

Disfunção Sexual em Mulheres

Sexual Dysfunction in women

Disfunción sexual femenina

Géssica Dias das Virgens¹

Fabíola Cunha Bernardes e Rezende²

Gerliane Dias Santos³

Cira Cardoso de Freitas⁴

Eliene Maria Rosa Gomes⁵

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo a discussão sobre a disfunção sexual feminina, e como esse problema pode influenciar a vida e o dia a dia de mulheres, afetando também o físico e o psicológico. De forma individual, a sexualidade, é influenciada pela família, sociedade, crenças religiosas, e se altera com a idade, estado de saúde e experiências pessoais. No entanto, muitos profissionais ainda não estão preparados para avaliar a vida sexual de suas pacientes, ou por se sentirem desconfortáveis em abordar a sexualidade ou porque desconhecem as técnicas de investigação. A disfunção sexual na mulher é definida como qualquer desordem relacionada ao desejo sexual, excitabilidade, orgasmo e ou dor sexual que resulta em sofrimento pessoal, tendo impacto na qualidade de vida. As causas de disfunção sexual podem ser psicológicas, em conflitos interpessoais, pessoais, por fatores contextuais ou psicológicos, podem também ser de causa orgânica ou biológica nos distúrbios hormonais.

Palavras-chave — Sexualidade, Distúrbio Sexual, Saúde da Mulher.

¹ Graduada em biologia, Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS – Pouso Alegre- MG – agraciada5@hotmail.com

² Mestre em Biotecnologia - Área da Saúde - Áreas de Atuação: Professora auxiliar no curso de graduação em Ciências Biológicas, Fisioterapia, Medicina, Engenharia de Produção e Tecnologia em Gestão da Produção Industrial da Universidade do Vale do Sapucaí- Membro do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – Univás. E-mail: fabiola_cunha@ymail.com

³ Graduada em Enfermagem, Faculdades Integradas-Asmec- Ouro Fino- MG- gerlyany@hotmail.com

⁴ Cira Cardoso de Freitas- Enfermeira Mestrando em Oncologia pediátrica- Áreas de atuação: Supervisora de Estágio no Curso Técnico de Enfermagem na Escola Técnica Global- Campinas-S P. ciraenfermeira@hotmail.com

⁵ Eliene Maria Rosa gomes- Especialização Latu Sensu Enfermagem em Nefrologia- Áreas de Atuação: Enfermeira na Fundação Centro Médico de Campinas e Supervisora de Estágio na Técnica Global- Campinas- SP- elienegomes.setembro@gmail.com

ABSTRACT

This paper aims at discussing female sexual dysfunction, and how this problem can affect the life and the everyday women, also affecting the physical and the psychological. Individually, sexuality is influenced by family, society, religious beliefs, and changes with age, state of health and personal experiences. However, many professionals are not prepared to assess the sex lives of their patients, or feel uncomfortable in addressing sexuality or because they are unaware of the techniques. Sexual dysfunction in women is defined as any disorder related to sexual desire, arousal, or orgasm, and sexual pain that results in personal suffering, and impact on quality of life. The causes of sexual dysfunction can be psychological, interpersonal conflicts, personal, by contextual factors or psychological, can also be of biological or organic cause in hormonal disorders.

KEYWORDS : Sexuality, Sexual Disorders, Women's Health.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo discutir la disfunción sexual femenina, y cómo este problema puede afectar a la vida y las mujeres todos los días, afectando también el físico y el psicológico. Individualmente, la sexualidad está influida por la familia, la sociedad, las creencias religiosas, y cambia con la edad, estado de salud y las experiencias personales. Sin embargo, muchos profesionales no están preparados para evaluar la vida sexual de sus pacientes, o se sienten incómodos al abordar la sexualidad o porque no son conscientes de las técnicas. La disfunción sexual en las mujeres se define como cualquier trastorno relacionado con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor sexual que se traduce en sufrimiento personal, y el impacto en la calidad de vida. Las causas de la disfunción sexual pueden ser psicológicas, conflictos interpersonales, personales, tanto por factores contextuales o psicológicas, también pueden ser de causa biológica u orgánica en trastornos hormonales.

