



VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG
V Salão de Extensão

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS – UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

Bruna Leite^a, Évelin Rigo^a, Huender José Cardoso de Miranda^a, Lidiane Barazzetti^{a*}

a) Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha

Informações de Submissão

* Autor correspondente (Orientador)
Lidiane Barazzetti, endereço: Rua Os Dezoito
do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP:
95020-472

Palavras-chave:

Disfunção sexual. Mulher. Prevalência.
Revisão.

Resumo

Introducao: Os transtornos da sexualidade resultam da combinação de fatores e englobam diversas condições, como as disfunções sexuais, as parafilias e os transtornos de identidade de gênero. Assim, a disfunção sexual é um bloqueio, total ou parcial, da resposta sexual normal. **Objetivos.** Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência das disfunções sexuais femininas em diferentes grupos de mulheres. **Métodos.** Para isso, foi realizada uma revisão da literatura, de artigos publicados entre 2012 e 2018, dos quais foram selecionados 10, indexados no SciELO, LILACS e EBSCO. **Resultados.** Dos 110 artigos encontrados, 10 atenderam aos critérios de inclusão. Em 9 artigos o teste utilizado para avaliação foi o *Female Sexual Function Index (FSFI)* e em outro foi utilizado o *Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)*. A variância de prevalência encontrada entre os estudos foi de 25% a 78% e as variáveis dependentes predominantes associados foram idade e menopausa. **Conclusões.** Com o alto nível de prevalência encontrado nos estudos, conclui-se que a disfunção sexual feminina está diretamente relacionada com outras alterações no organismo da mulher, devido ao envelhecimento ou a fatores externos, tanto físicos como psicológicos.

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um dos aspectos constituintes mais importantes da existência humana. Abrange a forma como cada pessoa expressa e recebe afetos, não é restrita ao coito e é sujeita à autoestima do indivíduo (KAPLAN, 1978). Os transtornos da sexualidade resultam da combinação de fatores biopsicossociais, culturais e biológicos, e englobam diversas condições, como as disfunções sexuais, as parafilias e os transtornos de identidade de gênero (ABDO, 2000).

O termo disfunção sexual se reserva para aquelas ocasiões em que os componentes orgânicos da resposta sexual apresentam alguma alteração. Essa alteração funcional pode ter

uma causa orgânica ou psicossocial. Qualquer que seja a causa, entretanto, ela manifesta danos ao componente orgânico da resposta, isto é, à sexualidade vista como uma função. Pode-se então afirmar que a disfunção sexual é um bloqueio, total ou parcial, da resposta sexual normal (MANNOCCHI, 2004). Segundo Kaplan (1978) e Masters & Johnson (1966), a resposta sexual normal se divide principalmente em quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Na mulher, as disfunções sexuais são classificadas como: transtorno do desejo sexual, ausência ou diminuição da libido, excitação inadequada e/ou insuficiente, transtorno ou disfunção orgásmica, dispareunia e vaginismo (KAPLAN, 1978).

Os fatores psicossociais que afetam a sexualidade podem ser socioculturais, como intuições sociais, revolução sexual, tabus e crenças ou comportamentais, com vivências destrutivas (violência sexual, vivências desastrosas na primeira relação), e relações inadequadas. Além disso, pode ser causada também pelos fatores orgânicos, como anomalias genéticas, doenças agudas e crônicas, drogas, traumas físicos e sequelas cirúrgicas (FERREIRA, 2011).

A partir disto, as evidências mostram que muitas mulheres sofrem com a disfunção sexual em suas vidas. Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência de disfunções sexuais em diferentes grupos de mulheres.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As disfunções sexuais constituem um problema que afeta a qualidade de vida de muitas mulheres. Dentre elas destacamos a dor pélvica crônica, a anorgasmia secundária, o vaginismo e a dispareunia como as principais manifestações anormais mais comumente encontradas (ANTONIOLI e SIMÕES, 2009). Muitos estudos mostram que esse distúrbio é altamente prevalente na população feminina.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (1994), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais. Apresentam, também, desordem relacionada às fases da resposta sexual, sendo elas, desejo sexual, excitabilidade, orgasmo adjunto com a dor sexual (PRADO, 2012).

