

PERFIL E QUALIDADE DA RESPOSTA SEXUAL EM MULHERES E O CONHECIMENTO ACERCA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA

PROFILE AND QUALITY OF SEXUAL RESPONSE IN WOMEN AND KNOWLEDGE ABOUT PELVIC PHYSIOTHERAPY

Suzane Amanda Turchetti **Kinoshita** , Luciana Cristina Rafael **Ognibeni** 

UNINGÁ - Centro Universitário Ingá, Maringá, PR, Brasil.

*suzaneamanda_93@hotmail.com

RESUMO

A sexualidade faz parte dos domínios da qualidade de vida e pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo a violência sexual. As fases da resposta sexual englobam o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução, e qualquer alteração em uma dessas fases pode cursar com uma disfunção. No Brasil, a disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e impacto negativo sobre a qualidade de vida. Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil e a qualidade da resposta sexual em mulheres, bem como avaliar o conhecimento acerca da fisioterapia pélvica por parte das avaliadas. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter transversal realizada com 46 mulheres com vida sexual ativa e idade entre 20 e 45 anos. Através deste estudo, pode-se observar que a violência sexual pode ser um fator de risco para disfunção sexual, porém não houve correlação nesse estudo, e identificou-se que todas as mulheres encontravam em fase reprodutiva e apresentaram algum grau de risco para desenvolvimento de disfunção sexual e apenas 6,8% referiram ter algum conhecimento sobre a fisioterapia pélvica.

Palavras-chave: Disfunção Sexual. Fisioterapia pélvica. Questionário IFSF.

ABSTRACT

Sexuality is part of the domains of quality of life and can be influenced by several factors, including sexual violence. Phases of sexual response encompass desire, arousal, orgasm and resolution, and any change in one of these phases may occur with a dysfunction. In Brazil, sexual dysfunction is considered a public health problem due to its high prevalence and negative impact on quality of life. Therefore, the aim of this study was to identify the profile and quality of sexual response in women as well as to evaluate the knowledge about pelvic physiotherapy on the part of the evaluated ones. This is a cross-sectional exploratory research conducted with 46 women with active sexual life and age between 20 and 45 years. Through this study, it can be observed that sexual violence may be a risk factor for sexual dysfunction, but there was no correlation in this study, and it was identified that all women were in the reproductive phase and presented some degree of risk for the development of sexual dysfunction and only 6.8% reported having some knowledge about pelvic physiotherapy.

Keywords: FSFI Questionary. Pelvic Physiotherapy. Sexual Dysfunction.

INTRODUÇÃO

Atualmente a abordagem da sexualidade é cada vez mais valorizada, uma vez que a mesma faz parte dos domínios da qualidade de vida e, mais do que uma mera função biológica reprodutiva, é uma fundamental experiência humana que engloba o prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas, podendo ser influenciada por diversos fatores do tipo: anatômicos, fisiológicos, psicossociais e culturais, bem como relacionamentos interpessoais e experiências de vida (PHILLIPS, 2000; LORENZI; SACIOTO, 2006).

Na visão de Lopes, Cavalcanti e Andrade (1992), as sensações sexuais femininas podem ser desencadeadas por vários tipos de estímulos e a partir disso se dá a resposta sexual feminina que se expressa através de uma sucessão de fases – desejo, excitação, orgasmo e resolução – que se manifestam de forma fisiológica e sequenciada, interligadas entre si, completando assim o ciclo de resposta sexual humana.

A fase do desejo é a primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina e sua fisiologia ainda é pouco compreendida, porém é razoavelmente esclarecida por sua mediação hormonal. A base hormonal do impulso sexual feminino se relaciona com o androgênio, uma vez que seus baixos níveis podem alterar esses impulsos, bem como da testosterona que também é capaz de estimular a atividade sexual. Além disso, o desejo também é estimulado pelo comprometimento e cumplicidade entre os parceiros, ressaltando a importância da intimidade entre o casal (DAVIS, 2000; FERREIRA *et al.*, 2007 *apud* BASSON, 2000).

