

PERFIL DE SATISFAÇÃO E CONHECIMENTO DE UNIVERSITÁRIAS SOBRE A DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS

PROFILE OF SATISFACTION AND KNOWLEDGE OF UNIVERSITY KNOWLEDGE ON THE FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: PREVALENCE AND RELATED FACTORS

AQUELINE MARTINS NETO¹, PEDRO OLIVEIRA SILVA¹, JANE LUIZA DOS SANTOS^{2*}

1. Acadêmico(a) do curso de graduação em Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga; 2. Coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga, Especialista em Farmacologia e Toxicologia.

* Rua Salerno, 299, Betânia, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-241. janeluizabio@hotmail.com

Recebido em 29/10/2018. Aceito para publicação em 07/12/2018

RESUMO

Objetivos: Apresentar dados quantitativos sobre o conhecimento da disfunção sexual feminina em alunas da Faculdade Única de Ipatinga, Minas Gerais, bem como relatar as principais causas que originam o desenvolvimento desta disfunção; Principais faixas etárias de acometimento e classes sociais, além de criar gráficos de comparação de etiologias sobre o mesmo, citar o diagnóstico e papel do biomédico. **Metodologia:** Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa de pesquisa, de caráter exploratório, por meio de uma pesquisa de campo. Os dados do estudo foram relacionados com a literatura especializada, na qual foram utilizados 11 artigos de revistas científicas da língua vernácula e estrangeira, que abrangeram assuntos relacionados ao tema. **Conclusão:** O tema disfunção sexual feminina ainda é pouco debatido nas escolas e universidades por ser um tema íntimo e sobre sexualidade. Devido à falta de consenso sobre a prevalência brasileira de DSF entre os estudos e a produção científica limitada em sexualidade, há a necessidade de ação dos profissionais de saúde para auxiliar as mulheres na procura de diagnóstico e tratamento desta disfunção, além de elaboração de novas pesquisas epidemiológicas sobre este tema no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção, feminina, sexual.

ABSTRACT

Objectives: To present quantitative data on the knowledge of female sexual dysfunction in students of the Single Faculty of Ipatinga, Minas Gerais, as well as to report the main causes that lead to the development of this dysfunction; Main age groups and social classes, besides creating graphs of comparison of etiologies on the same, to cite the diagnosis and biomedical role. **Methodology:** This study was based on a qualitative exploratory research strategy, through a field research. The data of the study were related to the specialized literature, in which 11 articles of vernacular and foreign scientific journals were used, covering subjects related to the topic. **Conclusion:** The theme of female sexual dysfunction is still little debated in schools and universities because it is an intimate subject and about sexuality. Due to the lack of consensus on the Brazilian prevalence of DSF between studies and limited scientific production in sexuality, there is a need for action by health professionals to assist women in the diagnosis and treatment of this dysfunction, as well as the

elaboration of new research epidemiological studies on this topic in Brazil.

KEYWORDS: Dysfunction, female, sexual.

1. INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é representada como uma falta, excesso, desconforto e/ou dor em qualquer fase do ciclo sexual e pode se apresentar como persistente ou recorrente¹. Um importante cofator da DSF é a redução do fluxo sanguíneo devido a insuficiência vascular vaginal e clitoriana, as quais estão associadas a aterosclerose da artéria hipogástrica e pudenda, embora uma variedade de desordens médicas e psicológicas tenham grande influência².

A denominação da DSF tem sido frequentemente discutida entre a comunidade científica, desde 1998, a fim de obter um consenso pela fundação americana de doenças urológicas. De acordo com a OMS, na classificação internacional de doenças (CID-10) a DSF é definida como uma incapacidade permanente em um período de pelo menos seis meses em que o paciente não tem a vida sexual da forma almejada, dando ênfase nos fatores físicos como principais causas. Entretanto, a associação de psiquiatria caracterizou a DSF como uma desordem psicofisiológica em qualquer fase do ciclo sexual, visando o consumo de drogas e bebidas como fator de risco³.

Para chegar a um consenso, a classificação da DSF foi dividida em quatro tipos: distúrbio do desejo e excitação (ocorre quando há diminuição ou ausência do desejo sexual e/ou lubrificação-turgescência), distúrbio de dor (presente na dispareunia e vaginismo) e o distúrbio de orgasmo (ocorre quando há atraso ou ausência persistentemente do orgasmo feminino) após uma fase normal de excitação sexual¹.