A dor pélvica crônica pode ser contínua ou intermitente, cíclica ou não, que persiste por pelo menos dois meses, podendo causar danos físicos, psíquicos e sociais, geralmente restringindo o convívio diário da paciente. As pacientes com DPC apresentam índices maiores de hipocondria, depressão e histeria (ANTONIOLI e SIMÕES, 2009). O desuso, a debilidade

e a hipotonicidade dos músculos do assoalho pélvico contribuem para a incapacidade orgástica, e conseqüentemente na dor no assoalho pélvico (KEGEL, 1952).

A anorgasmia atinge um número extremamente grande de mulheres. Uma mulher com disfunção orgásmica pode ficar tão ocupada monitorando a resposta sexual dela própria e do seu parceiro e preocupada em não falhar, que ela própria não consegue relaxar o suficiente para permitir que os seus reflexos naturais cresçam e desencadeiem um orgasmo (GROSSE e SENGLER, 2002).

O vaginismo que é uma síndrome psicossomática bem caracterizada, em que ocorre uma contração involuntária dos músculos perineais a qual impede, total ou parcialmente, a penetração na vagina, impossibilitando o coito. O vaginismo pode ser uma resposta condicionada a uma experiência ruim, tal como abuso sexual no passado, um primeiro exame pélvico doloroso ou uma primeira tentativa de penetração dolorosa (GROSSE e SENGLER, 2002).

A dispareunia é a dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, na ausência de vaginismo. A repetição da dor durante o coito pode causar angústia marcante, ansiedade e dificuldades interpessoais, levando a paciente à antecipação de uma experiência sexual negativa e, por fim, a evitar o sexo. A dispareunia profunda resulta de um trauma pélvico durante o intercurso sexual, doença inflamatória pélvica, fibromialgia ou cirurgia abdominal. É a disfunção sexual na qual mais se encontram causas orgânicas, em torno de 60% dos casos de disfunção sexual (MEDEIROS et al, 2004).

3 METODOLOGIA

O estudo se classifica como um artigo de revisão bibliográfica. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados SCIELO, ESBCO e LILACS de agosto a setembro de 2018, com a seguinte busca em português e em inglês: Prevalência de disfunções sexuais e *Prevalence of sexual dysfunction*. Foram incluídos artigos originais sobre a prevalência de disfunções sexuais femininas em diferentes grupos de mulheres.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios preestabelecidos: artigos publicados em revistas e periódicos entre os anos de 2012 a 2018, estudos transversais, idiomas português e inglês e que incluíssem exclusivamente o sexo feminino.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após eliminação de 17 artigos duplicados, foram selecionados 93 artigos. Desses, 10 foram excluídos após a análise dos títulos e resumos, 73 foram excluídos pelos seguintes motivos: 40 por serem de anos anteriores a 2012, 7 eram enquadrados em teses de mestrado, 7 eram artigos de revisão bibliográfica, 10 foram publicados no idioma espanhol e 9 incluíam indivíduos do sexo masculino no estudo (Figura 1). Ao final, 10 artigos foram incluídos nesta revisão literária dos quais foram realizados com mulheres relacionados com os seguintes fatores: climatério, período gestacional, período pós-parto, jovens universitárias, dependência química, obesidade, prática de atividade física, depressão e ansiedade. Destes artigos, dois foram estudos observacionais, sete foram transversais e um como pesquisa qualitativa. Com respeito ao ano de publicação, dois foram publicados em 2017, um em 2016, um em 2015, dois em 2014, dois em 2013 e dois em 2012. A amostra de participantes variou de 23 a 370 mulheres, com idades entre 23 e 51 anos (Tabela 1).

Figura 1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos revisados.