Palabras clave: Sexualidad, trastornos sexuales, Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

Mendonça *et al* (2012) citam que para a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade pode ser influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e até espirituais. Além disso, se constitui como um aspecto fundamental do ser humano, e envolve identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

De acordo com Lara *et al* (2008) a saúde sexual pode ser de suma importância para a longevidade das relações afetivas, assim como parte da saúde global e bem estar do indivíduo. Nos dias atuais, independente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo vem demonstrando sua importância, que vai muito além da finalidade reprodutiva.

A sexualidade é vivida e se expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, além de ser manifestar através dos papéis e relacionamentos, embora nem todos possam ser experimentados ou expressados ao longo da vida (MENDONÇA *et al*, 2012).

O mesmo autor cita ainda que o termo Disfunção Sexual Feminina (DSF) pode indicar uma ampla variedade de condições clínicas, o que inclui desejo sexual hipotativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispa reunia e vaginismo, e que podem ser agravados pela diminuição acentuada na qualidade de vida e relações interpessoais.

Vale salientar que por muito tempo esse assunto foi tratado de forma errônea e na maioria dos casos, a mulher tinha receio de procurar uma ajuda especializada, o que acabava acarretando outros problemas de ordem emocional e física.

Mas, nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido com mais frequência aos cuidados médicos, e vem buscando soluções para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual. Porém, ainda menos de 10% dos médicos têm a iniciativa de intervir nas queixas sexuais de suas pacientes (LARA *et al*, 2008).

A DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

De acordo com Moreno (2009) a sexualidade está presente desde o nascimento, e seu desenvolvimento ocorre ao longo da vida, em fases que se sucedem por meio de contatos que o ser humano estabelece consigo e com o meio em que vive. Sendo assim a atividade sexual não é um estado estável, mas pode variar e se modificar de acordo com a cultura e a época ao longo da vida do indivíduo.

Segundo Pasqualotto *et al* (2005) no caso da mulher, a DSF se manifesta por uma falha em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, o que pode envolver o desejo, excitação e orgasmo.

A sexualidade pode influenciar a saúde física e mental, e sendo afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. Sendo assim, o transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual, que envolve o desejo, excitação, orgasmo e resolução, pode acarretar o surgimento das disfunções sexuais (LARA *et al*, 2008).

É um problema que pode ser caracterizado por alteração dos componentes orgânicos e/ou fisiológicos da resposta sexual normal. Essas alterações podem ser de causa orgânica ou psicossocial, manifestando danos ao seu componente orgânico. Pode-se afirmar, ainda, que a disfunção sexual pode ser considerada um "bloqueio" podendo ser parcial ou total da resposta sexual normal do indivíduo (MORENO, 2009).

A DSF também pode resultar em angústias pessoais, dificultando tanto as relações interpessoais quanto a qualidade de vida. As desordens sexuais são problemas de ordem médica, com causas múltiplas e multidimensionais, e sem dúvida, estão associadas à saúde física e emocional (LARA *et al*, 2008).

Segundo Ferreira *et al* (2007) existe ainda uma falta de conhecimento sobre a própria sexualidade, além de uma desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, que envolvem problemas de ordem pessoal e, sobretudo conflitos conjugais, o que acaba desencadeando outros problemas emocionais, alterando assim, sua resposta sexual.

A DSF também pode causar alterações vasculares, que como consequência podem ocasionar a diminuição no fluxo sanguíneo da vagina e do clitóris, o que provoca um enrijecimento e esclerose de suas artérias cavernosas interferindo na resposta de relaxamento e dilatação que ocorre frente a um estímulo sexual (FERREIRA *et al*, 2007).

De uma forma geral, todas as queixas apresentadas devem ser levadas em consideração, aumentando a atenção do profissional, que precisa orientar o paciente de forma a tirar dúvidas e quebrar tabus, pois na maioria das vezes, a sexualidade ainda se apresenta como um assunto vergonhoso e proibido.

CAUSAS DA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Como já foi citada a DSF feminina pode apresentar fatores psicológicos e biológicos, influenciando de forma negativa a excitabilidade sexual feminina.