Os hormônios sexuais androgênicos, principalmente o estrogênio, possuem efeitos na modulação funcional e estrutural dos órgãos femininos: tecidos genitais, útero, vagina, glândulas periuretrais, vestibulo vaginal, clitóris e nos lábios. Este hormônio é um grande modelador da vida sexual, pois atua influenciando no bem-estar, desejo, humor, energia, além de atuar no

funcionamento endócrino sadio, agindo no sistema nervoso central, córtex, hipotálamo e na liberação de neurotransmissores responsáveis pela sensibilidade, percepção e prazer⁴.

A testosterona também é um andrógeno encontrado nas mulheres e suas principais fontes de síntese são as glândulas suprarrenais e os ovários. A Androstenediona circulante, também é uma importante fonte de testosterona. Os níveis de testosterona tendem a diminuir com a idade e com o início da menopausa⁵.

A menopausa é caracterizada pela redução na produção de hormônios gonadais, especialmente o estrogênio, o que interfere no feedback negativo hipotálamo-hipofisário e consequentemente resulta em um aumento na secreção do hormônio luteinizante e hormônio folículo estimulante (FSH). Geralmente, a sua definição é tida como a falta de menstruação durante um período de 12 meses e um nível de FSH acima de 25UI/L. A maioria das mulheres que atingem o fim da idade reprodutiva, não apresentam características de depressão, entretanto os casos de depressão estão associados a períodos peri ou pós-menopausa no qual a prevalência é maior entre os quatro anos anteriores ao início da interrupção total da menstruação (período perimenopausa)⁶.

Os andrógenos desempenham um papel fundamental na fisiopatologia sexual feminina. Níveis baixos de testosterona em mulheres na pós-menopausa têm sido associados à perda de desejo sexual e do prazer, além de fadiga persistente e sensação de diminuição do bem-estar físico. Já, um aumento nos níveis de testosterona em mulheres pós-menopausa aumenta o fluxo sanguíneo vaginal em um período de 4-5 horas após a dose. Em mulheres na pré-menopausa, os ovários e as glândulas supra-renais produzem aproximadamente 25% de testosterona, os 50% restantes são produzidos pelos tecidos periféricos, como o tecido adiposo e muscular. Posteriormente a menopausa, os ovários são responsáveis por 50% da síntese de testosterona, enquanto as glândulas supra-renais diminuem para 10% da produção. O envelhecimento também leva a uma redução nos níveis deste hormônio nas mulheres⁷.

A saúde sexual é de extrema importância para a longevidade das relações afetivas, por estar totalmente interligada à saúde global, qualidade de vida e satisfação do indivíduo⁸.

Justifica-se a realização deste trabalho, por ser um assunto ainda debatido nas escolas e universidades, em razão de se tratar de um tema íntimo e sobre sexualidade. Devido à falta de consenso sobre a prevalência brasileira de disfunção sexual feminina entre os estudos e a produção científica limitada, há necessidade de ação dos profissionais de saúde, afim de auxiliar as mulheres na procura de diagnóstico e tratamento desta disfunção, além de elaboração de novas pesquisas epidemiológicas sobre este tema no Brasil.

O presente estudo tem como objetivos apresentar dados quantitativos sobre o conhecimento da disfunção sexual feminina em alunas da Faculdade Única de Ipatinga, Minas Gerais, bem como, relatar as principais

causas que originam o desenvolvimento desta disfunção; principais faixas etárias de acometimento e classes sociais, além de criar gráficos de comparação de etiologias sobre o mesmo, citar o diagnóstico e papel do biomédico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consistiu em 3 etapas:

1. Elaboração de um questionário sobre DSF baseado em pesquisas já prontas, utilizadas por médicos e profissionais da área da saúde o IFSF (Índice de Função Sexual Feminina);
2. Aplicação do questionário com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP);
3. Avaliação dos resultados fundamentados na literatura científica sobre o assunto, contemplando o conhecimento das alunas, o nível sócio econômico e o estilo de vida sexual;

O questionário formulado apresentou nove perguntas simples de múltipla escolha, onde foram analisados os seguintes parâmetros: questões socioeconômicas, nas quais avaliavam o número de pessoas que conviviam na residência, além da renda total de todos os moradores da casa; Análise do conhecimento das alunas sobre a DFS, idade das mulheres que participaram da pesquisa e questões sobre a vida sexual das mesmas, como fatores de influência no desejo, orgasmo, prazer, dor, utilização de drogas e bebidas que podem contribuir para o desenvolvimento da DSF e qual dos fatores citados era considerado a principal interferência no ato sexual.

