

# AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA EM MULHERES JOVENS

LUCIANA APARECIDA UMANN

LIZYANA VIEIRA

FACULDADE ASSIS GURGACZ – FAG CASCAVEL – PR - BRASIL

[lucianaapumann@gmail.com](mailto:lucianaapumann@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina vem se tornando um problema e uma queixa cada vez mais frequente em consultórios de ginecologia. Definida como um transtorno no ciclo da resposta sexual ou dor, associada à relação sexual, resulta em sofrimento interferindo tanto na qualidade de vida quanto nas relações interpessoais da mulher. A função sexual feminina pode ser subdividida em quatro fases da resposta sexual: a fase do desejo, a fase da excitação e platô, orgasmo e resolução. É uma condição multifatorial que possui componentes anatômicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Bem mais que função biológica reprodutiva, a sexualidade é uma experiência humana que engloba o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas (PHILLIPS, 2000).

As sensações sexuais femininas podem ser despertadas por vários tipos de estímulos: fantasias, pensamentos eróticos, carícias, masturbação e coito. Uma vez desencadeada, se expressa através de uma sucessão de fases que se manifestam fisiologicamente de forma sequenciada e interligadas entre si, completando-se assim o ciclo da resposta sexual humana (LOPES et al., 1992).

A fase do desejo é a primeira fase deste ciclo. Consiste em fantasias a respeito da atividade sexual e desejo de ter atividade sexual. Entender porque alguns fatores despertam desejo em umas e não em outras é obscuro e complexo. As questões socioculturais de etnia religiosa e familiares exercem um papel importante. Fatores psicossociais determinam não apenas o que é desejável, mas até o que é lícito ou adequado desejar (VITIELLO, 1994).

A fase da excitação e platô é a segunda fase do ciclo da resposta sexual feminina. Acontece quando ocorre um estímulo sexual eficaz, trazido pelos órgãos dos sentidos ou, somente pela lembrança de alguma experiência sexual. É uma fase que guarda uma relação estreita e direta com a primeira fase que é a do desejo. A excitação pode-se iniciar por estímulos psicológicos, como cheiro, frases, filme erótico ou por toques físicos nas zonas exógenas. Para que durante o ato sexual a vagina receba o pênis sem dor, nesta fase, também irá ocorrer à lubrificação vaginal, procedente das paredes da vagina (SEIXAS, 2000).

A resposta sexual feminina alcança seu clímax com o orgasmo, que consiste em contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, a intervalos de 0,8 segundos. Essas contrações são bem visíveis no terço inferior da vagina, formando a plataforma orgásmica, que consiste nos músculos e tecidos aumentados que circundam a entrada da vagina e também alguns dos músculos pélvicos (LOPES et al., 1994).

A resolução é a última fase da resposta sexual feminina e é descrita como o período que se seguem poucos segundos de intensa reação corpórea dos orgasmos, durante o qual o organismo retorna ao seu estado normal de repouso (HALBE, 1998).

Quando há uma interrupção em uma dessas fases que compõem o ciclo da resposta sexual, será então, caracterizada a disfunção sexual. As quais são classificadas em: disfunção do desejo, que também são chamadas de disfunções da apetência, da libido, e popularmente chamadas de frigidez. Disfunção da excitação, chamadas eréticas, de lubrificação ou impotência e disfunção do orgasmo que são as disfunções do prazer e ejaculatórias (MONTGOMERY, SURITA, 2000).

Caracterizam-se, portanto, por falta, excesso, desconforto ou até a própria dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo sexual, afetando uma ou mais fases. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento do ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e

mais complexos serão o quadro clínico e respectivamente o prognóstico e tratamento (ABDO, FLEURY, 2006).

