

## **Aspectos psicoemocionais que envolvem as mulheres com queixa de disfunção sexual**

### **Psycho-emotional aspects involving women complaining of sexual dysfunction**

DOI:10.34117/bjdv7n10-279

Recebimento dos originais: 20/09/2021

Aceitação para publicação: 20/10/2021

#### **Tenyлле Botelho Fernandes**

Graduanda em Medicina da Faculdade Santo Agostinho.

Instituição: Faculdade Santo Agostinho.

Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP: 45028-080

E-mail: tenyfernandes@gmail.com

#### **Lívia Gomes Menezes Garcia da Silva**

Graduanda em Medicina da Faculdade Santo Agostinho.

Instituição: Faculdade Santo Agostinho.

Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP: 45028-080

E-mail: livgomes28@gmail.com

#### **Déborah Cruz dos Santos**

Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal da Bahia

Instituição: Docente na Faculdade Santo Agostinho.

Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP: 45028-080

E-mail: deborah.santos@vic.fasa.edu.br

#### **Juliana Barros Ferreira**

Mestre em Tecnologia em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Instituição: Docente na Faculdade Santo Agostinho

Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP: 45028-080

E-mail: juliana.ferreira@vic.fasa.edu.br

#### **Zâmia Aline Barros Ferreira**

Mestre em Tecnologia em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Instituição: Docente da Faculdade Independente do Nordeste

Endereço: Av. Luís Eduardo Magalhães, 1305 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45055-030

E-mail: zamia@fainor.com.br

#### **Karla Cavalcante Silva de Moraes**

Graduanda em Medicina da Faculdade Santo Agostinho.

Instituição: Faculdade Santo Agostinho.

Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP:  
45028-080  
E-mail: karlacavalcantemed@gmail.com

**Eloisa Rocha Santos**

Graduanda de Fisioterapia no Centro Universitário faculdade de tecnologia e ciências  
Instituição: Centro Universitário faculdade de tecnologia e ciências  
Endereço: R. Ubaldino Figueira, 200, Recreio, Vitoria da Conquista – Bahia, CEP:  
45020-510  
E-mail: eloisa.santos720@gmail.com

**Carolina Ribeiro Barbosa**

Graduanda de Fisioterapia no Centro Universitário faculdade de tecnologia e ciências  
Instituição: Centro Universitário faculdade de tecnologia e ciências  
Endereço: R. Ubaldino Figueira, 200, Recreio, Vitoria da Conquista – Bahia, CEP:  
45020-510  
E-mail: barbosa.carolinaribeiro@gmail.com

**Glicia Lorena Castelo Banco de Andrade Assis**

Graduanda em Medicina do Centro Universitário Uni FTC  
Instituição: Centro Universitário UniFTC  
Endereço: Av. Luís Viana Filho, 8812 - Paralela, Salvador - BA, CEP: 41741-590  
E-mail: gliciacba@gmail.com

**Monize Menezes Palmeira**

Graduanda em Medicina do Centro Universitário Uni FTC  
Instituição: Centro Universitário UniFTC  
Endereço: Av. Luís Viana Filho, 8812 - Paralela, Salvador - BA, CEP: 41741-590  
Email: monizepalmeira@hotmail.com

**Leonardo Pereira Bastos**

Especialista em Saúde da Família  
Instituição: Faculdade Santo Agostinho.  
Endereço: Av. Olívia Flores, nº 200, Candeias, Vitória da Conquista – Bahia, CEP:  
45028-080  
E-mail: leonardo.bastos@vic.fasa.edu.br