A segunda fase é da excitação, que consiste na preparação para o ato sexual, o sistema nervoso autônomo parassimpático proporciona o relaxamento da musculatura lisa vaginal, fazendo com que haja vasocongestão e miotomia. Após o estímulo sexual, ocorre a liberação neurogênica e endotelial de óxido nítrico que aumenta o fluxo sanguíneo na artéria clitoridiana e a pressão intracavernosa no clitóris, permitindo a sua alta sensibilidade. Com isso, há incremento do transudato vaginal que é responsável pela lubrificação, culminando na formação da plataforma orgástica (FERREIRA *et al.*, 2007).

O orgasmo é descrito como a mais prazerosa das sensações sexuais e caracteriza-se por uma resposta miotônica do músculo liso e estriado associada a sensações de liberação da tensão sexual acumulada durante a fase de excitação. Já a resolução (última fase), ocorre após a liberação súbita da tensão sexual produzida pelo orgasmo, promovendo uma sensação de relaxamento e bem-estar nas mulheres, cujo corpo retorna ao estado de repouso após cerca de 5 a 10 minutos (BEREK, 2012).

De acordo com a American Psychiatric Association (1994), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV define as disfunções sexuais femininas como transtornos do desejo sexual e alterações psicofisiológicas do ciclo da resposta sexual. Segundo Bedone (2013) *apud* Abdo (2004), no Brasil, a disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e impacto negativo sobre a qualidade de vida. Uma pesquisa sobre “Estudo da vida sexual do brasileiro” com 7.103 indivíduos adultos, destes, 45,4% eram mulheres e destas, observou-se uma prevalência de disfunções sexuais de 50,9%.

As disfunções são classificadas em quatro categorias: disfunção do desejo sexual (hipoativo); da excitação, bem como da lubrificação; do orgasmo, que caracteriza a anorgasmia; e dolorosa, que consiste em vaginismo e/ou dispareunia. O desejo sexual hipoativo é a mais comum das disfunções sexuais femininas e consiste na deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual. O transtorno da excitação é marcado pela ausência ou redução da excitação e da lubrificação vaginal frente a qualquer tipo de estímulo sexual. A anorgasmia caracteriza-se pela ausência ou diminuição da intensidade do orgasmo após uma fase normal de excitação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Nos distúrbios relacionados à dor encontram-se a dispareunia e o vaginismo. O vaginismo é uma dificuldade persistente ou recorrente da mulher em permitir a penetração. No momento da penetração, ocorre involuntariamente um espasmo da musculatura do assoalho pélvico, e isso gera

desconforto e também insatisfação sexual (TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2017). A dispareunia se refere a dor antes, durante ou após a relação sexual, e essa dor pode ocorrer na tentativa de penetração e/ou durante a penetração (BASSON *et al.*, 2003).

Dentre os fatores que podem cursar com uma disfunção sexual, cita-se a violência contra a mulher que é definida como “Todo ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de ditos atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na privada” (ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL, 1992).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o art. 7 da Lei Maria da Penha traz os tipos de violência, bem como suas definições, sendo elas: física, psicológica, patrimonial, moral e sexual. A última, por sua vez, é qualquer situação na qual uma pessoa obriga outra pessoa a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais. Incluem-se como violência sexual: situações de estupro; abuso incestuoso; assédio sexual; sexo forçado no casamento; pedofilia; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada.

Faúndes *et al.* (2006) ressalta que mulheres com história de violência, sexual têm maior incidência de alterações menstruais, dor pélvica crônica, dispareunia e disfunções sexuais que aquelas que nunca sofreram esse tipo de violência. De acordo com o IPEA (2014), há uma estimativa de 500 mil casos de violência sexual por ano no Brasil, sendo que apenas 10% das vítimas realizam a denúncia.

Portanto, a violência sexual pode interferir negativamente na função sexual feminina e, dentre as possibilidades de tratamento, encontra-se a fisioterapia. Mendonça e Amaral (2011) e Wolpe *et al.* (2015) explicam que a atuação da fisioterapia no tratamento baseia-se na melhora da musculatura do assoalho pélvico e no alívio da dor pélvica, bem como da saúde sexual e imagem corporal, maior autoconsciência e autoconfiança e diminuição da ansiedade. Para tanto, a mesma utiliza-se de métodos como cones vaginais e exercícios (cinesioterapia) para os músculos do assoalho pélvico, *biofeedback*, eletroestimulação, terapia manual.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil e a qualidade da resposta sexual em mulheres, bem como avaliar o conhecimento acerca da fisioterapia pélvica por parte das avaliadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do local de estudo

Foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter transversal, analítico e quantitativo que foi aplicada em mulheres que trabalhavam em uma fábrica de roupas da cidade de Nova Esperança/PR. O local da coleta dos dados foi na referida empresa.