Nesse contexto, pode-se citar a influência dos hormônios, entre eles, o principal, a testosterona, que é de suma importância. Nas mulheres, metade da produção de testosterona, é dos ovários, onde a diminuição desta produção está ligada a redução da excitabilidade sexual sensibilidade, genital e orgasmo. Essa diminuição também pode levar a perda dos pelos púbicos, diminuição da mucosa vaginal e diminuição geral da sensação de bem estar sexual (BANCROFT, 2005).

Por isso, essa alteração pode acarretar efeitos na saúde geral e funções sexuais, acarretando sintomas como: diminuição da libido, fadiga inexplicada e persistente, e uma diminuição do bem estar geral. Pode ocorrer ainda osteopenia, osteoporose e diminuição de massa muscular (LARA *et al*, 2008).

Sem dúvida, existe uma série de eventos fisiológicos na vida de uma mulher que podem alterar a função sexual. Por exemplo, na fase menstrual ocorre diminuição de atividade sexual, não necessariamente pela diminuição da excitabilidade, existem inúmeras explicações não hormonais para esta diminuição (BANCROFT, 2005).

No entanto, há um pico biológico de desejo sexual feminino considerável no período periovulatório, ligados ao aumento nos níveis séricos de testosterona e androstenediona (PASQUALOTTO *et al*, 2005).

A função sexual da mulher também pode ser alterada por outros inúmeros fatores, como traumas perineais, que são muito comuns em mulheres que já tiveram filho devido ao parto ou foram submetidas a outros tipos de cirurgias ginecológicas. Muitas mulheres que foram submetidas a parto normal podem sofrer de algum traumatismo perineal que pode afetar de forma negativa sua função sexual (BANCROFT, 2005).

Vale salientar também que o interesse e atividade sexual podem diminuir durante a progressão de uma gestação e na amamentação, onde as mulheres estão propensas a apresentar diminuição do desejo e dor no coito, o que ocorre devido à elevação dos níveis de prolactina pela lactação que inibe a função ovariana, resultando na diminuição dos níveis de testosterona e estrógeno (PASQUALOTTO *et al*, 2005).

Algumas condições médicas podem influenciar direta ou indiretamente, as dificuldades sexuais, como a depressão, que é considerada um dos maiores riscos para uma disfunção sexual, estando fortemente associada com a redução do impulso sexual, lubrificação vaginal e excitação. Pode-se citar ainda as doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, que também podem resultar numa disfunção sexual (PASQUALOTTO *et al*, 2005).

Os altos níveis de prolactina podem estar associados à infertilidade e a diminuição da libido, esta elevação pode ser fisiológica, durante a gestação e em períodos de stress, uso de farmacológicos, como o uso de neurolépticos, estrógenos, opióides, drogas antihipertensivas ou bloqueadores de canal de cálcio (LARA *et al*, 2008).

É importante frisar ainda, que a maioria dos tranquilizantes tem ação limitadora da função sexual, pela ação dopaminérgica. Outros medicamentos com base antipsicótica como a tioridazina e a flufenazina podem estar associadas às disfunções orgásmicas. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina causam diminuição do desejo sexual e causa inibição no orgasmo, ao contrario da fluoxetina, que pode levar a espontâneas sensações de orgasmo (PASQUALOTTO *et al*, 2005).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico em casos de DSF não é uma tarefa fácil, e a cesso por um médico sem formação em terapia sexual envolve em muitos casos um desconhecimento da anatomia e da resposta sexual, e todas as causas relacionadas a doenças ou condições fisiológicas que interferem na resposta (LARA *et al*, 2008).

A descoberta da DSF pode ser realizada através da anamnese, o que é fundamental, assim como as condições do(a) parceiro(a) e o contexto da relação, que precisam ser investigadas. É preciso ainda, fazer distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias, o que pode ser importante para o diagnóstico (ABDO; FLEURY, 2006).

De acordo com o DSMI-5 (2013) o diagnóstico de DFS pode estar baseado em três critérios principais:

- a) manifestações psicofisiológicas, ou seja, falta de orgasmo, falta de desejo sexual, dor durante a relação sexual e outros transtornos sexuais não especificados;
- b) acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal;

c) quando a perturbação não pode ser explicada por outro transtorno, que são os transtornos mentais propriamente ditos como neuroses e psicoses. E não se deve exclusivamente a efeitos fisiológicos diretos de drogas de abuso, medicamentos ou uma condição médica geral.