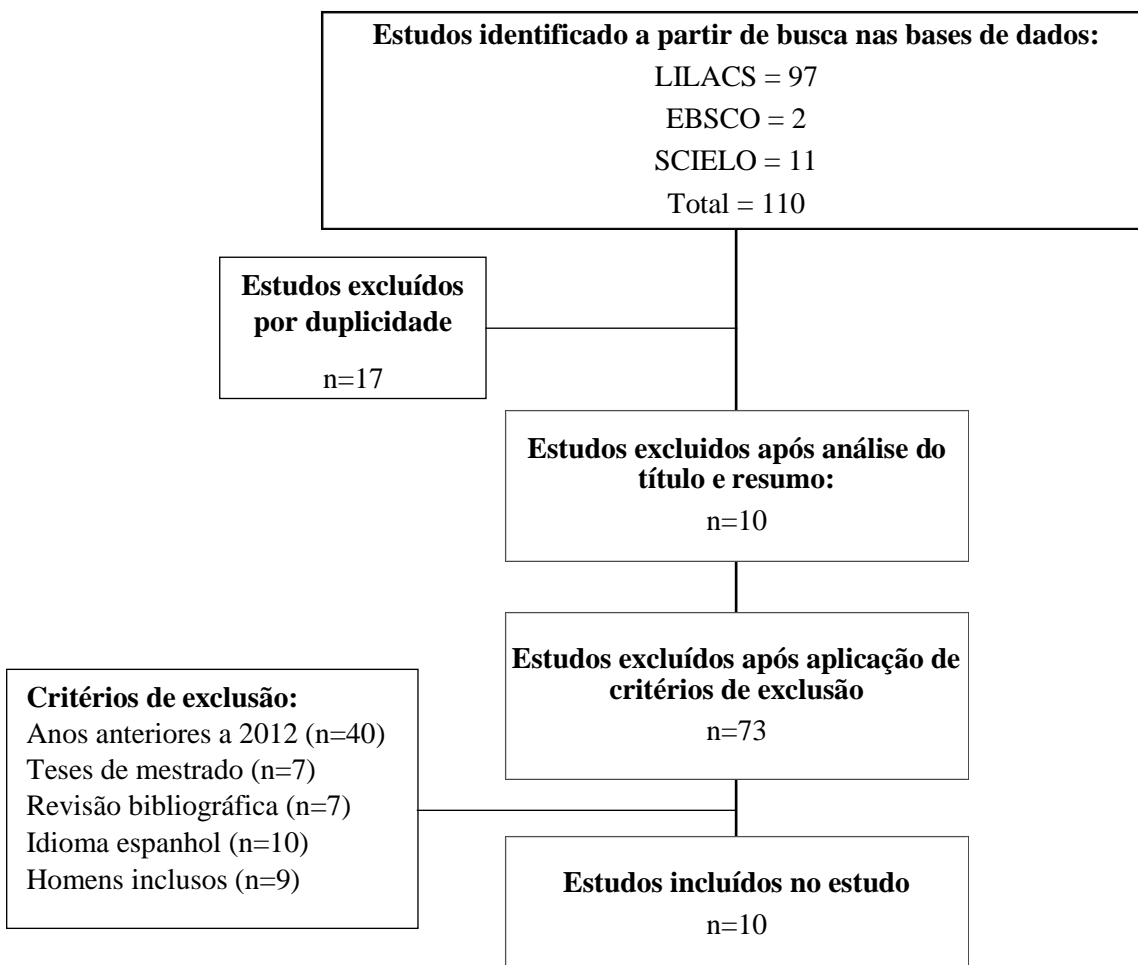


Tabela 1 Características dos estudos sobre prevalência de disfunção sexual segundo autor, ano, título, tipo de estudo, objetivo, amostra, média etária e resultado de prevalência.