Amostra

Participaram da pesquisa 69 voluntárias do sexo feminino com idade entre 20 e 45 anos. Como critérios de inclusão, as mulheres deveriam ter vida sexual ativa e que aceitassem participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: desistência por constrangimento acerca do assunto e baixo nível de cognição.

Procedimento de coleta de dados e instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados foram aplicados por uma única examinadora. Em primeira instância, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Seres Humanos do Centro Universitário Ingá Uningá sob o parecer de nº 1.951.447. Em um segundo momento, as voluntárias foram informadas do objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) confirmando, assim, a participação das mesmas.

Foi aplicado um questionário semiestruturado elaborado pela própria autora contendo: dados pessoais e informações que permitiam a identificação de uma possível história de violência sexual e o conhecimento da voluntária a respeito da atuação da fisioterapia pélvica com ênfase na função sexológica. Outro questionário aplicado foi o Female Sexual Function Index (FSFI), adaptado transculturalmente ao português do Brasil e validado por Thiel *et al.* (2008), com a finalidade de avaliar a resposta sexual feminina acessando seus domínios. Esse instrumento, construído e validado na língua inglesa, é composto por 19 questões que informam sobre cinco domínios da resposta sexual: desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. As pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio.

Análise dos dados

Os dados foram registrados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel 2013 e posteriormente analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS versão 2.0. Para a análise, adotou-se a estatística descritiva com frequências absolutas e relativas e com a apresentação de medidas de tendência central e dispersão, como médias, medianas, desvio padrão, quartis e intervalos interquartis.

Ademais, adotaram-se ainda testes estatísticos tais como:

- O teste de Shapiro Wilk, a partir do qual foi possível verificar que os dados referentes à escala FSFI não seguiam distribuição normal e, por isso, adotou-se testes não paramétricos;
- O Rô de Spearman, utilizado para verificar a correlação entre as pontuações dos domínios da escala e destes com o escore geral da mesma, considerando que quanto mais próximos de 1 forem os valores da correlação, mais fortes elas serão e, ainda, que o sinal da correlação indicada se ela é positiva ou negativa. A fim de classificar a intensidade dos coeficientes de correlação, foi adotada neste estudo a seguinte classificação: coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação fraca), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (correlação moderada) e $\geq 0,5$ (correlação forte) (HULLEY *et al.*, 2008);
- O teste de Mann-Whitney, para comparação das medianas das pontuações da escala FSFI, conforme a presença/ausência de violência sexual; e o teste qui-quadrado de Pearson, com correção pelo teste Exato de Fisher para verificar associação da violência sexual com as demais variáveis categóricas.

Para fins de análise, a variável “Idade” foi categorizada em três faixas etárias; a variável “Idade de início da vida sexual” foi dicotomizada; e a variável “Estado Civil” também foi dicotomizada nas categorias “Sem companheiro” (categorias “Solteira” e “Viúva”) e “Com companheiro” (“casada/amasiada”), formando-se então a variável “Situação conjugal”. Para se obter a variável “Indicador de disfunção sexual”, considerou-se um ponto de corte (26 pontos) para se categorizar as pontuações obtidas com a escala FSFI em “Sim” (valores iguais ou abaixo de 26 pontos, indicadores de risco para disfunção sexual) e “Não” (valores superiores a 26 pontos, indicadores da não existência de risco para disfunção sexual), conforme propõem o estudo que originou a escala FSFI (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005) e estudos nacionais que adotaram o mesmo ponto de corte (LEITE *et al.*, 2007; PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009; BEZERRA *et al.*, 2015). Foram utilizadas ainda as pontuações por domínio e gerais da escala FSFI, sem categorização, para comparação entre mulheres com e sem histórico de violência sexual.

