os métodos diretos de medida da resposta sexual humana são invasivos, caros e não avaliam questões subjetivas¹⁰. Sendo assim, questionários breves e auto aplicado, bem como diários e registros de eventos, vêm sendo usados em larga escala em estudos clínicos¹¹. Dentre os questionários específicos para avaliar a função sexual feminina, destaca-se o Índice da Função Sexual Feminina (IFSF)¹², desenvolvido exclusivamente para mulheres e que vem sendo utilizado em vários estudos¹³.

Tendo em vista a inexistência de um consenso sobre a associação entre disfunção sexual e condições socioeconômicas^{4,14,15}, interessou-nos verificar se há diferença na prevalência de disfunção sexual e nos escores dos domínios sexuais entre uma população de mulheres atendida no serviço público e outra atendida no setor

privado, e apurar se há associação entre disfunção sexual e renda familiar e escolaridade.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo, do tipo transversal, no qual foram incluídas 201 mulheres divididas em dois grupos. O primeiro foi composto por 90 mulheres atendidas nos ambulatórios do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (setor público) e o segundo foi composto por 111 mulheres atendidas nos consultórios médicos da Clínica Santa Helena e do Centro de Medicina Integrada de Sergipe (CEMISE) (setor privado), no período de janeiro a maio de 2009.

Foram critérios de inclusão a idade entre 18 e 45 anos e a existência de vida sexual ativa. Foram excluídas mulheres em uso de medicamentos que pudessem interferir diretamente na resposta sexual.

Realizou-se entrevista inicial com coleta de dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, uso de medicações e de anticoncepção hormonal. Estratificou-se escolaridade em ensino fundamental, médio e superior. As mulheres puderam classificar sua renda familiar como menor ou igual a um salário mínimo, entre dois e quatro salários mínimos e acima ou igual a cinco salários mínimos.

Em seguida, aplicou-se o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), uma escala breve, específica e multidimensional, para avaliar a função sexual de mulheres¹².

O questionário, construído e validado na língua inglesa, já traduzido e validado para utilização em pacientes de língua portuguesa fluente no Brasil¹⁶, é composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada, sendo que apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Se o escore de algum domínio for igual a zero, 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. Os escores finais podem variar de 2 a 36, sendo que escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual¹⁷. Mulheres que apresentam escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual¹⁸.

As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas, foram utilizadas, para sumariá-las, frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando mais adequado. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Para o teste de hipóteses relativas às variáveis categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. A comparação entre os grupos foi realizada mediante teste *t* de Student para amostras independentes. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80. Para realizar os cálculos estatísticos, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 0100.0.107.000-8) e das clínicas privadas, Santa Helena e CEMISE. Todas as mulheres recrutadas para o estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Não se observou diferença significativa ($p=0,3$) entre as médias de idade das mulheres do setor público (33,6 \pm 6,9 anos) e do setor privado (32,7 \pm 7,4 anos) (Tabela 1). Também houve homogeneidade em relação ao estado civil. Não houve diferença significativa ($p=0,8$) entre os dois grupos. A maioria das mulheres eram casadas (75,6% do setor público e 76,6% do setor privado). Todas as mulheres solteiras referiam parceiro estável. A frequência de uso de contracepção hormonal foi semelhante entre os grupos (24,4% do setor público e 27,9% do setor privado; $p=0,5$) (Tabela 1).

Verificou-se diferença significativa ($p<0,0001$) entre os dois grupos no tocante à renda. A renda familiar foi maior ou igual a cinco salários mínimos em 67,6% das mulheres do setor privado, enquanto no grupo do setor público 63,3% referiam renda superior a um e inferior a cinco salários mínimos e 31,1% recebiam valor igual ou menor que um salário mínimo (Tabela 1).

Em relação ao grau de escolaridade, também se observou diferença significativa ($p<0,0001$). No grupo de mulheres atendidas no setor público, 52,2% frequentaram a escola até o ensino médio, 42,2% até o ensino fundamental, e apenas 5,6% haviam frequentado até o ensino superior. No grupo do setor privado, a maioria das mulheres cursou o ensino superior (55,9%), sendo que

Tabela 1 - Comparação entre as características epidemiológicas e socioeconômicas do grupo de mulheres atendidas nos ambulatórios do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (setor público), e do grupo de mulheres atendidas nos consultórios médicos da Clínica Santa Helena do Centro de Medicina Integrada de Sergipe (CEMISE) (setor privado)

Categorias	Setor público (n=90)	Setor privado (n=111)	Valor de p
Idade	33,6 \pm 6,9	32,7 \pm 7,4	0,3*
Estado civil			
Casada	68 (75,6%)	85 (76,6%)	0,8**
Solteira	22 (24,4%)	26 (23,4%)	
Anticoncepção hormonal			
Faz uso	22 (24,4%)	31 (27,9%)	0,5**
Não faz uso	68 (75,6%)	80 (72,1%)	
Renda familiar			
≤ 1 salário mínimo	28 (31,1%)	0 (0%)	<0,0001**
$>1-5$ salários mínimos	57 (63,3%)	36 (32,4%)	
≥ 5 salários mínimos	5 (5,6%)	75 (67,6%)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	38 (42,2%)	5 (4,5%)	<0,0001**
Ensino médio	47 (52,2%)	44 (39,6%)	
Ensino superior	5 (5,6%)	62 (55,9%)	

*Teste *t* de student; ** teste χ^2 .