Autor	Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra de mulheres	Média Etária	Resultado de Prevalência
Cabral, P. Canário, A. Spyrides, M. Uchôa, S. Eleutério, J. Amaral, R. Gonçalves, A.	2012	Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade	Transversal	Avaliar a influência dos sintomas climatéricos na função sexual de mulheres de meia-idade	370	50 anos	67%
Silva, B. Rêgo, L. Galvão, M. Florêncio, T. Cavalcante, J.	2012	Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso	Transversal	Avaliar a prevalência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso atendidos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA – UFAL).	23	44 anos	78%
Pereira, V. Nardi, A. Silva, A.	2013	Disfunção sexual, depressão e ansiedade em mulheres jovens de acordo com o status de relacionamento	Pesquisa qualitativa	Avaliar a presença de problemas sexuais, ansiedade e depressão em jovens mulheres e correlacionar os achados ao estado de relacionamento atual (solteiras, em relacionamento sério ou casadas).	155	25 anos	41%

Diehl, A. Silva, R. Laranjeira, R.	2013	Disfunção sexual feminina em pacientes com transtornos relacionados	Transversal	Estimar a prevalência de sintomas de disfunção sexual feminina e os fatores de risco associados, uma amostra de pacientes com transtornos relacionados a substâncias admitidos em uma unidade especializada de atendimento ambulatorial.	105	34 anos	34%
Holanda, J. Abuchaim, E. Coca, K. Abrão, A.	2014	Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto	Transversal	Estimar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual no período pós-parto.	200	24 anos	43%
Cabral, P. Canário, A. Spyrides, M Uchôa, S. Eleutério, J. Amaral, R. Gonçalves, A	2014	Atividade física e função sexual em mulheres de meia-idade	Transversal	Investigar a relação entre nível de atividade física e atividade sexual em mulheres de meia-idade.	370	50 anos	67%
Mathias, A. Pitangui, A. Arantes, V. Freitas, H. Vilela, F. Dias, T.	2015	Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional	Transversal	Determinar a prevalência das disfunções sexuais femininas em gestantes de baixo risco no terceiro trimestre e verificar sua associação com fatores de risco.	102	23 anos	45%
Latorre, G. Bilck, P. Pelegri, A. Santos, J. Sperandio, F.	2016	Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados	Transversal	Estudar a prevalência de disfunção sexual e fatores de risco associado em universitárias jovens do sul brasileiro	242	23 anos	25%

Köhler, B. Martins, M. Pivetta, H. Braz, M.	2017	Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais	Observacional	Avaliar a prevalência de disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais.	140	25 anos	33%
Cruz, E. Nina, V. Figuierêdo, E.	2017	Sintomatologia climatérica e disfunção sexual: Associação entre o índice de Kupperman e Blatt e o índice de função sexual feminina.	Observacional	Verificar, em mulheres de 40 a 65 anos, a associação entre a intensidade dos sintomas climatéricos e a disfunção sexual.	63	51 anos	58%

Quanto à forma de avaliação do estudo, em nove artigos, o teste utilizado foi o *Female Sexual Function Index* (FSFI). O FSFI é um questionário breve, que pode ser auto aplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. A partir de um ponto de corte do escore total (definido como 26 para a população de origem do instrumento) seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual, sendo que valores iguais ou abaixo desse ponto indicariam disfunção sexual (WIEGEL et al, 2005).

Além do teste FSFI, um dos artigos utilizou como forma de avaliação o *Arizona Sexual Experience Scale* (ASEX). Este instrumento é uma escala projetada para medir cinco itens específicos como elementos da função sexual: impulso sexual, excitação, ereção/lubrificação vaginal, capacidade de atingir o orgasmo e satisfação do orgasmo. O instrumento mede estes itens com cinco perguntas de forma relativamente não intrusiva moda bimodal usando uma escala Likert de seis pontos. As pontuações variam de 5 a 30 e pontuações maiores ou iguais a 19 indicam disfunção sexual (MCGAHUEY et al, 2011). Todos os artigos utilizaram os testes relatados anteriormente (FSFI ou ASEX) associados com testes específicos para os transtornos relacionados de cada estudo.