Os resultados foram apresentados em forma de tabela e adotou-se 5% como nível de significância para os testes estatísticos realizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 69 voluntárias entrevistadas, 23 foram excluídas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. As 46 mulheres que participaram do presente estudo apresentaram a média de idade de 32,4

anos ($\pm 7,9$), iniciantes na vida sexual com menos de 18 anos – idade média de $17,4 \pm 2,2$ anos – (58,13%). O perfil das mulheres entrevistadas é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das mulheres entrevistadas conforme distribuição das variáveis socioeconômicas, obstétricas, do indicador de disfunção sexual, do histórico de violência sexual e do conhecimento sobre a fisioterapia pélvica voltada para o tratamento das disfunções sexuais

Variáveis	N	%
Faixa etária		
20 a 29 anos	16	34,8
30 a 39 anos	19	41,3
40 a 45 anos	11	23,9
Idade de início da vida sexual		
Menos de 18 anos	25	54,3
18 anos ou mais	18	39,1
Não responderam	3	6,5
Situação conjugal		
Sem companheiro	9	19,5
Com companheiro	36	78,2
Não responderam	1	2,1
Filhos		
Sim	30	65,2
Não	15	32,6
Não responderam	1	2,1
Tipo de Parto		
Cesáreo	21	45,6
Vaginal	7	15,2
Ambos	2	4,3
Não responderam	16	34,7
Patologia gineco-obstétrica		
Sim	8	17,3
Não	36	78,2
Não responderam	2	4,3
Indicação de disfunção sexual		
Sim	45	97,9
Não	0	0
Não responderam	1	2,1
Violência sexual		
Sim	3	6,5
Não	41	89,1
Não responderam	2	4,3
Conhecimento sobre fisioterapia		
Sim	3	6,5
Não	41	89,1
Não responderam	2	4,3

Fonte: as autoras.

De acordo com Silva, Santos e Vargens (2010), a idade reprodutiva da mulher se dá entre os 10 e 49 anos. O climatério é o período que antecede a menopausa (ausência consecutiva da menstruação por 12 meses). Pesquisas realizadas no Brasil mostram que a média de idade com que as mulheres atingem a menopausa é de 45,1 a 48,5 anos. Nestes períodos ocorre uma redução dos níveis de estrogênio e progesterona e, dentre os sintomas presentes, se destacam a secura vaginal,

diminuição da libido e manifestação de um declínio na vida sexual. Além disso, possuem probabilidade quatro vezes maior de apresentar distúrbio do desejo sexual hipoativo quando comparadas a mulheres antes da menopausa, dado este que justifica a faixa etária das mulheres estudadas que foi entre 20 e 45 anos, uma vez que se encontra dentro do período reprodutivo (TRENCH; SANTOS, 2005; GUAZZELLI *et al*, 2014; CAIRES; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2015; FERREIRA; SILVA; ALMEIDA, 2015).

No estudo de Abdo *et al.* (2002), a maioria das mulheres apresentava faixa etária entre 26 e 40 anos e iniciaram a vida sexual com média de idade de 19,5 anos. Já um estudo realizado por Borges e Schor (2005) constatou que a média de idade da primeira relação foi de 15,13 anos de idade. Outro estudo realizado por Silva *et al.* (2015) a média de idade foi de 15,23 ($\pm 1,99$) anos. De acordo com o presente estudo, a média de idade de início da vida sexual foi de 17,4 $\pm 2,2$ anos, se aproximando da faixa etária dos autores descritos acima.

Com relação às patologias gineco-obstétricas, um quinto das mulheres mencionaram condições como ovário policístico, ferida uterina e trompa obstruída. Sendo assim, Cardoso (2004) descreve que dentre os fatores orgânicos que têm impacto sobre a esfera sexual, citam-se como complicações: alterações ginecológicas e hormonais.

A respeito da fisioterapia no tratamento de disfunções sexuais, apenas 6,8% das mulheres referiram ter algum conhecimento sobre o assunto e que obtiveram este conhecimento a partir de amigos, familiares e via internet. Em uma revisão de literatura, realizada por Mendonça e Amaral (2011), observou-se que a fisioterapia é uma recente área no tratamento das disfunções sexuais femininas, tendo como objetivos avaliar, prevenir e tratar as patologias sexuais, e concluiu-se que ainda há a necessidade de divulgação da importância da prática fisioterapêutica, bem como da conscientização das pacientes acerca de suas possibilidades no tratamento na disfunção sexual feminina.