**RESUMO**

**Introdução:** A sexologia é a ciência que estuda a sexualidade, sendo a sexualidade humana um conjunto das ciências biológica, psicológica e sociológica. Mesmo com uma frequência alta, a disfunção sexual feminina é pouco investigada, diagnosticada e tratada. **Objetivo:** Identificar as sensações e emoções presentes em mulheres adultas jovens que possuem diagnóstico de disfunção sexual. **Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo, de natureza exploratória, pautado por meio da pesquisa de campo, conduzida com seis informantes do sexo feminino, com idade de 25 a 44 anos. As participantes foram investigadas quanto ao modo como se sentem frente ao diagnóstico de disfunção sexual feminina. Os dados obtidos foram analisados por meio das respostas desses sujeitos em entrevista realizada pela pesquisadora. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados/Discussão:** A pesquisa evidenciou que as mulheres sentem além

de dores e desconforto, sensação de impotência e medo. Com o tratamento todas essas sensações diminuiriam. Outro fator a ser considerado é a relevância do apoio do parceiro durante todo o processo de descoberta e tratamento para disfunção sexual. **Considerações finais:** Conclui-se que as mulheres que tiveram diagnóstico de disfunção sexual apresentaram comprometimento psicológico e emocional. É de suma importância que mais estudos sejam feitos a cerca dessa temática.

**Palavras-chave:** Disfunção. Disfunção Sexual Feminina. Aspectos psicoemocionais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexology is the science that studies sexuality, human sexuality being a set of biological, psychological and sociological sciences. Even with a high frequency, female sexual dysfunction is poorly investigated, diagnosed and treated. **Objective:** to identify how sensations and emotions are present in young adult women who are diagnosed with sexual dysfunction. **Methods:** This is a qualitative, exploratory study, based on field research, conducted with six female informants, aged between 25 and 44 years. As participants, they were investigated as to how they feel about the diagnosis of female sexual dysfunction. Data obtained through the answers listed in an interview conducted by the researcher. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results / Discussion:** A survey showed that women feel, in addition to pain and discomfort, a feeling of impotence and fear. With the treatment all these sensations diminished. Another factor to be considered is an undertaking of the partner's support throughout the process of discovering and treating sexual dysfunction. **Final considerations:** It is concluded that women who are diagnosed with sexual dysfunction are psychologically and emotionally compromised. It is extremely important that more studies are carried out on this topic.

**Keywords:** Dysfunction. Female Sexual Dysfunction. Psycho-emotional aspects.

## 1 INTRODUÇÃO

A sexologia é a ciência que estuda a sexualidade, sendo a sexualidade humana um conjunto das ciências biológica, psicológica e sociológica. Baseado na biologia, todo ser humano ao ser exposto a um estímulo sexual deveria ter a condição de exercer a atividade sexual, porém, justamente por envolver outras ciências que interferem em sentimentos, desejos, emoções e sensações pessoais, cada indivíduo pode apresentar uma resposta diferente e bem particular (CARTEIRO; SOUSA; CALDEIRA, 2016; FLEURY; ABDO, 2012; PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017).

A sexualidade pode interferir em diversos aspectos na vida de uma mulher, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um indicador de qualidade de vida, que engloba o sexo, identidades e papéis de gênero, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Importante reconhecer que cada vez mais se discute o aspecto prazeroso da sexualidade, tentando estudar suas formas, seus significados e repercussões, como

também as disfunções relacionadas ao sexo, para além da sua função de reprodução (CARTEIRO; SOUSA; CALDEIRA, 2016; WOLPE et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A resposta sexual feminina sofre interferência tanto de processos psicológicos quanto somáticos, podendo ser uma resposta positiva ou negativa (PEREIRA; DE OLIVEIRA E SILVA; NARDI, 2010) O ciclo de resposta sexual foi descrito inicialmente por Masters e Johnson em 1966 com quatro fases, que são a excitação, platô, orgasmo e resolução. A partir desse modelo, Helen Kaplan em 1979 trabalha o desejo como sendo uma fase que precede a excitação e atualiza para um modelo trifásico, composto pelo desejo, excitação e orgasmo (RIBEIRO; MAGALHÃES; MOTA, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Qualquer alteração em uma dessas fases descritas acima pode levar a uma Disfunção Sexual Feminina (DSF). A OMS, no Código internacional de doenças (CID-10) traz o conceito de DSF como sendo uma não participação da atividade sexual como a mulher desejaria. A DSF promove alterações desde a falta de interesse pela atividade sexual, que compromete o desejo sexual e dificulta a vivência do momento de excitação, podendo causar dor durante a relação sexual, assim como pode dificultar o relaxamento vaginal, e muitas vezes a mulher sequer vivencia o orgasmo (FLEURY; ABDO, 2012; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