Podem ocorrer também alterações do fluxo sanguíneo, que acabam produzindo sintomas de secura vaginal e dispareunia. Quaisquer alterações no tônus dos músculos que formam o assoalho pélvico, em especial o músculo elevador do ânus e os músculos perineais podem determinar o surgimento de vários outros tipos de disfunções vaginais (FERREIRA *et al*, 2007).

É preciso iniciar uma investigação cuidadosa da paciente, levando em conta os fatores que acontecem com mais frequência, dando importância para o avançar da idade que pode afetar as fases do desejo e do orgasmo, assim como a profissão, que pode gerar estresse e interferir com o desejo sexual, além do nível socioeconômico e a cultura que modulam a expressão sexual (JUNQUEIRA *et al*, 2005).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a paciente sempre se queixa de não ter vontade de ter relação sexual, por isso é necessário identificar a fase da resposta sexual afetada, e assim estabelecer o tempo de ocorrência da disfunção, e ainda verificar se a queixa tem associação com algum acontecimento. Investigar a história sexual pregressa permite o acesso à expressão sexual prévia positiva ou negativa e a identificação de medicamentos, como antidepressivos, anticoncepcionais, entre outros que possam afetar a resposta sexual.

Ao término da investigação, é importante prestar atenção na feição da paciente, porque o interrogatório sexual pode gerar certo desconforto e aflorar sentimentos negativos em relação à sexualidade, o que pode precisar da intervenção do psicoterapeuta.

É de suma importância também reconhecer a motivação da paciente para a busca do tratamento, pois nem sempre a paciente procura ajuda para melhorar a sua qualidade de vida sexual, em alguns casos o faz por imposição do parceiro, ou por medo de separação, ou ainda com o propósito de manter sua família. A observância destes aspectos é fundamental para o sucesso do tratamento e para a avaliação do impacto que a intervenção pode gerar (LARA *et al*, 2008).

De uma maneira geral, a melhora das queixas sexuais pode ser percebida na mudança na aparência física, na atitude e na expressão facial da paciente (JUNQUEIRA *et al*, 2005).

POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA A DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Nos últimos dez anos a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com maior frequência, em busca de soluções para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial os que são relacionados à saúde sexual (LARA *et al*, 2008).

De acordo Abdo; Fleury (2006) um diagnóstico correto das DFS's femininas inclui a observação de uma série de fatores como a evolução do quadro, condições do parceiro, características do estímulo sexual levando em consideração o foco, duração e intensidade, assim como a observação se a disfunção é primária ou secundária, generalizada ou situacional.

De uma forma geral, o tratamento das queixas sexuais envolve medidas para o controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais e dificuldades com o parceiro, assim como medidas específicas em relação às queixas individuais (DIXON; DIXON, 2006).

Para Lara *et al* (2008) um dos primeiros passos para uma intervenção, pode-se optar por estratégias de primeira linha, que incluem: orientação sobre a anatomia da genitália e o esclarecimento sobre a resposta sexual humana, a prescrição de lubrificantes vaginais, a inclusão do parceiro em programas de informação sobre sua função sexual e sobre a função sexual feminina, assim como momentos de aconselhamento para uma mudança do estilo de vida.

É muito importante observar dados como a idade e experiência sexual da mulher que podem ser úteis para o diagnóstico. Além disso, pode ser fundamental que se tenha uma equipe multidisciplinar para realizar

a terapêutica, levando em consideração que devem ser oferecidos tratamentos medicamentoso, psicoterápico e orientação psicoeducacional, o que envolve uma minuciosa avaliação de cada caso antes de definir-se o tipo de tratamento (ABDO E FLEURY, 2006).

Algumas mulheres podem apresentar queixas de desconforto na relação sexual, o que pode apresentar uma indicação para a reposição estrogênica oral, que se beneficiam da prescrição do estrogênio tópico, que ajudam a melhorar o trofismo vaginal. Com o tratamento diário pode ocorrer uma melhora do pH, além do restabelecimento da flora e dos sintomas de secura vaginal e queimação, bem como dos sintomas urinários (LARA *et al*, 2008).