Em análise de possíveis associações entre as variáveis independentes estudadas e o histórico de violência sexual, não foram observadas associações do ponto de vista estatístico, uma vez que o número de mulheres que sofreram violência sexual foi de apenas 3. Portanto sugere-se novos estudos a respeito da temática com maior número de amostra de mulheres que sofreram algum tipo de abuso. Entretanto, entre as mulheres com histórico de violência sexual, o perfil de idade é entre 40 e 45 anos, com início da vida sexual com idade menor do que 18 anos, com companheiro, com filhos, que tiveram parto cesáreo, que não tiveram patologia gineco-obstétrica e que não tinham conhecimento sobre a fisioterapia pélvica voltada para o tratamento das disfunções sexuais (Tabela 2).

Para Marques, Chedid e Eizerik (2008), a etiologia das disfunções sexuais é considerada multifatorial, uma vez que envolve fatores psicossociais e fisiológicos, e pode estar associada a causas orgânicas (doenças crônicas, gestação e puerpério, agentes farmacológicos, uso de drogas, etc.) e psicológicas, que incluem abusos e traumas sexuais. A partir disso, observa-se que a violência sexual pode ser um fator de risco para disfunção sexual, porém não houve correlação nesse estudo, pois o N referente às mulheres que sofreram abuso foi muito menor quando comparado ao grupo das mulheres que não o sofreram.

Focalizando-se resultados da aplicação da escala FSFI sobre a função sexual das mulheres entrevistadas, observou-se correlações diretas (positivas) entre os domínios internos da escala e destes com o escore geral. As correlações indicam que à medida que a pontuação de um domínio aumenta as pontuações dos respectivos domínios correlacionados também aumentam e o mesmo se observa com o escore geral da escala. O domínio da excitação apresentou correlação em algum grau (fraca, moderada, forte) com os demais domínios e com o escore geral (Tabela 3).

De acordo com Bedone (2013) *apud* Kaplan (1983), as fases da resposta sexual são interligadas fisiologicamente e regidas por sistemas neurofisiológicos independentes. Sendo assim, Abdo (2010) ressalta que desejo e excitação estão ligados entre si, uma vez que o desejo é disparado durante a experiência, onde a mulher se encontra sexualmente excitada, e, conseqüentemente, ocorre a busca pela satisfação sexual, o que pode resultar em um ou vários orgasmos.

Tabela 2 - Análise da ocorrência de violência sexual entre as mulheres entrevistadas, conforme variáveis socioeconômicas, obstétricas e do conhecimento sobre fisioterapia pélvica voltada para o tratamento das disfunções sexuais

Variáveis	Violência Sexual				p
	Sim		Não		
	n	%	N	%	
Faixa etária (n=44)*					
20 a 29 anos	1	33,3	14	34,1	0,169
30 a 39 anos	0	0	18	43,9	
40 a 45 anos	2	66,6	9	22,0	
Idade de início da vida sexual (n=43)*					
Menos de 18 anos	2	66,6	22	57,9	1,000
18 anos ou mais	1	33,3	16	42,1	
Situação conjugal (n=43)*					
Sem companheiro	0	0	9	22,5	1,000
Com companheiro	3	100,0	31	77,5	
Filhos (n=43)*					
Sim	2	100,0	27	65,9	1,000
Não	0	0	14	34,1	
Parto Cesáreo (n=43)*					
Sim	2	100,0	20	48,8	0,488
Não	0	0	21	51,2	
Parto Vaginal (n=44)*					
Sim	1	33,3	8	19,5	0,506
Não	2	66,7	33	80,5	
Patologia gineco-obstétrica (n=42)*					
Sim	0	0	8	20,5	1,000
Não	3	100,0	31	79,5	
Conhecimento sobre fisioterapia (n=42)*					
Sim	0	0	3	7,7	1,000
Não	3	100,0	36	92,3	

Fonte: as autoras.

Notas: *N=46. A diferença no valor total do N apresentado em cada variável corresponde às questões não respondidas pelas voluntárias.