As DSF incluem disfunções do desejo que podem ser o desejo sexual hipotivo ou aversão sexual, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo e disfunção da dor que engloba a dispareunia, o vaginismo e a dor sexual não coital. Elas estão descritas no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). Os critérios comuns a todas essas disfunções levam em consideração que a alteração presente na mulher, seja persistente ou recorrente; cause um sofrimento pessoal e interpessoal (CARVALHEIRA; GOMES, 2011; LARA et al., 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As disfunções sexuais femininas podem ser consideradas como primárias, quando ocorre desde a primeira exposição a atividade sexual ou secundárias que se apresenta após a portadora já ter vivenciado um período sem a queixa. As causas de disfunção primárias estão relacionadas a causa orgânica incapacitante ou a educação sexual punitiva, educação religiosa radical e a vivência de trauma violento antes de iniciar a vida sexual. Enquanto as causas das disfunções secundárias estão relacionadas a conflitos relacionais, trauma violento principalmente relacionado a atividade sexual, e ainda como como

consequência de uma patologia que leve a um comprometimento do desempenho sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017).

A American Psychiatric Association (2014), através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5<sup>o</sup> edição (DSM-V), classifica as DSF pelos transtornos do desejo sexual; transtorno da excitação sexual; transtorno do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos.

Os transtornos do desejo sexual podem ser o transtorno do desejo sexual hipoativo, que se apresenta pela falta de desejo sexual ou pela falta de interesse em ter atividade sexual e ainda pela ausência de fantasias sexuais; e o transtorno de aversão sexual quando a mulher apresenta aversão até mesmo do contato sexual, evitando-o. O transtorno da excitação feminina também está relacionado a falta de interesse pela atividade sexual, pela não iniciativa a atividade sexual e redução nas sensações genitais e não genitais durante a atividade sexual.

O transtorno do orgasmo feminino se configura pela ausência ou retardo do orgasmo. É importante investigar se a mulher já experimentou ou não o orgasmo e relaciona-lo com toda atividade sexual, desde a masturbação, ao contato físico, a estímulos sexuais, e a penetração. Esse transtorno pode ser recorrente ou persistente. Os transtornos de dor podem se apresentar pela dispareunia – que é a dor genital durante qualquer momento da atividade sexual; e pelo vaginismo que se apresenta como contrações involuntárias recorrente ou persistente dos músculos do períneo quando se inicia a penetração vaginal.

Em sua pesquisa, McCabe et al.,(2016) fizeram um levantamento de estudos sobre disfunção sexual no mundo. O que eles encontraram foi uma média de 40% a 50% de prevalência de DSF independentemente da idade. Sendo que com o aumento da idade, a presença da disfunção se torna mais frequente. O transtorno mais comum foi o de interesse e desejo e o menos frequente, o transtorno relacionado a dor, seja a dispareunia ou o vaginismo.

No Brasil, Wolpe et al., (2017), em um estudo de revisão sistemática sobre a prevalência das DSF no Brasil encontraram a mesma média mundial, porém, quando se olha por regiões, obteve-se uma variante entre 13,3 a 79,3 de presença de DSF. Essa diferença foi vista de acordo com as regiões, sendo a maior taxa encontrada na região nordeste. Das disfunções estudadas a de maior prevalência foi o desejo sexual hipoativo prevalente em até 75% das mulheres com DSF.