Tabela 2 - Comparação entre os escores dos domínios da função sexual entre setor público e o setor privado

Domínios	Setor público (n=90)	Setor privado (n=111)	Valor de p*
Desejo	3,9 \pm 1,3	3,8 \pm 1,0	0,6
Excitação	4,5 \pm 0,8	4,4 \pm 0,9	0,5
Lubrificação	5,2 \pm 1,2	5,0 \pm 0,9	0,1
Orgasmo	5,0 \pm 1,2	4,9 \pm 1,1	0,5
Satisfação	5,2 \pm 1,2	5,1 \pm 1,0	0,9
Dor	5,3 \pm 1,1	5,2 \pm 1,0	0,8

*Teste *t* de Student.

39,6% frequentaram até o ensino médio e apenas 4,5% só chegaram a frequentar o fundamental (Tabela 1).

A prevalência global de disfunção sexual foi de 21,9% (IC95% = 16,4-28,3). No grupo do setor público, a prevalência foi de 20%, ao passo que no grupo do setor privado 23,4% apresentaram disfunção sexual, não havendo, portanto, diferença significativa entre os dois grupos ($p=0,5$).

Em relação à comparação entre os escores dos domínios da função sexual também não houve diferença significativa entre o setor público e o setor privado: desejo (3,9 \pm 1,3 e 3,8 \pm 1,0, $p=0,6$), excitação (4,5 \pm 0,8 e 4,4 \pm 0,9, $p=0,5$), lubrificação (5,2 \pm 1,2 e 5,0 \pm 0,9, $p=0,1$), orgasmo (5,0 \pm 1,2 e 4,9 \pm 1,1, $p=0,5$), satisfação (5,2 \pm 1,2 e 5,1 \pm 1,0, $p=0,9$), e dor (5,3 \pm 1,1 e 5,2 \pm 1,0, $p=0,8$) (Tabela 2).

Ao analisar a presença de disfunção sexual entre as diferentes categorias de renda, não se observou diferença significativa ($p=0,1$). Assim, a prevalência foi de 14,3% para mulheres com renda familiar menor ou igual a um

salário mínimo, 28% para mulheres com renda entre dois e quatro salários e 17,5% para mulheres com renda familiar maior ou igual a cinco salários mínimos.

Em relação à escolaridade, ao avaliar a presença de disfunção sexual entre as suas diferentes categorias, também não foi observada diferença significativa ($p=0,09$). Entre as mulheres apenas com o ensino fundamental, a prevalência foi de 30,2%. Entre as mulheres que frequentaram a escola até o ensino médio e até o ensino superior, as prevalências de disfunção sexual foram de 24,2% e 13,4%, respectivamente.

Discussão

A disfunção sexual tem etiologia multifatorial e fisiopatologia complexa¹⁹. Sua relação com a ansiedade e exposição aumentada a fatores de estresse físico e emocional²⁰ torna plausível a hipótese de que fatores socioeconômicos influenciem a sua prevalência. A proposta deste estudo foi determinar se fatores sociais e educacionais poderiam influenciar a função sexual feminina.

A prevalência de disfunções sexuais neste estudo foi de 21,9%, coincidente com o detectado em alguns estudos da literatura (20 a 50%)^{2,21}, embora essa taxa seja um pouco mais baixa que estatísticas em mulheres brasileiras, que apontam uma prevalência de disfunção sexual em 30% dessa população⁶. Cumpre frisar, no entanto, que os dados relativos à prevalência das disfunções sexuais em geral apresentam uma grande diversidade entre si, talvez por serem tão diversificados os sistemas classificatórios, os métodos de avaliação e os grupos populacionais em que incidem estes estudos²². Assim, apesar do aumento no interesse pelo tema, ainda há uma escassez de dados confiáveis e muitas pesquisas são realizadas inadequadamente²³.

Os grupos não apresentaram diferenças significativas no tocante à idade, ao estado civil e ao uso de anticoncepção hormonal. No entanto, os dois grupos apresentaram diferenças significativas em relação à renda e à escolaridade. Mesmo com tais disparidades, os dois grupos não apresentaram diferenças significativas quando comparados em relação à prevalência de disfunção sexual e em relação ao escore dos domínios da função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Também não foram obtidas diferenças significativas quando a prevalência de disfunção sexual foi comparada às diferentes categorias de renda e escolaridade.