Tabela 3 - Resultados da análise de correlação entre a pontuação do domínio da excitação com as pontuações dos domínios da escala FSFI e com o escore geral das mulheres entrevistadas

	Correlação	Excitação	
		p	Grau de correlação
Desejo	0,425	0,003*	Moderada
Lubrificação	0,070	0,645	Fraca
Orgasmo	0,410	0,005*	Moderada
Satisfação	0,316	0,032*	Fraca
Dor	-0,117	0,439	Fraca
Escore Geral	0,539	<0,001*	Forte

Fonte: as autoras.

Notas: *p<0,05.

Quanto ao histórico de violência sexual, 6,8% referiram algum episódio de violência prévia, sendo que esta violência envolveu práticas ilícitas como pedofilia, relação sexual forçada e assédio sexual. Verificou-se que a mediana do escore geral da escala FSFI, de forma geral, foi de 20,6. Ao se

comparar as medianas dos domínios e do escore geral da escala FSFI, conforme presença ou ausência do histórico de violência sexual entre as participantes do presente estudo, não foram observadas diferenças significativas a partir da análise estatística. No entanto, faz-se importante destacar que a mediana do escore geral para as mulheres que não referiram episódios de violência sexual foi maior do que a mediana apresentada entre as mulheres que referiram violência sexual.

Contudo, destaca-se que apenas uma das mulheres que vivenciaram alguma violência teve algum tipo de ajuda/suporte, qual seja, de profissional psicólogo. E ainda que, a mediana do domínio “Dor” (pontuada de forma inversa) entre as mulheres que não referiram violência sexual foi maior do que entre as que referiram, indicando possivelmente níveis maiores de dor/desconforto por parte daquelas que referiram violência sexual (Tabela 4). Estes achados vão de encontro com os estudos de Faúndes *et al.* (2000) e Van Berlo e Ensink (2000) que apontam que as mulheres que sofreram violência sexual tiveram maior prevalência de dispareunia quando comparadas às que não sofreram.

Tabela 4 - Resultados da escala FSFI gerais e conforme presença/ausência autorreferida de violência sexual

Domínio/ Geral	Violência Sexual			
	Geral	Sim (n=3)	Não (n=41)**	
		Md(IQ)*	Md	Md (IQ)
Desejo (n=46)	3,0(1,2)	3,6	3,0 (1,2)	0,505
Excitação (n=46)	3,0(1,2)	3,0	3,0 (1,05)	0,895
Lubrificação (n=46)	3,6(0,6)	3,6	3,6 (0,6)	0,565
Orgasmo (n=45)	3,2(0,8)	3,6	3,2 (0,8)	0,509
Satisfação (n=46)	2,4(1,2)	2,4	2,4 (1,2)	0,369
Dor (n=46)	5,0(2,0)	3,2	5,2 (2,0)	0,369
Escore Geral (n=45)	20,6(3,05)	19,2	20,65(2,98)	0,237

Fonte: as autoras.

Notas: *Md: Mediana (IQ: Intervalo Interquartil). **N=43. Duas voluntárias não responderam.

Considerando-se o ponto de corte definido para a escala FSFI, verificou-se que todas as mulheres entrevistadas apresentavam algum grau de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual. Segundo Lara *et al.* (2008), muitos fatores podem estar associados ao desenvolvimento de disfunção sexual, entretanto, experiências sexuais prévias negativas e traumas por violência têm alto impacto sobre a função sexual. Portanto, ressalta-se que a violência é um fator de risco para disfunção, porém, apesar da propensão apresentada por parte das mulheres que sofreram violência quando comparadas às que não sofreram, não houve correlação com esse estudo, uma vez que todas as mulheres apresentaram algum risco para disfunção sexual.

CONCLUSÃO

Através dos resultados, foi possível identificar que o perfil das participantes era de mulheres em fase reprodutiva, a maioria com filhos e com companheiro, que iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos de idade.

Verificou-se que todas as mulheres entrevistadas apresentavam algum grau de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual, entretanto, ao comparar as medianas dos domínios e do escore geral da escala FSFI, conforme presença ou ausência do histórico de violência sexual entre as participantes do presente estudo, não foram observadas diferenças significativas a partir da análise estatística.