Mesmo com uma frequência alta, a disfunção sexual feminina é pouco

investigada, diagnosticada e tratada (PRADO; MOTA; LIMA, 2010). Profissionais ginecologistas muitas vezes não abordam as pacientes sobre a qualidade sexual até mesmo por receio, vergonha, ou mesmo falta de conhecimento na área (FLEURY; ABDO, 2012; MENDONÇA et al., 2012).

Diante de tais considerações, fica exposta a necessidade de estudar um problema de saúde sexual pouco explorado, tanto na academia, quanto na sociedade. Dessa forma, este artigo objetiva verificar, a partir da percepção de seis mulheres que estão em tratamento para disfunção sexual, as suas sensações e emoções frente a esse diagnóstico.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. De acordo com Minayo (2001, p. 22) esse tipo de pesquisa trabalha com aquilo que não pode ser quantificado, com fenômenos que não podem ser “reduzidos à operacionalização de variáveis”. Assim, por ser um trabalho de natureza exploratória foi realizado levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado. Este tipo de estudo visa proporcionar maior conhecimento sobre o assunto para o pesquisador, permitindo, dessa forma, uma visão geral sobre um determinado fato (GIL, 2019).

A amostra foi aleatória, por conveniência, com seis mulheres que estão sob tratamento para disfunção sexual em duas clínicas da cidade de Vitória da Conquista, Bahia, compostas por equipe multiprofissional, que oferecem, entre outros serviços, uma atenção à saúde da mulher. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, com cada entrevistada individualmente, a fim de preservar sua intimidade.

Os critérios de inclusão foram mulheres acima de 18 anos de idade, que possuíam uma vida sexual ativa e estavam em tratamento para disfunção sexual, como citado anteriormente. Os critérios de exclusão foram mulheres menores de idade e aquelas que já passaram pela menopausa ou que já tiveram sintomatologia da menopausa e ainda as que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em consultório privativo, por meio de entrevista norteada por roteiro semiestruturado contendo 10 questões abertas. Isso permitiu ao entrevistador uma condução da entrevista sem uma rigidez a um questionário e ao entrevistado uma maior liberdade de expressão nas respostas. Foi utilizado gravador portátil, manuseado pelo pesquisador, após autorização e assinatura de duas cópias do TCLE, sendo uma do pesquisador e outra, disponibilizado para a informante.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, tal estudo atendeu às exigências éticas que obedecem às diretrizes da presente Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado com parecer de nº 4735727.

Para a discussão dos resultados, as informantes foram identificadas por ordem de entrevista, de forma a garantir o anonimato, conforme previsto na resolução supracitada.

Ressalta-se que a análise e discussão dos resultados foram iniciados após a leitura minuciosa dos depoimentos transcritos posteriormente às gravações das entrevistas. Nesta etapa do estudo foi possível mapear as falas pela organização dos temas abordados nos relatos das participantes, onde emergiram 03 categorias: sensações e emoções frente ao diagnóstico; tratamento das disfunções; e, impactos e a contribuição do parceiro sexual frente ao diagnóstico.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa representam uma pequena, mas significativa, parcela de mulheres que sofrem com o diagnóstico, tratamento e fatores emocionais da disfunção sexual na cidade de Vitória da Conquista, Bahia. A metodologia mostrou-se satisfatória ao levar em conta o método qualitativo de acordo com a perspectiva de mulheres que estão em tratamento para DSF.

A idade das mulheres que participaram da pesquisa variou entre 25 e 44 anos. Apresentaram os seguintes níveis de escolaridade: três graduadas, duas mestres e uma doutora. Em relação ao estado civil, três das entrevistas eram casadas e as outras 3 solteiras.

No que se refere ao tempo de tratamento, obteve-se uma resposta bastante variável; onde o tempo mais curto foi de uma semana e meia e o tempo mais longo foi de quatro anos.