O presente estudo mostrou que a disfunção sexual feminina tem diversos fatores etiológicos. No Brasil, apresenta uma alta prevalência e muitas vezes não são investigadas por profissionais da saúde, seja por constrangimento ou por desconhecimento de métodos de investigação. Muitos estudos mostram esses diferentes fatores de risco na disfunção sexual feminina. (Tabela 2)

Tabela 2 Variáveis relacionadas com a disfunção sexual

Estudo	Variáveis de exposição ao desfecho	Variáveis relacionadas significativamente ao desfecho
Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Escolaridade • Renda • Paridade • IMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Paridade (p=0,043)
Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Religião • Parto • Carga de trabalho • Vaginismo antes da gravidez • Dispareunia antes da gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Religião – católica (p=0,01) e evangélica (p=0,036) • Parto - vaginal com sutura (p=0,004) • Carga de trabalho maior que 8 horas (p=0,024) • Vaginismo antes da gravidez (p=0,000) • Dispareunia antes da gravidez (p=0,024)
Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade da mulher • Idade dos parceiros • Opção sexual • Estado civil • Tempo de relacionamento • Estado gestacional • Uso de anticoncepcional • Renda • Escolaridade • Uso de drogas • Uso de antidepressivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade da mulher > 21 anos (p=0,00) • Idade do parceiro de 21 a 25 anos (p=0,01) • Estado civil – união estável (p=0,01) • Tempo de relacionamento < 1 ano (p=0,01) • Renda - R\$ 3.600 a R\$ 5.500 (p=0,01) • Uso de anticoncepcionais hormonais (p=0,04) • Estado gestacional (p=0,00)
Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Idade Gestacional • Número de partos 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional – 1º trimestre comparado com o 2º trimestre (p=0,018), 1º trimestre comparado com o 3º trimestre (p=0,014)
Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão Arterial Sistêmica • Diabetes Mellitus • Dislipidemia • Doença cardiovascular • Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> • -

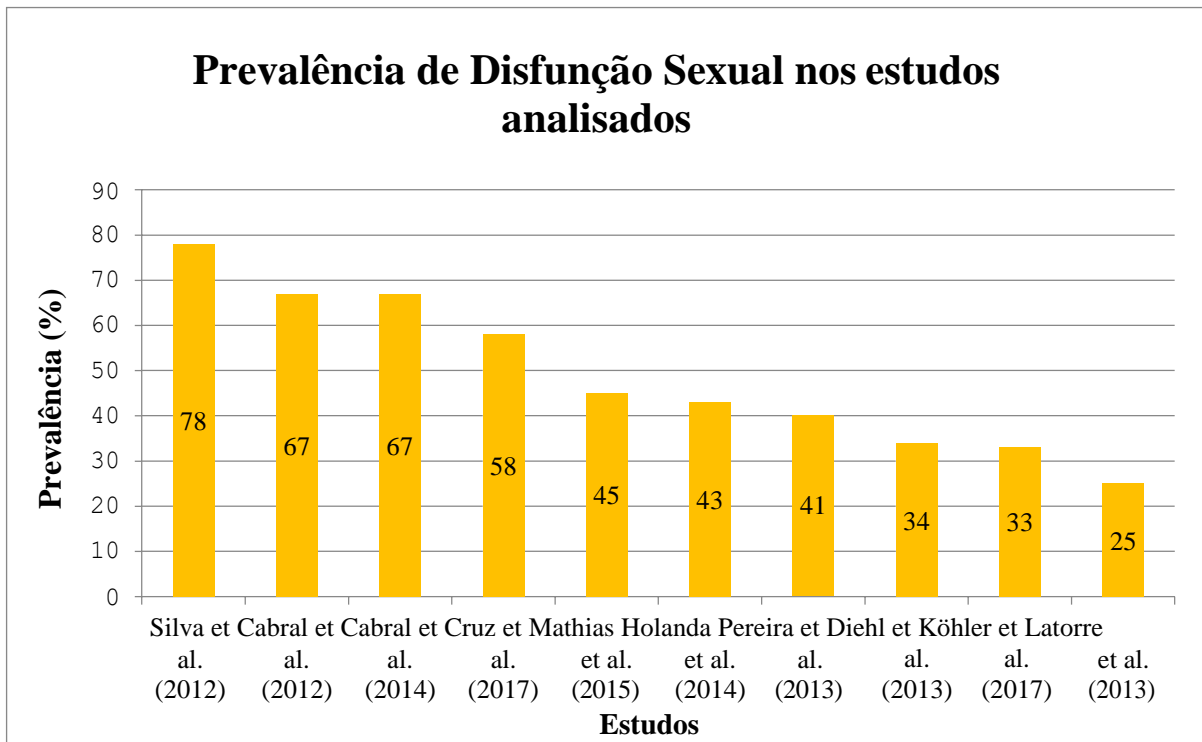
Sintomatologia climatérica e
disfunção sexual: associação entre
o índice de Kupperman e Blatt e o

