

Resumo

Introdução : Pouco se sabe sobre o impacto que o Curso de Medicina tem sobre os seus estudantes a nível de satisfação sexual, ou sobre os comportamentos na área da Sexualidade face ao fácil acesso a informação sobre esta temática associado ao Curso em questão.

Objectivos: Recolher informação na população alvo (estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), através da distribuição, preenchimento e recolha de inquéritos anónimos e confidenciais, de modo a caracterizar os comportamentos sexuais dos estudantes de medicina e comportamentos de risco, como amostra representativa da sua faixa etária, assim como determinar a incidência de episódios de disfunção sexual pela carga psicológica associada à frequência do ensino médico.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo transversal em duas fases (entre Março e Maio 2009 e entre Setembro e Novembro de 2009), através de inquéritos auto-preenchidos, numa amostra de estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Resultados: Foram recolhidos e validados 306 inquéritos; 66% do sexo feminino; idade média 21 anos. Na amostra recolhida 83,5% são sexualmente activos (média de início da actividade sexual aos 17,5 anos). Na população masculina 51,9% encontravam-se comprometidos, 88,5% assumiram-se como heterossexuais e 87,5% praticavam masturbação. Na população feminina 61,9% estavam comprometidas, e 98,5% eram heterossexuais e 47% admitiram masturbar-se. As práticas sexuais mais realizadas foram o sexo vaginal e oral (60,3%) e a preferida foi o sexo vaginal (86,7%). No total 16,2%, 74,3%, e 16,8% têm hábitos tabágicos, étlicos, e de consumo de estupefacientes respectivamente. A principal queixa no sexo masculino foi a de dificuldade em atingir o orgasmo (25,3%); no sexo feminino prevaleceu a dor durante o acto sexual (64,1%). O método contraceptivo mais usado foi a conjugação de preservativo e pílula (35,5%). A satisfação sexual dos indivíduos do sexo

masculino teve uma média de 7,45; sendo de 7,56 no sexo feminino. Foram correlacionadas a satisfação sexual, variáveis de disfunção sexual masculina e feminina com as restantes variáveis.

Conclusões: Os comportamentos sexuais deste grupo de estudantes foram caracterizados. A presença de episódios de dificuldade em atingir o orgamo masculino e dos vários os tipos de disfunção sexual feminina abordados foram superiores ao descrito na literatura. Mais estudos são necessários para confirmar estes resultados.

Palavras-Chave: Estudantes Medicina, Disfunção Sexual, Práticas Sexuais, Contraceptivos, Satisfação Sexual.

Abstract

Introduction: In spite of the free access about these subjects during the University years not much is known about the impact that Medical Education has on the sexual satisfaction of medical students or on their sexual practices/behaviors.

Aim: To gather data about the target group (medical students) through anonymous and confidential surveys and to analyze the sexual behaviors. To determine the rate of sexual dysfunctions due to the psychological stress associated with Medical Education.

Methods: A descriptive study was made (between March and May 2009, and September and November 2009), using surveys filled in by medical students from the University of Coimbra's Medical's School.

Results: 306 surveys were gathered and validated. 66% were from female students; mean age 21 years old. 83,5% were sexually active (mean starting age 17,5 years old). Of all the male students, 51,9% were in a relationship, 88,5% were heterosexual and 87,5% admitted to masturbation. In the female population, 61,9% were in a relationship, 98,5% were heterosexual and 47% admitted to masturbation. Oral and vaginal sex were the most common forms of sex (60,3%), and vaginal sex was the favorite for most of the students (86,7%). Off all the students, 16,2% were smokers, 74,3% consumed alcohol and 16,8% used drugs. The most common sexual complain on the male population was difficulty to achieve orgasm (25,3%); on the female population dyspareunia was the major complain (64,1%). The use of condom in association with oral contraceptives was the most common form of contraception (35,5%). Sexual Satisfaction on the male students reached a mean of 7,45; on the female population mean sexual satisfaction was 7,56. Sexual satisfaction and sexual dysfunction (male and female) were associated with the remainder variables.

Conclusions: Sexual behaviors of this population were analyzed. The rate of difficulty on reaching male orgasm and all types of female sexual dysfunction questioned were higher than expected based on normative data. Further research is required to confirm these findings.

Key words: Medical students; Sexual Dysfunction; Sexual practices, Contraception, Sexual Satisfaction.

Introdução

A frequência no ensino superior constitui uma parte importante da vida de qualquer futuro médico. As bases para todo o futuro profissional são adquiridas durante estes 6 anos. Estes traduzem-se num período alargado em que é dispendido um elevado esforço para adquirir as capacidades necessárias para cuidar da saúde de seres humanos. Durante este espaço de tempo, existe sempre uma componente importante de stress e ansiedade na vida dos estudantes influenciando em particular a sua vida sexual. Como é sabido, o bem estar sexual é o resultado de factores biológicos, psicológicos e relacionais e um mau funcionamento de qualquer um destes parâmetros pode ter repercursões palpáveis na satisfação ou desempenho sexual. No entanto, ainda não foram muito estudadas as implicações que o stress associado ao Ensino Médico tem sobre esta dimensão da vida humana.