É extremamente importante conhecer a motivação da paciente para a busca do tratamento, sendo que nem sempre a paciente procura ajuda por vontade própria para melhorar a sua qualidade de vida sexual, às vezes, faz por imposição do parceiro, medo de separação ou ainda com o propósito de manter a família, nos casos em que o parceiro solicita uma resolução dessa disfunção (LARA, 2008).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a saúde mental é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano. A partir desse ponto de vista, apresentam decisiva importância o direito à informação sexual e o direito ao prazer. E é com base neste conceito que acredita-se ser de grande valia e importância uma vivência da sexualidade para que o indivíduo possa assegurar uma boa saúde mental e conseqüentemente uma boa qualidade de vida (OMS, 1993).

Dessa forma, essa pesquisa objetivou verificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres jovens.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é caracterizado como transversal e quantitativo. Foram entrevistadas 50 mulheres jovens, discentes da área da saúde, de uma instituição de ensino privada do oeste do Paraná. Primeiramente o questionário foi explicado e só então respondido. As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido concordando em participar da pesquisa, sendo destinada a elas uma cópia deste termo.

Dentre os critérios de inclusão estão mulheres de 18 a 30 anos de idade, que apresentam vida sexual ativa. As informações foram mantidas em sigilo, não sendo divulgado nenhum dado pessoal das participantes da pesquisa. Todos os dados foram anexados em uma planilha do Microsoft Excel 2010.

Para atender os objetivos foi utilizado o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), já validado no Brasil. É um questionário autorrespondido e composto por 19 questões, que contemplam seis domínios da resposta sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto. A pontuação de cada questão é individual, variando de 0 a 5. Para se obter a pontuação do domínio é necessária a soma de questões correspondentes a cada domínio, multiplicadas pelo fator de correção. Por meio da soma dos escores dos domínios, obtém-se o escore total, que apresenta valores mínimos de 2 e máximo de 36, sendo os maiores valores associados a uma melhor função sexual (Tabela 1). Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual à zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. O ponto de corte para uma boa função sexual é 26,5 (THIEL, et al 2008).

Tabela 1

Escores de avaliação do *Female Sexual Function Index*.

Domínio	Questões	Varição do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5 *	0,4	0,8	6
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6

\* Questão 14 varia de 0,0 a 5,0. Questões 15 e 16 variam de 1,0 a 5,0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos resultados encontrou-se uma média de 23,88 anos de idade ( $\pm 3,20$  DP) nas mulheres que responderam ao questionário. Dentre as 50 mulheres, 76% tiveram o somatório acima de 26,5 o que indica uma melhor função sexual, não apresentando nenhum tipo de disfunção. Já 24% tiveram o somatório abaixo de 26,5 consequentemente indicando pior função sexual. A prevalência de uma melhor função sexual neste estudo talvez seja justificada pela faixa etária das participantes. Como são mulheres jovens, a disfunção sexual não faz parte de seu cotidiano.

Os dados encontrados nesses estudos corroboram com outras pesquisas realizadas com o mesmo objetivo. Valadares et al. (2008), avaliaram 44.313 mulheres entre 40 e 65 anos em Belo Horizonte, encontrando uma prevalência de disfunção sexual de 35,9%.

Em outro estudo, Soares et al. (2011), entrevistou 41 mulheres com idades compreendidas entre os 50 e 85 anos (média de 66 anos), de raça branca, na menopausa, submetidas a correção cirúrgica por via vaginal com prótese sintética, com diagnóstico de prolapso vaginal grau III ou IV (classificação de POP-Q) primário ou recidivado, anterior, posterior ou total. A análise dos questionários FSFI das doentes com atividade sexual demonstrou um score total médio de 16,9 (score mínimo 2, máximo 36), na avaliação da sua atividade sexual após a cirurgia, encontrando então uma prevalência de disfunção sexual nas entrevistadas.

Kurizky (2013) realizou um estudo do tipo caso-controle com 150 mulheres entre 18 e 69 anos para avaliar a disfunção sexual entre mulheres com psoríase e/ou artrite psoriásica utilizando o questionário FSFI. Foram divididas entre 2 grupos: 75 mulheres com diagnóstico de psoríase e 75 mulheres do grupo controle saudáveis. A prevalência de disfunção sexual nas mulheres com psoríase foi elevada (58,6 % da amostra), mostrando-se estatisticamente superior ao grupo controle saudável, sendo o desejo o domínio mais comprometido.