Para o desenvolvimento do estudo foram entrevistadas mulheres com idades entre 18 e 45 anos (média de 25 anos), com renda variada entre um e três salários mínimos e uma média de quatro pessoas por casa, o nível de escolaridade das mulheres participantes da pesquisa é de ensino superior, alunas do segundo, terceiro, quarto e sexto período do curso de Biomedicina no período noturno, na qual das 85 mulheres matriculadas no curso, 61 aceitaram participar da pesquisa, todas por livre e espontânea vontade. Os dados obtidos foram transcritos em planilha do Microsoft Office Excel, onde foram feitos os cálculos e posteriormente os gráficos contidos neste artigo.

Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa de pesquisa, de caráter exploratório, por meio de uma pesquisa de campo. Os dados do estudo foram relacionados com a literatura especializada, no qual foram utilizados 11 artigos de revistas científicas da língua vernácula e estrangeira, que abrangeram assuntos relacionados ao tema.

3. RESULTADOS

Embora a DSF apresente como principal etiologia fatores psicológicos, observou-se através dos resultados da pesquisa, aspectos relacionados ao convívio social e hormonal da mulher, como aspectos causais para o

desenvolvimento desta disfunção. Conforme mostra a Figura 1, cerca de 37% das mulheres apontaram a questão hormonal, 27% consideravam a religião como principal fator desencadeante, 18% indicaram a falta de parceiro e apenas 11% descreveram os fatores psicológicos, sendo que para as entrevistadas esse fator não apresentava tanta ênfase.

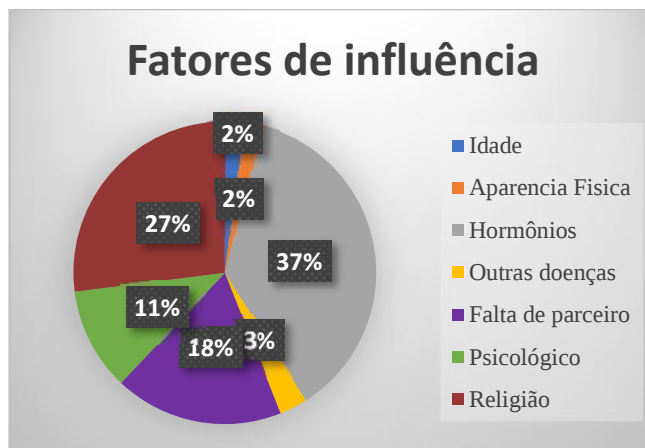


Figura 1. Gráfico comparativo em porcentagem de fatores com influência na disfunção sexual feminina. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor.

De acordo com o resultado da pesquisa, o fator de maior relevância apontado foi a questão hormonal. Diante disso, foi avaliado entre as alunas se elas sentem orgasmo nas relações sexuais e a frequência com que ocorre o orgasmo. Conforme apresenta a Figura 2, 37% assinalaram a alternativa de maioria das vezes, 25% responderam sempre, outros 22% marcaram razoavelmente e 8% responderam raramente, denotando um alto índice de que na maioria das relações sexuais praticadas pelas próprias não há ocorrência de orgasmo.

Já no aspecto de dor durante a relação sexual, a quantidade de mulheres que responderam que nunca sentem dor no ato sexual é baixa, indicando 35% das entrevistadas, sendo os 65% restantes divididos entre: 3% responderam como sempre, 2% na maioria das vezes, 10% razoavelmente e 50% responderam que sentem dor raramente. Esses parâmetros de dor e orgasmo estão diretamente relacionados com o desejo sexual.

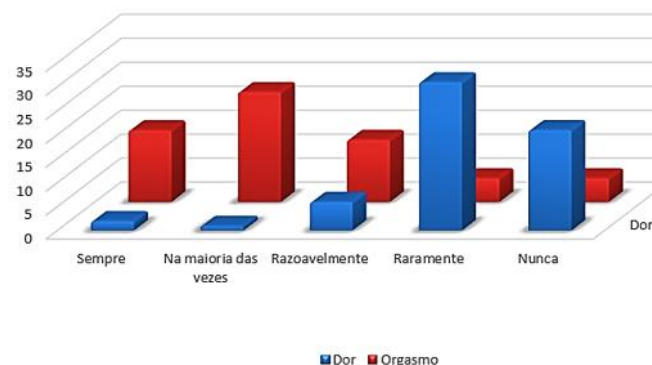


Figura 2. Gráfico quantitativo comparativo de avaliação de dor e orgasmo das mulheres entrevistadas. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor.