Por outro lado, “para muitos estudantes, os anos de ensino superior são um período sem precedentes de liberdade pessoal e múltiplas experiências sociais e de relações interpessoais novas” (Gullete and Lyons 2005), o que leva a pressupor que se trata de um período crítico para comportamentos de risco, com eventual contracção de infecções sexualmente transmissíveis. Neste contexto, este grupo constitui uma amostra que, sendo em parte representativa da sua faixa etária, terá maior facilidade no acesso a informação sobre saúde, bem como obrigação profissional de conhecer e dominar este tema. Por estas razões, é interessante e relevante analisar os comportamentos e atitudes tomadas por este grupo amostral no campo da Sexualidade.

Segundo DSM IV TR “uma Disfunção Sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou dor associada à relação sexual.”, podendo ocorrer em qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual (Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução), sendo o diagnóstico feito com base na “idade e experiência do sujeito,

frequência e cronicidade do sintoma, mal-estar subjectivo e consequências noutras áreas de funcionamento”, sendo classificadas como secundárias a factores psicológicos ou secundárias a factores combinados (secundária a um estado físico geral ou induzida por substâncias). Assim, confirma-se que os factores psicogénicos (como o stress e ansiedade) têm um papel extremamente relevante em todo este ciclo da resposta sexual, podendo, a título de exemplo, a depressão, a ansiedade de “performance” ou perda de concentração no acto (Spark RF 2008) ou a ansiedade e hiperexcitação (Ralph JD and Wylie KR 2005) serem causas de disfunção sexual masculina.

Poucos estudos focaram a sua atenção sobre os estudantes de Medicina na área da Sexualidade. Em 1998, Cao et al., numa amostra de 422 estudantes de Medicina (44% do sexo masculino), averiguaram que apenas 1,1% dos indivíduos do sexo masculino e 0% dos membros do sexo feminino já tinham iniciado a sua vida sexual. Concluíram também que cerca de 53% dos indivíduos do sexo masculino praticavam masturbação, em contraste com os 19% dos indivíduos do sexo feminino. Finalmente concluíram também que cerca de 50% dos indivíduos já teriam tido algum problema na sua vida sexual. Mais recentemente, em 2008, Shindel AW et al., numa amostra de 132 estudantes (54 do sexo masculino), descreveram 30% com disfunção eréctil, e 28% com disfunção ejaculatória. No campo dos comportamentos de risco é descrito que o principal método contraceptivo é o uso de preservativo e contraceptivos orais (35 a 39%).

Este estudo tem como objectivo caracterizar os comportamentos sexuais dos estudantes de medicina, e comportamentos de risco, como amostra representativa da sua faixa etária, assim como determinar a incidência de episódios de disfunção sexual pela carga psicológica associada à frequência do ensino médico.

Metodologia

Entre os meses de Março e Maio de 2009 foi feito um estudo descritivo transversal através da distribuição de uma cópia de um inquérito (Anexo 1) a cada estudante abordado. A escolha dos estudantes foi aleatória, e todos os inquiridos consentiram o uso dos dados para a realização deste trabalho. Cada inquérito foi acompanhado de um envelope já com selo para ser enviado para a morada do serviço de Urologia dos HUC. Era explicado o objectivo do estudo, assim como o modo como o inquérito deveria ser preenchido, sendo sempre sugerido que fosse completado de forma privada. O inquérito era depois enviado de forma anónima (sem remetente no envelope) para a morada predefinida. Numa segunda fase de recolha (Setembro de 2009 a Novembro de 2009), foi criada uma versão online do mesmo inquérito distribuído, no site <http://www.esurveyspro.com>, sendo divulgado a toda a população estudantil da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (os estudantes que já haviam participado na primeira fase foram avisados que não podiam participar nesta fase). Foram obtidas cerca de 350 respostas, das quais foram aceites 306, sendo as restantes 44 rejeitadas por estarem incompletas.

Os resultados obtidos foram codificados e registados em suporte informático, tendo sido utilizado o programa *SPSS para Windows versão 15.0*. As variáveis foram relacionadas usando os testes de Mann-Whitney e Chi-Square, considerando-se estatisticamente significativo valores $p < 0,05$.

Resultados

Foram obtidas 306 respostas. A população estudantil do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina de Coimbra ronda os 1800 alunos, correspondendo a amostra a cerca de 16,6% da população alvo.

1) Análise Demográfica da Amostra

Dos inquéritos recolhidos, 66% foram respondidos por indivíduos do sexo feminino (n=220). A idade média da amostra recolhida foi de 21 anos (DP=1,9), sendo a mínima de 18 anos, e a máxima de 33 anos. 97,1% da população era de nacionalidade portuguesa, com um predomínio de inquiridos da região Centro (53,5%). A distribuição da amostra pelos diferentes anos do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) foi relativamente homogénea no 2º, 3º, 4º e 5º anos (27,5%, 18%, 22,9% e 26,1% respectivamente), sendo substancialmente menor no 1º e 6º ano (2,6% e 2,9% respectivamente). A maioria da amostra encontrava-se numa relação no momento do preechimento do inquérito (58,5%). A análise destes dados nos dois sexos é apresentada na Tabela I.