De uma forma geral, é sempre importante que a paciente procure profissionais especializados para apresentar suas queixas, e também se abrir com seu parceiro ou família, para que o tratamento possa ser aceito de forma mais natural, quebrando tabus que ainda possam existir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale salientar que as DFS's femininas podem ocorrer em qualquer faixa etária, porém não são bem diagnosticadas, ou porque as pacientes não se queixam devido à inibição ou porque o médico não investiga por constrangimento ou por não ter um entendimento sobre a resposta sexual humana.

A farmacoterapia para DFS feminina ainda se mostra bastante restrita. O médico quando bem orientado tem condições de abordar a saúde sexual da mulher usando de sua autoridade profissional fundamentada no conhecimento da anatomia, farmacologia e do comportamento humano.

Mesmo tendo conhecimento do seu problema, em muitos casos a mulher deixa de buscar ajuda devido a uma inibição. No entanto, um diagnóstico bem elaborado é indispensável para obter qualidade de vida, tanto mental quanto fisicamente, e nesse contexto, o conhecimento do seu próprio corpo e a exploração do corpo do parceiro são de grande importância, pois pode garantir uma intimidade saudável.

Todo ser humano precisa ter uma vida sexual saudável, o que é fundamental para a realização pessoal. Em todos os casos, as disfunções sexuais abalam a estrutura global do indivíduo, comprometendo de forma significativa, o bem estar e a qualidade de vida.

As patologias sexuais que são de conhecimento do ginecologista são muito restritas, e muitas vezes, esbarra na falta de conhecimento da anatomia genital e da resposta sexual humana, assim como a dor coital por afecções do trato genital e a disfunção sexual que podem ser consequências de uma depressão, e a patologias sistêmicas como diabetes, hipotireoidismo, hiperprolactinemias e outras.

Em casos específicos que envolvem forte repressão sexual e à violência sexual devem ser encaminhadas à terapia sexual associada à psicoterapia, além dos casos que não respondem à uma intervenção médica.

Enfim, muitos quadros de DFS's femininas já são bem conhecidos, porém, os recursos disponíveis para tal tratamento ainda são restritos. Por isso, é interessante pensar em novas pesquisas que podem vir a contribuir para mudança dessa realidade. Para isso pode-se sugerir futuras pesquisas, que busquem abordar os temas sobre a preponderância da maternidade e as decorrências na vida sexual da mulher, assim como a influência da comunicação assertiva entre os casais.

REFERÊNCIAS

1. ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832006000300006&script=sci_arttext; Visitado em: 13/05/2013.

2. BANCROFT, J. The endocrinology of sexual arousal. *Journal of endocrinology*. v. 186.p. 411-427. 2005. Disponível em: <http://joe.endocrinology-journals.org/content/186/3/411.full.pdf+html>; Visitado em: 01/10/2013.
 3. DIXON, K. D.; DIXON, P. N. The PLISSIT Model: care and management of 61. patients' psychosexual needs following radical surgery. **Lippincotts Case Manag.** 2006;11(2):101-6.
 4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (Trad. Cláudia Dornelles; 5 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2013.
 5. FERREIRA, A. L. C. G. *et al.* Prevalência das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, 7 (2): 143-150, abr. / jun., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292007000200004&script=sci_arttext; Visitado em: 15/03/2013
 6. JUNQUEIRA, F. R. R.; LARA, L. A. S.; ROMÃO, A. P. M. S.; SILVA, A. C. J. S.; ROMÃO, G. S.; FERRIANI, R. A. Implantação de um ambulatório de sexualidade em um serviço de ginecologia de hospital universitário: resultados após um ano. **Reprod Clim.** 2005; 20:13-6.
 7. LARA, L. A. S.; SILVA, A. C. J. S. R.; ROMÃO, A. P. M. S.; JUNQUEIRA, F. R. R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008; 30(6):312-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n6/08.pdf>; Visitado em 10/03/2013.
 8. MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – **Revisão de Literatura. FEMINA**, Março 2011, vol 39, nº 3. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2495.pdf>; Visitado em: 01/10/2013.
 9. MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2.ed. ver. e ampl. Brueri, SP: Manole, 2009.
 10. PASQUALOTTO, E. B. *et al.* Female sexual dysfunction: The important points to remember. **Clinics**. v. 60. n. 1. p. 51-60. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180759322005000100011&script=sci_arttext; Visitado em: 12/10/2013.
-