A literatura não é unânime quanto à associação entre nível socioeconômico e disfunção sexual. Em estudo realizado com mulheres americanas, a deterioração da posição econômica foi associada a um aumento modesto do risco em todas as categorias de disfunção sexual feminina⁴. Outros estudos evidenciaram uma associação

inversa entre a atividade remunerada e a ocorrência de disfunção sexual^{23,24}.

A relação do nível de escolaridade com disfunção sexual também já foi discutida na literatura, sendo apontada tanto uma associação positiva entre disfunção sexual e baixo nível de escolaridade^{14,25,26} quanto uma relação direta entre nível educacional elevado e maior prevalência de disfunção sexual^{27,28}. Em estudo realizado em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, não foi observada associação entre escolaridade ou renda e disfunção sexual¹⁵, resultado similar ao encontrado no presente trabalho.

Uma possibilidade a ser discutida é a relativa equidade de fatores de estresse físico e emocional aos quais mulheres de diferentes níveis socioeconômicos são submetidas. Mulheres de baixa renda têm piores condições de saúde, trabalho e lazer. No entanto, aquelas de maior poder aquisitivo, muitas vezes inseridas em mercados de trabalho altamente competitivos e que demandam cada vez mais qualificação, lidam com a estressante incumbência de ascender profissional e economicamente sem deixar de lado as suas obrigações familiares. Assim, temos dois grupos de mulheres submetidas a diferentes fatores desencadeantes de estresse, porém com a mesma capacidade de comprometer a qualidade de vida, em especial no que diz respeito à sua função sexual.

Cumpre também lembrar que o nosso estudo, realizado em Sergipe, na região Nordeste do país, assim como o de Ferreira et al.¹⁵, elaborado em Recife, avaliou mulheres que acompanham de forma mais lenta as novas tendências de liberação sexual e, por isso, mais propensas a um maior constrangimento em relação ao tema. Assim, independentemente do nível socioeconômico, mitos e tabus são muito prevalentes nesta região do país, o que talvez também justifique a similar prevalência de disfunções sexuais entre os dois grupos.

É importante ainda atentar para o fato de que, neste estudo, embora sem alcançar a significância estatística pretendida, a prevalência de disfunção sexual em mulheres que frequentaram apenas o ensino fundamental foi superior à verificada no grupo de mulheres que alcançaram o ensino superior, sugerindo uma possível relação entre disfunção sexual e baixa escolaridade já descrita em outros trabalhos^{14,25,26,29}. Talvez uma casuística maior pudesse demonstrar tal associação de forma significativa.

Estimulamos, portanto, a criação de mais pesquisas sobre o tema, abrangendo um número maior de mulheres, de diferentes regiões do país, para que se possa incrementar o conhecimento sobre a influência de fatores sociais e econômicos na função sexual feminina, objetivando uma melhor abordagem, pelos profissionais da Saúde, desse problema tão relevante para a qualidade de vida da mulher.

Referências

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1994.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003;32(3):192-208.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888-93.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med*. 2009;55(2):113-20.
- Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med*. 2002;59(4):250-7.
- Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F, et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehr women of Iran. *Sex Dis*. 2010;28(1):39-49.
- El-Enen MA, Ragb M, El Gamasy Ael-N, El-Ashry O, El-Sharaby M, Elbadawy A, et al. Sexual function among women with stress incontinence after using transobturator vaginal tape, and its correlation with patient's expectations. *BJU Int*. 2009;104(8):1118-23.
- Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol*. 2002;20(2):111-8.
- Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl 4:S89-93.
- Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):416-26.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
- Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):396-401.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004;72(1):52-7.
- Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(2):143-50.
- Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(10):504-10.
- Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul*. 2007;27(1):10-4.
- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20.
- Ferreira ALCG, Souza AI, Ardisson CL, Katz L. Disfunções sexuais femininas. *Femina*. 2007;35(11):689-95.
- Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas: revisão. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(6):312-21.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005;172(10):1327-33.
- Bean JL. Expressions of female sexuality. *J Sex Marital Ther*. 2002;28 Suppl 1:29-38.
- Nazareth I, Boyton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327(7412):423-9.
- Kadri N, McHichi KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5(2):59-63.
- Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-6.
- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*. 2006;18(4):382-95.
- Sidi H, Puteh SEW, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med*. 2007;4(2):311-21.
- Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clín Geral*. 2006;22(6):701-20.
- Abdo CH, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED, Abdo JA, Fittipaldi JA. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population. *Sao Paulo Med J*. 2005;123(1):11-4.