	Feminino		Masculino	
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Idade (anos)	21	1,78	21,4	2,2
	Feminino		Masculino	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nacionalidade				
Portuguesa	197	97,5	100	96,2
Outra	5	2,5	4	3,8
Ano Ensino Médico				
1º	3	1,5	5	4,9
2º	60	29,7	24	23,3
3º	30	14,9	25	24,3
4º	49	24,3	21	20,4
5º	57	28,2	23	22,3
6º	3	1,5	5	4,9
Região				
Norte	62	30,8	39	38,2
Centro	110	54,7	52	51
Sul	7	3,5	8	7,8
Ilhas	22	10,9	3	2,9
Relação				
Solteiro	75	37,1	50	48,1
A namorar	125	61,9	54	51,9
Casado	2	1	0	0

DP= Desvio Padrão

Tabela I – Análise demográfica da amostra

2) Análise da Actividade Sexual

Do total da amostra 83,5% já haviam iniciado a actividade sexual (dado interpretado como resposta positiva à questão “Relações Sexuais” no inquérito). A idade média de início desta foi de 17,5 anos. A média de relações sexuais por semana recolhida foi de 2,5 relações (DP=1,9). A maioria dos inquiridos refere ter tido apenas um parceiro (64%).

	Feminino		Masculino	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Relações Sexuais				
Sim	169	83,7	87	83,7
Não	33	16,3	17	16,3
	Feminino		Masculino	
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Idade da 1ª relação sexual (anos)	17,6	2,2	17,2	1,97
Frequência relações sexuais (nº/semana)	2,3	1,63	2,97	2,3
	Feminino		Masculino	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nº de Parceiros				
1	113	67,1	49	57
2 a 5	45	29,6	25	29,1
6 a 10	6	3,6	4	4,7
11 a 20	3	1,8	6	7
Mais de 20	0	0	2	2,3
Masturbação				
Sim	95	47	91	87,5
Não	107	53	14	12,5
Masturbação Nº Vezes				
Semana				
0	18	18,4	3	3,3
1	47	48	21	23,3
2 a 3	27	27,6	37	41,1
4 a 6	5	5,1	18	20
>6	1	1	11	12,2

Tabela II – Actividade Sexual da amostra

A grande maioria dos inquiridos admitiu ser heterossexual (95,1%), sendo no sexo feminino a percentagem superior (98,5%). Dentro dos heterossexuais apenas 3,1% admitiu ter tido alguma experiência homossexual.

Todos os indivíduos do sexo feminino que admitiram ter actividade sexual, praticam sexo vaginal, 89,3% sexo oral, e 24,3% sexo anal. No sexo masculino 90,6% dos indivíduos activos sexualmente praticam sexo vaginal, 94,4% sexo oral, e 41,5% sexo anal. Quando inquiridos sobre a prática sexual preferida a maioria dos estudantes assinalou o sexo vaginal (86,7%), sendo também este o preferido do sexo feminino (90,4%) e sexo masculino (79,8%).

Analisando os métodos contraceptivos utilizados, a conjugação pílula mais preservativo foi a mais assinalada nesta população (35,5%), seguida do uso isolado da pílula (34,7%) e do preservativo (23,1%). Na população masculina 38,4% admitiram ter relações ocasionais sem preservativo.

3) Factores de Risco

	Feminino		Total		Masculino	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Tabagismo						
Sim	28	14	49	16,2	21	20,4
Não	172	86	254	83,4	83	79,6
Alcool						
Sim	141	70,1	223	74,3	85	82,5
Não	60	29,9	78	25,7	18	17,5
Drogas						
Sim	24	11,9	51	16,8	27	26,1
Não	177	88,1	253	83,2	78	73,9

Tabela III – Hábitos tabágicos, etílicos e de consumo de drogas

Dentros dos fumadores, a média de idade de início foi de 17 anos (DP 1,8; mínimo de 12 anos, e máximo de 20 anos), com uma média de 8,3 cigarros por dia (DP 6,11; mínimo de 1 e máximo 20).

4) Disfunção Sexual

No sexo masculino a principal queixa apresentada foi a de dificuldade em atingir o orgasmo (25,3%). Dos indivíduos que admitiram ter episódios de disfunção ejaculatória, 52,4% referiram ejaculação prematura, 33,3% ejaculação retardada, 9,5% anorgasmia, e apenas 4,8% referiram episódios de anajeculação. A nível de satisfação sexual, a média obtida foi de 7,45 (desvio padrão de 2,2), numa escala de 1 a 10, sendo 10 o valor de satisfação máxima.

De notar que não houve nenhum inquirido que tivesse admitido ter tido experiências com prostitutas ou recorrer ao uso recreacional de medicação para tratamento da disfunção erétil.

	<i>N</i>	<i>%</i>
Disfunção Erétil		
Sim	8	9,1
Não	79	91,9
Disfunção Ejaculatória		
Sim	22	25,3
Não	65	74,7
Problemas a Atingir Orgasmo		
Sim	22	25,3
Não	65	74,7
Sexo Após Faculdade		
Melhorou	78	95,1
Piorou	3	3,7

Tabela IV – Disfunção Sexual Masculina

No sexo feminino a queixa mais comum foi a de dor durante a relação sexual -dispareunia (64,1%). Quando questionadas sobre o uso de “pílula do dia seguinte”, 40,8% das mulheres respondeu já ter recorrido ao seu uso, sendo que a média do número de vezes foi de 1,5 (desvio padrão de 0,9). Apenas 0,6% das inquiridas admitiu ter realizado uma interrupção voluntária da gravidez. Quando inquiridas sobre como descreveriam a sua primeira relação, 69,6% admitiu ter sido normal, 18,5% ter superado as expectativas, e 11,9% ter sido traumática. A média da satisfação sexual apurada no sexo feminino foi de 7,56 (DP=1,94).