- Cor da pele/ etnia
- Estado civil
- Escolaridade

- Sintomas climatéricos
($p < 0,001$).
-

índice de função sexual feminina.	<ul style="list-style-type: none"> • Renda • Pré-menopausa • Pós-menopausa • Número de gestações • Abortos • Diabete Mellitus • Hipertensão Arterial Sistêmica • Fumar • Sintomas Climatéricos 	
Atividade física e função sexual em mulheres de meia-idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de atividade física • Sedentarismo • Idade • Estado Civil • Corrida • Escolaridade • IMC • Fumar • Menopausa • Histerectomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de atividade física (p=0,002) • Sedentarismo (p<0,05) • Idade – 56 a 65 anos (p = 0,036) • Menopausa – pós-menopausa (p=0,028)
Disfunção sexual, depressão e ansiedade em mulheres jovens de acordo com o status de relacionamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Orientação sexual • Religião • Educação • Filhos • Atividade Física • Consumo de álcool • Consumo de tabaco • Tratamentos psiquiátricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade (p=0,02) • Filhos (p<0,01)
Disfunção sexual feminina em pacientes com transtornos relacionados a substâncias.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação sexual • Estado civil • Escolaridade • Etnia • Religião • Emprego • Renda • Grau de dependência química • Consumo de álcool • Uso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade – não ter completado o ensino fundamental e médio (p=0,0025)

Figura 2 Prevalência de disfunções sexuais nos estudos analisados.



As maiores prevalências se deram nos estudos relacionados com a obesidade e sobrepeso (SILVA et al, 2012), onde 73,9% das mulheres estudadas eram obesas e 82,6% apresentaram risco muito aumentado para complicações metabólicas, totalizando uma prevalência total de 78% relacionados principalmente com a dislipidemia (61,1%) e HAS (33,3%), porém o estudo não apresentou valores de significância. Logo em seguida, a atividade física em mulheres de meia-idade (CABRAL et al, 2014) se mostrou com uma grande prevalência, onde do total de mulheres estudadas, 67% apresentaram disfunção sexual ($FSFI \leq 26,55$), mostrando que indivíduos sedentárias tiveram maior prevalência (78,9%) de disfunção sexual quando comparado às ativas (57,6%) e mulheres moderadamente ativas (66,7%) ($p=0,002$). Após, o estudo relacionado com sintomas do climatério (CRUZ et al, 2017) chamou a atenção pela sua alta prevalência (58%) estatisticamente significativa, onde 100% das pacientes com sintomas climatéricos acentuados apresentaram disfunção sexual ($p<0,001$). (Figura 2)

Conforme o artigo de Holanda et al (2014), observa-se que, mesmo não tendo resultados estatisticamente significativos, mulheres no período gravídico e puerperal sofrem mais de disfunções sexuais do que mulheres fora deste período, o que pode ocorrer, é que as mulheres não realizam o relato para médicos ou profissionais da saúde, o que prejudica este estudo.