#### **Categoria 01 - Sensações e emoções frente ao diagnóstico**

A primeira categoria, evidenciou que todas as entrevistadas tiveram sensações em comum, como dor e dificuldade em serem diagnosticadas, além do processo árduo de aceitação. A seguir, alguns trechos de suas falas a respeito:

“Eu sempre tive os sintomas, só que eu não sabia o que era, entendeu? Então, na verdade, teve como eu me senti antes e depois do diagnóstico, que foram duas coisas totalmente diferentes (...) antes do diagnóstico, eu não sabia que aqueles sintomas eram

meus, eu não entendia, tinha momentos que eu achava que eu sentia aquilo e que todas as mulheres tinham (ENTREVISTADA n° 1).”

“Eu sentia dores, não achava que estava lubrificada o suficiente, orgasmo já não vinha como vinha antes, aí eu passei a começar a procurar, né?! Aí você fica tipo assim “eu sou a errada? Eu estou errada? O que está acontecendo? Falta amor?” né?! Aí você fica com aquelas dúvidas que você fala “eu não amo mais o meu marido? E agora? O que está acontecendo? É alguma coisa mais grave?” né?! A gente pensa um monte de coisas (ENTREVISTADA n° 2)”.

“Eu já fui em ginecologista e elas sempre colocavam assim, que era só relaxar, somente relaxar, e não é só assim, e eu fui ficando cada vez mais deprimida, aí eu comecei a pesquisar na internet e ouvi falar de vaginismo, e comecei a ler a respeito disso, e vi que eu tinha tudo aquilo que as mulheres colocavam nos depoimentos e tal. Nesse processo eu tive depressão, comecei fazer terapia, comecei a fazer o tratamento e tal. E um dos motivos era por conta disso, sabe? Porque eu não encontrava algum profissional que me encaminhasse, que fizesse um tratamento (ENTREVISTADA n° 3).”

“Eu acho que o principal impacto é emocional, que é aquela sensação, no meu caso né? Que foi muita dor. Aquela sensação de que meu Deus, essa dor nunca vai passar, o quê que vai ser da minha vida daqui pra frente? E assim, a questão sexual era algo que me preocupava, mas a qualidade de vida era a que estava mais impactada, até do que a questão sexual (ENTREVISTADA n° 4).

“Desde minha primeira relação sexual, eu sentia muita dor. Isso aos 16 anos. Aos 20 resolvi conversar com minha ginecologista sobre isso. Ela me disse que a dor iria passar. Que a dor era por eu ser muito nova ainda. Procurei uma outra ginecologista. E foi aí que ela me diagnosticou. Eu me senti mal no início. No sentido de decretar que eu era o problema. Mas depois de estudar um pouco, e entender que isso é mais comum do que se pode imaginar e que eu poderia fazer algum tratamento, comecei a aceitar e a querer o tratamento (ENTREVISTADA n° 5)”.

“Me lembro que eu sentia muita dor. Aliás, voltando na história, lembro que eu sempre tive dores fortes durante a menstruação desde quando menstruei a primeira vez. Quando comecei a ter relação sexual, a dor na relação era bem forte também. Mas no fundo eu me perguntava o porquê das dores, o que eu fazia de errado? Se eu não tinha tesão pelo meu namorado, sabe? Porque só a penetração que não era boa. Às vezes eu perdia até a vontade achando que eu não tinha desejo por ele (ENTREVISTADA n° 6)”.

O relato de dor está presente em todas as participantes desta pesquisa. Neles, estão presentes também a ausência de familiaridade com a referida disfunção, tema pouco debatido não só na sociedade, mas, aparentemente, por parte dos profissionais de saúde. Todas as mulheres afirmaram ter tido atendimento com ginecologistas que não evidenciaram ou sequer cogitaram a possibilidade de tal diagnóstico frente à desconfiança da paciente, embora Junior, Souza e Leite (2014, p. 98) afirme que “as dificuldades para se dar o diagnóstico precoce no vaginismo se dá em decorrência de que, por muitas vezes, as pacientes não relatam ao profissional de saúde suas queixas e, geralmente, os médicos demonstram-se constrangidos com a investigação da disfunção”.