	<i>N</i>	<i>%</i>
Problemas atingir orgasmo		
Sim	82	48,2
Não	88	51,8
Problemas Lubrificação		
Sim	78	46,2
Não	91	53,8
Dor Durante a Relação		
Sim	109	64,1
Não	61	35,9
Uso Pílula Dia Seguinte		
Sim	69	40,8
Não	100	59,2

Tabela V – Disfunção Sexual Feminina

Perante os resultados obtidos, foi considerado importante averiguar a existência ou não de associação entre as variáveis satisfação sexual, as variáveis de disfunção sexual masculina (disfunção erétil, disfunção ejaculatória e dificuldade em atingir o orgasmo), as variáveis de disfunção sexual feminina (problemas a atingir o orgasmo, dor durante a relação, e problemas de lubrificação), com as restantes variáveis analisadas.

1- Satisfação Sexual

1.1- Sexo

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a satisfação sexual no sexo masculino e feminino ($p>0,05$).

1.2- Estado Civil

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a satisfação sexual e o estado civil (existência ou não de uma relação estável), com uma diferença de 6,14 (solteiro) para 8,21 (comprometido) ($p<0,05$) na amostra recolhida.

1.3- Orientação Sexual

Comparando a satisfação sexual entre heterossexuais e não heterossexuais (homossexuais e bissexuais) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

1.4- Frequência de Relações Sexuais

Foi possível averiguar uma associação entre a satisfação sexual e o número de relações sexuais por semana (média). Esta é traduzida na Figura 1 com aumento da satisfação sexual com o número de relações sexuais por semana.

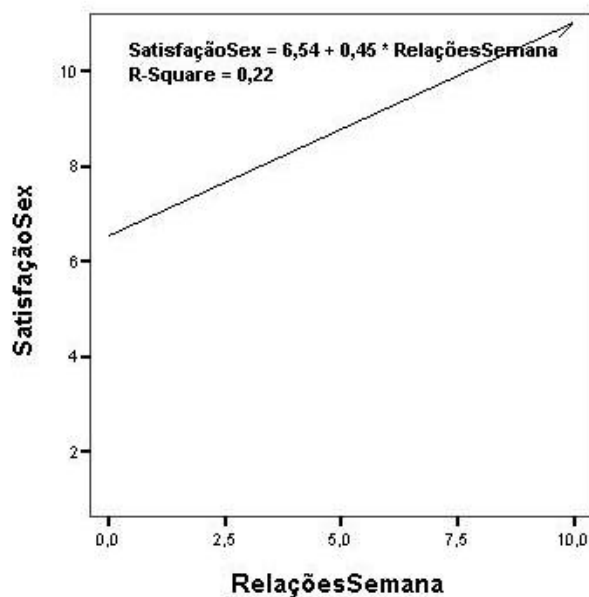


Fig. 1 – Associação entre nº de relações por semana (x) e satisfação sexual (y)

1.5- Masturbação

Analisando a satisfação sexual dentro do grupo de inquiridos que afirmaram praticar masturbação versus os que não praticam, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa de 7,27, para os que praticam, e 7,95 para os que não praticam. Ou seja, a satisfação sexual obteve médias superiores no grupo de estudantes que não praticam masturbação ($p=0,03$).

1.6- Disfunção Sexual Masculina

Analisando o grupo de inquiridos que refere episódios de disfunção erétil em relação aos que negam tal ocorrência, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos ($p>0,05$). O mesmo ocorre analisando o grupo que refere ter episódios de disfunção ejaculatória versus os que o negam.

Analisando o grupo que admite ter episódios de dificuldade em atingir o orgasmo, é estatisticamente significativo ($p=0,008$), o valor mais baixo de

satisfação sexual (6,95), quando comparado com o grupo que nega tais episódios (7,90).

1.7 - Disfunção Sexual Feminina

Comparando o grupo de inquiridas que admite ter episódios de dificuldade em atingir o orgamo, foi observada uma diferença significativa ($p=0,001$), com uma média de 7,34 na satisfação sexual, quando comparadas com as que negam tal ocorrência (8,00). O contrário é observado analisando as variáveis dor durante a relação e dificuldades de lubrificação, onde não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos que admitem ter estes episódios, versus os que o negam.

2- **Disfunção Sexual Masculina**

2.1 - Idade 1ª relação Sexual

Não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de inquiridos que refere episódios de disfunção erétil e o grupo sem esta queixa, o mesmo acontecendo nos grupos que referiam episódios de disfunção ejaculatória ou problemas em atingir o orgamo.

2.2 - Práticas Masturbatórias

Não foi encontrada uma associação estatisticamente significante entre a prática de masturbação e disfunção erétil ou episódios de dificuldade em atingir o orgasmo.

No entanto, a prática de masturbação foi associada a um risco 1,4 (odd ratio) vezes superior de episódios de disfunção ejaculatória ($p < 0,05$), no grupo inquirido (Tabela VI).