Outro estudo, realizado por Kohler et al (2017), mostrou que em 33,04% de 627 gestantes apresentam disfunções sexuais, sendo que 36,3% das gestantes do primeiro trimestre, 36,8% das gestantes do segundo trimestre e 57% das gestantes do terceiro trimestre, o que de longe, percebe-se que com o andar da gestação, a frequência de relações sexuais diminuíram e a disfunção relacionada a desejo, excitação e orgasmo aumentaram, isso pode ser justificado pelas alterações físicas e psíquicas da gestante. Contudo, quando se trata de desenvolvimento de disfunção no puerpério, o tipo do parto realizado, afeta significativamente a disfunção sexual feminina, sendo que o vaginal com sutura representou um risco três vezes maior para disfunção sexual, quando comparado ao parto cesariano.

Segundo Mathias et al (2015) as elevadas prevalências de disfunções sexuais podem ser decorrentes de alterações do período gestacional que podem contribuir para estimulação inadequada das zonas erógenas, conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, ansiedade e fadiga, onde diversas vezes se camufla nos sintomas gestacionais e não são relatados pelas pacientes.

No entanto, quando se relaciona a disfunção sexual com a menopausa, tem-se uma validaria afirmação de Cruz et al (2017), onde o autor descreve que os sintomas do climatério contribuem, sim, para a disfunção sexual. Tais sintomas, como ondas de calor, sintomas vasomotores, disfunção emocional e transtornos de humor, estão associados a este estágio e influenciam no bem estar geral das mulheres, pois a satisfação sexual é um marcador significativo, no entanto, sua deficiência sexual afeta a qualidade de vida das mulheres.

Cabral et al (2014), observou, no seu estudo, que as mulheres tem um efeito negativo da idade sobre a frequência, o interesse de atividade sexual e a resposta sexual. As brasileiras, particularmente, constataram a presença significativa de disfunção sexual naquelas com idade igual ou superior a 50 anos, confirmando que a disfunção sexual é um problema frequente em mulheres mais velhas. Mulheres que já sofriam de disfunções sexuais antes de entrarem no climatério, tem distúrbio mais acentuado nesse período, pois este, já era preexistente. Assim como na gestação, no climatério também há sintomatologia que podem ser agravantes para a disfunção sexual, mulheres na menopausa constatam que tem uma diminuição da atividade sexual após o marco, e associam demasiadamente os sintomas com a disfunção sexual na qual, mulheres com sintomatologia climatérica revelaram mais riscos de disfunção sexual.

A população feminina, em sua maioria, sabe o quão importante é a atividade física para a qualidade de vida, no entanto quando se associa com a disfunção sexual, uma grande minoria de mulheres conhece a verdadeira relação entre esses dois aspectos. Como já foi possível ler anteriormente, o período de climatério tem suma relevância na vida sexual feminina, e esse pode agravar mais ainda quando não se tem qualidade de vida física sem a prática de exercícios. Para provar isso, Cabral et al (2014), mostrou em seu estudo que encontrou uma associação entre níveis de atividade física geral e melhor função sexual entre mulheres de 45 a 55 anos, ou seja, os baixos níveis de atividade física relacionados ao trabalho, transporte, trabalho doméstico e lazer foram correlacionados com função sexual reduzida e menopausa. Outro estudo que foi apresentado mostrou que membros de um programa fitness, no qual praticam atividade física com ampla frequência, com 50 anos ou mais, indicaram um alto nível de atividade sexual e satisfação em homens e mulheres mais velhos, atestando que a atividade física reduz os sintomas da menopausa e, por conseguinte sintomas de disfunção sexual.

Poucos estudos avaliam a relação entre a disfunção sexual feminina e o peso corporal, uma pesquisa com pacientes obesas e grupo-controle evidenciou que não existe relação estatisticamente significativa entre obesidade e disfunção sexual, porém o estudo de Silva et al (2012), aponta que todas as pacientes com risco aumentado para disfunção sexual apresentaram pelo menos um fator de risco, no caso do estudo, foram pacientes com sobrepeso e obesas, ocasionando piora para o distúrbio.