Também foi realizada uma avaliação quanto a

frequência de desejo sexual das mulheres durante a semana (Tabela 1), onde 21% das mulheres apontaram que sentem sempre o desejo de realizar prática sexual (todos os dias), 20% sentem na maioria dos dias (5 dias na semana), 44% desejam moderadamente (3 dias na semana), 10% raramente (1 dia na semana) e 5% apontaram que nunca sentem o desejo durante o ato sexual, uma porcentagem que deve ser considerada, pois já pode sugerir uma disfunção sexual, visto que a média de idades das entrevistadas é de 25 anos.

Tabela 1. Tabela de avaliação quantitativa de desejo sexual feminino apresentado pelas entrevistadas.

Frequência de desejo sexual		
-	Percentual	Nº exato
Sempre (todos os dias)	21%	13
Na maioria dos dias (5 vezes na semana)	20%	12
Razoavelmente (3 vezes na semana)	44%	27
Raramente (1 vez na semana)	10%	6
Nunca	5%	3

Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Além disso, foram avaliados quatro aspectos: desejo, excitação, lubrificação e dor, os quais podem induzir o desenvolvimento da DSF. Para as mulheres, o desejo é o fator com maior interferência totalizando 45% das entrevistadas, em seguida, apresenta-se a excitação, indicada por 31% das mulheres; a lubrificação e dor apresentaram percentuais de 10% e 14%, respectivamente. Além disto, mensurou as pessoas que fazem o uso de anticoncepcionais, drogas, bebidas alcoólicas, suplementação hormonal, onde 89% responderam que utilizavam anticoncepcionais, 9% consumiam bebidas alcoólicas e os 2% restantes, não se manifestaram.

4. DISCUSSÃO

Os distúrbios sexuais possuem uma alta prevalência entre homens e mulheres. Um estudo americano (*Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*) demonstrou que o maior número de ocorrências de casos ocorre entre as mulheres, representando 43% e nos homens apenas 31%. As desordens sexuais estão totalmente relacionadas com as características socioculturais, idade, nível de escolaridade, além de envolver também fatores como o desejo sexual, excitação, orgasmo e dispareunia¹.

A satisfação sexual tem sido amplamente avaliada de modo geral, devido a seu vínculo com a estabilidade e satisfação do relacionamento. Carvalheira & Leal (2008)⁹ apresentaram a frequência das relações sexuais e a ocorrência de orgasmo, como fatores indicativos diretos de satisfação sexual. Já os estudos de campo, fazem a assimilação positiva com a frequência sexual e a satisfação, sem avaliar episódios de orgasmo.

A ansiedade parece desempenhar um papel importante na DSF, mas a relação entre as duas condições não é totalmente elucidada. Preocupações e medos sexuais parecem influenciar na excitação sexual, já assuntos não-sexuais têm demonstrado afetar a

resposta sexual. Pereira, Nardi e Silva (2013)¹⁰ relataram de um estudo norte-americano que mulheres que se queixavam de vaginismo manifestaram escores de ansiedade maiores que o valor máximo de referência. Ainda sugerem que a depressão esteja estreitamente ligada com a DSF, por aumentar o risco de desenvolvimento desta disfunção.

Em mulheres deprimidas, o transtorno do desejo sexual hipoativo parece ser a disfunção mais frequente. Já em duas pesquisas brasileiras, relataram a prevalência de qualquer tipo de disfunção sexual entre 28 e 49%, respectivamente. O transtorno do orgasmo feminino apresentou taxas entre 18 e 29,3% e uma prevalência de 26,7% foi observada para o transtorno do desejo sexual hipoativo. Além disso, foi relatado que apenas 18,8% das mulheres procuram ajuda profissional para distúrbios sexuais. Durante a gravidez, o funcionamento sexual das mulheres foi encontrado reduzido no terceiro trimestre. As mulheres com idade entre 40 e 65 anos com pelo menos 11 anos de educação formal apresentaram as maiores taxas de disfunção sexual entre mulheres de meia-idade¹⁰.

O desuso, a fragilidade e hipotonicidade que acometem os músculos do assoalho pélvico também interferem no orgasmo e na relação sexual. A realização de práticas e treinamento desses músculos podem contribuir para uma melhor resposta do reflexo sensorio-motor¹¹.

Baixos níveis de testosterona estão associados à diminuição da excitação sexual, libido, resposta sexual, sensação genital e orgasmo. A testosterona atua no sistema nervoso central e afeta o comportamento sexual; pode aumentar a atividade do óxido nítrico sintase, que produz relaxamento do músculo liso vascular. Entretanto, a reposição de andrógenos está associada a virilização, acne e hirsutismo⁵.