		Disfunção Ejaculatória		
		Sim	Não	
Masturbação	Sim	22	54	76
	Não	0	11	11
		22	65	87

Tabela VI – Associação entre masturbação e Disfunção Ejaculatória

2.3 - Tabaco

Analisando o grupo de inquiridos que fumam versus os que não têm hábitos tabágicos, foi possível concluir ($p < 0,05$) que o tabagismo está associado a 3,8 vezes mais episódios de disfunção ejaculatória. Não foram encontradas associações válidas estatisticamente na relação tabagismo/disfunção erétil, e tabagismo/dificuldade em atingir orgasmo.

		Tabagismo		
		Sim	Não	
Disfunção Ejaculatória	Sim	9	13	22
	Não	10	55	65
		19	68	87

Tabela VII – Associação Tabagismo com Episódios de Disfunção Ejaculatória

2.4 - Alc6ol

N6o foram encontradas associa66es v6alidas deste factor com a presen7a de disfun76o erectil, ejaculat6ria ou dificuldades em atingir o orgasmo.

2.5 - Drogas

Nesta vari6vel tamb6m n6o foram encontradas associa66es com qualquer dos par6metros da disfun76o sexual masculina.

3- Disfun76o Sexual Feminina

3.1 - Idade 1^a Rela76o Sexual

N6o foi encontrada nenhuma rela76o entre este par6metro e a presen7a de epis6dios de dispareunia, dificuldade de lubrifica76o ou dificuldade em atingir o orgasmo

3.2 - Pr6ticas Masturbat6rias

N6o foram encontradas rela76es entre a pr6tica de masturba76o e a presen7a de epis6dios de dispareunia, dificuldades de lubrifica76o ou dificuldades em atingir o orgasmo.

3.3 - Tabaco

Comparando o grupo de fumadoras com o n6o fumadoras foi averiguado que nas primeiras existe 5,2 vezes mais preval6ncia de epis6dios de dispareunia do que nas n6o fumadoras. Em rela76o 6 associa76o do tabagismo com dificuldades de lubrifica76o ou em atingir o orgasmo, n6o foi encontrada uma rela76o significativa.

3.4 - Alc6ol

N6o foi encontrada uma rela76o significativa entre esta vari6vel e qualquer uma das vari6veis da disfun76o sexual feminina.

3.5 - Drogas

N6o foi encontrada uma associa76o entre esta vari6vel e as vari6veis da disfun76o sexual feminina.

Discussão

O estudo realizado foi apenas descritivo, não tendo sido utilizada qualquer ferramenta diagnóstica de patologias na população. A veracidade dos resultados obtidos dependeu totalmente da honestidade das respostas dadas, tendo sido usada uma metodologia que permitiu o máximo de sigilo e privacidade de modo a obter as respostas mais fiáveis.

Foi demonstrado que mais de 80% da amostra é sexualmente activa. Seidman e Rieder (1994) demonstraram que entre 80 a 88% dos jovens norte americanos com menos de 25 anos são sexualmente experientes. A “experiência sexual” referida não é uma variável semelhante à analisada neste estudo, no entanto permite compreender que a diferença não é significativa. No mesmo estudo, a idade média de início da actividade sexual global foi de 17-18 anos, sendo igual à média obtida com os nossos resultados (17,5 anos). No entanto na população masculina norte americana a idade obtida foi de 16-17 anos, enquanto que a obtida neste estudo foi a de 17,2 anos.

No estudo realizado por Shindel et al. (2008) a maioria dos inquiridos admitiu ter entre 2 a 5 parceiros (42,3% sexo feminino e 38,9% sexo masculino). A escala usada no nosso estudo foi igual à usada por Shindel et al (2008) e revelou que a maioria dos inquiridos teve apenas um parceiro sexual, o que mostra que uma diferença substancial entre estas duas populações que poderá estar relacionada com diferenças socio-culturais dos dois países em questão.

Na temática da masturbação, a diferença entre os dois sexos é substancial entre si. Comparando com os resultados obtidos no estudo da população americana de Shindel et al. (2008) (70,5% no sexo feminino, e 90,7% no sexo masculino), e os resultados na população Chinesa de Cao et al. (1998) (53,7% no sexo masculino e 19,1% no sexo feminino) é notória a discrepancia entre os resultados. Estas diferenças entre estes 3 países mostram que factores não relacionados com a aprendizagem de Medicina têm um peso substancial na prática da

masturbação, uma hipótese possível é a influência de factores culturais que são bastante diferentes entre estas 3 populações.

Na amostra obtida apenas 4,9% dos inquiridos se assumiram como não heterossexuais (homossexuais ou bissexuais), havendo mais indivíduos do sexo masculino (11,5%), do que do sexo feminino (1,5%) não heterossexuais. Estes valores são diferentes dos obtidos no estudo americano de Shindel et al.(2008) (3,9% das inquiridas, e 7,4% dos inquiridos). Dieckmann et al. (2004) descreveram 2,9% de não heterossexuais numa população de estudantes de Medicina do sexo feminino. Comparando com a população Britânica e Francesa estudada por Sell et al. (2005), onde foram descritos valores entre 4-5% e 18,5% no sexo masculino, e 2,1% e 18,6% no sexo feminino, mostram que os valores obtidos se situam em concordância. No entanto a metodologia utilizada neste estudo não foi igual à utilizada neste trabalho.