O tratamento das disfunções sexuais é de suma importância, pois na questão da saúde, a prática sexual desempenha uma função vital para os dois sexos, sendo que a falta de prazer, pode desencadear múltiplos problemas como uma constante tensão e alteração de humor, depressão, insônia, entre outros (HANAI, 2007).

A fisioterapia surge como uma nova opção de tratamento que poderá minimizar a disfunção entre as mulheres. Buscando um novo equilíbrio entre corpo e mente, há grandes probabilidades do tratamento fisioterapêutico tornar-se benéfico. Entretanto, mais importante do que aplicar corretamente determinado protocolo de tratamento, é que o fisioterapeuta conheça as técnicas de tratamento a serem utilizadas, assim como os métodos de avaliação, para que desta forma possa adaptá-las a cada paciente (MEDEIROS; BRAZ; BRONGHOLI, 2004).

A cinesioterapia do assoalho pélvico, por exemplo, baseia-se no princípio que contrações voluntárias repetitivas aumentam a força muscular. E esse ganho de força somente é obtido pela combinação do recrutamento de um grande número de unidades motoras, frequências pequenas e contrações progressivamente mais fortes, com poucas repetições diárias e com aumento gradativo da intensidade da força e tempo de contração. A cinesioterapia é o único método que não possui contra-indicações. Utiliza exercícios para o fortalecimento muscular, baseada no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular (Mc INTOCH, 1993).

Com os exercícios cinesioterapêuticos do assoalho pélvico, a mulher aumenta sua capacidade de atingir o orgasmo ou até mesmo de ser multiorgásmica, visto que há um aumento da propriocepção e a atividade fisiológica desses músculos se torna mais coordenada com as contrações, melhorando a função da musculatura no ato sexual (MANNOCCI, 2000).

## CONCLUSÃO

Dessa forma este estudo conclui que nesta população estudada composta por mulheres jovens não houve prevalência de disfunção sexual.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo: v. 33, n. 3, 2006.

AUGE, A.P.; et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 28, n. 6, p. 352-357, 2006.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1998.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

HANAI, S. K.; HONÓRIO, G. J. S. **Atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais: uma revisão de literatura**. Florianópolis – SC, 2009.

KAPLAN, H. S. **A Nova Terapia do Sexo**. 5.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KURIZKY, P. S. **Avaliação da ocorrência de disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica: estudo tipo caso-controle de 150 mulheres brasileiras**. Brasília: 2013.

LARA, L. A. S. et al. Abordagens das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo: v. 30, n. 6. 2008.

LOPES, G. P.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. **Sexologia integral**. Curitiba: Relisul; 1992.

MANNOCCI, J.F. **Disfunções sexuais: abordagem clínica e terapêutica**. 3.ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1995.

MEDEIROS, M.W.; BRAZ, M. M.; BRONGHOLI, K. Efeitos da Fisioterapia no Aprimoramento da Vida Sexual Feminina. **Revista Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro v. 5, n. 3, p. 188-193, maio/junho 2004.

MONTGOMERY, M.; SURITA, R. **Tratado de Ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

Mc INTOCH, L.J. et al. **Pelvic floor rehabilitation in the treatment of incontinence**. J. Reprod. Med., v.38, p.62-66, 1993.

OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: 1993.

PHILLIPS, N. A. **Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment.** Am Fam Physician. 2000 Jul 1; 62 (1):127-36, 141-2.

SEIXAS, M. R. A. **Tratado de Ginecologia.** 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

SELEME, M. ALVES, TB. **Sexualidade feminina.** Associação Brasileira de Ajuda e Formação sobre Incontinência Urinária. 2008.

SOARES, C.; et al. **Avaliação da função sexual feminina após correção cirúrgica do prolapso vaginal.** Lisboa-Portugal: 2011.

VALADARES, A. L. R. et al. **Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey.** Clinics. 2008; 63(6): 775-82.

VITIELLO, N. **Reprodução e sexualidade: Um manual para educadores.** São Paulo: CEICH, 1994.