No estudo de Pereira et al (2013), a hipótese inicial era que as mulheres casadas eram mais propensas a ter uma melhor saúde mental, uma menor prevalência de transtornos psiquiátricos e conseqüentemente menor taxa de disfunções sexuais, pois outros estudos demonstraram maiores taxas de transtornos mentais entre pessoas solteiras e naqueles que moram sozinhos, embora seu estudo apontou presença de anormalidades de humor entre as entrevistadas com queixas sexuais, não teve estatísticas significantes.

Para mulheres viciadas em álcool e drogas, a vulnerabilidade aumenta porque o consumo de drogas tem sido associado com vários tipos de violência e a troca de sexo por drogas (DIEHL et al, 2013). Contudo há uma prevalência de 34,2% de sintomas de disfunções sexuais na amostra de mulheres do estudo, o transtorno relacionado à substância era comum e comparável a outros estudos relatados em todo o mundo. O estudo relataram taxas de prevalência de sintomas de disfunção sexual de 12-63% (essa percentagem varia conforme a

droga de escolha) mesmo em uma amostra de mulheres com psicoatividade grave e dependência de substância.

O estudo de Latorre et al (2016), denotou uma prevalência geral de 25% de disfunção sexual em universitárias de fisioterapia, sem relevância, porém chama atenção o fato de que praticamente todas as afetadas apresentaram disfunção nos domínios orgasmo e excitação, e a grande maioria esteve afetada também nos domínios lubrificação, dor, desejo e satisfação. A faixa etária analisada foi de 18 a 35 anos, o que mostra um preocupante índice de disfunção sexual feminina que prevalece nas mais diversas populações, inclusive nas mais jovens. Outro fator que pode estar associado simultaneamente é o estresse e a ansiedade, que como já foi observado nesse estudo, é também, uma condição para disfunção sexual feminina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o alto nível de prevalência encontrado nos estudos, conclui-se que a disfunção sexual feminina está diretamente relacionada com outras alterações no organismo da mulher, devido ao envelhecimento ou a fatores externos, tanto físicos como psicológicos. Com este assunto, foi encontrada uma grande quantidade de estudos relacionados e se percebe que é uma pesquisa que cresce a cada ano em seu número de publicações, associado com diferentes fatores. Uma dificuldade encontrada ao analisar alguns dos estudos foi à carência de tabelas e gráficos, para facilitar a interpretação e entendimento dos resultados encontrados quanto aos fatores relacionados e suas estatísticas de significância. Pelo grande número de estudos realizados na região nordeste do Brasil, sugere-se que sejam realizados novos estudos principalmente na região sul do país, para agregar na diminuição desse número tão alto de mulheres afetadas pela disfunção.

6 REFERÊNCIAS

ABDO C. H. N. (org). Sexualidade humana e seus transtornos. 2^a ed. São Paulo: **Lemos editorial**, 2000. 238p.

ABDO C. H. N.; OLIVEIRA JR W. M.; MOREIRA E. D.; FITTIPALDI J. A. S. Perfil sexual da população brasileira; Resultados do Estado do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. **Rev Bras Medicina**. 2002; 59(4): 250-257.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc** 2010; 18(2):267-274

FERREIRA C. H. J. Fisioterapia na Saúde da Mulher: teoria e prática. 1^a ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2011.

GROSSE D.; SENGLER J. Reeducação Perineal. São Paulo: **Manole**, 2002, 143p.

KAPLAN H. S. Manual ilustrado de terapia sexual. São Paulo: **Manole**, 1978. 195p.

KEGEL A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. **West J Surg Obstet Gynecol.** 1952;60(10):521-4.

MANNOCCI J. F. Disfunções sexuais. 2^a ed., São Paulo: **BYK Fundo editorial**; 2004.

MASTERS W. H.; JOHNSON V. E. Human sexual response. **Boston Little Brown and Co**; 1966.

MCGAHUEY C. A.; GELENBERG A. J.; LAUKES C. A.; MORENO F. A.; DELGADO P. L.; MCKNIGHT K. M.; et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. **J Sex Marital Ther.** 2011;26(1):25-40.

MEDEIROS M. W.; BRAZ M. M.; BRONGHOLI K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Rev. Fisioterapia Brasil** 2004;5:188-93.

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