Leichliter et al. (2007) descreveram numa população Norte Americana, que um terço já havia praticado sexo anal, e três quartos praticado sexo oral. Na nossa população a prática de sexo anal é semelhante à obtida neste estudo (30,3%), já a prática de sexo oral demonstrou valores superiores na nossa amostra (90,7%). Estes resultados demonstram a necessidade de adaptar as metodologias de ensino sobre práticas sexuais e doenças sexualmente transmissíveis aos novos hábitos sexuais, e não limitar a abordagem ao sexo vaginal.

Dois estudos europeus analisaram os métodos contraceptivos em estudantes de Medicina. Em 2008, Dinas et al. relataram numa população de 102 alunas numa Faculdade de Medicina na Grécia, o uso de preservativo em 45,1%, uso da pílula em 4,9%, e o uso da conjugação dos dois em 4,9%. Pekhivanov et al, em 2009, numa Faculdade de Medicina na Bulgária, descreveram o preservativo isolado como o método mais usado (72,6%), com apenas 5,9% da população a usar a pílula como único método contraceptivo.

Estes resultados são claramente diferentes dos obtidos neste estudo, sendo a conjugação de pílula mais preservativo (35,5%) o método mais usado. De notar que nos estudos atrás descritos a população era apenas de estudantes do sexo feminino, e as diferenças culturais entre a Grécia, Bulgária e Portugal podem ter influência na escolha e disponibilidade dos diferentes métodos contraceptivos.

Uma amostra aleatória maioritariamente feminina (110 jovens), recolhida no Centro de Atendimento ao Jovem - CAJ (Centro de Saúde São Martinho do Bispo, Coimbra), mostrou que o principal método contraceptivo usado por jovens dos 18 aos 26 anos é a conjugação de pílula com preservativo (53,6%). Apesar de na nossa amostra este também ser o método mais utilizado, a proporção é inferior, o que mostra que apesar de serem uma população mais informada no âmbito da contraceção e doenças sexualmente transmissíveis, ainda existe uma fraca adesão ao método mais recomendado por parte dos estudantes de Medicina. De notar que a proporção de indivíduos do sexo feminino era bastante superior na amostra do CAJ em relação à nossa amostra.

O uso de preservativo nas relações sexuais ocasionais foi apenas estudado na população masculina. Donna L G et al, em 2005, descreveram 35% de jovens estudantes universitários que nunca haviam utilizado este método de contraceção, com 48% a admitirem utilizarem apenas “algumas vezes”. Na nossa população a questão apenas analisou o facto de já ter tido relações desprotegidas, não havendo quantificação do número de vezes, no entanto apenas 38,4% admitiu tal ter ocorrido, o que, mesmo admitindo que tenha sido um acontecimento isolado, é menor que a população do estudo de comparação.

Estes dados mostram que a metodologia de sensibilização da população desta faixa etária tem que ser repensada de modo a tentar aumentar a utilização do método duplo de contraceção.

Na amostra obtida não houve inquiridos que referissem o uso de fármacos para o tratamento da disfunção eréctil. No entanto, em 2008, Freitas et al., num estudo envolvendo 350 estudantes universitários brasileiros, quantificaram 14,7% de estudantes que haviam usado inibidores da 5-fosfodiesterase sem prescrição ou diagnóstico de disfunção eréctil, sendo que 53% usaram sildenafil. É de notar esta diferença obtida entre os dois estudos.

Foi usada uma escala numérica visual para a quantificação da satisfação sexual de cada inquirido. Esta variável dependeu totalmente da percepção pessoal de cada estudante sobre a sua satisfação sexual, o que a torna bastante viável. Foi verificada uma maior satisfação sexual nos indivíduos comprometidos versus os não comprometidos, tal como no estudo de Shindel et al. (2008), o que mostra que este grupo de estudantes consegue “balançar as necessidades de um processo rigoroso educacional, contra factores como as prioridades profissionais e educacionais dos seus parceiros (...) obrigações familiares e domésticas...” (Plaut SM. 1990), sendo o facto de ter um parceiro estável um factor de aumento da satisfação sexual e consequentemente da qualidade de vida.

É importante referir que neste estudo não foram usadas ferramentas de diagnóstico de qualquer tipo de disfunção sexual. Os valores obtidos reflectem a existência de episódios de disfunção sexual desde o início da actividade sexual do inquirido. Esta característica torna difícil comparar com outros estudos, onde foram usadas ferramentas como o IIEF(International Index of Erectile Dysfunction), ou o FSFI (Female Sexual Function Index). Por outro lado, a utilização de respostas abertas na quantificação do número de episódios de disfunção sexual (“Quantas vezes?”) mostrou-se ineficaz pelas diferentes interpretações à questão, não sendo possível quantificar correctamente esta variável.

A incidência de disfunção sexual masculina na faixa etária abrangida por este estudo (média de 21 anos) varia com a literatura. Em relação à disfunção eréctil (patologia mais comum no

sexo masculino) está descrita uma incidência de 10% (National Health and Social Life Survey 1992), 12,8% (Parazzinni et al. 2000), e 7% (Laumann et al. 1999). Assim a incidência de episódios encontrada encontra-se dentro dos valores descritos na literatura.