No que diz respeito ao aspecto emocional frente ao diagnóstico, todas, sem exceção, apresentaram algum dano psicológico. Constatamos sentimento de impotência de não conseguir ou sentir vontade de praticar relação sexual, além do medo de se relacionar e se abrir com seus parceiros sexuais. Algumas relataram ter sido a dificuldade em lidar com o diagnóstico a causa da perda de determinada relação afetiva. Sobre essa relação, por exemplo, da DSF com as relações afetivas praticamente não é discutida na literatura, tornando ainda mais imprescindível a presente discussão.

### **Categoria 02 - Tratamento das disfunções**

A segunda categoria sobre o tratamento das disfunções, demonstrou sucesso e alívio unânime do incômodo e dor que a DSF trazia, como elas mesmas relataram:

“No começo foi muito difícil, tipo assim, eu não tenho como chegar e te falar assim “Depois do tratamento foi só alegria, foi assim, foram fases, no começo do tratamento eu ainda estava abalada por conta de entender o que estava acontecendo, né?! O começo do tratamento me exigiu muito, depois eu tive uma fase do tratamento em que eu estava no relacionamento afetivo e isso me jogou no fundo do poço, por contextos diversos, e depois eu cheguei em uma fase do tratamento libertadora, em que o tratamento ficou uma coisa mais leve, em que eu tive a oportunidade até de entender mais, de ter informações sobre como acontece com outras meninas e conseguir encontrar profissionais que eu me adaptasse (ENTREVISTADA nº 1)”.

“Como fiquei parada sem tratamento todo esse período, comecei a ter alguns incômodos. Voltei na minha ginecologista e ela me recomendou retomar a fisioterapia e os medicamentos. E é incrível como logo meu corpo sinaliza a diferença. Ainda está recente. Voltei tem algumas sessões com a fisioterapia e reiniciando o medicamento, mas

já percebo mudanças, por exemplo, na dor, na relação sexual. Sei que pode melhorar muito mais ainda (ENTREVISTADA n° 2)”.

“Como eu queria muito, eu vim muito aberta. Eu queria começar logo, eu queria me tratar, então eu senti um alívio muito grande no início, sabe? Porque a minha parte eu estava fazendo, eu estava querendo me tratar e foi um alívio muito grande (ENTREVISTADA n° 3)”.

“Assim, a dor melhorou uns 70/80% já. Foi muito rápido a melhora (ENTREVISTADA n° 4)”.

“Minha vida mudou completamente. Primeiro em me aceitar me conhecer melhor. Vejo até pela postura com meu namorado atual. E posso lhe dizer que tive meu primeiro orgasmo, com esse namorado que foi depois do tratamento (ENTREVISTADA n° 5)”.

“No início, eu demorei um pouco pra ver melhora. E aí ela pediu para ficar um período sem ter penetração na relação. Ali, tive a certeza de que não melhoraria nunca. Fiquei pra baixo. E era meu marido mesmo que me colocava sempre pra cima. Na época, ainda éramos só namorados. Depois comecei a ter menos dor. Minha vida mudou completamente. Não só eu, meu marido fala o tempo todo, o quanto que é nítido o meu bem estar depois do tratamento. E é verdade. Me sinto muito melhor. Cheia de vida (ENTREVISTADA n° 6).

Embora todas as entrevistadas tenham dito sobre a presença, ainda, da dor no início do tratamento, todas obtiveram sucesso em relação ao desconforto presente. Mesmo aquelas que se submeteram ao tratamento há pouco tempo, como a entrevista 3, que teve o início há poucos meses e a entrevistada 4, que tinha apenas uma semana e meia na data da entrevista. Aquela, sentiu alívio ao saber que, enfim, estava se tratando, e esta relatou ter tido uma melhora bastante significativa em relação à dor.