5. CONCLUSÃO

A disfunção sexual feminina é um problema enfrentado diariamente por mulheres de diferentes idades, estilos de vida, condições econômicas e sociais, representando um percentual de mais de 40% da população mundialmente. O seu diagnóstico é difícil e delicado, devido à falta de queixa das mulheres sobre a inibição sexual, constrangimento dos médicos profissionais ou pela falta de conhecimento do profissional sobre a resposta sexual da paciente avaliada.

Recomenda-se que a avaliação da disfunção sexual feminina envolva uma entrevista do casal e de cada parceiro separadamente. A avaliação deve incluir uma história médica e sexual detalhada, com atenção especial a possíveis comorbidades psiquiátricas, como depressão ou ansiedade, e um exame físico, incluindo um exame ginecológico. Além disso, um questionário de autoavaliação validado é prático, eficiente, objetivo e barato, fornecendo uma ferramenta muito útil para pesquisa e prática clínica. Além disso, a história deve focar a duração do transtorno (primário ou secundário) e os fatores psicossociais envolvidos, como

qualquer mudança de vida recente ou estressores.

Existem vários questionários de autoavaliação validados disponíveis para avaliar a função sexual feminina, como o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), disponível em www.fsfi-questionnaire.com. O IFSF, é um questionário de 19 itens que caracteriza seis domínios da função sexual. Mais especificamente, Q1 e Q2 são agrupados no domínio de desejo, Q3-Q6 são agrupados no domínio de excitação, Q7-Q10 são agrupados no domínio de lubrificação, Q11-Q13 são agrupados no domínio de orgasmo, Q14-Q16 são agrupados no domínio de excitação. Domínio de satisfação e Q17-Q19 são agrupados no domínio da dor. As pontuações completas do índice variam de 2 a 36. Uma mulher com uma pontuação total do IFSF ≤ 26 é considerada em risco de disfunção sexual.

Esses questionários também podem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento. O teste laboratorial de rotina não é recomendado, a menos que haja suspeita de deficiência hormonal. O sDHEA reflete a secreção androgênica adrenal e pode destacar uma insuficiência adrenal. A medição dos níveis de esteróides sexuais, como o estrogênio e a testosterona, raramente é útil. As ferramentas especializadas de diagnóstico, como a ultrassonografia Doppler duplex, as medições de pH vaginal e os limiares de percepção sensorial vaginal / clitoriana, não estão amplamente disponíveis e exigem equipamentos caros. Embora útil para fins de estudo, este equipamento não é essencial para avaliar e diagnosticar pacientes com disfunção sexual.

O profissional Biomédico atua laboratorialmente com a dosagem sérica dos hormônios sexuais e avaliação de funcionamento endócrino juntamente com um médico especializado na área, os quais possuem capacidade de contribuir e abordar a saúde sexual feminina através das suas autoridades e conhecimentos sobre a anatomia, farmacologia e funcionamento hormonal feminino.

A elaboração e desenvolvimento do tema disfunção sexual feminina apresentou respostas sugestivas para uma avaliação de causas mais presentes em seu desenvolvimento, foi possível observar que de acordo com as mulheres que participaram da pesquisa o fator que possui mais relevância no desenvolvimento da disfunção sexual feminina é a questão hormonal.

REFERÊNCIAS

- [1] Mathias AER, Pitangui ACR, Arantes VA, *et al.* Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. ABCS Health Sciences. 2015; 40(2).
- [2] Silva BM, Rêgo LM, Galvão MA, *et al.* Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 40(3):196-202.
- [3] Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2013; 29(1):16-24.
- [4] Fernandes CE, Júnior JR, Nahas EAP, *et al.* Síndrome de insuficiência androgênica: critérios diagnósticos e terapêuticos. Revista de Psiquiatria Clínica. 2006; 152-

161.

- [5] Raina R, Pahlajani G, Khan S *et al.* Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and sterility*. 2007; 88(5):1273-1284.
- [6] Veras AB, Nardi AEJ. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(1):57-68.
- [7] Khera M. Testosterone therapy for female sexual dysfunction. *Sexual medicine reviews*. 2015; 3(3):137-144.
- [8] Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2006; 22(6):701-20.
- [9] Carvalheira AA, Leal I. Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Revista Internacional de Andrología*. 2008; 6(1):3-7.
- [10] Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Disfunção sexual, depressão e ansiedade em mulheres jovens de acordo com o status do relacionamento: uma pesquisa online. *Tendências em psiquiatria e psicoterapia*. 2013; 35(1):55-61.
- [11] Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF de, *et al.* Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010.