Analisando a informação disponível sobre incidência de disfunção ejaculatória, e mais especificamente a prematura (a com maior incidência neste estudo), foram encontrados valores de 30% (DeRougatis et al. 2007), (Laumann et al. 1999). O valor obtido neste estudo (12,6% de indivíduos com episódios de ejaculação prematura) foi inferior aos descritos na literatura. A associação de práticas masturbatórias ou de hábitos tabágicos com episódios de disfunção ejaculatória (encontrada neste estudo) não está descrita na literatura, sendo necessários estudos orientados para esta temática para esclarecer este achado.

O último tópico abordado na disfunção sexual masculina foi o da dificuldade em atingir o orgasmo, estando descrita uma incidência de 8% (DeRougatis et al. 2007) e 7% (Laumann et al. 1999). Neste estudo, a incidência de episódios desta natureza foi francamente superior, o que mostra que a amostra estudada tem algum(ns) factor(es) que fazem aumentar a incidência destes episódios. A associação de factores psicogénicos com a disfunção sexual é conhecida, e talvez a carga emocional e de stress associada ao Curso possa estar relacionada com este valor. De notar que não foi questionada a existência ou não de toma de substâncias psicoactivas, ou medicação antidepressiva por exemplo, que podem estar associadas a estes episódios.

A incidência encontrada na literatura sobre disfunção sexual feminina descreve 26% (Laumann e al. 1999) e valores entre os 25% e 39% (DeRougatis et al. 2007) para problemas em atingir o orgasmo; entre 8-28% (DeRougatis et al. 2007), e 19% (Laumann e al. 1999) para dificuldades de lubrificação; e valores de 1 a 21% (DeRougatis et al. 2007), e 21 % (Laumann e al. 1999) para dores durante o coito (dispareunia). Estes valores são inferiores

aos que foram encontrados neste estudo, o que mostra uma maior prevalência na amostra obtida. A associação de hábitos tabágicos com episódios de dispareunia, referida anteriormente, não está descrita na literatura, sendo necessários estudos mais exaustivos para comprovar ou rejeitar esta hipótese.

De notar que a faixa etária abrangida por este estudo carece de estudos específicos sobre a temática abordada, o que torna as comparações menos adequadas e exactas. A ausência de um grupo controlo também é uma realidade que dificultou a comparação destes estudantes com o restante da população. A bibliografia encontrada é uma aproximação relativa da realidade na população em geral, tendo servido como termo de comparação para este estudo. Não foi realizado um estudo concomitante sobre a população não heterossexual devido ao seu baixo número no total da amostra.

Os pontos fracos deste estudo foram a não utilização de ferramentas para diagnóstico das disfunções sexuais (o que dificulta a comparação com outros estudos), a não limitação das respostas dadas ao tempo de frequência no ensino superior, a reduzida amostra do primeiro e último ano de curso, e a utilização de respostas abertas para quantificar os episódios de disfunção sexual.

Não é possível fazer a associação directa da satisfação sexual e disfunções sexuais com a incursão no Ensino Médico, já que não foram analisadas variáveis de outros aspectos da vida dos estudantes que podem ter uma influência marcada nestes parâmetros, e a variabilidade inter pessoal é muito grande.

Os resultados obtidos são discordantes com estudos prévios na área da disfunção sexual masculina, Shindel et al.(2008) descreveram uma incidência anormalmente elevada de Disfunção Erétil na sua amostra, em contrapartida neste estudo a maior prevalência foi a de episódios de dificuldade em atingir o orgasmo. No entanto a disfunção sexual feminina

mostrou valores elevados, e deve ser tida em conta pois é um factor de diminuição de qualidade de vida.

A associação entre Frequência do curso de Medicina e a presença de disfunção sexual ou uma satisfação sexual diferente da da população geral não pode ser feita com base neste estudo isolado. Os dados obtidos demonstram valores que podem sugerir algo diferente neste grupo, no entanto mais estudos serão necessários para compreender esta associação. A utilização de ferramentas de diagnóstico validadas de disfunção sexual, a análise de outros parâmetros que afectem a vida sexual e a utilização de uma população controlo são pontos a serem tidos em conta nos estudos desta temática.

Bibliografia

1. Althof S., Rosen R., Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control and distress associated with premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine* 2006; 3:465-75.
2. American Psychiatric Association (2006) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision*. Lisboa: Climepsi Editores.
3. Cao Y, Zhou X, Wang XQ, He QW, Lui ZP, Yang YH, Ji Y (1998) Sexual knowledge, behaviors, and attitudes of medical students in Kuming, China. *Psychology REP* 1998;82:201-2.
4. DeRougatis R L, Burnett A L (2007) The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:289-300.
5. Dieckmann R, Oelke M, Uckert S, Stolzenburg JU, Sperling H, Stief CG, Jonas U, Truss MC, Hartmann U. (2004) The prevalence of sexual problems in female medical students. *Urologe A*. 2004 Aug;43(8):955-9; quiz 959-62.
6. Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Tzafettas J (2008) Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *European Journal of Contraceptive Reproduction Health Care*. 2008 Mar;13(1):77-82.
7. Giuliano F, Patrick D L, Porst H, La Pera G, Kokoska A, Merchant S, Rothman M, Gagnon D D, Polverejan E (2007). Premature Ejaculation: Results from a a Five-Country European Observational Study. *European Association of Urology* 2008; 53:1048-1057.
8. Gullette D L and Lyons M A Sexual sensation seeking, compulsivity, and HIV risk behaviors in College Students. 2005 *Journal of community health nursing*; 22(1), 47-60.