Deve-se salientar a escassez de material bibliográfico que possa correlacionar o abuso sexual com a disfunção sexual e a necessidade de novos estudos que envolvam o contexto da esfera sexual feminina, bem como do papel da fisioterapia nas disfunções sexuais.

Destaca-se a importância de novos estudos acerca do tema e a importância de divulgar o trabalho da fisioterapia pélvica com ênfase nas disfunções sexuais.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. **Descobrimento sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004.
- ABDO, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 88-90, 2010.
- ABDO, C. H. N. *et al.* Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Rio de Janeiro: ArtMed; 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BASSON, R. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.
- BASSON, R. *et al.* Definitions women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 24, n. 4, p. 221-229, 2003.
- BEDONE, R. M. V. **Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas**. 2013. 110f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BEREK, J. S. Berek & Novak: Tratado de Ginecologia. In: BARAM, D. A.; BASSON, R. **Sexualidade, Disfunção Sexual e Violência Sexual**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BEZERRA, I. F. D. *et al.* Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 6, p. 266-271, 2015.
- BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. 1. ed. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 2016.
- CARDOSO, J. Sexualidade na doença crônica e na deficiência física. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 20, n. 3, p. 385-394, 2004.
- CAIRES, C. S.; OLIVEIRA, A. C. F.; ARAUJO, E. N. P. Pós-Menopausa, Disfunção Sexual e personalidade: Explorando Alguns Conceitos. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 206-210, 2015.

- DAVIS, S. R. Androgens and female sexuality. **Journal of Gender Specific Medicine**, v. 3. n. 1, p. 36-40, 2000.
- ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL. **Report of the working group on violence against women**. Viena: United Nations: 1992.
- ELSENBRUCH, S. *et al.* Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 88, n. 12, p. 5801-5807, 2003.
- FAÚNDES, A. *et al.* O Risco para Queixas Ginecológicas e Disfunções Sexuais Segundo História de Violência Sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 3, p. 153-157, 2000.
- FAÚNDES, A. *et al.* Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.
- FERREIRA, A. L. C. G. *et al.* Disfunções sexuais femininas. **Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-695, 2007.
- FERREIRA, I. C. C.; SILVA, S. S.; ALMEIDA, R. S. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 60-64, 2015.
- GUAZZELLI, R. M. *et al.* Estudo dos efeitos do *Tribulus terrestris* e da tibolona em mulheres com disfunção do desejo sexual após a menopausa. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 59, n. 1, p. 20-26, 2014.
- HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Senado debateu pesquisas do Ipea sobre violência sexual: Comissões de Direitos Humanos e de Assuntos Sociais promoveram audiência pública para analisar estudos sobre agressões e estupros**, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22050&catid=4&Itemid=2>. Acesso em 25 de julho de 2016.
- KAPLAN, H. S. **O desejo sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- LARA, L. A. S. *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 312-21, 2008.
- LEITE, A. P. L. *et al.* Validation of the Female Sexual Function Index in Brazilian pregnant women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 396-401, 2007.
- LOPES, G. P.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. **Sexologia integral**. Curitiba: Relisul, 1992.
- LORENZI, D. R. S. de; SACIOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 256-260, 2006.
- MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3-6, p. 175-183, 2008.

MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. **FEMINA**, v. 39, n. 3, p. 139-142, 2011.

PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333-2344, 2009.

PHILLIPS, N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. **American Family Physician**, v. 62, n. 1, p. 127-136, 2000.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa Estadual de Saúde do Adolescente**, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/acesso-rapido/saude-do-adolescente/programa_saude_do_adolescente_objetivos_metas_resultados_ces.pdf>. Acesso em 29 de julho de 2017.

SILVA, A. S. N. *et al.* Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 27-34, 2015.

SILVA, C. M. C.; SANTOS, I. M. M.; VARGENS, O. M. C. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 76-82, 2010.

THIEL, R. R. C. *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. Menopausa ou menopausas? **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 91-100, 2005.

TRONCON, J. K.; PANDOCCHI, H. A. S.; LARA, L. A. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 28, n. 2, p. 69-74, 2017.

VAN BERLO, W.; ENSINK, B. Problems with sexuality after sexual assault. **Annual Review of Sex Research**, v. 11, p. 235-257, 2000.

VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. A. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 11, n. 2, p. 219-228, 2010.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WOLPE, R. E. *et al.* Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015.