De fato, sobre o tratamento, há inúmeros estudos na literatura com indicativos de melhoras por meio da fisioterapia. De acordo com Alcântara e Bastos (2019, p. 5) “a fisioterapia uroginecológica exerce um papel importante no tratamento, com os exercícios cinesioterapêuticos são trabalhadas a percepção e coordenação dos músculos do assoalho pélvico, para a adequada utilização da musculatura e execução das contrações durante o ato sexual”. Delgado, Ferreira e Sousa (2015, p. 50) também afirmam que “a cinesioterapia para a musculatura do assoalho pélvico tem papel importante já que preconiza a rearmonização e reeducação da mesma através de contrações isoladas desses músculos associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração adequada”. Ou

seja, por meio do tratamento fisioterapêutico, com a mudança das posturas torna-se mais fácil controlar músculos específicos.

### **Categoria 03 - Impactos e a contribuição do parceiro sexual frente ao diagnóstico**

Por fim, a última categoria, apresentou distintos relatos, pois, algumas das participantes possuem parceiros sexuais, outras, não. No entanto, todas descreveram como a relação com a DSF teve impacto em suas relações sexuais/afetivas, sejam elas atuais ou antigas.

“Eu consegui encontrar nos meus relacionamentos uma forma de ter, você encontra um caminho, sabe? E com os meus outros parceiros isso era natural. Quando eu fiquei solteira e tive um parceiro novo, isso não foi natural, então eu tive um encontro em que eu não conseguia ter relação. Hoje eu estou ótima, hoje eu estou bem avançada no tratamento (...) eu já consegui ter relação sem dor agora recentemente (ENTREVISTADA nº 1)”.

“Meu marido sempre foi muito aberto de que está me incomodando, estou sentindo isso, estou sentindo aquilo e ele entender e falar “vamos procurar ajuda, né?! “Então, assim... eu posso dizer que eu fui uma privilegiada. Meu marido é aquele que vai no preventivo comigo. Sempre foi, sempre me acompanhou. E assim... nós conversamos muito sobre tudo, sobre o que está bom e sobre o que não está bom. (ENTREVISTADA nº 2).

“No início ele pensava que o problema era ele. No início ele até começou achar que eu não gostava mais dele; e eu explicava para ele que não, e tal. Mas ele teve muita paciência. Eu posso dizer que no geral ele foi muito paciente comigo, sabe? E me auxiliou muito, me ajudou muito. Teve esses momentos que ele pensava que o problema era com ele e tal porque a gente nunca tinha ouvido falar nisso. Nenhuma mulher fala sobre isso, nenhuma. Eu nunca tinha ouvido falar (ENTREVISTADA nº 3)”.

“Partiu dele a questão de não ter relações sexuais, porque ele falou “não vamos nem tentar, então” porque, né?! se já está sentindo dor espontaneamente, aí não vale a pena. E aí me incentivou a procurar logo atendimento médico, né?! (ENTREVISTADA nº 4).

“Quando começamos a ter relação sexual eu já estava em tratamento. Ou seja, não tivemos relação na minha fase ruim. Ele reconhece que a relação sexual melhorou muito com o decorrer do tempo. Ele mesmo fala que estou muito mais confiante. Que me entrego mais. Que o busco mais. Fico bem feliz com isso. Porque não era assim de jeito

nenhum. Eu tinha medo só de imaginar a relação sexual. Era uma certeza que eu sentiria dor (ENTREVISTADA nº 5)”.