9. Korkes F, Costa-Matos A, Gasperini R, Reginato P V, Perez M D C (2008) Recreational Use of PDE5 Inhibitors by Young Healthy Men: Recognizing this issue among Medical Students. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:2414-2418.
10. Leichliter J S, Chandra A, Liddon N, Fenton K A, Aral S O (2007) Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *Journal of Infectious Diseases*. 2007 Dec 15; 196(12):1852-9.
11. Morales J, Rolo F (2001) Epidemiologia da Disfunção Erétil – Revisão da Literatura. *Acta Urológica Portuguesa* 2001, 18; 3: 31-34.
12. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet*. 2006 Nov 4;368(9547):1581-6.
13. Pekhlianov B, Malinova M, Dimitrakova E (2009) Contraception among female students in Medical University of Plovdiv. *Akush Ginekol (Sofia)* 2009; 48(1):28-31.
14. Plaut SM (1990) Institutional resources for medical students in committed relationships. *Acad Med* 1990;65: 593-0.
15. Ralph D J, Wylie K R Ejaculatory disorders and sexual function. *British Journal of Urology International*. 2005 95:1181-1186.
16. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49:822-30.
17. Seidman S N, Rieder R O (1994) A review of sexual behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*. 1994 Mar;151(3):330-41.
18. Sell RL, Wells JA, Wypij D. (1995) The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples. *Archives of Sexual Behavior*. 1995 Jun;24(3):235-48.

19. Shindel A W, Ferguson G G, Nelson C J, Brandes S B (2007) The Sexual Lives of Medical Students: A single Institution Survey. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:796-803.
20. Spark RF (2008) Evaluation of male sexual dysfunction. www.uptodate.com 2008.
21. Spark RF (2008) Overview of male sexual dysfunction. www.uptodate.com 2008.
22. Stecker T (2004) Well-being in an academic environment. *Medical Education* 2004;38:465-78.

Agradecimentos

Ao orientador Prof. Doutor Alfredo Mota e co-orientador Doutor Francisco Rolo um agradecimento pela oportunidade em realizar este trabalho e pela atenção disponibilizada. Ao Doutor Sílvio Bollini um agradecimento pela disponibilidade e apoio prestados.

Pela disponibilidade em aceder aos dados do Centro de Atendimento ao Jovem no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo um agradecimento à Dra. Hermínia Simões e à Enfermeira Goreti Santos.

Um agradecimento especial a todos os colegas que colaboraram neste estudo com o preenchimento do inquérito, e a todos que ajudaram com a revisão final do texto.

Anexo 1

Sexo: Masculino Feminino

Ano da Faculdade _____ Nacionalidade: Portuguesa Outra _____

Idade - ____ anos Região de procedência Centro Sul Norte Ilhas

Relação: Solteiro Namorando Casado Outro _____

Filhos: Não Sim Idade _____ Quantos _____

Relações sexuais: Não Sim Idade da primeira relação sexual _____

Relações sexuais semanais em média: _____

Número de Parceiros: 1 2-5 6-10 11-20 >21

Masturbação: Não Sim - Nº vezes por semana: 1 2-3 4-6 >7

Orientação Sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual

Experiência Homossexual: Não Sim - Quantas vezes _____

Práticas sexuais que já teve: Vaginal Oral Anal

Prática preferida: Vaginal Oral Anal

Tabaco: Não Sim -- idade de início _____ -- Nº cigarros por dia _____

Alcool: Não Sim -- Tipo de bebida Branca Cerveja Vinho Outras _____

Drogas: Não Sim -- Quais e idade de início _____

Masculino

Se alguma vez teve:

- Disfunção erétil: Não Sim Quantas vezes _____
- Disfunção ejaculatória: Não Sim Quantas vezes _____
 - Tipo: Retardada Anajeculação Anorgasmia Prematura
 - Se Prematura – tempo aproximado intravaginal - _____ minutos
- Problemas em obter orgasmo: Não Sim --- Frequente
- Dificuldade no controlo da ejaculação: Não Sim
- Relação sexual ocasional sem preservativo: Não Sim N° vezes _____
- Uso de Viagra/Levitra/Cialis: Não Sim Quantas vezes _____
 - Qual _____ Porque? _____

Alguna experiência com prostitutas: Não Sim --- Quantas vezes _____

Satisfação com vida sexual: 1 _____ 10

Método anticoncepcivo: Preservativo Pílula Preservativo+Pílula Outro _____

Após entrada na faculdade sua vida sexual: Melhorou Piorou

Feminino

Se alguma vez teve:

- Problemas em obter orgasmo: Não Sim --- Frequente _____
- Dificuldade na Lubrificação: Não Sim
- Dor durante a relação: Não Sim
- Relação sexual ocasional sem preservativo: Não Sim N° vezes _____
- Usar “pílula do dia seguinte”: Não Sim N° vezes _____
- Aborto provocado: Não Sim -- N° vezes _____

Primeira relação sexual: Superou as expectativas Traumática Normal

Satisfação com vida sexual: 1 _____ 10

Método anticoncepcivo: Preservativo Pílula Preservativo+Pílula Outro _____

Após entrada na faculdade sua vida sexual: Melhorou Piorou