“Era impossível me relacionar sexualmente com alguém sem que soubessem dos meus sintomas, pelo que te falei da dor em algumas posições. Eu tinha que jogar aberto. Tive um namorado antes de meu marido e contei. Não sei nem explicar direito. Mas acho que ele achava que era por falta de química entre a gente e acho que esse foi o real motivo do término. Com o meu marido, foi mais fácil, ele foi super compreensivo. Sempre foi muito parceiro. Eu já estava com ele quando comecei a investigar meus sintomas... ele quem me incentivou muito pra eu procurar uma ginecologista que trabalhasse com essa área. Foi comigo na consulta, inclusive (ENTREVISTADA nº 6)”.

Todas que possuem relação afetiva afirmaram que os seus parceiros as apoiaram. No entanto, até mesmo as que descreveram suas relações passadas, relataram algum tipo de constrangimento frente ao problema. Percebemos que a relação sexual e emocional está fortemente ligada, uma vez que alguns parceiros chegaram a achar que o problema advinha deles ou que as dores e desconforto causadas pela DSF eram oriundas da falta de desejo ou sentimento por parte da mulher.

Como dito anteriormente, há grande escassez de estudos que evidenciam e tratam a DSF a partir da dinâmica da mulher que sofre com tal diagnóstico em suas relações afetivas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A disfunção sexual causa desconforto nas mulheres não só a nível fisiológico, como também a nível psicológico. Por se tratar de um tema pouco debatido, as mulheres possuem demasiada dificuldade em cogitar o possível diagnóstico. E quando é confirmado, a surpresa diante da falta de informação dificulta o processo de aceitação e esperança de um tratamento positivo. Diante dessa realidade, esta pesquisa contribui com a mudança na escassez de estudos que evidenciam aspectos psicoemocionais em mulheres que apresentam disfunção sexual. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de maior atenção e diálogo por parte dos profissionais da área de saúde, além da seriedade que tal tema deveria representar numa sociedade machista que, por muitas vezes, reduz o ato sexual apenas à penetração.

## REFERÊNCIAS

- ALCANTÁRA, Ana Paula Costa. BASTOS, Camila Fernanda. **Abordagem fisioterapêutica no tratamento do vaginismo**. 2019. 17f. Artigo (Bacharelado em Medicina) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. Brasília, DF. 2019. Disponível em: <[https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/372/1/Ana\\_Alc%C3%A2ntara\\_0003850%20\\_Camila%20Bastos\\_0002481.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/372/1/Ana_Alc%C3%A2ntara_0003850%20_Camila%20Bastos_0002481.pdf)>. Acesso em: 08 de set. 2021.
- CARTEIRO, D. M. H.; SOUSA, L. M. R. DE; CALDEIRA, S. M. A. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 165–173, 2016.
- CARVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A. A disfunção sexual na mulher. In: OLIVEIRA, C. F. (Ed.). **Manual de ginecologia**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia, 2011. p. 119–34.
- DELGADO, Alexandre Magno. Ferreira, Isaldes Stefano Vieira. Sousa, Mabel Araújo de. Recursos Fisioterapêuticos Utilizados no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v. 4, n. 1. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614/588>>. Acesso em 07 de set. 2021.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 17, n. 3, p. 133–137, 2012.
- GIL, A. CARLOS. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- JUNIOR, Adalberto Gomes Pereira. SOUZA, Diedja Cleide da Silva. LEITE, Luanalice dos Anjos. O Vaginismo como problema de saúde a ser resolvido na ótica fisioterapêutica e multidisciplinar: uma revisão narrativa. **Revista Ciência em Movimento**, n. 33, v. 16. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2016/v21n2/a5592.pdf>>. Acesso em: 08 de set. de 2021.
- MCCABE, M. P. et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. **Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 2, p. 144–152, 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica 26: Saúde sexual saúde reprodutiva**. Brasília: 2013
- PEREIRA, V. M.; DE OLIVEIRA E SILVA, A. C.; NARDI, A. E. Transtorno da excitação genital persistente: Uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 223–232, 2010.
- PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 139–143, 2010.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - Prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 29, n. 1, p. 16–24, 2013.

WOLPE, R. E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 211, p. 26–32, 2017.